



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**AS DIFICULDADES SOCIAIS DOS IDOSOS EM  
ISOLAMENTO NO CONCELHO DE VIEIRA DO MINHO**

**THE SOCIAL DIFFICULTIES OF THE ELDERLY IN  
ISOLATION IN THE MUNICIPALITY OF VIEIRA DO  
MINHO**

Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Gerontologia e  
Cuidado Geriátrico

Por

Sandrina Maria Oliveira Vieira

Porto, Setembro, 2019





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**AS DIFICULDADES SOCIAIS DOS IDOSOS EM  
ISOLAMENTO NO CONCELHO DE VIEIRA DO MINHO**

**THE SOCIAL DIFFICULTIES OF THE ELDERLY IN  
ISOLATION IN THE MUNICIPALITY OF VIEIRA DO  
MINHO**

Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Gerontologia e  
Cuidado Geriátrico

Por

Sandrina Maria Oliveira Vieira

Sob a orientação da Prof. Doutora Beatriz Rodrigues Araújo

Porto, Setembro, 2019



## Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que me apoiaram para tornar possível a realização deste relatório. Deste modo, expresso o meu agradecimento:

- À minha orientadora, Prof. Doutora Beatriz Araújo, por todo o apoio e dedicação demonstrada ao longo do percurso, pela partilha de conhecimentos, pois contribuíram para o meu crescimento.

- À Dra. Elsa Ribeiro, Vice-presidente da Câmara Municipal de Vieira do Minho e responsável pela Ação Social, por toda a colaboração e disponibilidade durante o percurso do estágio.

- Às pessoas idosas que frequentam os Centros de Convívio e Lazer que aceitaram participar no estudo, pela partilha de experiências e emoções.

- Às minhas colegas de Mestrado por todo o apoio e carinho.

- À minha família por todo o apoio, particularmente ao meu filho Rúben Alves, por todo o incentivo.

É a eles que dedico este trabalho.

A todos o meu muito obrigada.



## Resumo

Numa sociedade envelhecida, torna-se cada vez mais importante dar especial destaque às questões em torno da população idosa, com a finalidade de proporcionar a esta população uma melhor qualidade de vida. Neste sentido foi elaborado este relatório de estágio com o objetivo de identificar as dificuldades sociais dos idosos em isolamento. O estágio decorreu no departamento da Ação Social da Câmara Municipal de Vieira do Minho, com maior evidência nos Centros de Convívio e Lazer (CCL's) da freguesia de Rossas, local com mais utentes (n=40), seguida das freguesias de Cantelães, da Vila, Soengas, Parada de Bouro e Guilhofrei.

Na recolha de dados foram utilizados instrumentos de caracterização sociodemográfica, avaliação da situação sociofamiliar, funcionalidade familiar e nível socioeconómico da família. Consideram-se as questões éticas em investigação com seres humanos. Para a análise e tratamento dos dados recorreu-se a medidas de estatística descritiva.

Da análise dos resultados verificou-se que o grupo mais vulnerável e com mais dificuldades sociais era constituído pelos idosos viúvos, requerendo estes maior atenção e necessidade de intervenção social.

A CCL's, através duma dinâmica de promoção de atividades de grupo, e as outras respostas sociais do concelho contribuem para: um envelhecimento ativo, possibilitando aos idosos satisfação pessoal e apoio para a prevenção de sentimentos associados à solidão e isolamento social; evitar ou adiar a ida para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; e manter os idosos em meio natural de vida.

**Palavras-chave:** Idoso; Envelhecimento; Isolamento; Dificuldades sociais.

## Abstract

In an aging society, it is becoming increasingly important to highlight the issues surrounding the elderly population in order to provide this population with a better quality of life. In this sense, this internship report was prepared to identify the social difficulties of the elderly in isolation. The internship took place in the Department of Social Action of the City Council of Vieira do Minho, with greater evidence in the Centros de Convívio e Lazer (CCL's) of the parish of Rossas, place with the most users (n = 40), followed by the parishes of Cantelães, from Vila, Soengas, Parada de Bouro and Guilhofrei.

In the data collection were used instruments of sociodemographic characterization, assessment of the socio-family situation, family functionality and socioeconomic level of the family. Ethical issues in research with humans are considered. Data were analyzed and treated using descriptive statistics.

From the analysis of the results it was found that the most vulnerable group with the most social difficulties consisted of the widowed elderly, requiring these greater attentions and the need for social intervention.

The CCL's through a dynamic group activities promotion and the other social responses of the municipality contribute to: an active aging, enabling the elderly personal satisfaction and support for the prevention of feelings associated with loneliness and social isolation; avoid or postpone going to Residential Structures for the Elderly; and keep the elderly in the natural environment of life.

**Keys Words** : Elderly; Aging; Isolation; Social difficulties

## **Siglas e abreviaturas**

CC - Centro Convívio

CCL's - Centros de Convívio e Lazer

CD - Centro de Dia

CF - Cuidador Formal

CI - Cuidador Informal

CMVM - Câmara Municipal de Vieira do Minho

CN - Centro de Noite

ERPI's - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

FA - Família de Acolhimento

PIIS - Plano Individual de Intervenção Social

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário



# ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	17
<b>1.1 O Envelhecimento nas dimensões biológica, psicológica e social</b> .....	21
<b>1.2 O envelhecimento demográfico em Portugal</b> .....	25
<b>1.4. O papel da família no envelhecimento</b> .....	31
<b>Capítulo II - Mecanismos do serviço social numa sociedade envelhecida</b> .....	35
<b>2.1. Os modelos teóricos do serviço social no envelhecimento</b> .....	35
<b>2.2. A intervenção do serviço social com idosos</b> .....	41
<b>2.3. As medidas e programas das políticas sociais para o envelhecimento</b> .....	43
<b>Capítulo III - Caracterização do contexto de Estágio</b> .....	45
<b>3.1 O concelho de Vieira do Minho e as suas respostas sociais às necessidades da população idosa</b> .....	45
<b>3.2 A Ação Social e as redes de sociabilidade</b> .....	47
<b>Capítulo IV – Metodologia</b> .....	57
<b>4.1 Amostra</b> .....	58
<b>4.2 Instrumentos de recolha de dados</b> .....	58
<b>4.3 Procedimentos de colheita e análise dos dados</b> .....	61
<b>4.4 Considerações éticas</b> .....	61
<b>Capítulo IV - Resultados e Propostas de Intervenção</b> .....	63
<b>5.1 Apresentação dos resultados</b> .....	63
<b>5.2 Estratégias de minimização do isolamento</b> .....	70
<b>5.3 Propostas de intervenção</b> .....	71
<b>5.4 Proposta de utilização/monitorização dos produtos de apoio/ajudas técnicas</b> ..	72
<b>Reflexão final</b> .....	73
<b>Referências bibliográficas</b> .....	77

## APÊNDICES

Apêndice 1 - Prestações sociais asseguradas pela Segurança Social

Apêndice 2 - Programas promovidos pela Segurança Social dirigidos à população idosa

Apêndice 3 – Plano Individual de Serviço Social

Apêndice 4 - Ficha de caracterização sociodemográfica

Apêndice 5 - Proposta de Regulamento de otimização de produtos de apoio/ajudas técnicas

Apêndice 6- Requerimento de Produtos de Apoio/Ajudas técnicas a título de empréstimo

## **ANEXOS**

Anexo I - Escala de Avaliação da Situação Sociofamiliar de Gijón

Anexo II - Escala de Graffar

Anexo III - Escala de APGAR Familiar

Anexo IV - Consentimento informado

## Índice de Figuras

Figura 1- Pirâmide etária em Portugal em 2012 (estimativas) e 2060 (projeções). .....	26
Figura 2 - Índice de envelhecimento .....	27
Figura 3 – Mapa do concelho de Vieira do Minho .....	45
Figura 4 - Índice de envelhecimento no concelho de Vieira do Minho 2001-2018 .....	46
Figura 5 – Número de habitantes no concelho de Vieira do Minho .....	47

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 – Etapas da intervenção social.....	57
----------------------------------------------	----

## **Índice de tabelas:**

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos (n=40) .....	63
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a rede social e de vizinhança, benefícios sociais e condições habitacionais .....	65
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a funcionalidade familiar .....	66
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a classe social do indivíduo/família .....	67
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o risco social do indivíduo/família .....	69

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição percentual da relação entre a rede de vizinhança e o estado civil .....	66
Gráfico 2 – Distribuição percentual da relação entre o APGAR Familiar e o estado civil .....	67
Gráfico 3 – Distribuição percentual da relação entre a classe social do indivíduo/família e o estado civil.....	68
Gráfico 4 – Distribuição percentual da relação entre o risco social do indivíduo/família e o estado civil.....	69

## Introdução

No âmbito do Mestrado em Gerontologia e Cuidado Geriátrico apresenta-se o presente relatório de estágio, onde se relata o percurso realizado no estágio, descrevendo e analisando de forma reflexiva as atividades desenvolvidas, tendo em vista o desenvolvimento de competências. Teve como objetivo principal o planeamento e intervenção na área social, nas principais dificuldades sociais sentidas pelos idosos em situação de isolamento.

A opção em realizar o estágio no 3º setor da intersectorialidade na Câmara Municipal de Vieira do Minho (CMVM) prendeu-se com o facto de: conhecer, através do Plano de desenvolvimento social do concelho de Vieira do Minho (2017), comparativamente com os concelhos de proximidade, que o concelho de Vieira do Minho é o que tem uma taxa mais elevada de população idosa, acrescida da dispersão das freguesias, traduzindo-se num isolamento social de muitos idosos; e na nossa realidade profissional (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) me confrontar com as dificuldades sociais sentidas pelos idosos que residem em lugares dispersos e isolados.

Evidenciam-se mudanças epidemiológicas relacionadas com aumento das pessoas que vivem sozinhas, à procura constante de novas respostas à problemática do envelhecimento.

Com o objetivo de conhecer as dificuldades sociais dos idosos no concelho de Vieira do Minho, realizou-se uma entrevista com a Enfermeira responsável pela Unidade de Cuidados na Comunidade do Cávado ao Ave II, em Vieira do Minho. Percebemos que a equipa multidisciplinar, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, assegura os cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, aos cuidadores informais e às pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Foi realizada, também, uma reunião com a Presidente da secção de Serviços de Ação Social da CMVM, onde foram analisadas áreas de intervenção. Perante este conhecimento, redefiniram-se os objetivos para este estágio, considerando-se como:

Objetivo geral: Conhecer as dificuldades sociais dos idosos em situação de isolamento que frequentam os Centros de Convívio e Lazer (CCL's) no concelho de Vieira do Minho.

Objetivos específicos: identificar as características sociodemográficas dos idosos; identificar a perceção dos idosos relativamente à funcionalidade das famílias e à notação social; identificar o risco de institucionalização dos idosos em situação de isolamento; identificar as dificuldades sociais percebidas pelos idosos em situação de isolamento; analisar os fatores de sustentabilidade social de apoio ao idoso isolado; verificar as necessidades dos idosos através do Plano Individual de Intervenção social (PIIS); estruturar o processo de apoio social na aquisição de benefícios sociais adequados; apoiar/orientar o idoso para a possibilidade de usufruir dos apoios sociais; e otimizar o banco de produtos de apoio/ajudas técnicas da CMVM.

O percurso do estágio académico do Mestrado em Gerontologia e Cuidado Geriátrico decorreu na CMVM, na ação social, nomeadamente nos CCL's. O estágio teve uma duração que totalizou 330 horas e nele pretendeu-se desenvolver competências preconizadas pelo Plano de Estudos do curso de Mestrado, designadamente: trabalhar de forma adequada na equipa multiprofissional e interdisciplinar, particularmente no âmbito da Ação Social; iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas resultantes do envelhecimento; aplicar conhecimentos na resolução de problemas em situações novas em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com o apoio social a pessoas idosas em situação de isolamento; integrar conhecimentos na gestão de questões complexas com responsabilidade ética e social para encontrar soluções para as dificuldades sociais dos idosos em situação de isolamento que frequentam os CCL's.

O presente relatório está estruturado em quatro capítulos, constando do primeiro capítulo o Enquadramento teórico, onde se abordam temas relacionados com o envelhecimento, nas dimensões biopsicossociais, o envelhecimento demográfico em Portugal, o isolamento e solidão dos idosos, o papel da família no envelhecimento, os mecanismos do Serviço Social numa sociedade envelhecida, evidenciando-se os modelos teóricos do Serviço Social mais adequados à temática do envelhecimento, a intervenção do Serviço Social com os idosos e as medidas e programas das políticas sociais para o envelhecimento. Por sua vez, no segundo capítulo apresenta-se a caracterização do contexto de estágio no concelho de Vieira do Minho e as suas respostas

sociais face às necessidades da população idosa, e ainda, a ação social e as redes de sociabilidade.

O terceiro capítulo corresponde à metodologia utilizada com referência à amostra, aos instrumentos de recolha dos dados, os procedimentos de colheita e análise dos dados e às considerações éticas.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados, algumas estratégias de minimização do isolamento, as propostas de intervenção e uma proposta de utilização/monitorização dos produtos de apoio/ajudas técnicas.



## Capítulo I – Enquadramento teórico

O envelhecimento, devido ao aumento da idade, é um processo de diminuição e de degradação da capacidade de resposta do nosso organismo. Não há um processo de envelhecimento abstrato e universal, pois cada ser humano vive uma experiência individual em todas as fases da sua vida. Sequeira (2007, p.31) refere que “O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida”. Neste sentido, deve ser visto como uma fase da vida com características e necessidades muito próprias, que importa refletir nas condições biopsicossociais.

### **1.1 O Envelhecimento nas dimensões biológica, psicológica e social**

O processo de envelhecimento biológico é caracterizado pela transformação e deterioração do organismo biológico e das capacidades físicas dos indivíduos. Segundo Barreto (2005), podemos designar esta a fase em que o envelhecimento ocorre de uma forma mais acelerada por senescência, que pode ser entendida como o “processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente fatores físicos e cognitivos” (Cancela, 2007, p.3).

Outra evidência na senescência é a diminuição da capacidade que a pessoa tem em se adaptar às alterações e ameaças do ambiente que a rodeia. O envelhecimento pode ser caracterizado em dois tipos: (i) o envelhecimento primário ou fisiológico, em que a perda das capacidades ocorre de uma forma normal, gradual e semelhante aos outros indivíduos encontrando-se sobre grande influência dos fatores genéticos; e (ii) o envelhecimento secundário ou patológico que se verifica quando o envelhecimento resulta de inúmeras causas e de uma forma imprevisível para os indivíduos (Barreto, 2005).

Ao nível do envelhecimento biológico é importante que o indivíduo procure ter um estilo de vida saudável desde a infância, pois é um fator determinante para a forma como cada um envelhece. Contudo, os fatores como o clima, o meio onde está inserido

e as agressões físicas do dia-a-dia, ou seja, tanto fatores internos como externos ao indivíduo, influenciam todo o processo de envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Segundo Cancela (2007), durante o envelhecimento o organismo humano sofre uma série de alterações tanto a nível funcional, como a nível estrutural. A nível funcional consideram-se: as mudanças relativas ao funcionamento do organismo, como a diminuição da capacidade do sistema respiratório que com o envelhecimento começa a perder a sua capacidade de elasticidade, ao mesmo tempo que a estrutura do pulmão fica alterada diminuindo a capacidade respiratória; as alterações no sistema urinário, também frequentes ao longo deste processo; ao nível do sistema nervoso, as alterações da personalidade, do comportamento e da reação. De todas as modificações podemos afirmar que ao nível da inteligência não se regista qualquer diminuição da capacidade, pois segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.134) “a deterioração da inteligência de forma alguma se relaciona com as modificações do sistema nervoso. Pelo contrário, ela mantém-se notoriamente estável durante muitos anos”.

As alterações biológicas que surgem durante o processo de envelhecimento “refletem-se nos problemas de saúde dos idosos, principalmente no aumento da vulnerabilidade a certas doenças, sendo disso exemplo a incidência das doenças crónicas que tendem a aumentar com a idade” (Agostinho, 2004, p.32). Ao longo do envelhecimento, o sistema imunitário começa a perder a sua capacidade de resposta às agressões a que está sujeito e torna-se mais sensível aos seus próprios antigénios, que são responsáveis pela estimulação de uma resposta imunitária adaptativa, ou seja, estimula a produção de anticorpos. Para Paúl e Fonseca (2005) o envelhecimento resulta de fatores genéticos e da influência do meio em que cada indivíduo está inserido, defendendo que o declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, quer de modo inespecífico pela falta de cooperação entre componentes biológicos, ou ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica. Assim, mesmo sem a ocorrência de patologias, a probabilidade de adoecer e de morrer aumenta com a idade cronológica (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento biológico traduz-se, com a idade, por um aumento das doenças, por modificações do aspeto e imagem (cabelos brancos, rugas), pela forma de nos deslocarmos (identificação dos reflexos, perda do equilíbrio, entre outros), pela perda da capacidade reprodutora e declínio físico (diminuição da visão e audição, redução da respiração). Pode-se assim concluir que o envelhecimento na sua componente biológica,

como o processo de alterações do organismo e com o passar do tempo, diminui o envelhecimento que ocorre nas células de cada indivíduo, o qual pode decorrer de um processo de senescência normal, mas também pode ser causado por doenças ou estilos de vida inadequados. Cada célula tem um tempo de vida geneticamente determinado, que se vai replicando, até atingir um limite, após o qual morre. Com o avançar da idade ocorrem mudanças estruturais nas células que arrastam para a deterioração fisiológica do organismo.

### **O envelhecimento na dimensão psicológica**

O envelhecimento psicológico pode ser definido “pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, na tomada de decisão e opções, numa adaptação ao processo de envelhecimento” (Guerra & Hoven, 2004, p.33). As transformações que acontecem ao longo deste processo e a partir da forma como cada indivíduo reage e encontra novas estratégias para ultrapassar as perdas ocorridas, determina a forma como se processa o envelhecimento bem-sucedido e, ainda, como é que os adultos ultrapassam as mudanças fisiológicas, características desta nova etapa da vida. A atitude e a personalidade de cada indivíduo são fundamentais neste processo.

A psicologia do envelhecimento direciona os seus estudos para os diversos comportamentos e atitudes dos indivíduos ao longo do seu desenvolvimento e demonstra a importância dos aspetos psicológicos na qualidade de vida dos idosos (Fonseca, 2006). Assim, pode-se considerar que a psicologia do envelhecimento se centraliza no ser humano, compara a estrutura e o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos da criança, do adulto e do idoso.

Para Fontaine (2000) a dimensão psicológica é referente às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças. Mais do que o próprio processo de envelhecimento são as sucessivas crises pela qual o idoso passa. Um dos acontecimentos que mais afeta o idoso é o falecimento de uma pessoa próxima. A morte implica: uma vivência de sentimentos e emoções díspares, difíceis de definir; e o encontro com o íntimo de cada um, recorrendo às diferentes vertentes do ser humano. É ao mesmo tempo pessoal e social. A morte envolve certezas, incertezas, dúvidas, receios, expectativas, esperanças e tende a causar que a pessoa se isole na sua individualidade das mais diversas formas. Observa-se também, associado à dor e

sofrimento inerentes ao pesar, uma diminuição da qualidade de vida da pessoa enlutada e um conseqüente aumento da morbidade. Estas questões implicam uma necessidade premente de uma atenção acrescida a esta temática (Rabelo & Neri, 2013). Outro acontecimento reflete-se na dificuldade da adaptação a novos papéis sociais originando um risco de baixa autoestima, o que leva a crises de desânimo intenso, aflição, inquietação, insônia, preocupação com lembranças da pessoa perdida, bem como procura dessa pessoa; predomina a falta de objetivos, perda de autonomia, podendo levar a um sentimento de solidão (Imaginário, 2008).

### **O envelhecimento na sua dimensão social**

O envelhecimento para além das dimensões física e psicológica é também social, na medida em que a cultura e o meio onde o indivíduo está inserido influenciam a forma como cada adulto envelhece. Segundo Schroots e Birren (1980), citado por Paúl e Fonseca (2001, p.111) a dimensão social do envelhecimento pode ser “relativa aos papéis sociais apropriados às expetativas da sociedade para este nível etário”. Com o envelhecimento, as relações sociais e o desempenho de determinados papéis sofrem várias alterações. Nesta nova etapa da vida os laços familiares constituem-se como um suporte fundamental para o idoso, ajudando-o a definir novos papéis para que este se sinta útil e autoconfiante, de forma a viver este período da reforma com uma maior qualidade de vida (Agostinho, 2004). Fernández-Ballesteros (2004) identifica três teorias no campo do envelhecimento social: a teoria da desvinculação; a teoria da subcultura e a teoria da modernização. Quanto à primeira, desenvolvida nos anos 60 defende que o indivíduo ao longo do processo de envelhecimento começa a desvincular-se da sociedade, preparando-se para o momento da morte. Esta teoria teve uma grande influência na definição das políticas, contudo foi bastante contestada acabando por ser reformulada nos anos 90, uma vez que esta teoria não incentivava o idoso a manter-se ativo nem a assumir novos papéis, ou seja, a teoria da desvinculação “demonstra que o envelhecimento é acompanhado de desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p.104). Por seu lado, a teoria da subcultura defende que os idosos assumem uma cultura própria acabando por se afastar da sociedade, ficando cada vez mais isolados. Por fim, a teoria da modernização pretende compreender as mudanças que ocorrem nos papéis sociais, de forma a explicar o porquê dessas modificações. Contudo, os estudos realizados ao longo do tempo não

conseguiram validar a teoria da modernização, pois verificaram que a diminuição da satisfação estava diretamente ligada à diminuição da atividade. Esta teoria levou mais tarde ao nascimento da teoria da continuidade (Dias, 2005). A teoria da continuidade defende que o envelhecimento é uma fase do ciclo vital e não uma etapa final para o indivíduo, como refere Fernandes (2005). De acordo com esta teoria, todos os estados do ciclo de vida “são caracterizados por elevado grau de continuidade, sendo a adaptação dos indivíduos à velhice influenciada pela personalidade e estilo de vida anterior” (Serafim, 2007, p.48). Assim, ao longo de cada fase de vida, o indivíduo desenvolve a sua personalidade através das várias experiências vividas ao longo do seu desenvolvimento, a partir dos valores, crenças, hábitos, comportamentos, sendo estes os principais determinantes para a adaptação do indivíduo às novas situações. A teoria da continuidade não defende a importância de estimular a criatividade dos idosos, pois segundo esta teoria o indivíduo tem “uma ligação muito intensa aos comportamentos e hábitos adquiridos ao longo da vida, nada fáceis de transpor nesta fase”, como refere Serafim (2007, p.49).

A relação entre o idoso e os familiares também se alterou, sendo o idoso representado como frágil, é poupado de discussões e decisões familiares. Desta forma as características que mais frequentemente se atribuem à dimensão social dos idosos são a crise de identidade provocada pelo envelhecimento e pela sociedade, a diminuição de autoestima, a dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares e as mudanças profundas e rápidas, falta de motivação, atitudes infantilizadas (processo de mendigar carinhos), tendência à depressão, diminuição das faculdades mentais, surgimento de novos medos (de ser um estorvo, de sobrecarregar os familiares, medo de solidão, de doenças e da morte) (Deanton, 2011).

## **1.2 O envelhecimento demográfico em Portugal**

Em Portugal o envelhecimento demográfico começou a fazer-se sentir a partir da década de 1950 com o decréscimo da natalidade. A população idosa teve um maior aumento nos últimos sessenta anos, passou a ser mais numerosa do que a população jovem. Pois, o índice de envelhecimento passou de cento e dois em 2001 para cento e vinte e oito em

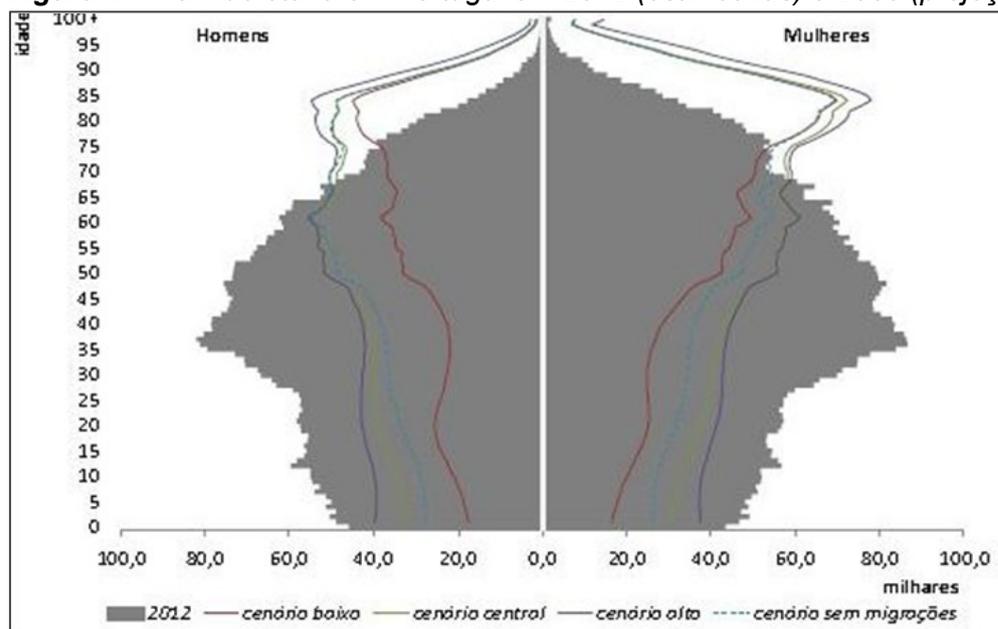
2011, ou seja, por cada cem jovens portugueses existem cento e vinte e oito idosos (Pordata, 2019).

O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões (Pordata, 2019). Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080. O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário dos 65 e mais anos. A população residente em Portugal tenderá a diminuir de acordo com os resultados obtidos no cenário central. No cenário central, a população ficaria abaixo do limiar de 10 milhões de habitantes em 2031 (9.976827), de 9 milhões em 2053 (8.999636) e de 8 milhões em 2070 (7.959778) (INE, 2012)

O envelhecimento acentuado da população é um fenómeno geral que abrange todo o país e constitui um dos grandes problemas da sociedade.

Na **figura 1** apresentamos a pirâmide etária em Portugal, em 2012 (estimativas) e as projeções para 2060.

**Figura 1-** Pirâmide etária em Portugal em 2012 (estimativas) e 2060 (projeções).



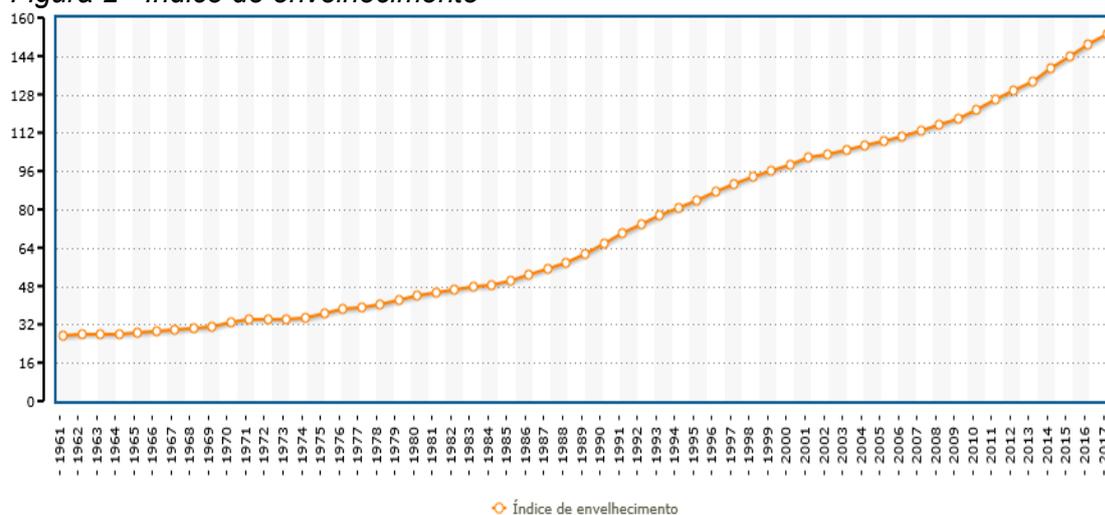
Fonte: Pordata, 2019

Nesta figura começa-se por analisar as alterações na estrutura demográfica de 2012 a 2060 que ilustram bem esta realidade. A situação que se prevê para Portugal nos próximos anos, segundo o INE é que no período de 2012 a 2060 passamos dos atuais 10,5 para os 8,6 milhões de residentes.

Os desequilíbrios já evidenciados na década passada, onde a base da pirâmide diminui e o topo alargou à custa do aumento da população idosa. O peso demográfico crescente dos indivíduos mais velhos trazem implicações quer a nível económico, como social, ético e sanitário, que obrigam a pensar em novas soluções ao nível da intervenção e que constituem enormes desafios para o século XXI.

Na **figura 2** mostramos a evolução do Índice de envelhecimento de 1961 a 2017.

*Figura 2 - Índice de envelhecimento*



**Fonte:** Pordata, 2019

O índice de envelhecimento é representado pelo número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens. Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 ( $10^2$ ) pessoas dos 0 aos 14 anos) (Pordata, 2019.)

O envelhecimento demográfico traz grande alteração na contextura da população, com consequências no desenvolvimento socioeconómico e na saúde (Rosa & Vieira, 2003).

### 1.3. O isolamento e a solidão do idoso

O isolamento e a solidão são conceitos distintos, uma vez que as pessoas podem ser solitárias sem serem socialmente isoladas. Neste sentido, Fernandes (2000) define a solidão como uma experiência subjetiva que pode ser sentida não só quando se está sozinho, mas quando se está na companhia de pessoas com as quais não se deseja estar. A solidão pode acontecer quando o tipo de relações que se tem é reduzido e pouco satisfatório: “A solidão é uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa não é satisfatória” (Perlman & Peplau, 1982, in Monteiro & Neto, 2008, p.85). A experiência da solidão também se pode dever à dor emocional pela perda de alguém que se ama, a um sentimento de exclusão ou marginalidade de laços sociais. Alguns autores têm tentado definir a solidão, chegando a acordo em três aspetos (Perplau & Perlman, 1982): “a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de alguma forma de relacionamento deficiente” (Neto, 2000, p.321).

A solidão tem sido vista como um dos maiores problemas das pessoas idosas, embora, existam algumas investigações que indicam que não há uma relação direta entre solidão e pessoas idosas. Existem, sim, fatores, quer pessoais, quer sociais que contribuem para a solidão. A expectativa que cada idoso tem relativamente aos contactos sociais determina o seu sentimento de solidão. É um sentimento subjetivo relacionado com a qualidade da interação social e não com a quantidade dos contactos estabelecidos. No entanto, os mais jovens têm a perceção de que a solidão é um sentimento muito presente nos mais velhos. É também comum fazer-se uma associação direta entre a velhice e a solidão, visto que se considera normal a existência deste sentimento por parte do idoso. Esta visão reflete muitas das atitudes comuns acerca do envelhecimento, pois, de um modo geral, os idosos são considerados conservadores, inflexíveis, passivos, com doenças físicas e mentais. Ao generalizar este assunto, vai-se verificando algumas atitudes discriminatórias que afetam a população idosa Freitas (2011),

Em relação ao isolamento, Maia (2002) refere que “o significado vulgar de isolamento remete para afastamento” (p.216). O afastamento pode ser físico (indivíduo que vive afastado de alguém ou de algo) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que se sente moralmente só ou perdido). É considerado como inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio. Neste seguimento, Paul (1997) descreve alguns tipos de isolamento, entre isolamento e a integração. Os isolados involuntários ou recentes por alguns motivos que não controlam, como por exemplo a saúde, ficam incapazes de manter o seu envolvimento social e sofrem uma diminuição acentuada dos seus níveis de funcionamento nomeadamente cognitivo. Os isolados voluntários de longa duração, que escolheram ter uma vida inativa do ponto de vista social. Ao pensar em isolamento facilmente se pode direccionar o pensamento para um sentimento negativo e imposto, no entanto, este sentimento pode ser vivido de forma positiva, saudável, como opção de vida, o chamado isolamento desejado.

O isolamento pode estar, também, relacionado com uma opção de vida e não como um sofrimento; por vezes as pessoas necessitam de se afastar, porque esse isolamento pode criar um bem-estar emocional, um relacionamento mais íntimo com a sua própria identidade. No enquadramento das interações sociais quotidianas, os laços sociais revestem-se de significado para a vida das pessoas, na proximidade, no contacto e na comunicação (Fernandes, 2000).

Segundo Mauritti (2011) a escolha que cada um toma por viver só, é muitas vezes consequência de uma escolha não só nos mais jovens, mas também das outras faixas etárias, nomeadamente nos idosos. A autora, ao analisar os comportamentos sociais e as orientações simbólicas inerentes a esta forma de viver, procurou perceber o fenómeno da individualização e da solidão na sociedade contemporânea. Para esta autora o estado do viver só, não é sinónimo de ausência ou rutura de laços sociais e de isolamento face aos grupos de pertença, mas sim uma opção e estilo de vida, contrariamente ao que por vezes é publicitado na comunicação social.

A população idosa constitui assim uma categoria social que necessita de auxílio, produzido por agentes encarregues do trabalho social nesta área. As políticas sociais e a ação social desenvolvem-se em conformidade com as realidades sociais de cada sociedade. O desafio prende-se em perceber que tipo de respostas sociais ou serviços de proximidade, podem combater os problemas com que os idosos se deparam, nomeadamente a sua desvinculação gradual, que tendem muitas vezes a ficar alheados e

excluídos, quer da participação social, quer de uma vida saudável, “hibernando” colocando-se em isolamento (Pais, 2006).

O sofrimento dos mais idosos, provocado pelo sentimento de solidão, é considerado como uma das experiências mais penosas e problemáticas a que se torna urgente responder. Este sentimento não acontece só em casos de vivências isoladas, mas também no seio das próprias famílias e em instituições, onde há frequentemente falta de comunicação e participação social e afetiva.

O isolamento pode promover a solidão, embora esta se relacione mais com aspetos qualitativos. Weiss (1973) citado por Monteiro e Neto (2008) sugere que a solidão é “um sentimento que consiste no isolamento emocional que resulta da perda ou inexistência de laços íntimos e do isolamento social, com a consequente ausência de uma rede social com os seus pares” (p.87). Por outro lado, os idosos podem ter uma rede social extensa e sentirem-se sós, se esta não corresponder às suas necessidades.

### **Causas gerais do isolamento**

Um dos aspetos mais importantes para a qualidade de vida é o apoio da família, dos amigos e a participação em atividades sociais, sendo que os baixos níveis de contactos podem associar-se a uma qualidade de vida pobre. Nos dias de hoje, poucas são as famílias que se disponibilizam para o acompanhamento do envelhecimento dos seus familiares, por diversos fatores que emergiram na nossa sociedade, o que contribui para o crescente número de idosos isolados, independentemente de estar no domicílio ou institucionalizado (Neto,1992).

Alguns idosos vivem sozinhos porque perderam o cônjuge/companheiro de toda uma vida (solidão emocional), ou porque perderam os amigos próximos que foram falecendo (solidão social). Ussel (2001) refere que a viuvez é considerada como um dos acontecimentos mais trágicos para os idosos, pois revela que a relação amorosa chegou ao fim, ganhando contornos muito dolorosos que dificilmente se conseguem ultrapassar. Estas pessoas devido à sua idade avançada não irão certamente experienciar algo semelhante no tempo que lhes resta. Desta forma, a viuvez provocará alterações ao nível pessoal, mas também social e familiar. A nível pessoal, a dificuldade mais significativa é a adaptação ao novo estilo de vida, podendo desencadear um mal-estar psicológico

como uma depressão e a desilusão com a vida. Ainda, o mesmo autor refere que estes sentimentos originam dificuldades mais severas no caso dos homens, visto que estes não estão tão preparados para viverem sozinhos, pois não estão habituados na realização de tarefas básicas do dia-a-dia. Quando a viuvez surge em idade avançada os indivíduos vão ficar ainda mais sós, pois na sua grande maioria os filhos já não residem com eles e o dia-a-dia era vivido entre o casal. A alteração da sua rotina ou porque passarão a viver sozinhos, ou vão para casa de familiares, ou ainda, porque têm de ir para uma instituição, qualquer uma destas mudanças pode não ser ultrapassada da forma mais positiva, podendo levar ao isolamento ou à solidão (Ussel, 2001).

Neste sentido o trabalho social deve desenvolver modelos baseados na intervenção em rede, de forma a minimizar o isolamento. De acordo com Payne citado por Carvalho (2014), grande parte da intervenção em rede centra-se nos idosos, devido à fraca mobilidade e à preocupação acrescida no combate ao isolamento e à solidão.

#### **1.4.O papel da família no envelhecimento**

O papel da família no processo de envelhecimento do idoso torna-se fundamental. Perante este facto, considera-se pertinente apresentar duas definições coerentes. Segundo Giddens (1997, p.176), define a família “como um grupo de pessoas unidas diretamente por laços de parentesco”, sendo estas “relações entre indivíduos estabelecidas, através do casamento ou por meio de descendência que ligam familiares consanguíneos”.

A família tem um papel fundamental no apoio aos seus, em todos os momentos da vida. No entanto é na velhice com ou sem dependência que o acolhimento familiar é o mais desejado, para que a reposta de institucionalização seja o último recurso (Paúl, 2005).

A família como rede de apoio informal, assume um papel de cuidador, a todos aqueles que necessitam de cuidados, sendo eles: crianças, jovens, adultos ou idosos (Sousa, 2004). Neste sentido, e tendo como grupo alvo a pessoa idosa, os cuidadores são definidos como “pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam eles membros da família que, voluntariamente ou não, assumem essa atividade, ou sejam pessoas contratadas pela família para este fim” (Zimmerman, 2000, p.85).

Embora o acompanhamento familiar se tenha vindo a alterar, uma vez que a intensidade dos laços que unem tradicionalmente as gerações, deixou assim de ter o efeito que antigamente tinha, e os idosos passam a depender cada vez mais de si próprios, ou de apoio formal (Fernandes, 2005). Atualmente a família reduz-se numericamente (Silva, 2001). A mulher exerce atividades fora do domicílio, os filhos saem muito cedo de casa e crescem os problemas sociais. As tendências demográficas, nas últimas décadas registadas no nosso país originam um processo de mudança nas estruturas e nas relações familiares (INE, 2012). No entanto, embora o idoso necessite de apoio em determinados momentos da sua vida, devido à dificuldade em realizar as tarefas básicas do seu dia a dia, não se torna incompetente, que necessite que assumam o controlo da sua vida. Deverá ser sempre envolvido na tomada de decisões acerca de si próprio e respeitada a sua privacidade (Marques 2011).

A problemática do afastamento, por diversos motivos, está cada vez mais patente nas famílias, assistindo-se assim à progressiva substituição do papel familiar pelas chamadas redes sociais formais de apoio, ou seja, as respostas sociais existentes nas instituições para idosos (Martins, 2004).





## Capítulo II - Mecanismos do serviço social numa sociedade envelhecida

O envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura social e familiar das populações, exigem a criação de mecanismos no serviço social especializados de modo a poder intervir com maior eficácia na sociedade envelhecida (Manual de boas práticas do S.S.1990).

### 2.1. Os modelos teóricos do serviço social no envelhecimento

A palavra “modelo” significa a quantidade que serve de medida, tipo comparação em determinados cálculos, sendo que em termos científicos, a sua origem surge de uma lógica matemática, tendo sido ao longo do tempo adotada por outras disciplinas. Nas ciências sociais a sua utilização surge em 1942, no entanto, foi na década de setenta que este conceito foi aplicado em contexto de Intervenção Social, após o trabalho realizado pelo Professor Werner Lutz, da Universidade de Connecticut, nos Estados Unidos da América, e publicado na obra “Emerging Models of Social Casework Practice” (Viscarret, 2007, p.65).

O Serviço Social, enquanto área científica, procura conhecer os problemas do envelhecimento existentes na nossa sociedade. Através do auxílio do modelo apropriado a cada caso em específico, pretende elaborar um plano com o objetivo da sua resolução, de modo a alcançar o bem-estar social de cada indivíduo, respeitando a ética profissional, os valores e os direitos humanos (Carvalho, 2012).

Com o aumento das pessoas idosas e dada a sua vulnerabilidade em termos de problemáticas sociais e de saúde associadas ao risco de pobreza, solidão e isolamento, necessitando de cuidados alargados e diferenciados, constitui enfoque particular para o serviço social (Carvalho, 2012).

O Apoio Social engloba um apoio emocional, tangível e informativo. O apoio emocional é caracterizado por trocas de atitudes emocionais positivas e um meio de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio. O suporte tangível (material ou instrumental) remete para um conjunto de ações ou materiais que vão no sentido de facilitar a realização das tarefas do quotidiano, aliviando o idoso. Por seu lado, o apoio

informativo revela-se através do aconselhamento que permite encaminhar o idoso para a resolução dos seus problemas (Sluzki, 1996).

O fenómeno do envelhecimento tem criado diferentes dilemas e incertezas na forma como corresponder às exigências intrínsecas a todo este processo, que envolve fatores sociais, políticos e económicos. Esta realidade social, para a qual ainda não estamos preparados para apoiar e acompanhar, colocou a possibilidade de surgirem novas áreas de investigação e intervenção, com o objetivo de cobrir as necessidades que a sociedade nos coloca e para a qual exigem respostas (Andrade, 2014). Nesta perspetiva, e de acordo com Granja (2009),

“o fenómeno demográfico do envelhecimento da população gera problemas de intervenção social a ele ligados como: responder aos problemas e desafios necessários para combater o isolamento social; fortalecer as redes relacionais primárias e secundárias; garantir a qualidade de vida dos idosos, afetada por problemas de fragilidade física e/ou mental, a procura de manutenção da autonomia possível de vida sem perda de identidade pessoal e social; criar condições para estimular capacidades em declínio, bem como para desenvolver as existentes construídas pela experiência de vida” (p.1).

De acordo com García e Jiménez (2004), incumbe ao serviço social gerontológico conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e conseguir que elas adotem uma ação organizada, tanto preventiva como transformadora. Trata-se, assim, de uma intervenção profissional planeada e científica na realidade social das pessoas idosas, conhecendo-a e transformando-a, cooperando com outras profissões para atingir o bem-estar desse coletivo (Carvalho, 2013).

As pessoas idosas também podem estar sujeitas a diversas formas de discriminação, com base na sua raça, género, classe, orientação sexual, entre outros. Neste sentido, o assistente social necessita ter em consideração que qualquer idoso pode ter experienciado ou estar a experienciar múltiplas formas de opressão, que podem influenciar a forma como responde à sua abordagem e intervenção (Carvalho, 2013). Na mesma linha de pensamento, Lymbery (2005, p.15) refere que “os assistentes sociais identificam todas as formas de poder e opressão a que as pessoas idosas possam estar sujeitas”. O princípio do empowerment também é fundamental e Lymbery (2005) refere que o essencial é ter em consideração que, para muitas pessoas idosas, a capacidade de fazer escolhas é influenciada por diversos fatores, tais como a saúde, posição social e

classe social. “Este princípio não é algo que o assistente social possa transferir para o idoso, mas uma condição que este tem de ser capaz de atingir, podendo o assistente social ajudar neste processo, criando um ambiente no qual o empowerment possa tornar-se possível” (Carvalho, 2013, p.180).

Os modelos de intervenção social revelam-se como uma estratégia de ação que pode atuar de uma forma centrada no indivíduo como também no agir coletivo. Estes modelos fortalecem a visão do agir profissional pela diversidade de ações que envolvem o indivíduo, a família, as infraestruturas comunitárias, a comunidade em geral e as infraestruturas sociais, enquanto sistemas sociais, defendendo que a mudança social só é adquirida se referenciada a uma abordagem holística (Santos, 2012). Logo, a organização da prática profissional em modelos de intervenção procura a sua compreensão a partir da problematização da realidade permitindo o diagnóstico e o estudo social de uma forma mais ampla, específica e transversal. Através dos instrumentos metodológicos e do registo pormenorizado da informação recolhida, que contribuem para a construção de metodologias de intervenção social mais assertivas. Tendo sempre em atenção os valores orientadores a Igualdade social, a Inclusão social e os Direitos humanos, promovendo o acesso aos direitos sociais básicos (Santos, 2012).

De acordo com Viscarret (2007), vários modelos teóricos podem ser utilizados na prática profissional do assistente social (Modelo de intervenção em crise, Modelo psicossocial, Modelo centrado em tarefas, Modelo de gestão de casos e Modelo sistémico), tendo em vista o seu bom desempenho. No âmbito deste trabalho na área do envelhecimento, enumeram-se dois que consideramos mais relevantes – o Modelo sistémico e o Modelo de gestão de casos.

### **Modelo sistémico**

O Modelo de intervenção social sistémica parte do princípio que as pessoas para a realização dos seus planos e para a superação das suas dificuldades, dependem do apoio que lhes prestam os sistemas sociais existentes no seu meio de proximidade. O trabalho social ocupa-se da interação entre as pessoas e o seu contexto social, o qual exerce influência sobre a capacidade das pessoas na realização de tarefas vitais, para diminuir o seu sofrimento e mal-estar e para concretizar as suas expectativas e valores. O propósito do trabalho social consiste em: melhorar a capacidade das pessoas para resolver os

problemas; envolver as pessoas com os sistemas que lhes possam prestar serviços, recursos e oportunidades; e exigir que os sistemas funcionem de forma eficaz e humana.

O assistente social ocupa-se da interação entre os indivíduos e as suas redes de sistemas e recursos. Neste sentido, os problemas não são considerados como atributos das pessoas, mas como atributos de situações sociais concretas. Mais importante do que ver quem tem um problema é conhecer o conjunto de elementos de uma situação concreta que impedem os indivíduos de realizarem tarefas vitais.

Os sistemas implicados neste modelo são os seguintes:

- Sistema do agente de mudança: o assistente social, a organização e os serviços são agentes de mudança. Estes agentes, para realizarem um trabalho de mudança, encontram-se influenciados pelo sistema a que pertencem. O assistente social trabalha sob condições, obrigações e possibilidades muito distintas.
- Sistema do modelo centrado no cliente: o sistema do cliente (indivíduo, grupo, comunidade) não é um sistema passivo, mas um sistema que solicita ajuda e que, pelo facto de o fazer, implica e se implica numa intervenção. Acresce a obrigatoriedade de elaboração de um contrato ou acordo de colaboração para obter a implicação do sistema cliente.
- Sistema dos destinatários: trata-se de indivíduos sobre os quais o agente de mudança pretende exercer influência com o fim de conseguir um objetivo desejado. O assistente social deve definir objetivos de mudança em colaboração com o sistema do cliente, podendo, em algumas circunstâncias, coincidir o sistema do cliente e o sistema dos destinatários.
- Sistema de ação: o agente de mudança não trabalha de forma isolada. O sistema de ação faz referência às pessoas com as quais o assistente social colabora. Este sistema de ação pode acionar-se por motivos diversos, tais como: conseguir determinados acordos ou contratos; conhecer e estudar um problema; e estabelecer objetivos de mudança.

O assistente social simplifica a interação, cria relações entre as pessoas e os sistemas sociais de recurso, incluindo um plano coordenado. E, ainda, coopera na promoção e modificação das medidas sociopolíticas, trabalha para produzir mudanças nas políticas

sociais que tenham impacto na solução de problemáticas individuais dos indivíduos (Viscarret, 2007).

### **Modelo de gestão de casos**

O Modelo de gestão de casos é definido pelo ISCTE (2007, p.15) como “Um processo colaborativo no âmbito do qual se executa avaliação diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços, com vista a responder, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo. Para tal, implica o investimento na comunicação e na utilização eficaz e eficiente dos recursos disponíveis”. Ou seja, a partir dos objetivos identificados é compreensível que a gestão de casos seja concebida através das práticas orientadas para e com o cliente (a nível micro), bem como a nível macro na identificação de recursos e facilitação de acesso aos serviços, reconhecendo a dignidade, o mérito/ esforços e os direitos das pessoas. Segundo Santos (2012), a gestão de casos baseia-se em três estratégias-chave, designadamente na: (i) colaboração que se rege por uma participação articulada entre todos os agentes chave, incluindo o próprio indivíduo, família e redes secundárias; (ii) comunicação que se regula pela reflexão dos objetivos propostos aos destinatários e da partilha de informação, assegurando a compreensão da mesma e tendo um carácter de permanente atualização; e (iii) coordenação que passa pela mobilização, integração, supervisão e organização de recursos, serviços e parceiros no sentido de uma real efetivação do trabalho integrado.

A intervenção direta com pessoas idosas e famílias, segundo García (2004), pode ter quatro tipos de funções: Preventivas – funções que se destinam a criar melhores condições para que não se venham a gerar processos problemáticos; Promocionais – funções que se realizam para encontrar e desenvolver nas pessoas idosas as suas capacidades, tentando controlar as condições que configuram a sua problemática social, de forma autónoma, reduzindo ao máximo as dependências sociais; Assistenciais – funções através das quais o assistente social trabalha com a pessoa idosa e com a sua família, a capacidade em resolver um problema que, por alguma razão, está condicionada e precisa de ser reforçada. Estas funções podem ir desde o simples apoio até a intervenções mais dirigidas à mobilização de recursos diversos com vista à satisfação de determinadas necessidades; e Reabilitadoras – funções destinadas à

promoção da (re)inserção ou orientação das pessoas idosas que, por algum motivo, tenham sofrido algum tipo de situação de exclusão social.

O Modelo de gestão de casos consiste num método de prestação de serviços, através do qual o profissional avalia as necessidades do idoso e da sua família, de modo organizado, coordenado, fazendo o acompanhamento, avaliando e mobilizando serviços e recursos necessários à satisfação das necessidades do idoso. Este modelo dirige-se, tanto à pessoa como um todo como ao estado do sistema social em que age. No modelo de gestão de casos o assistente social movimenta-se a um nível “micro”, quando intervém junto do idoso e do seu meio individual. A nível “macro”, quando intervém no campo legislativo e normativo. Os objetivos deste modelo passam por assegurar: a continuidade da atenção ao idoso, através dos diferentes serviços pelos quais percorre; que os serviços correspondem às necessidades dos idosos; o auxílio no acesso aos serviços, superando obstáculos de acessibilidade associados a critérios de elegibilidade, regulamentos, procedimentos e políticas; que os serviços prestados cumprem as necessidades do cliente e que são cumpridos em tempo e de forma conveniente. As atividades fundamentais desenvolvidas pelo assistente social neste modelo são o progresso e fornecimento de recursos, a implicação nas responsabilidades financeiras dos serviços, a recolha sistémica de informação, a gestão da informação, a avaliação de programas e serviços e a aquisição de níveis de qualidade na prestação de serviços (Viscarret, 2007).

O Modelo de gestão de casos determina um sistema colaborativo e cooperativo de prestação de serviços em que organiza, estrutura e suporta uma rede de apoios formais e informais, bem como o desenvolvimento de um conjunto de ações que potenciam a autonomia dos idosos, tendo em vista a sua (re)integração social. Neste modelo o assistente social trabalha em conjunto com o elemento/família todas as dimensões possíveis da experiência vivenciada e com as estruturas de apoio e programas políticos (Santos, 2012). O objetivo desta intervenção baseia-se numa relação entre idoso e o assistente social, de modo a que se possa ajustar às mudanças que vão surgindo, motivando e capacitando para esse efeito (Viscarret, 2007).

Segundo García (2004), a intercessão do assistente social desenvolve-se através de um processo contínuo, coeso, lógico, flexível, ativo, crítico e dialético, onde a ação profissional se realiza através de etapas interrelacionadas destinadas a conseguir um maior número de soluções para cada caso em particular.

## **2.2. A intervenção do serviço social com idosos**

De acordo com Carvalho (2013), é fundamental que o assistente social tenha capacidade relacional para poder estabelecer uma relação positiva com o idoso e um ponto de partida para desenvolver toda a intervenção. Neste sentido, é solicitado aos assistentes sociais, na área da Gerontologia, o desenvolvimento de competências relacionais efetivas e o estabelecimento de uma relação de confiança. Nas intervenções indiretas ao idoso encontra-se ausente, sendo o assistente social o ator. As ações delineadas têm como objetivo organizar o trabalho e planejar as intervenções que o assistente social realiza em benefício do idoso, sem a sua participação ativa e direta (Robertis, 2011). Carvalho (2013) reforça que nesta intervenção o assistente social coordena e otimiza recursos, planifica e avalia a intervenção com vista à prossecução dos objetivos. O trabalho do assistente social abrange a elaboração e preenchimento de instrumentos de trabalho, como: a ficha/processo social da pessoa idosa, as informações e/ou relatórios sociais, as escalas de avaliação social, o plano de intervenção social, os registos das entrevistas e/ou visitas domiciliárias e de reuniões diversas.

Segundo a Federação Internacional dos Assistentes Sociais (2014), o Serviço Social rege-se pelo objetivo de promover a mudança social; a resolução de problemas sociais, provenientes da interação das pessoas em contexto relacional; e procura a capacitação e a emancipação dos indivíduos para a promoção do bem-estar, assente nos princípios dos direitos humanos e da justiça social. A resposta às necessidades humanas, num contexto de justiça social, deve constituir-se como um imperativo no desempenho dos profissionais de Serviço Social. Neste contexto, os profissionais que trabalham junto da população idosa são desafiados, por um lado, a promover a liberdade individual e, por outro, a usar a competência científica e técnica na intervenção com idosos em defesa da equidade. Assim, devem: (i) promover e defender a integridade e o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada pessoa; (ii) promover o envolvimento e a participação em pleno, das pessoas, utilizando os seus serviços de modo a capacitá-las para o reforço de todos os aspetos de decisão e ações que afetem as suas vidas; e (iii) tratar a pessoa como um todo, considerando o seu contexto familiar, a comunidade, o meio social e natural, ou seja, identificar todos os aspetos da sua vida (Código Deontológico dos A.S.,2018)

O Serviço Social é uma profissão que se rege por padrões teóricos-metodológicos, éticos e políticos. Segundo Baptista, (2001) constituem a sua matéria-prima, para além da dimensão ética do Serviço Social, a dimensão política, daí que Neto (1992) se refira ao Serviço Social como um projeto ético-político. Ético, porque assenta no reconhecimento da liberdade como valor central, como um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos sujeitos sociais, com vista à produção de uma nova ordem social e assente na defesa dos direitos humanos. Na dimensão ética a intervenção do assistente social tem por referência o Código Deontológico (2018), que define um conjunto de valores, princípios e obrigações de conduta ética. Estes profissionais devem agir de acordo com a ética profissional e ter, também, como principais características: a habilidade de relacionamento interpessoal; saber ouvir; manter-se imparcial em relação à situação dos indivíduos, sem fazer qualquer julgamento; equilíbrio emocional; flexibilidade; estar sempre atualizado; e conhecimentos da realidade socioeconómica e política do país. O assistente social pode confrontar-se com questões éticas em situações de conflito relacionadas com a definição do problema; a fixação de prioridades; a decisão sobre a estratégia; e os resultados desejados propostos pelo idoso, pela comunidade, pela profissão ou pela sociedade. Isto, porque cada um se refere a diferentes conceções de natureza humana, valores, questões e níveis de sistema. Na intervenção devem ser garantidos o sigilo profissional e a confidencialidade, sendo a pessoa idosa informada acerca dos seus direitos e deveres, enquanto beneficiária dos serviços de ação social. A dimensão política também é considerada, dado que o Serviço Social se rege pelo contexto das políticas sociais. Assim, estas duas dimensões não podem ser vistas como dois factos distintos, visto que uma informação ética se adquire com a história concreta que se ajusta à dimensão político-profissional (C. D.do SS, 2018).

Um dos maiores desafios que se coloca ao assistente social é o desenvolvimento de capacidades de interpretar a realidade e construir propostas de trabalho criativas capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de questões emergentes no quotidiano. Assim, o profissional deve ser prepositivo e não só executivo, sendo para isso necessário inovar, recriar, redefinir novos papéis e novas metas, tendo sempre como foco a população alvo, o seu contexto e meio envolvente (Iamamoto, 2004).

Os objetivos do Serviço Social, no âmbito da pessoa idosa situam-se em três dimensões: (i) a Nível individual: manter e aumentar a funcionalidade social da pessoa idosa e

potenciar a autoestima, a confiança em si mesmo, a autonomia pessoal e a identidade individual da pessoa idosa; (ii) a Nível grupal: criar oportunidades de inserção, criar vínculos entre a pessoa idosa e o seu meio e restaurar laços de solidariedade; e (iii) a Nível comunitário: conhecer a comunidade a nível populacional, económico, associativo, a sua história; conhecer as capacidades e potencialidades da comunidade; potenciar o associativismo; e desenvolver programas de organização e desenvolvimento comunitário que favoreçam a integração dinâmica da pessoa idosa (García, 2004).

A promoção da qualidade de vida e dum envelhecimento mais saudável e ativo são aspetos fundamentais na sociedade atual, dado que o envelhecimento atinge grande parte da população.

### **2.3. As medidas e programas das políticas sociais para o envelhecimento**

A globalidade dos direitos de todos os indivíduos constitui o princípio das políticas sociais, tendo uma lógica redistributiva, baseada nos princípios da justiça social e na garantia dos direitos sociais a todos os indivíduos (Silva, 2002). Aquelas asseguram o bem-estar geral da sociedade proporcionando-lhe bens e serviços sociais. Segundo Costa (1999) o bem-estar refere-se à necessidade de responder às necessidades individuais ou de grupo. As políticas sociais podem então ser entendidas como um campo de estudo e de ação do estado de bem-estar, construído por todos os atores políticos e visam a reprodução das relações sociais, com o objetivo da regulação da atividade económica, da igualdade de oportunidades, promovendo a justiça social, a equidade e a eficiência de modo a reduzir as desigualdades sociais (Costa, 1999).

As políticas sociais são influenciadas por diferentes condicionantes, sendo umas de carácter mais estrutural e outras de carácter mais político e ideológico. No primeiro caso, os fenómenos determinantes são o aumento demográfico de pessoas mais velhas. No segundo caso, os fenómenos determinantes desta política social relacionam-se com questões de carácter mais ideológico e político. O modelo ideológico apoia-se no campo do alarmismo produzido pelos dados estatísticos. Por sua vez, o modelo político considera as pessoas idosas uma construção social, não apenas o processo natural de envelhecimento, mas também um grupo com uma ampla diferenciação que está socialmente estruturado e, como consequência, aberto á renovação (Cabrero, 2005).

Neste seguimento o sistema da Segurança Social pretende assegurar os direitos básicos dos cidadãos e a igualdade de oportunidades, como também promover o bem-estar e a coesão social. A Lei nº 83 A/2013, de 30/12

define as bases gerais em que assenta o sistema de segurança social, bem como as iniciativas particulares de fins análogos.

As funções da Segurança Social passam pela redistribuição do rendimento para reduzir a pobreza, ou seja, formar a primeira rede de segurança económica; o seguro social, a criação de mecanismos que assegurem a substituição de rendimento de trabalho quando estes não puderem ser assegurados pelo trabalho devido a desemprego, doença, acidente, velhice ou morte. Os principais objetivos da Segurança Social passam por: garantir a concretização do direito à segurança social; promover a melhoria sustentada das condições e dos níveis de proteção social e o reforço da respetiva equidade; e promover a eficácia do sistema e a eficiência da sua gestão.

A Segurança Social assegura a proteção social dos idosos, através das prestações sociais, designadamente: Pensão por Velhice, Pensão por Invalidez, Pensão Social de Invalidez, Regime Especial de Proteção na Invalidez, Suplemento Especial de Pensão, Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa, Complemento Solidário para Idosos, Pensão de Sobrevivência, Pensão de Viuvez, Complemento por Dependência, Apoio de Despesas de Funeral, entre outras (Apêndice 1).

A Segurança Social promove também programas dirigidos à população idosa, de entre outros: Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII), Plano do Avô, Programa Apoio 65 e Programa de Apoio aos mais velhos (Apêndice 2).

## Capítulo III - Caracterização do contexto de Estágio

### 3.1 O concelho de Vieira do Minho e as suas respostas sociais às necessidades da população idosa

Neste capítulo faz-se uma breve caracterização do contexto em que decorreu o estágio por forma a facilitar a compreensão do seu meio envolvente.

Vieira do Minho é um dos 13 concelhos que integram o distrito de Braga e é composto por 21 freguesias, no entanto com a agregação das mesmas, devido ao número reduzido de população passaram a ser 12 freguesias, que no seu todo apresentam traços e problemáticas comuns, desta forma estão todas com a cobertura da resposta de CCL's.

Na figura 3 apresenta-se o mapa que faz referência às 21 freguesias do Concelho de Vieira do Minho.

*Figura 3 – Mapa do concelho de Vieira do Minho*



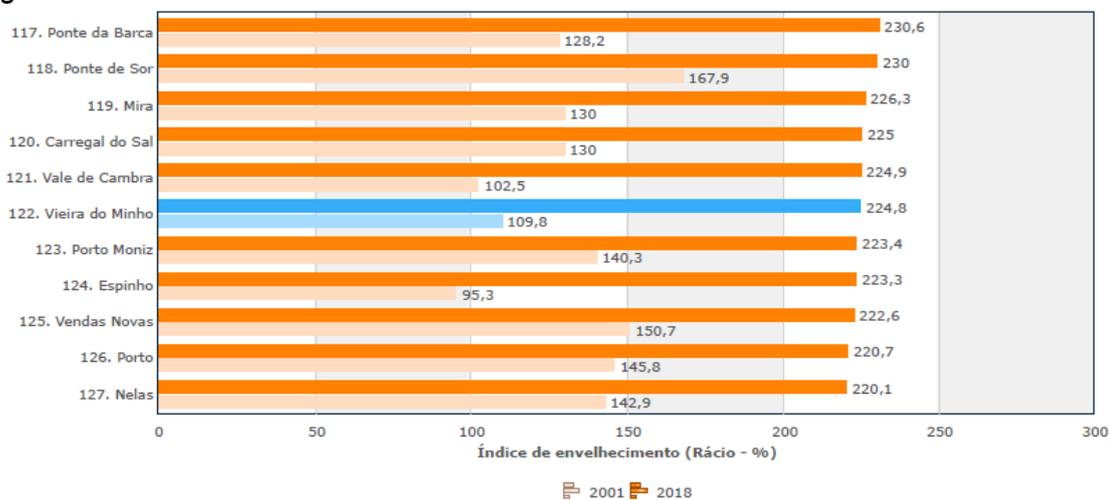
Fonte: Câmara Municipal de Vieira do Minho, 2018

O concelho de Vieira do Minho situado no norte do país, na região do Minho, enquadra-se num cenário com características predominantemente rurais, sendo um concelho envelhecido, com uma grande dispersão demográfica. Estas circunstâncias traduzem-se

no isolamento geográfico e social de muitos povoados, nomeadamente, dos situados nas regiões mais montanhosas e distantes da sede do concelho.

Na figura 4 apresenta-se o Índice de envelhecimento no concelho de Vieira do Minho comparando os anos de 2001 e 2018.

Figura 4 - Índice de envelhecimento no concelho de Vieira do Minho 2001-2018



Fonte: Pordata, 2019.

O envelhecimento demográfico é um problema social e segundo informação recolhida em Pordata (2019) Vieira do Minho apresenta-se entre 2001 e 2018 como um dos concelhos do distrito de Braga, com maior envelhecimento, tendo passado dum índice de envelhecimento de 109,8% em 2001 para 224,8% em 2018. Um concelho pautado pela ruralidade, decorrendo daí uma escassez de recursos. A pobreza urbana agrava-se devido à dificuldade de acesso a bens de consumo, serviços e equipamentos indispensáveis a uma vida condigna. Esta situação está de certa forma patente na sede do concelho. Os fenómenos da pobreza no meio rural não são recentes e resultam de fatores de ordem económica, social, cultural e geográfica.

Do ponto de vista demográfico, pode-se dizer que Vieira do Minho é um concelho onde se regista um elevado índice de envelhecimento populacional. No total dos 14.724 indivíduos que residem no concelho, cerca de 2.789 (18,9%) pertencem ao grupo etário dos 65 ou mais anos. Designa no espaço intercensitário, um claro aumento da população mais velha, conseqüentemente uma redução da população jovem, seguindo a tendência geral do país. Tal aspeto pode estar muito mais associado aos fenómenos de emigração do que à diminuição natural propriamente dita.

Na figura 5 apresenta-se o número de habitantes no concelho de Vieira do Minho- 1991-2001.

Figura 5 – Número de habitantes no concelho de Vieira do Minho



Fonte: INE – Recenseamento Geral da População, 2001

Em 2001 a população residente neste concelho era de 14.724 habitantes. Desde o censo de 1991, o concelho viu diminuir a sua população residente de 15.774 para 14.724 indivíduos (7.285 do sexo masculino (49%) e 7.439 do sexo feminino (51%), o que corresponde a uma variação total negativa de 7%. Variação da população residente em Vieira do Minho, por freguesias, entre 1991 e 2001.

### 3.2 A Ação Social e as redes de sociabilidade

O estágio decorreu nos Serviços de Ação Social da CMVM que integra diversos departamentos de apoio social, tais como: Gabinete de Ação Social, Ação Social, Loja Social, Apoio Vieira Solidário, Apoio na Medicação e Transportes, Apoio nas Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio e Centros de Convívio e Lazer. Para a descrição de todos estes setores consultamos a página eletrónica da Câmara Municipal.

O Gabinete de Ação Social (GAS) tem como objetivo assegurar infraestruturas e serviços que promovam o bem-estar social da população, procurando responder às suas necessidades de uma forma diversificada e articulada com outras instituições/Entidades.

O atendimento social é uma forma de ajudar as pessoas ou as famílias em situação de carência (pobreza) ou vulnerabilidade de forma a minimizar as suas necessidades.

A Ação social engloba várias áreas de intervenção, no entanto enumeram-se as mais relevantes para o presente trabalho: habitabilidade (apoio na melhoria das condições habitacionais de agregados familiares carenciados); apoio direto ao arrendamento para atribuição de habitações sociais.

A Loja Social tem como objetivo suprir as necessidades imediatas de famílias mais carenciadas, através da recolha de objetos usados ou novos, doados por particulares ou empresas, nomeadamente: roupas, calçado, utensílios domésticos, roupas de cama, móveis, entre outros.

O programa Municipal “Apoio Vieira Solidário”, visa apoiar os idosos em pequenos arranjos nos seus domicílios, designadamente na carpintaria, eletricidade, canalização, serralharia, entre outros.

O programa Municipal de Comparticipação em Medicamentos e Transportes tem como objetivo apoiar os munícipes com dificuldades económicas.

O programa de Apoio nas Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio tem como objetivo apoiar os idosos que se encontrem em situação de dependência, impedindo o agravamento do seu estado de saúde, através do empréstimo de produtos de apoio que necessitem. Os produtos de apoio podem ser constituídos por camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos, entre outros.

Os Centros de Convívio e Lazer estão na agregação das 12 freguesias, com uma frequência semanal, sendo o grande objetivo proporcionar aos idosos momentos de convívio e lazer que combatam as situações de isolamento a que muitos estão sujeitos. Além da promoção de atividades sociais, culturais e recreativas, no âmbito do apoio à interação social e comunitária, visa também proporcionar aos idosos momentos de diversão e de confraternização.

### **As redes de sociabilidade**

As redes sociais de apoio são formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que

são partilhados entre os membros desse sistema (Paúl, 2005). Deste modo podemos dividir as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. No grupo composto pelas redes de apoio formal, incluem-se serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio). Nos de apoio informal estão incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro os amigos e os vizinhos.

Segundo Maia (2002), antes de usarmos o conceito de redes sociais, devemos considerar os indivíduos a partir das relações que mantêm entre si. Importa saber a forma como cada indivíduo se relaciona com os outros, ou seja, a forma como os relacionamentos efetuados dão para perceber e explicar o posicionamento social de cada um em relação a um conjunto de indivíduos. Esses relacionamentos podem ser mais ou menos alargados e variar na intensidade, permitindo perceber a posição mais ou menos distanciada do indivíduo dentro de um sistema ou subsistema: se é mais ou menos ativo, se os relacionamentos vão para além dos vínculos diretos (dependências decorrentes de laços familiares). Quanto maior é o número e a intensidade dos relacionamentos, maior será a importância de uma rede social. Assim, “rede social refere-se aos aspetos quantitativos e estruturais das relações humanas, enquanto rede de suporte (apoio) social refere-se ao aspeto qualitativo do apoio percebido, incluindo o conteúdo e a avaliação das relações com outras pessoas significativas” (Monteiro & Neto, 2008, p.98). Ao longo do ciclo de vida de um indivíduo, as redes sociais são muitas e variadas, refletindo-se assim o seu relacionamento interpessoal com o meio social.

Existem dois tipos de redes, a primária e a secundária, sendo que o que as diferencia é o tipo de vínculo relacional existente entre os membros que constituem a rede social. Na rede primária, os vínculos são essencialmente de natureza afetiva, ou também chamado de “núcleo duro”. Por seu lado, as redes secundárias correspondem ao “conjunto de pessoas reunidas (...) num quadro institucionalizado” (Guadalupe, 2010, p.55), fazendo referência a relações de carácter formal e com objetivos funcionais. Assim, esta rede pode ser considerada formal ou informal, dependendo do seu nível de estruturação, dos objetivos a cumprir e das relações estabelecidas no seu seio (Guadalupe, 2010). No caso dos idosos, e segundo Paúl (1997a, p.109), a relação com os amigos é bastante positiva, dado que “os amigos são parte integrante das redes de apoio social, pela capacidade de proporcionar um bem-estar subjetivo, que vai desde a partilha da intimidade, apoio

emotivo e socialização”. Então, pode-se afirmar que as amizades contribuem fortemente para o desenvolvimento da autoconfiança, autoafirmação, valorização pessoal do eu e aceitação nos idosos. Torna-se importante, ainda, referir as funções assumidas pelos membros da rede social. Segundo Guadalupe (2010), as funções definem-se como o intercâmbio interpessoal entre os membros de uma relação e são explicados por Sluzki (1996) citado por Guadalupe (2010) como sendo: (i) a companhia social que envolve a partilha de atividades; (ii) o apoio emocional, baseado nas trocas de atitudes emocionais positivas; (iii) o aconselhamento, através da partilha de informações que refletem novas formas de pensar ou agir; (iv) a regulação e controlo social, associado à pressão exercida sobre as responsabilidades normativas; (v) o acesso a novos contactos, permitindo a criação de novos vínculos; e (vi) ao apoio material ou instrumental, bem como ao apoio técnico ou de serviços.

Para Paúl (2005), as redes sociais mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. A autora constatou que acontecimentos como a reforma ou mudança de residência alteram profundamente a rede. Ao longo dos anos os pares morrem e os que sobrevivem ficam com menos amigos, as redes reorganizam-se ou degradam-se, facilitando ou não a permanência dos idosos na comunidade. As redes de apoio informal são fundamentais para assegurar a autonomia, a autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, aspetos fulcrais para um envelhecimento ótimo (Monteiro & Neto, 2008).

Segundo Marques (2012) a declaração de uma política da terceira idade, na constituição de 1976, mudou a forma de encarar as respostas sociais ao intervir no fenómeno do envelhecimento do nosso país. Progressivamente, o estado tem promovido um investimento organizado em respostas sociais dirigidas aos problemas da população envelhecida que passam pela criação de outro tipo de ofertas, como os Centros de Dia (CD), os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), os Centros de Convívio e Lazer (CCL's), cujo principal objetivo é a manutenção das pessoas idosas por mais tempo possível nas suas residências e nas suas comunidades locais.

A proximidade com a vizinhança são contactos úteis e simultaneamente funcionais, visto que em determinado momento podem servir de auxílio nomeadamente na ausência de saúde. A situação de viver só pode indicar uma realização pessoal. Segundo Mauritti (2011), o espaço da casa é um espaço de identidade e intimidade do próprio, que se encontra preenchido de significados e símbolos, que refletem o percurso de vida. A

autora parafraseando o autor Gilberto Velho, refere que a casa tem determinados significados, nomeadamente a sua localização, a forma como é utilizada, com quem é partilhada e o lugar de cada objeto dentro da casa. A casa funciona, portanto como um marco no tempo e no espaço, que é construído de forma a satisfazer as necessidades de quem a habita. É um espaço de conforto, um espaço seguro e identitário.

Atualmente na rede de apoio formal existe uma variedade de respostas sociais que proporcionam cuidados aos idosos, nomeadamente: os CD; os CN; os CC; os CCL's; o SAD; as FA; os CI; os CF e os ERPI's. Estas respostas sociais têm como objetivo satisfazer as necessidades básicas dos idosos (Saraceno & Naldini, 2003). Neste sentido enumeram-se as respostas sociais existentes no concelho de Vieira do Minho, reportando os seus objetivos de acordo com a orientação da circular da Direção-Geral da Segurança Social, o Decreto-lei nº33/2014 de 04 de março, do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e o Guia de Respostas Sociais da Segurança Social.

### **Serviço de Apoio domiciliário**

O SAD é a equipa que presta cuidados e serviços a famílias que se encontram no domicílio em situação de dependência que não possam assegurar as suas necessidades básicas e nem disponham de apoio familiar para esse efeito. Segue a orientação técnica da Circular nº4/2014, de 16 de dezembro, da Direção-Geral da Segurança Social e Decreto-lei nº33/2014 de 04 de março.

O SAD tem como objetivos: melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar; garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes; reforçar as competências e capacidades das famílias ou outros cuidadores; facilitar o acesso a serviços da comunidade; evitar ou adiar ao máximo o recurso a ERPI, contribuindo para a manutenção dos utentes no seu domicílio; e contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

Esta resposta social no concelho de Vieira do Minho tem total cobertura, pois os 12 Centros Sociais existentes dispõem desta valência, atuando nas freguesias onde estes equipamentos não existem.

O idoso ao longo da sua vida desenvolveu inúmeras relações com os outros e o mundo que o rodeia, tem uma história, “criou raízes”. Logo este caminho deve ser entendido como uma globalidade integrada devendo ser sempre promovida a continuidade e não um conjunto de ruturas com a família e mesmo com a casa onde pode ter vivido grande parte da sua vida. A importância do espaço físico e afetivo (casa), onde o idoso viveu grande parte da sua vida, onde tem as suas recordações o seu objeto pessoal é de extrema relevância. A ida, por exemplo para uma ERPI, implica a rutura e o afastamento dos seus bens, factos que devem ser considerados. Neste sentido, é importante referir outras alternativas que possam dar resposta como o SAD, que pretende assegurar a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, juntamente com os CCL's.

O objetivo dos serviços de Apoio Domiciliário são a prestação de cuidados individualizados no domicílio aos idosos, que por motivos de doença ou incapacidade não conseguem assegurar as necessidades básicas. O facto da pessoa ou família permanecer no domicílio, visa facilitar uma vida normal e integrada no meio habitual. São objetivos primordiais desta resposta a prevenção de situações de dependência, a promoção de autonomia e prestação de cuidados de saúde, quer de ordem física, quer de ordem psicossocial.

### **Centros de Dia**

Os CD funcionam durante o dia e prestam vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas ocupadas. Têm orientação técnica da Circular nº4/2014, de 16 de dezembro, da Direção-Geral da Segurança Social e do Decreto-lei nº99/2011 de 28 de setembro, do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Têm como objetivos: proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover relações intergeracionais; permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua habitação, no seu espaço; evitar ou adiar a integração em ERPI; e contribuir para a prevenção de situações de dependência promovendo a autonomia.

Esta resposta social, em número de duas, é também, uma das várias respostas existentes em Vieira do Minho. Com um número elevado de pessoas idosas e isoladas, torna-se extremamente importante no desenvolvimento de atividades, mantendo assim os idosos a maior parte do tempo ocupados.

### **Centros de Noite**

Os Centros de Noite como resposta social funcionam em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Os objetivos desta resposta passam por acolher durante a noite pessoas com autonomia, assegurar o bem-estar e segurança de forma a favorecer a permanência no seu meio habitual de vida e evitar a sua institucionalização.

O CN presta acolhimento e alojamento durante a noite proporcionando condições que permitam a higiene pessoal e assegurem a ceia e pequeno-almoço. O acolhimento noturno tem caráter temporário ou prolongado e é assegurado enquanto se mantiverem as situações que deram origem à respetiva admissão.

### **Famílias de Acolhimento**

A FA como resposta social consiste em integrar, temporariamente ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. Tem como objetivos: acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

### **Cuidadores Informais**

O Cuidador Informal fornece cuidados e assistência às pessoas idosas, mas sem remuneração. Geralmente, este serviço é prestado num contexto de relacionamento. É uma expressão de amor e carinho dado por um membro da família ou amigo.

Os cuidadores, no sistema informal, auxiliam a pessoa que é parte ou totalmente dependente de auxílio em seu cotidiano, como: para vestir-se, alimentar-se, necessitam de apoio nos cuidados de higiene, entre outros. Este apoio fornecido no domicílio é de extrema importância para os idosos, para uma melhor qualidade de vida. No entanto, é fundamental que se proceda a uma intervenção técnica adequada, que permita ao cuidador informal manter a sua saúde física e mental e desta forma continue a prestar cuidados ao idoso. Palma (1999), salienta que a qualidade de vida do idoso está relacionada com o bem-estar daqueles que têm a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades. Andrade (2009), também refere que os cuidados às pessoas idosas e aos familiares que cuidam exigem sobretudo uma solidariedade de base e uma ajuda eficaz que deverá ir ao encontro das reais necessidades do cuidador informal.

Segundo Ricarte (2009), cuidar é um conceito que apresenta múltiplas vertentes, sendo elas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.

### **Cuidadores Formais**

Este apoio formal fornece cuidados de saúde ou serviços sociais para outros, em função da sua profissão, e usa as habilidades, as competências e a introspeção originadas em treinamentos específicos, são treinadas na profissão de cuidar de outras pessoas no seu domicílio. Geralmente, os cuidadores formais recebem compensação financeira pelos seus serviços, mas, algumas vezes não a recebem quando na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares. Os cuidadores formais atendem às necessidades de cuidados de saúde pela provisão efetiva de serviços, competência e aconselhamento, bem como apoio social.

Os cuidadores formais, que devem agir de forma articulada com os cuidadores informais, ou seja é fundamental que o apoio formal tenha atenção também para os cuidadores informais, no sentido de apoiá-los, de prever as suas dificuldades e necessidades, de os informar sobre os direitos, recursos e benefícios a que podem recorrer, bem como partilhar conhecimentos, sentimentos e angústias que funcionam

como estratégias para ultrapassar as situações atuais e as situações que podem vir a acontecer numa lógica pró-ativa e de prevenção que vise atenuar os efeitos negativos do ato de cuidar (Ricarte, 2009).

### **Centros de Convívio e Lazer**

Os CCL's constituem um equipamento social onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas da comunidade. Tem orientação técnica da Circular nº4/2014 de 16 dezembro da Direção-Geral da Segurança Social e do Decreto-lei nº99/2011 de 28 de setembro, do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Esta resposta engloba também os centros de convívio, que diferem do CCL, por ser a resposta com um tempo mais reduzido e com menor leque de profissionais especializados.

O concelho de Vieira do Minho tem total cobertura da resposta de CCL's nas 12 freguesias, cujos objetivos principais são: prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e incluir as pessoas idosas na vida social local; promover as relações pessoais e intergeracionais; e evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida. Podendo, assim, prestar este tipo de apoio a todos os idosos do concelho que estejam interessados em participar.

Os CCL's funcionam no espaço anteriormente ocupado pelas escolas primárias das freguesias do concelho que deixaram de ser utilizadas, quando foram criados os três Centros Escolares, que dão resposta a todo o concelho.

### **Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas**

As ERPI'S constituem uma resposta que têm como principal objetivo atender e acolher pessoas idosas, cuja situação social, familiar, económica e de saúde, não permita uma resposta alternativa, com alojamento permanente ou provisório. Têm orientação técnica da Circular nº4/2014 de dezembro da Direção-Geral da Segurança Social e da Portaria nº 67/2012 de 21 de março, do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Esta resposta social tem como objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social.

De acordo com a Carta Social de 2018 (atualização de 1 a 31 de janeiro de 2019), o concelho de Vieira do Minho tem em funcionamento sete ERPI's dando cobertura a 182 utentes idosos.

## Capítulo IV – Metodologia

Entende-se por metodologia “o estudo sistemático, por observação da prática científica, dos princípios que a fundamentam e dos métodos de pesquisa utilizados. Descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma determinada tarefa de um campo particular” (Penha, 2000, p.10).

Esta etapa da Metodologia de Projeto contempla a identificação de necessidades, presume também a identificação de potencialidades/recursos do meio de intervenção, nomeadamente as disponíveis para a operacionalização dos objetivos delineados.

Segundo Giraldes (1993) na definição das prioridades de um projeto deve-se ter em consideração o horizonte do plano e a área de programação.

Organizamos este capítulo, iniciando com a referência às etapas da intervenção social, seguidas da: apresentação dos objetivos; amostra; explicitação dos instrumentos e técnicas de recolha de dados utilizados. Referimo-nos, ainda, aos procedimentos de colheita e análise dos dados e às considerações éticas.

A prática da intervenção social no envelhecimento rege-se por cinco etapas (quadro 1).

Quadro 1 – Etapas da intervenção social

<b>Etapas da intervenção</b>	<b>Descrição</b>	<b>Ação</b>
<b>1ª Etapa</b>	Conhecimento da realidade social	Observação e entrevistas informais exploratórias
<b>2ª Etapa</b>	Diagnóstico Social	Compreender e descrever os fatores de risco
<b>3ª Etapa</b>	Planificação/Programação	Identificar as necessidades sociais
<b>4ª Etapa</b>	Execução (Encaminhamento social)	Articular com entidades no sentido de que seja providenciada a resposta adequada
<b>5ª Etapa</b>	Avaliação	Concluir e interpretar os resultados das ações desenvolvidas

## **4.1 Amostra**

A população alvo integrou todos os idosos que frequentam seis CCL's das freguesias da Vila, Cantelães, Parada de Bouro, Guilhofrei, Soengas e Rossas, num total de 200 idosos.

A amostra em estudo foi constituída por 40 idosos, que concordaram participar no estudo e que representam 20% da população alvo.

## **4.2 Instrumentos de recolha de dados**

Os instrumentos e técnicas de recolha de dados desempenham um papel fundamental, na medida em que constituem um instrumento de trabalho que possibilita a realização de uma pesquisa, um modo de conseguir a efetivação do conjunto de operações em que consiste o método, com vista à verificação empírica - confrontação do corpo de hipóteses com a informação colhida na amostra (Pardal & Correia, 1995).

A escolha da técnica a utilizar assume um carácter fundamental, no decorrer de uma intervenção, por ser um instrumento-chave na recolha de todo um conjunto de informação que, para além de servir de suporte ao percurso da intervenção, irá permitir responder aos objetivos do estudo. Assim, de modo a responder aos objetivos deste estudo foram utilizadas para a recolha de dados na amostra, os seguintes instrumentos: ficha de caracterização sociodemográfica, Escala de Avaliação da Situação Sociofamiliar de Gijón e as Ecalas de Graffar e de APGAR Familiar.

### **Ficha de caracterização sociodemográfica**

A Ficha de caracterização sociodemográfica é constituída por questões relacionadas com: a idade, o sexo, a naturalidade, o estado civil, a escolaridade, a profissão, o tipo de regime de reforma, os benefícios sociais, o número de filhos a residir perto ou longe, o

contexto do agregado familiar, o contexto habitacional, o apoio nas atividades de vida diária, a rede de vizinhança e as atividades de lazer (apêndice 4).

### **Escala de Avaliação da Situação Sociofamiliar de Gijón**

A Escala de Avaliação da situação sociofamiliar de Gijón é um instrumento estruturado de avaliação social, que pretende avaliar o risco social em pessoas idosas (Anexo I). O risco constitui a perceção de um perigo provável, mais ou menos previsível por uma pessoa que tenha sido exposto a ele (Veyret 2007). Para Egler (1996) o risco social é proveniente de carências sociais que contribuem para uma degradação das condições de habitabilidade, rendimento e acesso a serviços básicos. Por sua vez, Nunes (1999) considera que o apoio social engloba o apoio instrumental e emocional, o aconselhamento, a interação positiva, a orientação, a confiança, a socialização, o sentimento de pertença, entre outros.

González *et al.* (1999) testaram a Escala de Gijón quanto à sua fiabilidade e validade com o propósito de criarem um instrumento que medisse a função social de forma constante e válida. Desta forma a escala avalia três áreas correspondentes à situação familiar, relações e contatos sociais e apoios da rede social.

A escala de avaliação da situação sociofamiliar, permite-nos avaliar o risco da necessidade de institucionalização da pessoa idosa ou não (González, 1999), classificando-o em: alto risco de institucionalização, baixo risco de institucionalização e situação intermédia. As respostas múltiplas variam de 1 a 5 pontos. Se a soma da pontuação for: igual ou superior a 10 pontos, a pessoa enquadra-se numa situação alto risco de institucionalização; de 6 a 9 pontos, situação de social intermédia; e até 5 pontos, baixo risco de institucionalização (anexo I).

### **Escala de Graffar**

Com o objetivo de caracterizar a família do ponto de vista social, utilizamos a escala desenvolvida por Graffar e adaptada por Amaro (1990), a qual permite classificar as famílias em 5 classes socioeconómicas: alta, média alta, média, média baixa e baixa (Anexo II).

A escala de Graffar é um instrumento que se baseia na avaliação de um conjunto de critérios do indivíduo e do seu agregado familiar, tais como: a profissão; o nível de instrução; as fontes de rendimento familiar; o conforto da habitação; e os aspetos do bairro onde reside (Amaro, 1990). Esta escala permite avaliar as condições socioeconómicas da família tendo em vista a identificação da sua classe social.

Para a Classificação Social do indivíduo/família considera-se o somatório total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios, resultando uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

- Classe I - Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9 - Classe alta
- Classe II - Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13 - Classe Média Alta
- Classe III - Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17 - Classe Média
- Classe IV - Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 - Classe Média Baixa
- Classe V - Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25 - Classe Baixa

### **Escala de APGAR Familiar**

A Escala de APGAR Familiar da autoria de Smilkstein (Smilkstein, 1978; Smilkstein, Ashworth e Montano, 1982) tem o objetivo de avaliar a perceção que os membros da família têm acerca da funcionalidade da família (Anexo III). Ou seja, o modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas como funcionais ou disfuncionais. Nesta escala é considerada família os indivíduos com quem a pessoa coabita (Martins, 2004).

Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar relativamente: (i) na adaptação intrafamiliar – que se refere à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise; (ii) na participação/comunicação – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família; (iii) no crescimento/desenvolvimento – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um recíproco apoio e orientação; (iv) no afeto – relativamente à existência de relações de cuidados ou afeto entre os membros da família; (v) na resolução/dedicação ou decisão – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os

física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço. Estas cinco dimensões referidas são avaliadas por cinco questões, respetivamente. A pontuação final indica a perceção da funcionalidade da família. Assim, entre 7 a 10 ponto corresponde a um entendimento de família altamente funcional; de 4 a 6 pontos, família com moderada disfunção e de 0 a 3 pontos família com disfunção acentuada (anexo III).

### **4.3 Procedimentos de colheita e análise dos dados**

A recolha dos dados teve início após autorização da Vereadora da área da Ação Social e consentimento informado pelos idosos que frequentavam seis dos doze CCL's (Anexo IV).

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versão 25.0. Para a descrição dos resultados, utilizámos medidas de estatística descritiva.

As profissões foram agrupadas em concordância com a Classificação Nacional das Profissões.

### **4.4 Considerações éticas**

A colheita de dados, junto dos idosos, decorreu nos CCL's, durante o período de estágio e em lugar disponibilizado, onde foi possível assegurar privacidade face à delicadeza de algumas questões.

Os idosos foram informados dos objetivos do estudo, do carácter facultativo da sua participação e da confidencialidade das suas respostas.

O anonimato e a confidencialidade foram assegurados, uma vez que, neste estudo não constam os nomes dos inquiridos. A intimidade foi salvaguardada, quer pela redação das questões, quer pelo ambiente protegido em que os dados foram colhidos.



## Capítulo IV - Resultados e Propostas de Intervenção

Neste capítulo apresentamos e analisamos os principais resultados bem como algumas estratégias de minimização do isolamento dos idosos, propostas de intervenção na área do problema e uma proposta de utilização/monitorização dos produtos de apoio/ ajudas técnicas.

Na apresentação dos resultados encetamos pela caracterização da amostra, seguida da perceção de funcionalidade da família, notação social da família e o risco social e o risco da necessidade de institucionalização. Os resultados refletem os factos observados no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de modo a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto (Fortin, 2009).

### 5.1 Apresentação dos resultados

#### Caracterização da amostra

A amostra em estudo é constituída por 40 idosos que frequentam os CCL's de seis freguesias do concelho de Vieira do Minho, e representam 20% da população idosa que frequentam os seis CCL's. Na tabela 1 apresentamos a caracterização sociodemográfica da amostra segundo o grupo etário, o género, o estado civil, a área de residência, a profissão e a escolaridade.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos (n=40)

Variáveis	N	%
<b>Grupo etário</b>		
[65-74 anos]	7	17,5
[75-84 anos]	19	47,5
[≥ 85 anos]	14	35,0
<b>Género</b>		
Masculino	11	27,5
Feminino	29	72,5
<b>Variáveis</b>		
<b>Estado civil</b>		

Casado	11	27,5
Viúvo	27	67,5
Divorciado	2	5,0
<b>Área de residência</b>		
Vila	3	7,5
Cantelães	2	5,0
Parada de Bouro	2	5,0
Guilhofrei	2	5,0
Soengas	2	5,0
Rossas	29	72,5
<b>Profissão</b>		
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	2	5,0
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	7	17,5
Trabalhadores não qualificados	28	70,0
Doméstica	3	7,5
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler nem escrever	19	47,5
Sabe ler e escrever	3	7,5
Tem o 1º ciclo (4ª classe)	16	40,0
Tem o 2º ciclo (5º e 6ºano)	2	5,0

Da análise da tabela 1, verificamos que 47,5% dos idosos têm idades compreendidas entre 75 e 84 anos, logo seguidos dos idosos com idade igual ou superior a 85 anos (35%). A idade dos idosos da amostra varia entre 65 e 90 anos, com uma média de idades de 81 anos (desvio padrão de 6,18 anos). A amostra é maioritariamente do sexo feminino (72,5%).

Predomina o estado civil de viúvo (67,5%), seguido dos casados (27,5%). Os idosos têm em média 2 filhos a residir próximo (desvio padrão de 1,07) e em média 3 filhos a residir distante (desvio padrão de 1,83). A maioria dos inquiridos residia na freguesia de Rossas (72,5%) e relativamente à profissão que detinham, 70% eram trabalhadores não qualificados, seguido dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (17,5%). No que se refere à escolaridade, constatamos que 47,5% não sabe ler nem escrever e 40% tem o 1º ciclo (4ª classe).

Os idosos foram, ainda, caracterizados segundo a forma de convivência, o apoio de Rede Social e de vizinhança, bem como, o valor da pensão de reforma, os benefícios sociais e as condições habitacionais (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a rede social e de vizinhança, benefícios sociais e condições habitacionais

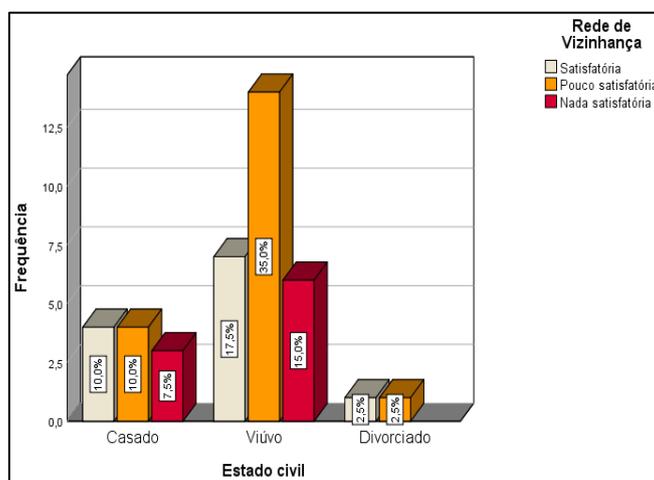
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Com quem vive</b>		
Vive com o cônjuge	10	25,0
Vive só	23	57,5
Vive com o filho/filha	6	15,0
Vive com primo	1	2,5
<b>Tipo de apoio de Rede Social</b>		
Serviço de Apoio Domiciliário	21	52,5
Centro de Dia	3	7,5
Nenhum	16	40,0
<b>Rede de Vizinhança</b>		
Satisfatória	12	30,0
Pouco satisfatória	19	47,5
Nada satisfatória	9	22,5
<b>Valor da pensão de reforma</b>		
Entre 308 e 376 euros	19	47,5
Entre 400 e 500 euros	18	45,0
Superior a 500 euros	3	7,5
<b>Benefícios Sociais</b>		
Complemento solidário para idosos	25	62,5
Nenhum	15	37,5
<b>Condições habitacionais</b>		
Com poucas condições	9	22,5
Condições razoáveis	28	70,0
Boas condições	3	7,5

Observando os valores da tabela 2, constatamos que a maioria dos idosos vive só (57,5%), seguidos dos que vivem com o cônjuge (25%) e 60% têm apoio de Rede Social [Serviço de Apoio Domiciliário (52,5%) e Centro de Dia (7,5%)]. Salientamos, ainda, que 16 idosos não têm qualquer tipo de apoio.

Quando relacionamos o tipo de apoio e o estado civil dos idosos, verificamos que são os viúvos quem maioritariamente usufrui diariamente do Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia (42,5% e 5,0% respetivamente).

No que se refere à rede de vizinhança a maioria dos idosos: considera-a pouco satisfatória (47,5%), no entanto 30% reporta-a como satisfatória; e são os viúvos quem apresentam valores mais elevados de pouca satisfação (35%) e nenhuma satisfação (15%) (gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição percentual da relação entre a rede de vizinhança e o estado civil



Todos os idosos usufruem de pensão do regime contributivo, prevalecendo os seus valores entre 308 e 500 euros (92,5%). Acresce que vinte e cinco idosos usufruem também do Complemento solidário para idosos. Relativamente à sua habitação, a maioria dos idosos considera que tem condições razoáveis (70%), no entanto quando consideramos “habitação com poucas condições”, são os idosos viúvos quem afirmam maioritariamente esta situação (17,5%).

### Perceção de funcionalidade das famílias

Da aplicação da Escala de APGAR Familiar, como instrumento de avaliação da funcionalidade da família dos idosos, obtivemos os resultados obtidos na globalidade das suas dimensões constantes na tabela 3.

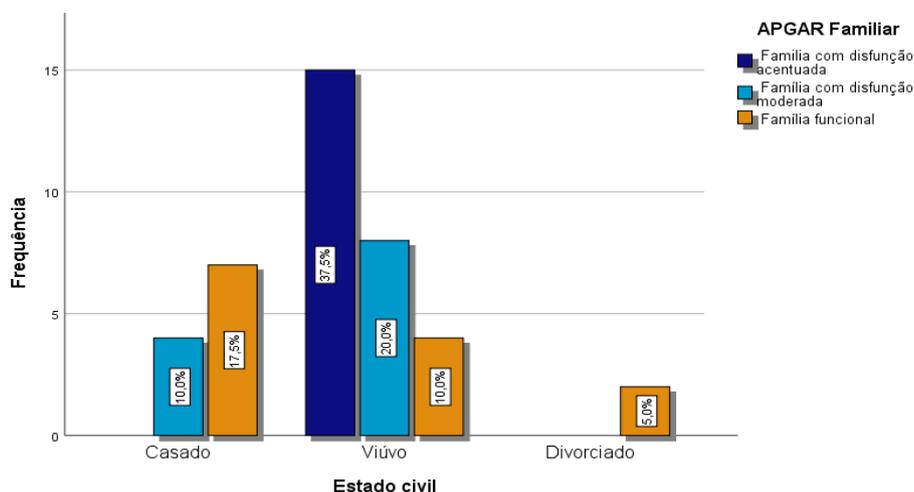
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a funcionalidade familiar

Perceção de funcionalidade familiar	N	%
Família com disfunção acentuada	15	37,5
Família com disfunção moderada	12	30,0
Família funcional	13	32,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos idosos perceciona a sua família com disfunção acentuada e moderada (67,5%), sendo os idosos viúvos a registar valores mais elevados (37,5% e 20%

respetivamente) (gráfico 2). Ao invés, 32,5% da amostra considera a sua família funcional.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da relação entre o APGAR Familiar e o estado civil



Observando o gráfico 2, constata-se que existe uma disfunção familiar mais acentuada nos idosos viúvos com 37,5%. Os casados apresentam-se com maior número que tem uma família funcional 17,5% seguindo-se os divorciados que se apresentam e os divorciados apresentam-se com família funcional 5,0%.

### Notação Social da família

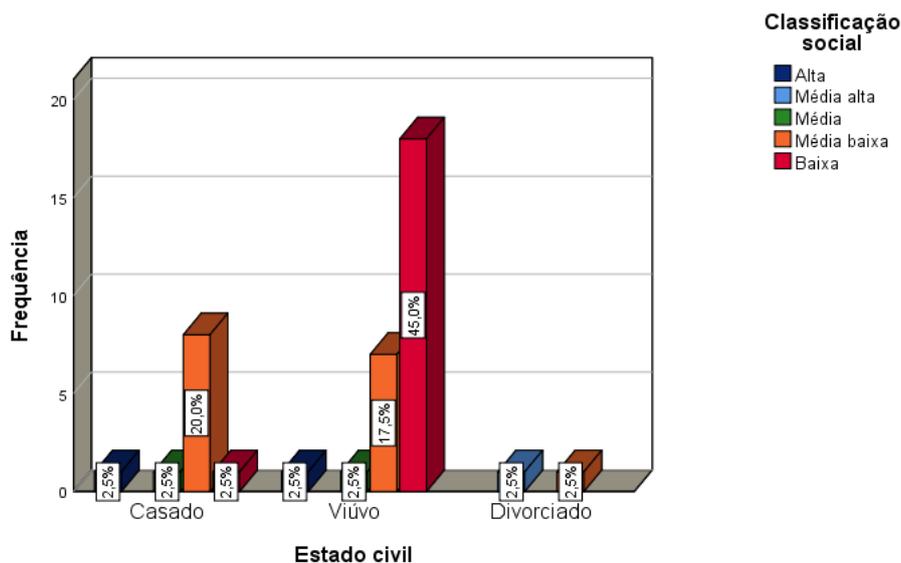
A notação social da família foi avaliada através da Escala de Graffar. Quando consideramos a avaliação das condições socioeconómicas do indivíduo/família, tendo em vista a identificação da sua classe social, obtivemos a Classificação Social inserta na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a classe social do indivíduo/família

Classe Social	N	%
Classe alta	2	5,0
Classe média alta	1	2,5
Classe média	2	5,0
Classe média baixa	16	40,0
Classe baixa	19	47,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Pela observação da tabela 4, constatamos, que a maioria das famílias (47,5%) pertence à classe baixa, seguida da classe média baixa (40%). Considerando o estado civil dos idosos, verificamos que são maioritariamente os viúvos a apresentar valores mais elevados de classe social baixa (45%), seguidos dos casados da classe média baixa (20%) (gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição percentual da relação entre a classe social do indivíduo/família e o estado civil



Pode-se constatar que os idosos viúvos são os que tem uma classe social mais baixa de 45%, os casados uma classe média alta, 20% e os divorciados média baixa 2,5%.

### Risco social e o risco da necessidade de institucionalização

Também quisemos perceber na amostra em análise, qual o risco social e o risco da necessidade de institucionalização da pessoa idosa ou não, através da aplicação da Escala de Avaliação da Situação Sociofamiliar de Gijón. Os resultados obtidos constam da tabela 5.

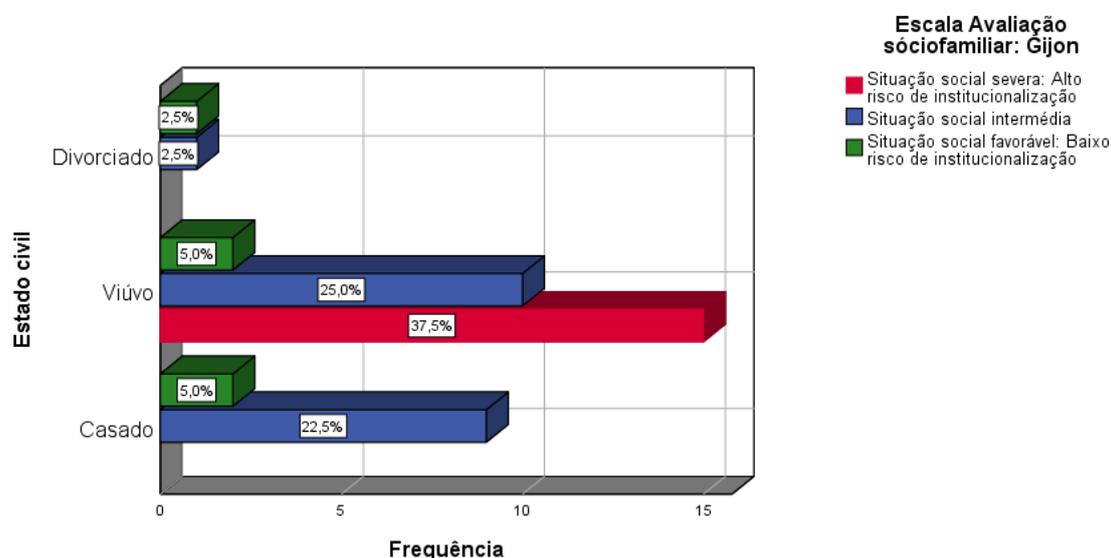
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o risco social do indivíduo/família

Risco Social	n	%
Situação social severa: Alto risco de institucionalização	15	37,5
Situação social intermédia	20	50,0
Situação social favorável: Baixo risco de institucionalização	5	12,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Da análise da tabela 5, verificamos que 50% dos idosos apresentam situação social intermédia. A seguir, surgem 15 (37,5%) idosos com situação de risco social severo e alto risco de institucionalização.

Comparamos o risco social e o risco da necessidade de institucionalização da pessoa idosa ou não com o estado civil, apuramos que os idosos viúvos apresentam “Situação social severa e Alto risco de institucionalização” e “Situação social intermédia” (37,5% e 20 % respetivamente). Contrariamente, os idosos divorciados apresentam “Baixo risco de institucionalização” (2,5%) (gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição percentual da relação entre o risco social do indivíduo/família e o estado civil



Os viúvos são os que têm risco maior de institucionalização 37,5%, os casados têm uma situação social intermédia 22,5% e os divorciados têm uma situação intermédia e favorável 2,5%.

Em síntese, da análise dos resultados apresentados constata-se que, de entre os idosos em estudo, os viúvos: consideram ter uma habitação com poucas condições; aduzem

pouca e nenhuma satisfação com a rede de vizinhança; apresentam uma classe social baixa e uma acentuada disfunção familiar; usufruem majoritariamente e diariamente do Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia; e apresentam uma situação social severa e alto risco de institucionalização. Neste contexto, os idosos viúvos parecem constituir o grupo mais vulnerável e com mais dificuldades sociais a requerer maior atenção e necessidade de intervenção social.

## 5.2 Estratégias de minimização do isolamento

Na seleção das estratégias devem ser estabelecidos critérios, como a enumeração das necessidades e a escolha das mais exequíveis. Devem ser selecionadas as ações que melhor se adequam à problemática, aos recursos e aos contextos.

No que se refere ao isolamento e à solidão, Neri e Freire (2000) sugerem algumas estratégias que podem apoiar na sua prevenção/minimização, tais como:

- ❖ Estimular o idoso a conhecer pessoas e fazer novas amizades;
- ❖ Incentivar a envolvimento em vários grupos de convívio;
- ❖ Incentivar o idoso na participação em atividades sociais voluntárias;
- ❖ Encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações;
- ❖ Incentivar a leitura ativa e programas de cultura geral (atualização cultural);
- ❖ Incentivar o investimento em si próprio, cuidando da saúde mental e física;
- ❖ Encontrar as prioridades pessoais e proteger a sua privacidade;
- ❖ Consciencializar acerca da adaptação às mudanças naturais da velhice, das dificuldades, evitando o afastamento social, a inatividade e o isolamento.

O afastamento excessivo pode conduzir a sentimentos de solidão e isolamento, tornando as pessoas idosas mais vulneráveis (Oliveira, 2012). Ocorrem transformações ao nível dos papéis sociais, que exigem adaptação do idoso às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). No entanto, existem formas para combater a solidão desde que os

idosos estejam dispostos (Ussel, 2001), tendo as relações sociais um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social. O contacto com outras pessoas pode levar à adoção de hábitos saudáveis e contribuir para o aumento de um sentido de autodomínio pessoal, atuando afirmativamente no seu bem-estar biopsicossocial (Ramos 2002).

Segundo Paúl (2005), o auge de envelhecer com sucesso reside em dois aspetos absolutamente centrais, por um lado ter um suporte social e por outro praticar o envelhecimento ativo.

### **5.3 Propostas de intervenção**

O projeto de intervenção pretende orientar uma mudança ou transformação numa dada realidade, seja na estrutura ou no processo (Valeriano, 2008).

Após aplicação dos instrumentos de recolha de dados percebeu-se que as CCL's, enquanto projeto de lazer e ocupação dos momentos livres, constituem uma grande mais-valia para todos os que usufruem deste apoio, uma vez que se consegue manter os idosos por algum tempo em comunicação entre eles. No entanto, percebeu-se que existe uma lacuna no que se refere à informação social acerca dos apoios/benefícios.

No contacto direto com os idosos e perante a constatação da falta de informação relativamente aos direitos nos vários benefícios sociais, foram tomadas diligências conforme o aparecimento dos problemas. Assim, e de um modo geral os idosos foram esclarecidos acerca: (i) das dúvidas relativamente aos benefícios sociais, elaborado o processo e encaminhamento para a aquisição dos mesmos; (ii) da correspondência que recebem da Segurança Social, uma vez que ainda existe bastante dificuldade em compreender o seu conteúdo e encaminhamento para a sua resolução; e (iii) de outras correspondências relacionadas com o banco, a luz e a água, entre outras e encaminhamento para a sua resolução.

No contacto com os idosos constatou-se, também, que embora frequentem os CCL's uma vez por semana, ainda se regista alguma falta de convivência, ausência de vizinhança uma vez que as aldeias estão bastantes dispersas, assim sendo o sentimento

de isolamento predomina na maior parte dos casos. Embora existam alguns casos em que se mantêm laços familiares e de vizinhança, com o isolamento os idosos perdem a noção da realidade da vida quotidiana, ficando assim afastados da mesma. Desta forma, tendo como pano de fundo a informação recolhida e o trabalho realizado ao longo do estágio, pretende-se deixar como propostas a continuidade do trabalho previamente realizado no sentido de dar continuidade às ações desenvolvidas e propostas. Neste sentido, sugere-se: promover e dinamizar competências e capacidades de investir em meios sociais que promovam e possibilitem a intervenção com o objetivo de minimizar as dificuldades sociais sentidas; manter a intervenção social junto da população de modo a sensibilizar para a problemática do envelhecimento/isolamento. Assim, o Serviço Social, enquanto área científica, deve procurar conhecer os problemas do envelhecimento existentes na nossa sociedade, para de seguida elaborar um plano individual de intervenção social, tendo em vista a resolução de problemas. Este plano de intervenção tem como objetivo enumerar os problemas/necessidades encontrados, delinear objetivos para a sua resolução e registar as diligências a efetuar para os poder concretizar. (Apêndice3)

#### **5.4 Proposta de utilização/monitorização dos produtos de apoio/ajudas técnicas**

Durante o estágio identificou-se como possibilidade de melhorar a organização da gestão de produtos de apoio/ajudas técnicas existentes e proporcionados aos munícipes. Foi-nos sugerida a otimização da gestão desses produtos de apoio. Com o objetivo de dar resposta a esta solicitação de melhoria, elaborou-se uma proposta de regulamento de otimização de produtos de apoio/ajudas técnicas (Apêndice 5). A proposta de regulamento integra: uma breve introdução acerca da definição dos produtos de apoio e a necessidade da sua utilização; e quatro capítulos, reportando-se o primeiro aos princípios gerais, o segundo à organização e funcionamento, o terceiro aos direitos e deveres e o quarto e último capítulo às disposições finais. Integra, também, uma ficha para a requisição, a título de empréstimo, de produtos de apoio/ajudas técnicas. Esta ficha reúne alguns dados pessoais, a descrição do produto de apoio solicitado e o tempo previsível da necessidade desse mesmo apoio. São também solicitados em anexo a esta ficha alguns documentos, designadamente, o comprovativo da situação clínica, onde se

evidencie a necessidade da utilização do produto de apoio e a informação social, onde se evidencie a situação socioeconómica (Apêndice 6)

## Reflexão final

A promoção da qualidade de vida e dum envelhecimento ativo são aspetos fundamentais na sociedade atual, dado que o envelhecimento atinge cada vez maior parte da população. No entanto, ao longo do processo de envelhecimento surgem vários problemas e obstáculos que as pessoas vão enfrentando, nomeadamente as dificuldades sociais e o isolamento.

Este relatório reporta-se ao estágio realizado na CMVM onde nos debruçamos sobre a problemática dos idosos isolados e com dificuldades sociais, que frequentam as CCL's. Pudemos conhecer os contributos das CCL's para um envelhecimento ativo, momento este, onde uma vez por semana, convivem, partilham experiências de vida e conhecimentos. Verificou-se que estas atividades em grupo possibilitam aos idosos encontrar satisfação pessoal e apoio para a prevenção dos sentimentos associados à solidão e ao isolamento social. A interação entre técnicos e idosos reflete-se num abraço que é o ponto de chegada às CCL's. No entanto, a partir do contacto direto com os idosos, da recolha de dados efetuada e após os resultados obtidos foi possível perceber que os idosos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade são viúvos.

Os viúvos são os que têm maior rede de vizinhança insatisfatória, pertencem a famílias com disfunção acentuada, apresentam classe social mais baixa e são os que têm maior risco de institucionalização. A morte de um dos cônjuges leva, na maior parte das vezes, ao isolamento e à solidão, daí os viúvos serem, segundo os nossos resultados, os mais vulneráveis.

Este estudo permitiu refletir que o isolamento do idoso também está relacionado com o facto de as famílias estarem ocupadas com os seus afazeres e não terem tempo para se dedicarem e cuidarem dos idosos, sentindo-se estes, muitas vezes abandonados. No entanto, o isolamento também pode ocorrer devido à dificuldade do idoso em aceitar a mudança, levando-o a tornar-se resistente às novidades e a aprisionar-se no seu passado, trazendo à mente as memórias que lhe trazem prazer e não o intimidam. Muitos idosos

tornam a televisão sua companheira nos momentos de solidão. Os idosos vivem em zonas rurais, têm baixas qualificações, que conseqüentemente limita o acesso ao mercado de trabalho, conduzindo a poucos recursos económicos e conseqüentemente ao acesso a poucos serviços.

Na amostra recolhida percebe-se que a maioria dos idosos trabalhou sempre na agricultura. A pobreza é uma realidade que não se limita apenas às carências materiais, mas também de elementos de ordem psicológica, social e cultural que afetam a relação do indivíduo com a sociedade em geral. De facto, idosos em análise sentem-se bem pelo facto de viverem num meio rural, onde se sentem seguros, o ambiente é mais calmo, proporcionador de desenvolver atividades ao ar livre (jardinar, cultivar a sua horta). Estas pessoas vivem num ambiente que lhes confere identidade onde se sentem enraizadas, identificam-se com o meio e as suas características.

A perceção de cada idoso relativamente à solidão é diferente. Se para alguns idosos sentir-se só é apenas estar com ou sem pessoas em seu redor, outros percecionam a solidão como um desajustamento com o meio onde estão inseridas.

A intervenção em rede apresenta-se atualmente como um modelo muito utilizado pelos assistentes sociais, uma vez que surge como uma tentativa de fornecer respostas à complexa e multivariada realidade com que as entidades sociais intervêm. Grande parte da intervenção em rede centra-se nos idosos devido à preocupação acrescida no combate ao isolamento. Esta forma de trabalho destaca-se pelos modelos de intervenção na área do envelhecimento mais concretamente os modelos de gestão de casos e sistémico.

Após levantamento das necessidades percebeu-se também que existem lacunas na área dos direitos e benefícios sociais. Daí a necessidade de implementar uma política social consubstanciada num sistema de medidas intersectoriais adequadas à evolução da realidade e empenhadas na promoção da qualidade de vida dos idosos.

A política social deve estar atenta a esta diversidade de necessidades, construindo respostas compatíveis tendentes a satisfazer as necessidades dos idosos, sobretudo aqueles que se encontram mais frágeis socialmente. É necessário criar políticas que promovam a sua participação social, através de serviços prestadores de cuidados e de redes sociais complementares, permitindo a satisfação das suas necessidades.

Neste sentido, a estratégia de intervenção deverá ser em primeiro lugar a otimização dos ingressos económicos das pessoas idosas aportados pelo Instituto da Segurança Social em forma de pensões ou outros suplementos especialmente direcionados para as pessoas idosas.

O conceito envelhecimento é complexo e multifacetado, apresentando uma dimensão biológica, psicológica e social. Portanto, é fundamental potenciar um envelhecimento ativo pois assim podemos trabalhar para proporcionar uma maior qualidade de vida ao idoso, contribuindo para que se sinta feliz e útil. Para isso, é importante trabalhar em ações preventivas para evitar que os indivíduos considerados de risco pela sua história de vida, sofrem por estarem isolados. Podendo assim o idoso ter o máximo de autonomia, o mais tempo possível e qualidade de vida e minimizar o isolamento.

Para finalizar, posso reforçar novamente que o estágio constituiu uma experiência relevante enquanto componente prática do Mestrado em Gerontologia e Cuidado Geriátrico, o que possibilitou o contacto com a prática profissional e um maior enriquecimento teórico, profissional e pessoal. Pudemos desenvolver as competências preconizadas para este estágio.

Apesar de se verificar uma atitude de contentamento em relação às redes de apoio existentes no concelho de Vieira do Minho, é necessário valorizar e promover as redes sociais e a participação dos assistentes sociais nestas atividades com o objetivo que os idosos tenham acesso aos seus direitos sociais.

A diversidade de atividades realizadas possibilitou momentos de grande enriquecimento pessoal e profissional, no que se refere: ao trabalho em equipa multiprofissional e interdisciplinar, especificamente no âmbito da Ação Social; à iniciativa e criatividade resolução de problemas decorrentes do envelhecimento; à aplicação de conhecimentos na resolução de problemas em situações novas em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com o apoio social a pessoas idosas em situação de isolamento; à integração de conhecimentos na gestão de questões complexas com responsabilidade ética e social na procura de soluções para as dificuldades sociais dos idosos em situação de isolamento que frequentam os CCL's.



## Referências bibliográficas

Agostinho, P. (2004). Perspetiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 31-36.

Amaro, F. (1990). Escala de Graffar Adaptada. In: Costa, A.M.B. et al. (1996). *Currículos Funcionais*. Lisboa: IIE, Vol.I.

Andrade, F.M.M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. (Tese de Mestrado), Universidade do Minho, Braga.

Andrade, M. (2014). O Serviço Social e Mutações do agir na modernidade. *Revista a Intervenção Social*, nº23/24.

Baptista, M.V. (2001). *A Investigação em Serviço Social*. S. Paulo: T/S.

Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, vol.15, 289-302.

Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidata.

Cabrero, G.R. (2005). Modelos de Proteccion Social a la Dependencia com especial referência al Espacio Europeo. In V. N. Lopez (Coord.). *La situación social en España*, (pp. 539-574).

Cancela, D.M.G. (2007). O processo de envelhecimento. Porto: edição psicologia 2, Universidade Lusíada, Porto. Acedido em [www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf)

Carvalho, M.I. (2012). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In *Serviço Social no Envelhecimento, O S. S. Contemporâneo*. Obra coordenada APSS (Associação de Profissionais de Serviço Social): Pactor.

Carvalho, M.Irene e C.P.(2014). *Serviço Social- Teorias e Práticas*, Lisboa: Pactor.

Costa, A.B. (coord.) (1999). *Direitos Sociais e Políticas Sociais*. Guia do Formando, Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade/ Secretaria de Estado do Emprego e Formação.

Deanton, F. (2011). *The growth of knowledge in gerontology*. Fcc.

- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 249-274.
- Egler C. (1996). Risco Ambiental como critério de gestão do território. *Território*, 1, 31-41.
- Fernandes, A.T. (2005). Processos e Estratégias de Envelhecimento. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, vol.15, 23-247
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones - Editora.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R., (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa, Climepsi.editores.
- Fonseca, António. (2006) *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, P.C.B. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em Função da Rede Social- II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada*. Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Garcia, J. & Caselles, P.M.F. (2004). *Validation of a modified version of the gijons social-familiar evaluation scale (SFES)*. Barcelona.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A., et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23(7), 434-440.
- Granja, B., & Pereira, F. (2009). Serviço social e gerontologia — Articulações e fronteiras. In *Intervention Sociale et Développement: Quelles références pour quelles pratiques — 3ème congrès de l'AIFRIS Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale* (pp. 1-17). Hammamet, Tunisie.
- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em rede; Serviço Social, sistémica e redes de suporte social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação – O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Guerra, M. & Hoven, R. (2004). *Estudos sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares*. Actas do V Congresso Português de Sociologia, p. 32-38.
- Iamamoto, M.V. (2004). *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo: Cortez.
- Imaginario C. (2008). O Idoso dependente em contexto familiar- Coimbra, saúde edições.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- INE (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.
- INE (2011). *Retrato territorial de Portugal*. Lisboa: INE.
- INE (2012). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: INE.
- ISCTE(2007). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e empresa, modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das pessoas com deficiência em Portugal. Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Lymbery, M. (2005). *Social Work with Older People*. London: Thousand Oaks.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, M.J.F.; Teixeira, H.J.C. & Souza D.C.D (2012). Informal caregivers in Portugal: experiences of caring for elderly. *Trab. educ. saúde* [online]. 10(1), 147-159.
- Direção-Geral de Saúde (2007). *Manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados*. Lisboa: DGS.
- Martins, R.M.L. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. (Dissertação de Doutoramento), Universidade da Extremadura, Extremadura.
- Maia, R.I. (2002). *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora.

- Mauritti, R. (2011). *Viver Só Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social, FPCEUP.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neri, A.L. & Freire, S.A. (2000). *E por falar em velhice*. Campinas: Papyrus editora.
- Nunes, H.R. (1999). *Desenvolvimento e Acção Social*. Lisboa: Fim de séculos, edições.
- Oliveira, F. (2012). *Características psicológicas e solidão sentida em idosos no meio urbano*. Porto: Legis Editora.
- Pardal, L. & Correia, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Paúl, M.C. (1997). *Percursos pela velhice. Uma perspetiva ecológica em psicogerontologia*. (Dissertação de Doutoramento), Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Paúl, M.C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano, Envelhecer em Portugal*. 1ª ed. Lisboa, Climepsi Editores.
- Paul, C.; Fonseca, A.M.; Martin, I. & Amado, J. (2005). A Satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos Portugueses. In C. Paúl e A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. Porto: ICBAS-UP.
- Pais, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão – Deambulações Sociológicas*. Porto: Ambar.
- Palma, E.M.C. (1999). *Enfermagem- agora a família com os idosos dependentes- que expetativas?* - *Enfermagem* nº15, 2ª serie, lisboa 27-40.
- Pordata (2019) – Base de dados Portugal Contemporâneo: Indicadores de Envelhecimento.

- Penha, Maria Teresa (2000), *Crianças em Situação de Risco*, Módulo Profiss, Lisboa, Instituto do Emprego e Formação Profissional, Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social.
- Ramos, M.P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), enero-junio, 156-175.
- Ricarté, L.F.C.S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes*. (Dissertação de Mestrado), Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2013). Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), 43-63.
- Ribeiro, Ó. & Paúl, C. (2010). *Manual de envelhecimento*. Lisboa: Lidel Edições técnicas, Lda.
- Rosa, M.J.V & Vieira, C. (2003). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Santos, B.S. (2012). *O risco social e incerteza*. Porto: Afrontamento.
- Saraceno, C. & Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. 2ª Ed. Lisboa: Editorial Estampa.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serafim, F.M.M.P. (2007). *Promoção do Bem-estar Global na População Sénior-práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. (Dissertação de Mestrado), Universidade do Algarve, Faro.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Porto Editora.
- Silva, L.F. (2001). *Ação Social na área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sluzki, C.E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistémica*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians *journal of family practice* 6. And Smilkstein, G. Ashworth, C & Montano. D. (1982).

Sousa, M.L. (2004). *O Serviço Social e a Formação: A Questão da Participação*. São Paulo: Editora Cortez.

Ussel, J.I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.

Valeriano, D.L. (2008). *Gerenciamento estratégico de projetos*. São Paulo: Makron Books.

Veyret, Y. (2007). *Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente*. São Paulo. Contexto.

Viscarret, J.J. (2007). *Modelos e métodos de intervención en trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Massachusetts: MIT Press.

Zimerman, G.I. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

### **Sites consultados:**

Câmara Municipal de Vieira do Minho: [www.cm-vminho.pt](http://www.cm-vminho.pt)

Carta social: [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)

Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Instituto da Segurança Social, I.P : [www.seg.social.pt](http://www.seg.social.pt)

Administração Central do Sistema de Saúde, IP : [www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt)

CRPG- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia- Legislação-productos de apoio:  
[www.crpg.pt](http://www.crpg.pt)

### **Outros Documentos:**

APSS- Associação dos Profissionais de Serviço Social.

Código de Ética da Associação Nacional dos Assistentes Sociais (NASW).

Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal, 2018

FIAS (Federação Internacional dos Assistentes Sociais), 2014.

Guia Prática de Apoios a pessoas idosas – Direção Geral da Segurança Social- Instituto da Segurança Social (2019):

Lei de bases gerais do sistema de Segurança Social:

-Lei nº 83-A/2013 de 30/12;

- Lei nº 33/2014 de 04/03;

- Lei nº 99/2011 de 28/09;

Circular nº4/2014 de 16/12;

Circular nº4/2014 de 21/03.

- Circular nº 4/14 de 16/12;

- Circular nº 4/2014 de 16/12;

Manual de Boas Práticas, dos assistentes Sociais 1990.



# Apêndices



## Apêndice 1- Prestações Sociais asseguradas pela Segurança Social

<b>Prestações Sociais</b>	<b>A quem se destina</b>
<b>Pensão por Velhice</b>	Destina-se a pessoas com idade igual ou superior a 66 anos e 2 meses, que tenham descontado durante pelo menos 16 anos.
<b>Pensão por Invalidez</b>	Destina-se a pessoas em situações de Incapacidade permanente para o trabalho. Dependendo do grau de incapacidade do beneficiário, a invalidez pode ser relativa ou Absoluta.
<b>Pensão Social de Invalidez</b>	Destina-se às pessoas com incapacidade permanente para o trabalho. Abrangidos por qualquer sistema de proteção social obrigatória ou que não têm descontos suficientes para a Segurança Social para ter direito à pensão de invalidez do regime geral.
<b>Regime Especial de Proteção na Invalidez</b>	Destina-se aos beneficiários em situações de incapacidade permanente para o trabalho nomeadamente, as causadas por Paramiloidose Familiar, Doença de Machado-Joseph (DMJ), Sida (Vírus da imunodeficiência humana, HIV), Esclerose Múltipla, Doença de Foro Oncológico, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Parkinson (DP), Doença de Alzheimer (DA). Humana, HIV), Esclerose Múltipla, Doença de Foro Oncológico, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Parkinson (DP), Doença de Alzheimer (DA)
<b>Suplemento Especial de Pensão</b>	O Suplemento Especial de Pensão (SEP) é uma prestação pecuniária a cargo do Estado, que se destina a compensar os antigos combatentes, titulares de pensão de invalidez, velhice, aposentação e reforma, do tempo de serviço militar prestado em condições especiais de dificuldade ou perigo.
<b>Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa</b>	É uma prestação em dinheiro paga mensalmente a crianças ou adultos com deficiência, a receber abono de família com bonificação por deficiência ou subsídio mensal vitalício, e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa.
<b>Complemento Solidário para Idosos</b>	Um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com baixos recursos. Idosos de baixos recursos residentes em Portugal, com idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral de segurança social, ou seja, 66 anos e 2 meses.
<b>Pensão de Sobrevivência</b>	É uma pensão paga aos familiares do falecido (beneficiário do regime geral da Segurança Social) e destinada a compensá-los

	<p>pela perda de rendimentos que resulta do seu falecimento.</p> <p>(Para cada situação existem especificidades)</p>
<b>Pensão de Viuvez</b>	<p>Apoio pago ao viúvo ou viúva de pessoa que estivesse a receber Pensão Social. For o viúvo ou viúva dum pessoa que estivesse a receber Pensão Social.</p>
<b>Complemento por Dependência</b>	<p>Destina-se aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana. As pessoas que se encontrem numa situação de dependência reconhecida pelo Sistema de Verificação de Incapacidades da Segurança Social, que estejam a receber: Regime geral Pensão de invalidez Pensão de velhice, Pensão de sobrevivência; Regime especial das atividades agrícolas; Pensão de invalidez; Pensão de velhice; Pensão de sobrevivência; Regime não contributivo ou equiparado; Pensão social de invalidez; Pensão social de velhice; Pensão de orfandade; Pensão de viuvez; Rural transitório</p>
<b>Apoio de Despesas de Funeral</b>	<p>Valor pago de uma só vez a quem tiver pago as despesas do funeral do beneficiário do regime geral ou rural da Segurança Social com pelo menos um mês de contribuições. Tem direito ao reembolso das despesas de funeral quem provar ter pago o funeral (é necessário apresentar os originais da fatura e do recibo das despesas).</p>

## Apêndice 2 - Programas promovidos pela Segurança Social dirigidos à população idosa

<b>Programas</b>	<b>Conceito</b>
<b>Programa de Apoio Integrado ao Idoso (PAII)</b>	É um programa nacional que procura promover melhorias nas condições de vida dos idosos. Está inserido em algumas respostas sociais, como o Serviço de Apoio Domiciliário e Centros de Dia e Laser. Tem como objetivo proporcionar aos idosos o direito a uma vida condigna, independentemente do seu estado de saúde ou situação familiar e social, reduzindo o fenómeno de exclusão.
<b>Plano do Avô</b>	É um programa nacional que procura promover melhorias nas condições de vida dos idosos, através do fortalecimento de respostas existentes, como através da efetuação de um processo de certificação da qualidade das instituições que prestam apoio a esta população.
<b>Programa Apoio 65</b>	Idosos em Segurança: trata-se de iniciativa do Ministério da Administração Interna, que tem como objetivos: movimentar condições de segurança e tranquilidade dos Idosos, dando a conhecer o trabalho da GNR e da PSP, no sentido de ajudar a prevenir situações de risco. Estes objetivos são alcançados através do reforço do policiamento dos locais mais frequentados pelos Idosos. Desenvolvendo, assim uma rede de contactos diretos e imediatos entre os idosos e a GNR e a PSP
<b>Programa de Apoio aos mais velhos</b>	Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Administração Interna Tem como objetivos movimentar condições de segurança e tranquilidade dos idosos, dando a conhecer o trabalho da GNR e PSP, no sentido de ajudar a prevenir situações de risco. Estes objetivos são alcançados através do reforço do policiamento dos locais mais frequentados pelos idosos, desenvolvendo assim uma rede de contactos diretos e imediatos entre os idosos a GNR e a PSP.



## Apêndice 3 - Plano Individual de Intervenção Serviço Social

<b>PIIS- PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO SOCIAL</b>				
<b>NOME:</b>		<b>INÍCIO DA INTERVENÇÃO:</b>		
<b>DATA</b>	<b>NECESSIDADES/PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENÇÕES</b>	<b>AVANÇO (M/M)</b>



## Apêndice 4 - Ficha de Caracterização Sociodemográfica

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

#### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

##### 1. Identificação

Naturalidade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Feminino

Estado Civil: Solteiro(a)  Casado(a)  Viúvo(a)  Divorciado

IDADE	
Menos de 65 anos	
65 a 69 anos	
70 a 74 anos	
75 a 79 anos	
80 a 84 anos	
85 a 89 anos	
90 a 95 anos	

ESCOLARIDADE	
Sabe ler e escrever	
Não Sabe ler nem escrever	
Tem o 1º ciclo (4ª classe)	
Tem o 2º ciclo (5º e 6º ano)	
Tem o 3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)	
Ensino Secundário	
Ensino Superior	

##### 2. Situação profissional

PROFISSÃO EXERCIDA \_\_\_\_\_

<b>SITUAÇÃO NA PROFISSÃO</b>	
Trabalhador por conta própria	
Trabalhador por conta de outrem	
Outro	

<b>TIPO DE REGIME DE REFORMA QUE USUFUI</b>	
Pensão Social de sobrevivência	
Pensão do regime Contributivo	
Pensão de Invalidez	
Pensão de Viuvez	
Outro	

**Valor da pensão/reforma** \_\_\_\_\_

<b>BENEFÍCIOS SOCIAIS</b>	
Subsídio por assistência de terceira pessoa	
Complemento solidário para idosos	
Rendimento Social de Inserção	
Complemento por dependência	

### **3. Contexto do Agregado familiar**

<b>COM QUEM VIVE</b>	
Vive com o Cônjuge	
Vive com o Cônjuge e filhos	
Vive com o cônjuge, filhos e netos	
Vive só	
<b>AGREGADO FAMILIAR COM QUEM PODE CONTAR NO SEU DIA A DIA</b>	
Cônjuge	
Filho(a)	
Neto(a)	
Outro familiar	
Vizinho	
Com ninguém	

**Quantos filhos tem:** \_\_\_\_\_

**Filhos a residir próximo** \_\_\_\_\_

**Filhos a residir longe** \_\_\_\_\_

#### 4. Contexto habitacional

Há quantos anos vive no seu local de residência: \_\_\_\_\_

Regime Habitacional	
Casa própria	
Casa arrendada	
Casa partilhada	
Casa cedida	
Outra situação	

Condições habitacionais	
Água canalizada	
Luz	
Rede de esgotos	
Gás	
Aquecimento	
Máquina de Lavar roupa	
TV	
Telefone/telemóvel	

#### 5. Apoio nas atividades de vida diária

SERVIÇOS PRESTADOS POR FAMILIARES	FREQUÊNCIA				
	Nunca	Raramente	De 15 em 15 dias	1 vez por semana	Todos os dias
Arrumar /limpar a casa					
Levar ou preparar refeições					
Tratar da roupa					
Acompanhar a atos médicos					
Apoiar em assuntos burocráticos					
Fazer higiene pessoal					

SERVIÇOS PRESTADOS	QUEM PRESTA O APOIO					
	Cônjuge	Filho(a)	Neto(a)	Outro familiar	Amigo/ Vizinho	Instituição SAD
Arrumar /limpar a casa						
Levar ou preparar refeições						
Tratar da roupa						
Acompanhar a atos médicos						
Apoiar em assuntos burocráticos						
Fazer higiene pessoal						

## 6. Rede de Vizinhança

REDE DE VIZINHAÇA		
1	Satisfatória	
2	Pouco satisfatória	
3	Nada satisfatória	
4	Vizinhança dispersa	
5	Ausência de vizinhança	

## 7. Atividades de lazer

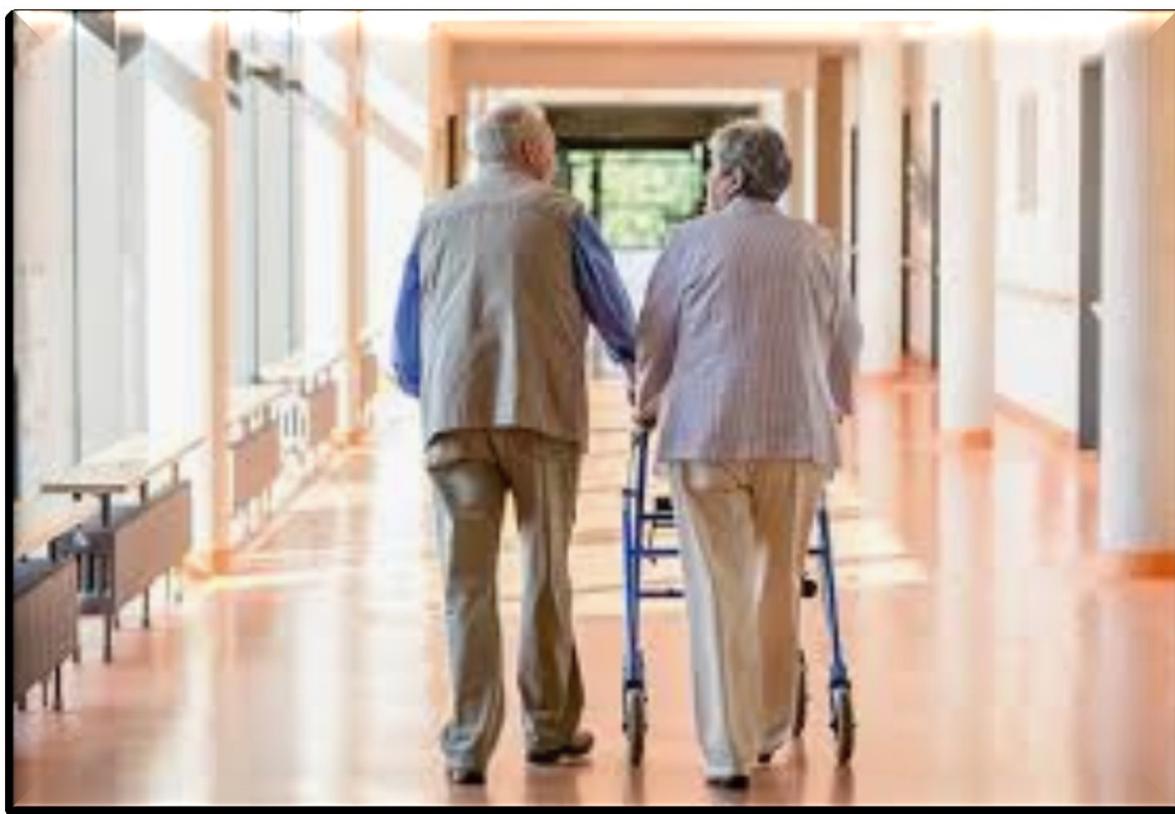
ATIVIDADES DE LAZER (convívios)		
1	Participa raramente	
2	Participa 1 vez por mês	
3	Participa 2 vezes por mês	
4	Participa 1 vez por semana	
5	Participa 2 vezes por semana	

Obrigada pela colaboração

## Apêndice 5 - Proposta de Otimização dos Produtos de Apoio (ajudas técnicas)

### Regulamento de Otimização dos Produtos de Apoio (ajudas técnicas)

Câmara Municipal de Vieira do Minho



Vieira do Minho, 2019



## Introdução

Os produtos de apoio são recursos de primeira linha no universo das múltiplas respostas para o desenvolvimento dos programas de habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência de modo a garantir a igualdade de oportunidade e da justiça social (lei nº 93/2009 de 16 de abril).

Estes produtos de apoio são usados por uma pessoa com deficiência especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação em condições de igualdade. Considera-se, pessoa com deficiência aquela que por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas (lei nº 38/2004 de 18 de Agosto, art. 2).

Pessoa com incapacidade temporária é aquela que, por motivos de doença ou acidente encontre, por um período limitado e específico no tempo, dificuldades específicas suscetíveis de em conjugação com os factores do meio lhe limitar ou dificultar a sua actividade e participação diária em condições de igualdade com as demais pessoas (lei nº 93/2009 de 16 de abril).

A necessidade de produtos de apoio:

Quando se vê impedido de participar em alguma atividade significativa, os produtos de apoio podem servir como um suporte que permita realizar essas tarefas.

Estes produtos de apoio são prescritos pelo médico fisiatra e sugeridos pela Equipa técnica multidisciplinar. Constituída por técnicos com saberes transversais das várias áreas de intervenção em reabilitação, designadamente, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, recorrendo quando necessário a outros técnicos em função de cada uma das situações, nomeadamente, técnicos de serviço social, psicólogos, protésicos, para que a identificação do produto de apoio seja a mais adequada à situação concreta, no contexto de vida da pessoa.

As entidades prescritoras são um serviço, organismo ou centro de referência à qual pertence a equipa técnica multidisciplinar ou o médico que procede à prescrição. A equipa técnica multidisciplinar é constituída de técnicos com saberes transversais das

várias áreas de intervenção em reabilitação, integrando, designadamente, o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, técnico de serviço social, para que a identificação dos produtos de apoio seja a mais adequada à situação concreta, no contexto da vida da pessoa (art. 4, capítulo 1 da lei nº 93/2009 de 16 de Abril).

O propósito deste regulamento é clarificar os procedimentos para empréstimo dos Produtos de apoio, para assim poder responder ao maior número de necessidades solicitadas.

Tendo por base o diagnóstico social do Concelho de Vieira do Minho, foi considerada como necessidade a otimização da utilização dos produtos de Apoio.

O Centro de Ajudas Técnicas será um projeto em parceria entre a Câmara Municipal de Vieira do Minho (CMVM), Santa Casa da Misericórdia (SCM), Unidade de Cuidados Continuados e Centro de Saúde de Vieira do Minho.

No âmbito do apoio às pessoas desfavorecidas, a parceria pretende prestar apoio no que diz respeito aos produtos de apoio/ajudas técnicas, contribuindo assim para a sua qualidade de vida.

## **CAPÍTULO I**

### **Princípios Gerais**

#### **Artigo 1º**

##### **(Objectivo)**

O presente regulamento visa definir as condições de funcionamento do Centro de Ajudas Técnicas.

#### **Artigo 2º**

##### **(Âmbito geográfico)**

Os produtos de apoio/ajudas técnicas serão atribuídos no âmbito geográfico do concelho de Vieira do Minho.

### **Artigo 3º**

#### **(Entidades Parceiras)**

1 - Para a execução deste projeto sugere-se que seja estabelecida uma parceria entre a C.M.V.M, a Unidade de Cuidados Continuados da S.C.M e o Centro de Saúde de Vieira do Minho.

2 - O Centro de Ajudas Técnicas será constituído por produtos de apoio/ajudas técnicas, com o propósito de serem emprestados, conforme o procedimento do regulamento.

### **Artigo 4º**

#### **(Produtos de apoio/ajudas técnicas)**

São considerados produtos de apoio/ajudas técnicas, qualquer produto (cadeiras de rodas, camas articuladas, andarilhos, canadianas, entre outros), especialmente produzidos para prevenir, compensar, monitorizar, avaliar ou neutralizar as incapacidades, limitações das actividades e restrições na participação do utilizador.

### **Artigo 5º**

#### **(Requerentes e Beneficiários)**

1 - É designado por requerente toda a pessoa que preencha o pedido para a atribuição de produtos de apoio/ajudas técnicas.

2 - É designado por beneficiário toda a pessoa residente no concelho de Vieira do Minho que se encontre em situação de dependência ou de grande necessidade e a precisar de atribuição de produtos de apoio/ajudas técnicas.

## **CAPITULO II**

### **Organização e Funcionamento**

### **Artigo 6º**

#### **(Apresentação do Pedido)**

1 - O pedido de produtos de apoio/ajudas técnicas pode ser realizado online, no site <https://www.cm-vminho.pt> e entregue o formulário na C.M.V.M.

2 - O pedido para a atribuição de produtos de apoio/ajudas técnicas pode ser realizado pelo requerente ou beneficiário.

3 - A apresentação do pedido de produtos de apoio/ajudas técnicas é validado por um ano, devendo o mesmo ser renovado perante continuidade da necessidade.

### **Artigo 7º**

#### **(Apreciação e avaliação dos pedidos)**

A apreciação e avaliação dos pedidos de produtos de apoio/ajudas técnicas são realizadas de forma partilhada pelas entidades parceiras.

### **Artigo 8º**

#### **(Critérios de decisão)**

Os critérios de decisão serão estabelecidos por ordem de entrada dos pedidos de produtos de apoio/ajudas técnicas e disponibilidade dos mesmos.

### **Artigo 9º**

#### **(Documentação a entregar)**

1 - No momento do empréstimo de produtos de apoio/ajudas técnicas, o beneficiário deve entregar os seguintes documentos:

- a) Bilhete de identidade ou cartão de cidadão
- b) Cartão de Contribuinte
- c) Comprovativo de residência do beneficiário
- d) Comprovativo da situação clínica
- e) Informação situação Social.

2 - Em situações excepcionais, o documento referido na alínea d) do nº1 do presente artigo pode ser substituído por uma informação social realizada por um técnico da parceria.

## **Artigo 10º**

### **(Empréstimo)**

- 1 - O empréstimo do equipamento de produtos de apoio/ajudas técnicas é formalizado através de uma declaração de compromisso assinada pelo requerente ou beneficiário e por um representante da parceria.
- 2 - O empréstimo do equipamento de produtos de apoio/ajudas técnicas é realizado pelo prazo de 6 meses, podendo ser renovado sucessivamente por igual período, mediante a continuidade do interesse no equipamento, que deve ser expresso no Centro de Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas.
- 3 - O requerente ou beneficiário deve apresentar o interesse na continuidade do equipamento de produtos de apoio/ajudas técnicas, mediante pedido de renovação.

## **Artigo 11º**

### **(Pedidos pendentes)**

Caso não esteja disponível o equipamento de produtos de apoio/ajudas técnicas, o pedido ficará em lista de espera e será atendido logo que seja possível.

## **Artigo 12º**

### **(Registo dos produtos de apoio/ajudas técnicas)**

Cada equipamento constará da base de dados de gestão conjunta e terá um código de identificação, de acordo com o registo de inventário de cada entidade.

## **Artigo 13º**

### **(Disposições sancionatórias)**

- 1 - O beneficiário que, dolosamente ou pela não utilização devida dos produtos de apoio/ajudas técnicas, danificar ou inutilizar o mesmo deverá efectuar o pagamento dos danos provocados ou adquirir um equipamento igual e proceder à sua entrega no Centro de Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas.
- 2 - As entidades parceiras não se responsabilizam, pela má utilização dos produtos de apoio/ajudas técnicas, nem de eventuais acidentes que possam ocorrer no decurso do seu uso.

#### **Artigo 14º**

(Transporte/Montagem e desmontagem dos produtos de apoio/ajudas técnicas)

O transporte dos produtos de apoio/ajudas técnicas será da responsabilidade do beneficiário ou requerente, salvo exceções devidamente fundamentadas, bem como a montagem e desmontagem do equipamento.

#### **Artigo 15º**

##### **(Donativos)**

Os donativos para o Centro de Produtos de Apoio/Ajudas Técnicas podem ser entregues na CMVM, no Centro de Saúde ou na S.C.M. de Vieira do Minho, mediante o preenchimento do respetivo formulário.

### **CAPITULO III**

#### **Direitos e Deveres**

#### **Artigo 16º**

(Direitos dos Requerentes e Beneficiários)

Aos requerentes e aos beneficiários são atribuídos os seguintes direitos:

- a) Direito à identidade pessoal e reserva da intimidade privada e familiar;
- b) Direito ao sigilo profissional;
- c) Direito à prestação dos serviços conforme o Regulamento.

#### **Artigo 17º**

(Deveres dos requerentes e beneficiários)

Os requerentes e beneficiários estão sujeitos aos seguintes deveres:

- a) Dever de apresentar todos os documentos necessários para a instrução do pedido para a atribuição de produtos de apoio/ajudas técnicas;

- b) Dever de comunicar qualquer alteração da situação que serviu de base à cedência do pedido de produtos de apoio/ajudas técnicas, ou seja, alteração da situação clínica, falecimento e transferência da residência do beneficiário, para que este possa proceder à devolução dos produtos de apoio/ajudas técnicas cedidos;
- c) Dever de devolver os produtos de apoio/ajudas técnicas em bom estado de conservação;
- d) Dever de avisar os serviços competentes da alteração da data de devolução dos produtos de apoio/ajudas técnicas;
- e) Dever de proceder à entrega dos produtos de apoio/ajudas técnicas no prazo de 10 dias após término do empréstimo;

## **CAPÍTULO IV**

### **Disposições Finais**

#### **Artigo 18º**

O presente regulamento poderá ser alterado a qualquer momento por decisão conjunta da CMVM, do Centro de Saúde e da S.C.M de Vieira do Minho.

#### **Artigo 19º**

##### **(Dúvidas e omissões)**

As dúvidas de interpretação bem como as omissões do presente regulamento, serão resolvidas mediante deliberação da CMVM após audição e conferência com as entidades parceiras.

#### **Artigo 20º**

##### **(Entrada em vigor)**

O presente regulamento poderá entrar em vigor após a sua aprovação.

REQUERIMENTO DE PRODUTOS DE APOIO/AJUDAS  
TÉCNICAS (a título de empréstimo).

**REQUERIMENTO DE PRODUTOS DE APOIO/AJUDAS TÉCNICAS -  
a título de empréstimo.**

**Serviço de Ação Social**

Documento nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO/DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO:

Nome: \_\_\_\_\_

BI/Cartão de Cidadão n.º \_\_\_\_\_

Emissão: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_

Ajuda técnica solicitada: \_\_\_\_\_

Período da necessidade do empréstimo \_\_\_\_\_

Em anexo ao requerimento é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- Cartão Cidadão da pessoa e do requerente
- Comprovativo da residência do beneficiário
- Comprovativo da situação clínica
- Informação social realizada pelo Técnico da entidade parceira

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

A/O requerente

---



# **Anexos**



# Anexo I- Escala de Avaliação Socio familiar de Ginjón

LOGOTIPO-IPSS - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DE GIJON

Aplicabilidade: Aplicável  Não Aplicável

1. SITUAÇÃO FAMILIAR	
1	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família sem conflito.
2	Vive com cônjuge/ companheiro de idade semelhante.
3	Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família e/ ou outros, mas não podem ou não querem cuidá-lo.
4	Vive sozinho, com filhos e/ ou familiares próximos que não dão resposta a todas as necessidades.
5	Vive sozinho, família distante, sem cuidador, sem família.

2. RELAÇÕES E CONTACTOS SOCIAIS	
1	Mantém relações fora do domicílio.
2	Relaciona-se com a família/ vizinhos/ outros, sai de casa.
3	Apenas se relaciona com a família, sai de casa.
4	Não sai de casa, recebe família ou visitas (» 1 semana).
5	Não sai de casa nem recebe visitas (« 1 semana).

3. APOIO DA REDE SOCIAL	
1	Não necessita de nenhum apoio.
2	Recebe apoio da família e/ ou vizinhos.
3	Recebe apoio social formal suficiente (Centro de Dia, Ajudante Familiar, vive num Lar, etc....).
4	Tem apoio social mas é insuficiente.
5	Não tem apoio social e necessita.

PONTUAÇÃO	
10	Deterioro social severo (alto risco de institucionalização)
6-9	Situação intermédia
5	Situação social boa (baixo risco de institucionalização)

TSSS \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



## Anexo II- Escala de Graffard

LOGOTIPO-IPSS - UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



### TESTE DE GRAFFARD

Aplicabilidade: Aplicável  Não aplicável

#### A Profissão

Grau	Condições	Opção
1º grau	Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	
2º grau	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
3º grau	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.	
4º grau	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).	
5º grau	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).	

#### B Nível de Instrução

Grau	Condições	Opção
1º grau	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.	
2º grau	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.	
3º grau	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.	
4º grau	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	
5º grau	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).	

#### C fontes de rendimento familiar

Grau	Condições	Opção
1º grau	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	
2º grau	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
3º grau	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas).	
4º grau	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.	
5º grau	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	

#### D Conforto do alojamento

Grau	Condições	Opção
1º grau	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto	
2º grau:	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis	
3º grau	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4º grau	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5º grau	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	

#### E Aspecto do bairro onde habita

Grau	Condições	Opção
1º grau	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados	
2º grau	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3º grau	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.	
4º grau	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5º grau	Bairros de lata.	

#### Classificação Social

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe	Famílias cuja soma de pontos vai de	Nível
Classe I	5 a 9.	Alta
Classe II	10 a 13.	Média Alta
Classe III	14 a 17.	Média
Classe IV	18 a 21.	Média Baixa
Classe V	22 a 25.	Baixa (pobre)

Ref. GRAFFARD, Une méthode de classification d'échantillons de la population. Courier.

Quem Respondeu : \_\_\_\_\_

TSSS: \_\_\_\_\_

DATA : \_\_\_\_\_

IPSS – PROCESSO SOCIAL

PÁGINA 9/13



## Anexo- III- Escala de Apgar Familiar

### GRUPO V APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

- A sua família costuma visitá-lo(a)?:

- Diariamente .....
- Semanalmente .....
- Quinzenalmente .....
- Mensalmente .....
- Trimestralmente .....
- Semestralmente .....
- Anualmente .....

## Anexo IV- Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** As principais dificuldades sociais dos idosos em isolamento no concelho de Vieira do Minho.

**Enquadramento:** Estudo no âmbito do Estágio do Mestrado em Gerontologia e Cuidado Geriátrico, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, no Porto.

**Explicação do estudo:** Pretende-se neste estudo, através da realização de entrevistas, identificar as principais dificuldades sociais sentidas pelos idosos em isolamento. E, também, minimizar essas dificuldades sociais, sobretudo por falta de informação dos apoios sociais adequados. Deste modo proceder-se-á a uma entrevista ao Idoso que aceitar participar no estudo.

**Condições:** A participação no estudo é voluntária e a decisão de não participar não lhe trará qualquer prejuízo. Pode desistir do estudo a qualquer momento. Estudo sem qualquer encargo financeiro ou prejuízo do foro físico e moral para o indivíduo.

**Garantia de Confidencialidade:** Os dados colhidos neste estudo estarão protegidos pela confidencialidade e anonimato. Em momento algum o participante é identificado. O tratamento dos dados recolhidos garantem o anonimato e confidencialidade do participante.

Obrigado por participar.

Sandrina Maria Oliveira Vieira, estudante de Mestrado em Gerontologia e Cuidado Geriátrico  
(t1m-963476455; e-mail: sandrinavrma@hotmail.com)

**Assinatura/s:** .....

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer altura recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização dos meus dados pessoais voluntariamente fornecidos por mim. Confio que os meus dados apenas serão utilizados para este estudo e na garantia de confidencialidade que me são dadas pela investigadora.*

Nome: .....

...

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....





