



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Serviço Social**

Por

Milene José Meira Fernandes

Universidade Católica Portuguesa

Junho 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Serviço Social**

Por

Milene José Meira Fernandes

Universidade Católica Portuguesa

Sob orientação do Professor Doutor Francisco José N. Branco

Junho 2012

RESUMO

O presente relatório reporta-se ao projeto de estágio desenvolvido no âmbito da Comissão Social de Freguesia da Junta de Freguesia de São Domingos de Benfica tendo em vista contribuir para a estruturação de um observatório social do envelhecimento e solidão que afeta a população idosa.

A atividade do estágio estruturou-se em dois eixos essenciais. Num primeiro plano procedeu-se à primeira fase de construção de uma base de dados da população idosa da freguesia, tendo sido, por razões de operacionalização, delimitado o seu âmbito à paróquia de São Domingos de Benfica. Numa segunda dimensão procedeu-se ao acompanhamento e observação da situação de idosos atendimentos em diferentes serviços e valências do Centro Paroquial de São Domingos de Benfica.

Os procedimentos de estudo e intervenção utilizados consistiram essencialmente na recolha de informação estatística, cruzamento de dados de atividade dos serviços de apoio à população idosa, bem como a observação-participante das atividades e serviços prestados à população idosa.

Não tendo sido possível no âmbito do estágio um conhecimento vasto sobre a problemática do isolamento e solidão da população, os principais resultados alcançados reportam-se à constituição da base de dados da população idosa da Freguesia de São Domingos de Benfica, à caracterização preliminar e ao aprofundamento das necessidades e contextos da população idosa da paróquia.

Palavras-chave: Envelhecimento, Observatório Social, Isolamento, Solidão, São Domingos de Benfica.

ABSTRACT

This report refers to the draft stage developed under the Comissão Social de Freguesia da Junta de Freguesia de São Domingos de Benfica in order to contribute to the social structure of an observatory of aging and loneliness that affects the elderly population.

The activity of the internship is structured in two major axes. In the foreground we proceeded to the first phase of building a database of the elderly population of the Junta de Freguesia, having been, for reasons of operational, limited the scope to the Junta de Freguesia de São Domingos de Benfica. In a second dimension we proceeded to the monitoring and observation of the situation of elderly care in different services and valences of the Centro Paroquial de São Domingos de Benfica.

The study and intervention procedures used were essentially the collection of statistical information, cross-referencing activity data from the support services to the elderly population, as well as participant observation of activities and services to the elderly population.

At this stage it wasn't possible to grasp a vast knowledge on the problem of isolation and loneliness of the population, the main results relate to the establishment of the database of the elderly population in the Freguesia de São Domingos de Benfica, the preliminary characterization and deepening of needs and contexts of the elderly population of the parish.

Keywords: Aging, Social Centre, Isolation, Loneliness, São Domingos de Benfica.

Agradecimentos

Não poderia deixar de agradecer a todos os que, durante este caminho, demonstraram amizade, compreensão, carinho, companheirismo para comigo, criticando-me por vezes mas sempre com o intuito construtivo. Foi todo este apoio que me deu coragem e determinação para seguir em frente, chegando até aqui. Foram muitos os momentos de desalento mas sem dúvida que valeu a pena!

Ao *Professor Doutor Francisco Branco*, meu orientador, pela confiança e empenho que demonstrou neste trabalho.

Ao *Professor Doutor Henrique Joaquim*, meu tutor, pela disponibilidade sempre presente, pela atenção demonstrada, pelas sugestões, pelas críticas, pela confiança e pela motivação.

À *Dra. Sofia Mendes*, minha orientadora de estágio, por todo o acolhimento, disponibilidade e atenção que teve para comigo, pelo apoio, pela paciência, por toda a ajuda incondicional e pela amizade que ficou.

À *Dra. Elsa Viegas*, membro da direção do CSPSDB, por toda a disponibilidade demonstrada, no auxílio de questões técnicas, pelo acolhimento e também pelo apoio.

Ao *Grupo de Trabalho da Área dos Idosos*, pelo empenho no sucesso do projeto, pela atenção, pelo apoio, pela ajuda sempre presente no esclarecimento das dúvidas que surgiam.

À *Mónica*, à *Helena* e à *Dra. Raquel* e restante equipa da CNSR, por todos os bons momentos que me proporcionaram nesta casa, pelo apoio e sobretudo pela amizade.

Aos *utentes da CNSR*, pessoas fantásticas que tive o privilégio de conhecer, pelo apoio e carinho que me transmitiram.

À minha *família*, pelo apoio incondicional, acreditando sempre na realização deste trabalho.

À minha *mãe*, por sempre acreditar em mim.

À *Ana* e ao *João*, amigos fiéis, sempre presentes e disponíveis para auxiliar nesta caminhada.

Aos meus *Avós*, pessoas extraordinárias que sempre me transmitiram toda a confiança, apoio e dedicação. A eles, sou eternamente grata.

Ao *Hugo*, meu namorado, pelas críticas construtivas, pelo apoio incondicional, pela amizade, pelo amor, por todo o companheirismo.

E a todas as pessoas que não menciono aqui, mas que de uma ou outra forma contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos o meu muito obrigado!

Índice

Introdução	9
I Contexto de Estágio – Enquadramento Institucional	11
1 Identificação e caracterização do local de Estágio	11
1.1 Casa de Nossa Senhora do Rosário	13
1.2 Papel e função do Serviço Social na CNSR	15
2 Identificação do Sistema de Ação	17
2.1 Análise do Sistema de Ação	19
3 Pedido inicial e objeto de Estágio	21
4 Enquadramento do Projeto de Estágio	24
4.1 Atores envolvidos, Fontes de informação e Procedimentos de Recolha	25
II Enquadramento Conceptual	27
1 Processo de Envelhecimento	27
1.1 Envelhecimento Demográfico	29
1.2 A Dimensão Psicológica do Envelhecimento	31
1.3 O Envelhecimento como fenómeno social	35
2 Abordagem relativa ao isolamento e solidão	39
3 Políticas Sociais de Velhice	42
3.1 Identificação do quadro legal de ação	42
4 Serviço Social e população idosa: perspetivas atuais	46
III Atividades e resultados do estágio	49
1 Projeto de estágio: metodologias de observação	49
2 Caracterização da população – Alvo – Idosos residentes na Paróquia SDB	52
2.1 Dimensão Empírica e Experiencial	52
2.2 Organização Descritiva da base de Dados	54
2.3 Caracterização da População – Alvo quanto à situação atual	55
2.4 Caracterização da População – Alvo quanto ao género	61
2.5 Caracterização da População – Alvo quanto à idade	62
2.6 Caracterização da População – Alvo quanto à tipologia familiar (Agregado Familiar)	64
IV “Avaliação do Estágio”	66
1 Limites e Potencialidades que se destacaram na intervenção	66
1.1 Balanço de Competências Adquiridas Durante o Processo de Estágio	67
1.2 Atividades que se encontram por desenvolver	71
Bibliografia	73
Anexos	75

Siglas

CD – Centro de Dia

CNSR – Casa de Nossa Senhora do Rosário

COPPI – Centro Ocupacional Protegido para Idosos

CSF – Comissão Social de Freguesia

CSPBF – Centro Social Polivalente do Bairro das Furnas

CSPSDB – Centro Social Paroquial de São Domingos de Benfica

HSM – Hospital de Santa Maria

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SDB – São Domingos de Benfica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do plano curricular correspondente ao trabalho final do curso de Mestrado em Serviço Social, variante Acompanhamento Social e Inserção, da Universidade Católica Portuguesa. Assim, a aluna desenvolveu o seu estágio no Centro Social Paroquial de São Domingos de Benfica, na Casa de Nossa Senhora do Rosário, sendo acompanhada pela Dra. Sofia Mendes, Técnica Superior de Serviço Social.

O estágio incidiu sobre dois objetivos fulcrais. O primeiro objetivo respeita ao propósito da constituição de um Observatório da população idosa na Freguesia de São Domingos de Benfica, e consistirá em coligir informação sobre o Envelhecimento na paróquia de SDB. Pretende-se que o Observatório se constitua como um instrumento de recolha de dados, capazes de proporcionar a operacionalização de metodologias de Investigação-Ação no combate ao isolamento social e/ou cultural associado ao processo de envelhecimento. O segundo objetivo, de carácter mais imediato, centrou-se na intervenção em situações de isolamento. Estava previsto, durante o estágio, realizar uma intervenção efetiva que consistiria em realizar um diagnóstico ao nível de situações de isolamento social e/ou cultural. Foi definida uma zona prioritária de pesquisa-ação, a área da Paróquia de São Domingos de Benfica, para assim estabelecer uma delimitação geográfica de levantamento de necessidades.

Procedemos, neste relatório, num primeiro momento, à identificação e caracterização do local onde se realizou o estágio e posteriormente abordamos a função que o Serviço Social desempenha no local e com a população-alvo. Identificamos o Sistema de Ação e procedemos à sua respetiva análise.

Numa segunda fase, efetuamos o enquadramento conceptual do processo de envelhecimento e das políticas sociais que lhe estão associadas, sob uma perspetiva mundial, europeia e nacional. Destacamos a posição do Serviço Social na sua atuação com a população idosa. Uma vez identificado o objeto de estágio torna-se imprescindível realizar uma abordagem ao isolamento, para uma melhor compreensão da problemática. Segundo a linha de pensamento de Paúl (1997) o isolamento refere-se à não inserção/integração de pessoas e grupos com a comunidade e caracteriza-se essencialmente

pela ausência ou mesmo falta de comunicação entre elas e de relações, a nível de contacto mínimo. O pedido inicial consistia em identificar situações de isolamento social e/ou cultural grave, seguindo da realização de um projeto de sobre esta problemática, o que constituía o segundo objetivo de estágio. Elaborámos uma reflexão que consideramos pertinente acerca da função que o Serviço Social assume nos dias de hoje, refletimos igualmente sobre os limites e as potencialidades que se destacaram na intervenção e, por fim, refletimos também sobre o balanço de competências adquiridas durante todo o processo de estágio.

Numa terceira parte, descrevemos as atividades desenvolvidas durante o período de estágio e a caracterização da população-alvo, os idosos residentes na paróquia de SDB. Elaboramos, assim, a caracterização de parte da população idosa residente na paróquia de SDB, relativamente à sua situação atual, ao género, à idade e à tipologia familiar.

Numa quarta e última parte, procedemos a uma avaliação do estágio e apresentamos algumas propostas e recomendações que consideramos pertinentes para a continuidade do estudo, fazendo também referência às atividades que se encontram por desenvolver e que são imprescindíveis para a concretização do projeto da CSF de SDB.

I Contexto de Estágio - Enquadramento Institucional

1 Identificação e caracterização do local de Estágio

Após uma introdução ao presente trabalho passaremos a um breve enquadramento histórico e geográfico da freguesia onde se situa o local de estágio.

A Ordem dos Frades Dominicanos, fundada em princípios do séc. XIII, rapidamente chegou a Portugal, instalando-se alguns dos primeiros dominicanos nesta zona de Benfica – São Domingos de Benfica. Um séc. mais tarde é construído o Convento de São Domingos de Benfica, ao qual se deve o nome desta parte da cidade, atualmente freguesia de São Domingos de Benfica.¹ O Convento e a Igreja, com o nome de Nossa Senhora do Rosário, pertencem ainda hoje à Paróquia de São Domingos de Benfica. A Igreja de Nossa Senhora do Rosário, do Convento de São Domingos de Benfica, foi constituída Paróquia autónoma em 1959.²

No respeitante à área geográfica da freguesia esta abrange uma área de 4,30 Km², tendo uma densidade populacional de aproximadamente 34.000 habitantes, dos quais 29.596 são eleitores recenseados, fazendo da Freguesia de SDB uma das maiores freguesias entre as 53 da cidade de Lisboa.³ No entanto, como foi referido anteriormente, foi definida uma zona prioritária de pesquisa e intervenção em SDB, a Paróquia de São Domingos de Benfica. Isto porque apesar de se tratar de um projeto da CSF de SDB não é possível, por enquanto, fazer a caracterização de toda a população da freguesia, pelo que se optou por iniciar o trabalho na área da Paróquia de SDB por ser a mais antiga e conseqüentemente a que abrange a maioria da população idosa da freguesia.⁴

¹ www.paroquiasaodomingosdebenfica.pt;

² www.paroquiasaodomingosdebenfica.pt

³ www.jf-sdomingosbenfica.pt

⁴ Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio;

Passaremos agora a uma descrição da Instituição onde se realizou o estágio, o Centro Social Paroquial de São Domingos de Benfica. Esta organização foi registada em 1987 como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), logo, sem finalidade lucrativa. Esta Instituição foi criada pela Fábrica da Igreja com o objetivo geral de cultivar a fraternidade cristã e a promoção e o desenvolvimento entre todos os habitantes da paróquia, com preferência pelos mais pobres. A sua Direção é constituída pelo Pároco e por quatro elementos voluntários. Uma Instituição Particular de Solidariedade Social é constituída, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com a intenção de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administrados pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir com os objetivos de dar apoio a crianças e jovens, apoio à família e proteção dos indivíduos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.⁵

O CSPSDB desenvolve a sua ação na área da Infância e da Terceira Idade, tendo acordo de cooperação com a segurança social. Na área da Infância tem duas respostas sociais, sendo estas Berçário e Creche, e o Jardim de Infância. Atualmente o colégio de São Domingos recebe 42 crianças na Creche e o Jardim de Infância recebe 70 crianças, dos 3 aos 5 anos de idade. Na área da Terceira Idade existem cinco respostas sociais, constituídas pelo Centro de Dia, Academia Cultural de São Domingos, Apoio Domiciliário, COPPI e Lar. Para desenvolver estas áreas existem três equipamentos: Colégio de São Domingos, Casa de Nossa Senhora do Rosário e Lar Padre Carlos. Em relação à população idosa mais incapacitada e isolada tem como missão garantir o seu bem-estar, a sua segurança e qualidade de vida. A Paróquia de São Domingos de Benfica tem uma população muito idosa, o que despertou desde cedo a necessidade de criar apoios específicos para esta população, principalmente para os idosos mais carenciados e desprotegidos, sendo estes, motivo de grande preocupação por parte do pároco local, Padre Carlos.⁶

⁵ <http://www.paroquiasaodomingosdebenfica.pt/>;

⁶ <http://www.paroquiasaodomingosdebenfica.pt/>;

1.1 Casa de Nossa Senhora do Rosário

Tendo em conta que a Casa de Nossa Senhora do Rosário se constituiu como o equipamento onde a estagiária desenvolveu o seu trabalho, procederemos à sua apresentação mais detalhada.

Em 1990 foi construído e posteriormente inaugurado a 4 de Novembro de 1990 pelo Secretário de Estado da Segurança Social, Dr. Vieira de Castro, um Centro de Dia para a Terceira Idade, a Casa de Nossa Senhora do Rosário, situada no Beco da Botica, no Concelho e Distrito de Lisboa, que apoia atualmente 70 utentes em Centro de Dia e 75 utentes em Serviço de Apoio Domiciliário (20 utentes do COPPI e 55 utentes do SAD). No entanto, para o referente estudo, só vão constar alguns utentes, uma vez que embora da mesma freguesia – SDB, só alguns pertencem à área da paróquia de SDB, como iremos referir mais à frente no trabalho. A equipa é constituída por 21 trabalhadores, nomeadamente diretora técnica, técnica de Serviço Social, animadora cultural, apoio administrativo, serviços gerais, cozinheira, ajudante de cozinha e ajudantes de ação direta (ou ajudantes familiares).⁷

A CNSR foi criada, em grande parte, para apoiar as pessoas que se encontram isoladas e/ou que sejam detentoras de fragilidades que se traduzam em diferentes níveis de incapacidade nas atividades do dia-a-dia. Constituem as suas respostas sociais o Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e COPPI, sendo que o principal objetivo do Centro de Dia consiste em apoiar o idoso, de forma a garantir uma maior estabilidade e equilíbrio na sua vida física, psíquica, emocional e religiosa. No fundo, o grande objetivo desta instituição é a resposta às necessidades cada vez mais crescentes da comunidade que envelhece, visando prestar apoio a idosos com diferentes graus de autonomia.

⁷ Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio.

Em relação ao Serviço Apoio Domiciliário, este presta apoio diariamente a 75 utentes. O Serviço de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a idosos, que por qualquer impedimento não consigam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades diárias. O seu grande objetivo consiste em contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e suas famílias. Os serviços prioritários do SAD consistem na higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas e transporte de utentes do e para o centro de dia.

Prestam igualmente um apoio complementar ao apoio domiciliário tipificado, destinado a idosos portadores de demência ou com fraca mobilidade, designado de Centro Ocupacional Protegido para Idosos – COPPI. Este pretende dar uma resposta adequada a pessoas que apresentam dificuldades físicas e psíquicas e que, devido a estas situações, estão impedidas de permanecer em sua casa sozinhos e também em Centro de Dia. Para além de beneficiarem dos serviços prestados pelo apoio domiciliário tipificado, beneficiam igualmente de um acompanhamento personalizado durante todo o dia, num espaço protegido e com terapia ocupacional de forma a manter algumas competências que possuem. São apoiados 20 utentes em COPPI, do total de 75 utentes em Apoio Domiciliário. Neste espaço desenvolve-se a estimulação cognitiva, através da leitura, da escrita, debates temáticos e também de notícias de jornal; a estimulação da memória, através da identificação dos dias da semana, do mês e do ano, das estações do ano, jogos de memória, entre outros; desenvolve-se a estimulação da motricidade fina, através de recortes, de colagens, costura, croché, pintura em azulejo; e da estimulação motora, através de ginástica, passeios no jardim, dança. Para além destas atividades, existem outras com maior ligação ao Centro de Dia, tais como a participação nas festas, realização da decoração e de lembranças para os participantes das festas e também prendas para os familiares.⁸

⁸ Informação recolhida através de observação direta feita ao longo do estágio e através de conversa informal com a orientadora de estágio;

1.2 Papel e Função do Serviço Social na CNSR

Na CNSR o Serviço Social enquadra-se nas valências CD, SAD e COPPI contando com duas Assistentes Sociais. A orientadora de estágio é responsável pela coordenação do SAD e posteriormente veio a ser responsável pelo COPPI, sendo o CD da responsabilidade da outra profissional e diretora técnica.⁹

O Serviço Social vai ao encontro da promoção da cidadania intervindo junto das comunidades para que estas se possam melhor organizar e integrar. Nos dias atuais e cada vez mais, os profissionais têm como função, o desenvolvimento de competências que levem à autonomia dos indivíduos. Faleiros (1999) afirma que o contexto onde hoje é desenvolvido o Serviço Social caracteriza-se por ser um mundo que está num processo de profundas transformações e as condições de cidadania modificaram-se com o passar do tempo, pois eram estas quem assegurava direitos e serviços sociais universais, e isto requer outro agir do Serviço Social. Como tal, o Serviço Social terá que reinventar-se, terá de atualizar-se constantemente, uma vez que as sociedades contemporâneas assim o exigem, dada a complexidade de situações problemáticas. O objetivo será trabalhar projetos individuais e também coletivos em redes, no sentido de estar atento à crise, redescobrimo e articulando forças de mudança.

A função ou papel do Assistente Social numa intervenção com a comunidade passa, em grande medida, por estabelecer a ligação entre a população e a comunidade local. O Assistente Social baseia-se no respeito pela dignidade humana e tem como tarefa a promoção do bem-estar social, promovendo a mudança social, atuando na defesa dos direitos humanos, tendo sempre como objetivo alcançar a justiça social.

Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social.

“ (...) o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na produção material de força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ídeo-política dos indivíduos sociais. O

⁹ Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio;

Assistente Social é, neste sentido, um intelectual que contribui, junto com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos na sociedade.” (Iamamoto, 2004)

As funções do Serviço Social na CNSR consistem no atendimento de utentes e familiares de utentes que estejam em situação de risco, na análise e diagnóstico de cada caso, na avaliação durante o processo de intervenção e após a resolução do processo. A intervenção diz respeito ao acompanhamento psicossocial que se baseia no trabalho com o utente e a família, e que tem como objetivo o desenvolvimento de capacidades no sentido da autonomia. A intervenção baseia-se também na realização de visitas domiciliárias aquando de pedidos de apoio visando igualmente sinalizar e/ou encaminhar casos que estejam isolados e/ou em situação de risco. Este encaminhamento é feito em articulação com as instituições locais, existindo um trabalho em rede. A sua função passa também por coordenar e gerir a equipa de SAD, no que diz respeito às funções da coordenadora de estágio, embora durante o tempo em que decorreu o estágio estas funções tenham sido asseguradas pela mesma, devido à ausência da outra técnica de Serviço Social. A função do Serviço Social passa, em grande parte, pela coordenação das respostas sociais.¹⁰

Em relação aos métodos, modelos e técnicas utilizados na intervenção do Serviço Social com a população idosa na CNSR destaca-se o Modelo Ecológico e o Método Integrado. O Método Integrado consiste, então, na união dos três métodos clássicos do Serviço Social, o método de caso, de grupo e de comunidade. Entendemos portanto que, o método de intervenção social tem de estar adequado à problemática de cada utente e à especificidade do meio envolvente em que este se insere. A maioria dos Técnicos de Serviço Social utiliza o método de caso e de grupo quando trabalham com o indivíduo e com o seu agregado familiar, mas também utilizam o método de comunidade quando trabalham com o indivíduo e algum tipo de serviço. O Modelo Ecológico constitui-se como um modelo teórico utilizado pelo Serviço Social, baseando-se este nas relações entre indivíduos e entre estes e um dado sistema. O indivíduo vive neste sistema que ele próprio constrói, altera, e, este mesmo sistema influencia o indivíduo nas suas vivências. Assim, segundo Payne (2002) este quadro de referências considera o ambiente físico e social, e também o utente numa articulação entre o indivíduo e o seu ambiente como um sistema integrado.

¹⁰ Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio;

Este projeto pretende fazer a caracterização da população idosa da paróquia de SDB de forma a identificar situações de isolamento. Neste sentido os técnicos, responsáveis pelas várias instituições da paróquia de SDB, podem realizar a intervenção tendo como base o modelo sistémico, pois este modelo evidencia o facto de o indivíduo não viver isolado, evidenciando, assim, a vivência integrada num dado sistema. Como tal, vai permitir a visão do idoso integrado num conjunto de sistemas, como a família, os amigos, os vizinhos ou as comunidades locais.

2 Identificação do Sistema de Ação

Como forma de introdução a este ponto do trabalho podemos afirmar que todos ou quase todos os indivíduos enfrentam obstáculos que podem traduzir-se em dificuldades no seu percurso de vida. Para que os indivíduos ultrapassem estas adversidades encontradas ao longo da vida torna-se necessária a existência de um conjunto de sistemas sociais, que estão presentes no seu meio social. Destacam-se, então, três classes de sistemas, os sistemas naturais ou informais, que consistem na família, amigos e vizinhos; os sistemas formais, que dizem respeito às organizações a que pertencemos como membros, como os grupos de sindicatos, e, por fim, os sistemas sociais, sejam eles a escola, hospital, centros sociais, entre outros.

Uma vez identificado o objeto de estágio, este consistiu em estudar o isolamento e a solidão nos idosos residentes na área da Paróquia de SDB, tornando-se indispensável fazer uma abordagem do sistema de ação, expondo-o e fazendo a sua análise. Quando se identifica um sistema de ação associado a uma dada realidade, está-se a abordar um conjunto de elementos que se articulam e integram entre si, criando sistemas complexos onde se pode visualizar a função de cada um e a relação que mantêm entre si. Ora, assim sendo, o sistema de ação é imprescindível para a realização do diagnóstico, uma vez que está interligado ao problema identificado. Deste modo será representado a seguir, através do sociograma de atores no qual serão estabelecidos tipos de relação entre estas - população-alvo e os vários atores que com elas estão interligadas.

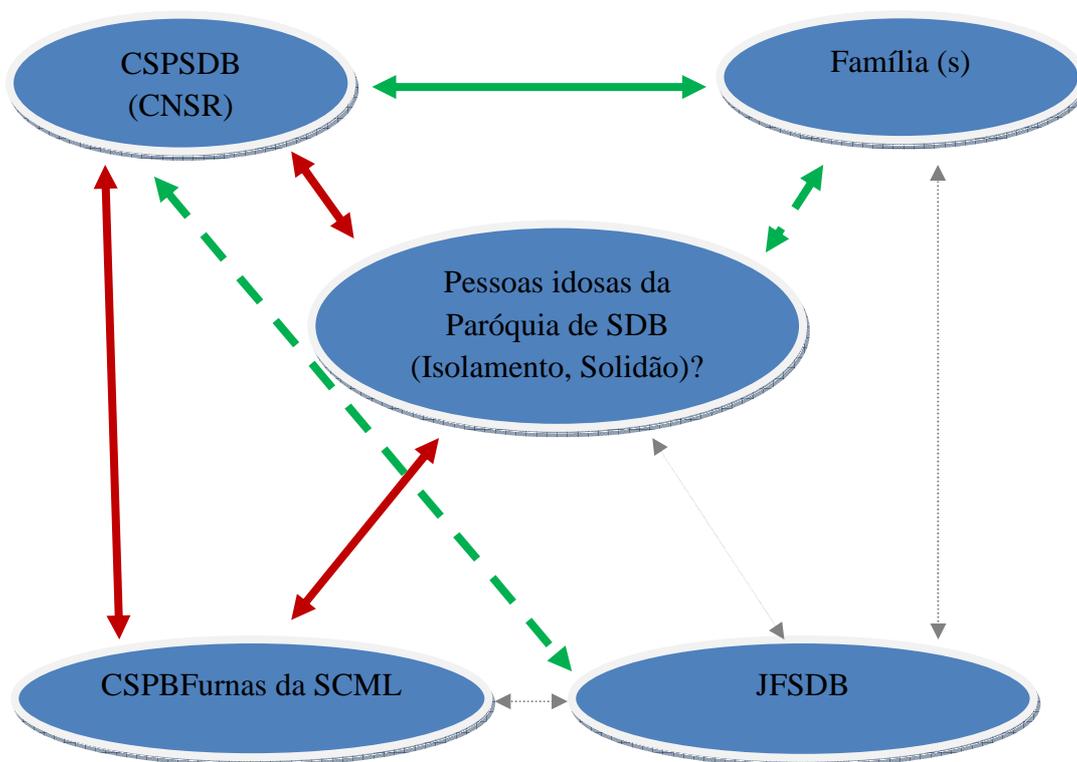


Figura 1 – Sociograma de atores

Legenda:

↔ Relação bastante forte/coesa

↔ Relação forte

↔ Relação forte mas esporádica/casual

↔ Relação que desconhecemos (não possuímos informação)

2.1 Análise do Sistema de Ação¹¹

Destacam-se os idosos residentes na freguesia de SDB pertencentes à Paróquia de SDB com uma posição de notoriedade. Em seu redor encontram-se os atores sociais que contribuem para o desenvolvimento do sistema de ação. No respeitante aos tipos de relações que se estabelecem entre os idosos podemos afirmar, na sua maioria, que a relação é bastante positiva. Através da observação realizada pela estagiária é notório o espírito de amizade, manifestado através da comunicação, cooperação, entreaajuda e partilha que desenvolvem uns com os outros. São, na sua maioria, pessoas calmas que partilham o gosto pela comunicação, desenvolvendo laços de amizade entre elas.

Relativamente ao tipo de relação que se estabelece entre os idosos e as suas famílias podemos afirmar que, de uma maneira geral, trata-se de uma relação próxima, de forte coesão geracional. No entanto, o fator tempo influencia a relação estabelecida entre ambos, uma vez que o acompanhamento feito pelos familiares ao idoso é condicionado por este fator. Relativamente à observação e acompanhamento que a estagiária desenvolveu durante o estágio, quer em atendimentos, quer em visitas domiciliárias, podemos afirmar que as famílias tentam, sempre que possível, promover a integração do idoso, como forma de combater o seu isolamento, contribuindo para o seu bem-estar. Estas recorrem ao atendimento social para expor as suas questões e o que mais os preocupa em relação aos familiares idosos. Segundo Paúl (1997), os familiares são a maior fonte de apoio físico, e emocional dos idosos, o que torna o seu desenvolvimento mais integral.

A família é vista como a principal instituição social prestadora de cuidados. Esta constitui o “pivot” da responsabilidade pelos dependentes idosos, quaisquer que sejam as estruturas familiares, sociais e sociopolíticas de um país. (Conselho Económico e Social, 1994) Daí a importância da mesma como instituição privilegiada para a integração social das pessoas idosas. As famílias deverão ter um papel essencial na atenção aos seus idosos pois é um fator imprescindível de coesão social e de solidariedade intergeracional. (Osório et al, 2007).

¹¹ Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio e através da observação realizada ao longo do estágio;

Segundo a visão de Osório e Pinto (2007), vários fatores, tais como o crescente processo de urbanização, o surgimento de novos modelos familiares (famílias monoparentais, recompostas), a redução da extensão de família e da área das habitações, a baixa de natalidade, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a crescente elevação de níveis culturais das populações vão refletir-se no modo como a família desempenha o seu papel tradicional na sua função de prestadora de cuidados aos seus idosos de forma inigualável e imprescindível. Fonseca (2006) afirma que o desenvolvimento do trabalho assalariado retirou à família a sua função anterior de educação e de segurança social, passando esta a ser cada vez mais da responsabilidade pública, do Estado.

No que diz respeito à relação do CSPSDB nomeadamente da CNSR com os idosos podemos afirmar que, de acordo com a observação realizada ao longo do estágio, de acordo com as inúmeras conversas informais realizadas com a Orientadora de Estágio, a CNSR desenvolve uma relação bastante próxima com estes idosos, e vice-versa, privilegiando-se a comunicação e o bem-estar entre eles. São favorecidas as relações interpessoais e intergrupais ao nível do Centro de Dia e da Comunidade, de modo a estimular o convívio, combatendo assim, o isolamento e integrando o idoso socialmente. Desenvolve-se a autoestima e a realização pessoal do idoso, participando ativamente na comunidade. Estes idosos passam a maior parte do seu tempo no Centro desenvolvendo neste atividades diárias, vão desde a técnica do trapilho, à técnica do guardanapo, reza do terço, entre outras. Desenvolvem-se também na CNSR atividades ao longo do ano, tais como, a celebração do Natal, do Dia de Reis, da Páscoa, realizam-se festas do Dia do Idoso, o Magusto, o Carnaval, os Santos Populares, o Dia dos Avós, as quais têm bastante adesão por parte dos idosos, e os Aniversários são comemorados uma vez por mês, através de um momento de convívio, em que se sopram velas e se cantam os parabéns. É organizada, anualmente, uma reunião geral de idosos para a programação de cada ano, envolvendo sugestões e críticas, relativamente aos acontecimentos que vivenciaram, e que, desta forma, promove a comunicação e o *empowerment* individual de cada utente.

Relativamente ao tipo de relação que se estabelece entre a CNSR e as famílias podemos afirmar que se trata de uma relação próxima pois esta está atenta às necessidades dos idosos. A relação estabelecida entre as famílias dos idosos e a CNSR pode dizer-se que é interativa, uma vez que estas recorrem ao atendimento social para expor as suas questões e

o que mais os preocupa em relação aos seus familiares idosos. É fornecida informação sobre os recursos existentes na comunidade, com vista a dar resposta às suas necessidades e, em conjunto com a família trabalha-se a resolução de problemas de carácter social. Na sua maioria, as famílias estão presentes, sempre que solicitadas pelos técnicos. Existem, no entanto, exceções, famílias que não demonstram interesse nem preocupação relativos aos seus familiares, desresponsabilizando-se pelo seu papel familiar, mas na sua maioria estas são atentas e preocupadas com o quotidiano e bem-estar, físico e psicológico dos seus familiares idosos. Logo, podemos afirmar que a CNSR mantém uma boa relação com as famílias dos seus utentes.

A CNSR desenvolve também uma relação de proximidade com os outros atores nomeadamente com a Junta de Freguesia de SDB e com o CSPBF da SCML. Sempre que se justifique, a CNSR faz o encaminhamento de pedidos de apoio para o CSPBF e vice-versa, trabalhando em parceria. O trabalho em parceria abrange vários intervenientes/atores, origina a otimização de recursos. Este processo implica também o envolvimento de diferentes Instituições, que embora com diferentes missões, os objetivos são comuns, existindo na parceria maior comunicação e recolha de informação, logo mais conhecimento e partilha. Este processo envolve, assim, uma implicação/responsabilização por parte dos atores. A CNSR colabora também na CSF da Junta de Freguesia de SDB, embora a relação entre ambas seja casual. No entanto, não é possível, neste momento, fazer uma abordagem relativamente à relação que se estabelece entre os idosos e a Junta, nem da relação dos idosos com o CSPBF uma vez que a estagiária não possui conhecimento para tal.

3 Pedido Inicial e Objeto de Estágio

É importante referirmos que o estágio desenvolveu-se através de um pedido inicial acordado entre o Grupo de Trabalho da Área do Envelhecimento da Comissão Social de Freguesia de São Domingos de Benfica e a Coordenação Científica do Mestrado em Serviço Social da UCP e os orientadores científicos do estágio. Este baseia-se num projeto

da Comissão Social de Freguesia de São Domingos de Benfica que tem como objetivo fazer a caracterização da População idosa da Paróquia de São Domingos de Benfica, de forma a identificar situações de isolamento. Através do pedido inicial e aprofundado o estudo, chegou-se a um objeto que consistiu em estudar o Isolamento e Solidão nas Pessoas idosas da área da Paróquia de SDB. Apesar de ser um projeto da CSF de SDB não é possível, por enquanto, caracterizar toda a população da freguesia, pelo que se optou por iniciar o projeto na área da Paróquia de SDB por ser a mais antiga e conseqüentemente a que abrange a maioria da população idosa da freguesia.¹²

Com base na observação realizada pela estagiária, na delimitação do projeto, nas reuniões de trabalho, e tendo por base o universo da população idosa residente na área da paróquia pretende-se caracterizar a sua situação atual, de forma a identificar situações de isolamento e/ou solidão, com vista a que conjuntamente as entidades que trabalham na freguesia possam delinear um projeto que possa combater estas situações da forma mais adequada.

No fundo, perspetivaram-se duas etapas, durante o período de estágio. Uma consistiu em complementar o pedido inicial, feito pela CSF de SDB juntamente com a parte de acompanhamento social feito ao longo do percurso de estágio.

Contextualizado o pedido inicial de estágio e identificado o objeto de estágio, torna-se pertinente fazer uma abordagem à Comissão Social de Freguesia. As Comissões Sociais de Freguesia integram o programa da Rede Social. A Rede Social surge no contexto de afirmação de uma nova geração de políticas sociais ativas, baseadas na responsabilização e mobilização do conjunto da sociedade e de cada indivíduo para o esforço da erradicação da pobreza e da exclusão social em Portugal. É um programa que promove o desenvolvimento social local e que pretende constituir redes de apoio social, envolvendo toda a comunidade de forma a resolver, eficaz e eficientemente, os problemas sociais de cada localidade.¹³

A Rede Social pretende desenvolver a formação de uma consciência coletiva dos problemas sociais e, também, contribuir para a ativação dos meios e agentes de resposta e para a otimização possível dos meios de ação nos locais. Pretende constituir parcerias efetivas entre entidades públicas e privadas nomeadamente autarquias, atuando nos mesmos territórios baseado na igualdade entre parceiros, na consensualização dos

¹² Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio;

¹³ Informação recolhida através de conversa informal com a orientadora de estágio;

objetivos e na concertação das ações desenvolvidas pelos diferentes agentes locais, de modo a criar novas formas de conjugação de esforços, garantindo uma maior eficácia das respostas sociais.

“A Rede Social foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro, do Despacho Normativo n.º 8/2002 de 12 de Fevereiro que regulamenta o Programa de Apoio à sua implementação, bem como nos termos do Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho, que regulamenta a Rede Social, define o funcionamento e as competências dos seus órgãos e, ainda, os princípios e regras subjacentes aos instrumentos de planeamento que lhe estão associados.” (Diagnóstico Social de Lisboa, 2009:18).

A Rede Social materializa-se, a nível local, através da criação das Comissões Sociais de Freguesia (CSF) e dos Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), constituindo plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social respetivamente a nível de freguesia e de concelho. O CLAS é constituído por um grupo de representantes de entidades públicas e privadas, que têm como objetivo promover o desenvolvimento social local, analisando e discutindo todo o trabalho realizado nesta matéria.¹⁴

Os objetivos gerais da Rede Social constituem-se na erradicação da pobreza e exclusão social, a conceção e avaliação das políticas sociais, a renovação e inovação de estratégias de intervenção. Os objetivos específicos preveem induzir o diagnóstico social e o planeamento participados, promover a coordenação das intervenções ao nível concelho e das freguesias, procurar soluções para os problemas das famílias e pessoas em risco ou em situação de exclusão social, formar e requalificar agentes envolvidos nos processos de desenvolvimento local, promover uma cobertura adequada do Concelho por serviços e equipamentos, potenciar e divulgar o conhecimento sobre as realidades concelhias.

¹⁴ In, Diagnóstico Social de Lisboa, Março 2009:18;

4 Enquadramento do projeto de estágio

Podemos afirmar que o estágio desenvolveu-se tendo por orientação alguns princípios da metodologia de Investigação-Ação. Como tal, esta metodologia consiste numa estratégia metodológica da pesquisa social na qual se parte do problema como ponto de partida para a investigação, sendo possível a realização de um pré-diagnóstico.

Para Isabel Guerra (2002:138), “o que está em causa quando falamos de diagnóstico é o conhecimento científico dos fenómenos sociais e a capacidade de definir intervenções que atinjam as causas dos fenómenos e não as suas manifestações aparentes”. O Diagnóstico consiste, portanto, na análise de um certo problema que já está identificado à priori, e que vai permitir delinear ações específicas, e conseqüentemente construir um quadro de referências.

Atualmente ação e investigação caminham de mão dadas, portanto a metodologia de Investigação-Ação é a matriz do Assistente social na atualidade. A metodologia de Investigação-Ação consiste numa estratégia metodológica da pesquisa social na qual se parte do problema como ponto de partida para a investigação. O objeto da investigação é constituído pela situação social e pelos vários problemas que se encontram nessa situação. O objetivo da Investigação-Ação consiste em tentar resolver os problemas da situação observada (Kurt Lewin citado em Guerra, 2002).

O “triângulo lewiniano” (Guerra, 2002) apresenta três polos, sendo eles a Investigação, que tem como intuito compreender a mudança social num contexto específico; a Ação, que se baseia na intencionalidade dos atores e na busca das dinâmicas atuais e a Formação que está implícita aos próprios processos de conhecimento e ação. “A Investigação-Ação é uma metodologia ambiciosa que pretende conter todos os ingredientes da Investigação e mais ainda, os ingredientes da ação”. (Guerra, 2002:75). O diagnóstico é portanto uma etapa imprescindível no conhecimento de qualquer problemática, pois este permite informar sobre as necessidades e os problemas existentes, tentando compreender a causa desses problemas, estabelecendo as prioridades de intervenção com vista a estabelecer a ação.

Não foi possível proceder à realização do diagnóstico mas sim à realização de um pré-diagnóstico, uma vez que, quer pelo fator tempo quer pela necessidade de existirem mais

recursos humanos a trabalhar no projeto, apenas foi possível chegar à caracterização de um universo de 804 pessoas da paróquia de SDB. Assim, não foi possível proceder ao reconhecimento das situações de isolamento pelo que terá de aprofundar-se o diagnóstico através de entrevistas futuras.

4.1 Atores Envolvidos, Fontes de Informação e Procedimentos de Recolha

Identificamos primeiramente como atores sociais presentes neste estudo, as pessoas idosas da paróquia de SDB, que participaram (indiretamente) na ação e constituem-se como população-alvo.

Seguem-se os atores executores da ação, que são constituídos pela Técnica de Serviço Social da CNSR do CSPSDB - Orientadora de Estágio, pelos Orientadores de Estágio da UCP, pela Estagiária de Mestrado de Serviço Social da UCP, pelo Grupo de Trabalho da área os idosos da CSF de SDB e pelo Núcleo Executivo da CSF de SDB.

Relativamente às fontes de recolha de informação recorreremos à análise documental, nomeadamente à Listagem de Recenseados da freguesia de SDB com idade superior a 65 anos, posteriormente trabalhada por nós e, através da qual foi possível recolher toda a informação que necessitámos para a caracterização da população idosa residente na paróquia de SDB, a população-alvo, e aos processos ativos e arquivados da CNSR.

Recorreremos também à observação direta e participante. Segundo (Peretz, 2000:13) a observação baseia-se na presença e no envolvimento numa situação social com o intuito de interpretar e registar procurando não modificar essa situação social. A observação direta desenvolveu-se através de presenças da estagiária aquando da realização de atendimentos e de visitas domiciliárias, no fundo, do quotidiano do funcionamento da CNSR. A observação direta não se limita apenas às atitudes visíveis dos atores, nela está intrínseca a intenção dos atores aquando das suas atitudes. Esta observação permitiu o conhecimento do funcionamento deste meio social, uma vez que a estagiária despendeu o tempo necessário à obtenção do conhecimento da população-alvo. O tempo que a estagiária permaneceu na instituição ficou acordado em Ata da Reunião de Negociação de Estágio de

Mestrado em Serviço Social¹⁵ e consistiu numa duração de 375 horas. Através da observação participante foi-nos possível observar, nomeadamente através das conversas informais realizadas quer com a orientadora de estágio quer com os idosos que frequentam a CNSR, toda a ação desenvolvida na CNSR.

¹⁵ *Vide Anexo A;*

II Enquadramento Conceptual

1 Processo de Envelhecimento

Constituindo a população-alvo do estágio os indivíduos com mais de 65 anos residentes na paróquia de São Domingos de Benfica, a problemática do envelhecimento apresentou-se como central ao processo de trabalho e investigação.

O conceito de pessoa idosa remete-nos, antes de mais, para a noção de idade, sendo que a velhice constitui-se num grupo de idade homogéneo. Fernandes (2000) refere que a idade não é um fator que pode, por si só, medir as transformações dependentes do envelhecimento. Refere ainda que, as transformações que emergem com a idade estão diretamente relacionadas ou dependem em grande medida do estilo de vida que cada pessoa adotou no seu percurso e da sua trajetória de vida. (Cavanaugh, 1997 citado em Fonseca, 2006) afirma que a idade cronológica é importante visto tratar-se de um método fácil para organização dos acontecimentos, mas afirma também que é útil recorrer a outros índices para se compreender como evolui o comportamento à medida que as pessoas envelhecem. Assim, na linha de pensamento do autor, considera-se que o tempo em si mesmo é importante mas tão importante é igualmente compreender que o comportamento humano é afetado por experiências vividas durante esse mesmo tempo. (Birren & Cunningham, 1985 citado em Fonseca, 2006) consideram que cada indivíduo não tem apenas uma mas sim três idades diferentes, distinguindo três tipos de idade: a *idade biológica*, referindo-se esta à atividade dos sistemas vitais do organismo humano, sendo que a capacidade de autorregulação do funcionamento desses sistemas vai diminuindo com o tempo, dimensão que se apresenta como particularmente relevante para a atenção aos problemas de saúde que afetam os indivíduos; a *idade psicológica*, referente às capacidades de cariz psicológico, sejam elas sentimentos, motivações, cognições, memória, inteligência, entre outras competências que sustentam a autoestima e o controlo pessoal, que os indivíduos usam para estar adaptados às mudanças de natureza ambiental; e a *idade social*, que se refere ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem, sendo esta idade julgada devido a hábitos, comportamentos e estilos de relacionamento interpessoal. Esta idade é determinada pela cultura e pela história de um país. “A idade social está, assim, associada ao papel e ao estatuto que a nossa comunidade nos

atribuí.” (Fontaine, 2000:25) A título de curiosidade importa referir que muitos estereótipos que temos acerca da velhice advêm de falsas teorias sobre a idade social, levando à colocação de rótulos nos indivíduos. (Fonseca, 2006)

Ao longo do tempo, a preocupação com a velhice tem sido uma constante, no entanto, o envelhecimento da população à escala mundial emerge como um fenómeno recente e crescente que já afeta grande parte dos países do Ocidente (Osório *et al*, 2007), sendo a Europa o continente com mais população idosa. No final do séc. XX, esta foi a mudança social mais importante dos últimos tempos. (cf. Osório, Pérez Martínez e Sánchez Pérez, 1999).

“Haverá poucas realidades tão universais como o envelhecimento.” (Fonseca, 2006:185) No entanto, a definição de envelhecimento não é consensual para todos os autores. Trata-se de um conceito que é diferente de autor para autor. A OMS (Organização Mundial de Saúde, 1988) define, assim, a pessoa idosa com idade igual ou superior a 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável.

Quaresma (1999) afirma que o envelhecimento é também um processo diferencial, heterogéneo e contextual. Diferencial quanto ao género, não é igual envelhecer no masculino ou no feminino, quanto à história familiar e profissional, quanto ao nível de escolaridade e quanto ao contexto rural e urbano. Heterogéneo, uma vez que duas pessoas com o mesmo sexo, a mesma profissão, o mesmo grupo de idade e o mesmo nível socioeconómico, não vivenciam o envelhecimento da mesma forma. Concluindo-se que cada indivíduo vivencia o envelhecimento de modo peculiar.

O conceito de envelhecimento é multidimensional, multifactorial e extraordinariamente complexo. Segundo Zimerman (2000) envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. (Schroots & Birren, 1980 citado em Fonseca, 2006) refere que existe uma componente *biológica* (senescência) em que se manifesta uma crescente vulnerabilidade, daí resultando uma maior probabilidade de morrer; uma componente *social*, que respeita aos papéis sociais adequados que a sociedade espera desta faixa etária, e uma componente *psicológica*, que se define pela capacidade de autorregulação dos indivíduos face ao processo de senescência ou à componente *biológica*.

Este processo é natural, uma vez que a forma natural e gradual das transformações que ocorrem ao longo da vida, poderão estar associadas às características genéticas individuais, e principalmente do modo de vida de cada um mas também complexo, onde existe perda de autonomia e de papéis sociais. No fundo trata-se de um processo inevitável e irreversível, visto como um acontecimento de vida em que há alteração de atitudes e de mentalidades, que são o resultado das relações que se estabelecem entre grupos etários (Osório *et al*, 2007).

1.1 Envelhecimento Demográfico

Para Fontaine (2000) o envelhecimento caracteriza-se primeiramente por ser uma questão demográfica. O autor cita como causas da evolução demográfica o facto da mortalidade e da fecundidade, que durante milénios, se mantiveram em equilíbrio, existindo, ainda assim, uma maior fecundidade. No entanto esta estabilidade não se manteve, dadas as consequências da industrialização. Consequências essas que se manifestaram através da queda vertiginosa da mortalidade infantil, devido à quase erradicação das doenças infecciosas e, também, do aumento da longevidade.

O envelhecimento da população portuguesa caracteriza-se por uma evolução de forma precoce, que resulta da baixa taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida. “A esperança de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII, nos países que vão conhecer a revolução industrial (...) atualmente a esperança de vida é da ordem dos 74 anos nos países industrializados e de cerca de 50 anos (com enormes disparidades) nos países em vias de desenvolvimento.” (Fontaine, 2000:20) Assiste-se, neste momento, à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevadas para um modelo em que ambas são baixas. Logo, se a esperança média de vida está a aumentar, aliada à diminuição da natalidade, isso faz com que o envelhecimento demográfico se constitua como um problema das sociedades contemporâneas. Assim, o envelhecimento demográfico característico das sociedades modernas surge como resultado da passagem de elevados níveis de natalidade e mortalidade para níveis baixos (INE, 2002: 15). Quaresma (1996) afirma que o envelhecimento demográfico é um dado irreversível mas não consiste obrigatoriamente numa ameaça.

De referir que as transformações ocorridas na esfera da família e do trabalho constituem-se como fatores responsáveis pelo acelerado envelhecimento da população. O Relatório da Divisão de População das Nações Unidas mostra-nos que, acerca da evolução demográfica até 2050 como valores prospetivos, que 22% da população terá idade superior a 60 anos nesse mesmo ano. Segundo fonte do mesmo relatório, os dados indicam-nos que nessa época irá aumentar de 8% para 21% a percentagem de pessoas idosas, ao passo que a percentagem de crianças irá descer de 33% para 20%. (Osório *et al.*, 2007).

Relativamente à evolução da estrutura etária segundo dados do INE (2002), podemos verificar que o envelhecimento é mais notório na população feminina, existindo uma maior longevidade nas mulheres. Fontaine (2000) também afirma que as mulheres têm uma esperança de vida superior à dos homens, observando-se este fenómeno quer em países ricos quer em países pobres. Logo, se a população feminina vive mais tempo do que a população masculina podemos afirmar que as mulheres têm maior propensão para viverem sozinhas a velhice. No entanto, embora a esperança de vida das mulheres seja superior à dos homens, o número de anos que os homens podem viver sem terem qualquer tipo de incapacidade é superior à das mulheres, o que não deixa de ser contraditório.

Podemos aferir, através destes dados, que a evolução demográfica irá transformar-se em grande medida. Assistimos ao rápido crescimento do envelhecimento da população nas sociedades economicamente desenvolvidas, devido ao aumento da esperança de vida. Nos casos de Espanha e Portugal, de acordo com o último «Relatório de Desenvolvimento Humano», essa esperança situa-se, em termos estatísticos, em 79,2 e 76,1 anos, respetivamente. (PNUD, 2004).

Existem, assim, mais pessoas idosas atualmente do que há anos atrás, e estas pessoas podem representar um grupo potencial de carências e dependências. Devido a estes e a outros fatores, tem-se manifestado uma forte e crescente preocupação com a forma como são tratadas as pessoas idosas, no seu quotidiano, nomeadamente preocupações com o seu bem-estar a nível físico, psíquico e social. No entanto, devido à reestruturação familiar e social, existem hoje menos familiares disponíveis para a prestação de serviços a estas pessoas, o que faz com que a prestação de cuidados a esta faixa etária seja de extrema importância e relevância para instituições e organismos públicos (Wall, 2002).

Até à década de setenta, do século XX, Portugal não sentia ainda os efeitos do envelhecimento demográfico, pelo que as preocupações com a velhice não constituem um problema em si, integrando-se, dessa forma, no conjunto das preocupações da previdência e da assistência. As situações que exigiam intervenção da assistência social eram situações de miséria, carência e vagabundagem, situações com as quais a velhice era socialmente identificada (Fernandes, 1997).

Fontaine (2000) afirma que todos os níveis da nossa sociedade são afetados pelo fenómeno do envelhecimento. A nível económico, traduz-se num aumento contínuo do número de reformados. No plano social, toda e qualquer infraestrutura dos sistemas de proteção deve adaptar-se. Nos planos biológico e psicológico, os investigadores vão continuar a estudar o envelhecimento, com vista a uma melhor compreensão dos seus mecanismos, e, de uma forma mais generalizada, o grande desafio consiste em permitir não só uma maior longevidade às pessoas idosas como também que vivam uma velhice plena e satisfatória.

Como referimos nos pontos anteriores o envelhecimento da população portuguesa é uma realidade, e como tal esta conduz a uma nova problemática social. Logo, se a população envelhece as suas especificidades e necessidades sofrem alterações. É, então, legítimo afirmarmos que as situações de dependência dos idosos consequentemente com a perda de autonomia juntamente com situações de solidão e isolamento vão-se tornando manifestas. Torna-se, portanto, imprescindível a existência de respostas para este tipo de situações nomeadamente a criação de serviço de apoio para a população com características específicas.

1.2A dimensão psicológica do envelhecimento

Considerámos pertinente e de extrema importância referir alguns contributos da psicologia do envelhecimento para uma melhor compreensão deste processo.

Segundo Fontaine (2000) a psicologia do envelhecimento centraliza-se no ser humano e compara a estrutura e o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos do idoso. Esta estuda a senescência, termo que para o autor equivale a envelhecimento normal, e a senilidade, termo que corresponde a um envelhecimento patológico.

De acordo com os resultados da literatura pesquisada sobre esta área, deparamo-nos com o facto de que, é possível conservar as funções cognitivas até ao final da vida: “Algumas pessoas mostram-se resistentes ao envelhecimento, chegando mesmo a mostrar melhor desempenho com a idade (...)”(Fontaine, 2000) Porém, os estudos mostram-nos igualmente que o declínio das funções cognitivas ocorre como resultado do processo de envelhecimento: “ (...) ao passo que outras declinam ao sofrerem um processo patológico.” (*idem*: XV)

O envelhecimento é, então, considerado como o percurso de cada indivíduo no *continuum* normal-patológico. A diferença entre as pessoas cinge-se a uma questão de velocidade ou de grau, uma vez que com o tempo toda a velhice teria tendência a reduzir-se a um estado patológico de senilidade ou demência. (Fontaine, 2000)

O aumento do número de pessoas idosas causou um problema de sociedade, o da psicopatologia da idade avançada, o que constitui um grande desafio do século XXI. (Fontaine, 2000)

As manifestações psicopatológicas que ocorrem com maior frequência, nas pessoas idosas, caracterizam-se por estados demenciais, a doença de Alzheimer e de Parkinson, e por estados depressivos, destacando-se, na maior parte dos casos, a depressão.

Segundo a OMS, a demência define-se como «uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as atividades da vida diária (...)» (citado em Fontaine, 2000) São muitas as famílias que se vêm confrontadas com a dor de terem um familiar afetado pela doença de Alzheimer, sendo esta doença considerada a demência mais frequente, representando 45% das síndromes demenciais e 75% das demências irreversíveis. O indivíduo perde progressivamente a sua autonomia e a sua dignidade, confrontando a sociedade com a questão bastante delicada e complexa de cuidar dos nossos familiares idosos que sofrem desta patologia. Segundo Fontaine (2000) não podemos considerar que as demências sejam patologias provenientes apenas da velhice, uma vez que uma grave demência senil pode mesmo aparecer antes dos 50 anos. Portanto, é imprescindível referir que os estados demenciais não se constituem como resultados inevitáveis do processo de envelhecimento.

O mesmo autor aborda a depressão como um processo que grande parte dos indivíduos experencia de uma forma momentânea ao longo da vida. Desta forma: “aquilo que

chamamos comumente «um ataque de melancolia» não pode ser considerado uma depressão grave.” (Fontaine, 2000:160) Importa ter em linha de conta que os sentimentos de melancolia advêm de episódios específicos, desaparecendo em alguns dias, ou se efetivamente intervêm na conduta dos indivíduos, ultrapassando várias semanas. No geral, as pessoas que apresentam quadros depressivos manifestam alterações cognitivas e comportamentais específicas. São pessoas desmotivadas, apáticas, e apenas estão suscetíveis aos aspetos de vida negativos, sendo detentoras de ideias suicidas.

Os sintomas da depressão manifestam-se através da insónia, letargia, anorexia, isolamento social e grande enfraquecimento da autoestima. A depressão no idoso está muitas vezes associada a acontecimentos traumáticos de vida, como por exemplo, o estado de viuvez, e conseqüentemente o luto. Consideramos que a depressão não deve ser menosprezada, quer pela pessoa idosa que a experiencia, quer pelos familiares, quer pelos técnicos, uma vez que esta não faz parte do processo de envelhecimento, ela pode ocorrer em qualquer fase da vida: “(...) a depressão é um fenómeno importante na pessoa idosa, mas que ela em nada é específica deste grupo etário, e que não aumenta depois dos 60 anos.” (Fontaine, 2000:162) Ora, tal facto é justificável uma vez que existem tratamentos, quer farmacológicos quer psicoterapêuticos para combater a depressão. Segundo Fontaine (2000) existem novas formas de tratamento, para as depressões, as terapias cognitivas. “O terapeuta, na sua interação ativa com o paciente, auxilia-o a construir novas representações mais positivas e, de igual modo, atua na sua relação com o mundo.” (Fontaine, 2000, 162) Segundo Beutler e col., (1987) (citado em Fontaine, 2000) a utilização deste tipo de terapia às pessoas idosas depressivas apresenta efeitos positivos.

O envelhecimento consiste num processo de degradação geral do organismo e, portanto, do sistema nervoso. A nível psicológico, existem, desta forma, alterações comportamentais e uma diminuição tendencial do funcionamento intelectual. O envelhecimento cerebral estende-se a todos os níveis da organização nervosa, desde o nível molecular, com o aparecimento de *placas senis*¹⁶, até ao nível estrutural com a *rarefação dendrítica*¹⁷ e a

¹⁶ As placas senis são lesões que aparecem entre os corpos celulares, sendo constituídas por um centro que contém uma proteína e por uma coroa constituída por prolongamentos nervosos anormais que são neuritos em degenerescência. (Fontaine, 2000:39)

¹⁷ Trata-se de uma diminuição média do número de dendritos dos neurónios. (Fontaine, 2000:41)

mortalidade neuronal. Manifesta-se uma diminuição da *neuroplasticidade*¹⁸, tornando a pessoa idosa inapta a realizar novas aprendizagens. Certas zonas do cérebro, ao envelhecerem sofrem uma degenerescência enquanto outras zonas crescem. (Fontaine, 2000) A gravidade do processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, variando também as áreas cerebrais. Assim sendo, o efeito do envelhecimento no sistema nervoso é diferencial.

Tal como ao nível do sistema nervoso do indivíduo, também ao nível da personalidade do mesmo existem alterações durante o processo de envelhecimento.

Neugarten (1972, 1977) analisou as diferentes formas como as pessoas idosas lidam com o envelhecimento através de quatro tipos de personalidade: as personalidades desintegradas e desorganizadas que são incapazes de aceitar o envelhecimento e experimentam situações de desespero à medida que envelhecem; os indivíduos detentores de personalidades passivo-dependentes tornam-se temerosos com a idade, têm medo de adoecer, são relutantes em relação ao futuro; as personalidades defensivas tentam responder ao medo de envelhecer tentando impedi-lo, realizam atividades de jovens, tentando agir como jovens, depositando expectativas irrealistas em si mesmos e desapontamento; e, por fim, as personalidades integradas, em que a maior parte dos indivíduos aceita o envelhecimento confortavelmente, mantendo um sentido de dignidade pessoal.

Erikson (1963;1982;1986) (citado em Fontaine, 2000) elaborou o modelo de evolução da estrutura da personalidade ao longo da vida, composto por oito estádios, sendo cada estádio dominado por um sentimento que determina a orientação geral do comportamento. No oitavo e último estádio, a velhice, a crise psicossocial descrita pelo autor, diz respeito à Integridade vs. Desespero. Para o idoso, o que está em causa é gerir a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e em envelhecer com dignidade, e por outro lado, a ansiedade associada à antecipação da idade avançada, da perda de autonomia e da morte. O indivíduo elabora um balanço da sua vida, analisando como esta se desenvolveu, os objetivos a que se propôs e aqueles que realmente atingiu. Erikson diz-nos ainda que o idoso estrutura as suas relações sociais em redor da sabedoria. A pessoa idosa tem tendência para relações sociais de natureza mais espiritual com o

¹⁸ Equivalente no plano neurológico do fenómeno de aprendizagem observado no plano comportamental. (Fontaine, 2000:40)

género humano. O autor afirma ainda que, nem todas as pessoas atingem este sentimento de sabedoria específica, no fundo ao que designamos por uma velhice bem sucedida.

“O envelhecimento é um período em que as perdas desenvolvimentais se sobrepõem aos ganhos (...)” (Fonseca, 2006:186) Existem perdas a diversos níveis, tais como perda de papéis ao longo dos anos (reforma, deixando de ser ativo na sociedade; viuvez, estando associada a rutura dos laços afetivos, a saída dos filhos de casa dos pais). Outras perdas, tais como a pessoa idosa abandonar a sua própria casa, quer seja para se mudar para casa dos filhos quer para um Lar, constituem, de facto, acontecimentos de vida perturbadores, do ponto de vista psicológico. A idade traz perdas de capacidades, é um facto consumado, mas é possível compensar quaisquer perdas, aproveitando os recursos existentes e investindo em áreas particulares de interesse.

Nesta fase etária existe significativamente uma diminuição das capacidades físicas, psicológicas e sociais, que proporcionam ao idoso um sentimento de desadaptação ao meio, perda de objetivos de vida, afastamento e progressivo isolamento dos amigos e familiares, gerando sentimentos de inutilidade e solidão (Mestre, 1999). Como tal, devemos realçar a importância de dar continuidade ao papel social da pessoa idosa como uma pessoa competente, assegurando uma manutenção das oportunidades de desenvolvimento e, reforçando o bem-estar psicológico, que diz respeito a um sentido objetivo de satisfação global e de saúde mental positiva. (Fonseca, 2006) E, ainda, sob a nossa perspetiva é importante que a pessoa idosa esteja próxima, física e psicologicamente, das pessoas que a fazem feliz.

1.30 Envelhecimento como Fenómeno Social

Podemos afirmar que o envelhecimento não é só uma questão biológica, nem é só uma questão psicológica, é também uma questão social.

Para Fernandes (1997) o processo de envelhecimento deve ser encarado como um conceito que se refere à maneira como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, como uma construção social que se insere numa dada conjuntura histórica. Fonseca (2006) refere portanto que, reportando às antigas sociedades camponesas, era o processo de

herança que assegurava, através da valorização dos laços de parentesco, o cuidado e também a autoridade dos idosos, por quem o filho varão olhava até à morte, assumindo assim, o património familiar. O acesso à herança realizava-se portanto através dos cuidados prestados na velhice. Fonseca (2006) refere que a alteração da estrutura económica e a introdução das reformas, colocaram em causa o sistema de segurança na velhice, uma vez que a transmissão do saber deixou de ser feita oralmente, de geração em geração, retirando aos idosos o poder de toda a sabedoria acumulada ao longo da vida.

O desenvolvimento do trabalho assalariado retirou à família a sua função anterior de educação e de segurança social, passando esta a ser cada vez mais da responsabilidade pública, do Estado. Segundo Fernandes (1997) a emergência da velhice como problema social está estreitamente ligada com a institucionalização das reformas bem como, com a estrutura das relações familiares das sociedades ocidentais, tendo passado a responsabilidade dos filhos para o Estado, logo podemos afirmar que se passou de um problema familiar para um problema social.

Esta evolução ditada por razões de ordem económica teve, como tal, consequências na vida dos idosos. Paúl & Fonseca (2001) (citado em Fonseca, 2006) refere a “biomedicalização do envelhecimento” como um fenómeno que significa o acto de encarar a velhice como um tipo de doença, considerando o envelhecimento como um fenómeno biológico inevitável, e respondendo a sociedade com atos médicos. Como consequência disto, e segundo o autor, ocorre, assim, um aumento da institucionalização.

A reforma marca a entrada na velhice e conseqüentemente a perda de papéis sociais ativos. Esta alteração de papéis implica a diminuição de recursos económicos, diminuindo igualmente a oportunidade de contactos sociais e um maior tempo livre (Figueiredo, 2007). Fontaine (2000) estabelece a transição do estatuto de adulto para o estatuto de idoso: “o indivíduo passa da categoria dos trabalhadores, dos ativos ou dos assalariados à dos reformados, dos inativos ou da terceira – idade.” (*idem*:24) Contudo e embora o direito à reforma seja considerada uma aquisição imprescindível da história dos movimentos operários, o autor refere que a vivência desta transição varia de indivíduo para indivíduo. Esta transição de estatuto é vista, por algumas pessoas, como uma espécie de morte social, o que origina sentimentos de inutilidade social. Tal facto pode ser explicado pelas nossas sociedades

atribuírem extrema relevância ao trabalho, e que os indivíduos ao serem colocados à margem das suas funções remuneradas podem experimentar imensas dificuldades psicológicas.

A sociedade contemporânea, caracterizada por ser uma sociedade de consumo, tem como objetivo primordial a rentabilização da produção, e apenas privilegia os indivíduos ativos. Desta forma, o indivíduo sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Como consequência desta realidade o idoso terá tendência a isolar-se, desenvolvendo situações de dependência. “As reformas da vida ativa e as doenças em idade avançada originam, por vezes, verdadeiras retiradas da vida.” (Pais, 2005:145)

A reforma favorece o isolamento social, a falta de atividade e também a depressão, pois a retirada do mundo do trabalho, seja esta deliberada ou não, produz no indivíduo um sentimento de falta de importância, falta de utilidade e baixa autoestima, particularmente numa sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade. (Fonseca, 2000)

Segundo (Antonucci e col., 1989; Avorn e col., 1982 citado em Fontaine, 2000) o isolamento e a ausência de relações sociais na população idosa, estão na origem de comportamentos suicidas. Segundo estes autores, o isolamento é um fator de risco para a saúde; os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde, e não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, uma vez que o fator essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo.

Face à problemática do isolamento e da inexistência de relações sociais, sobressai no idoso um sentimento de inutilidade social, predominando a desmotivação por não estarem ligados a uma atividade social produtiva. (Kaufman, 1986 citado em Fontaine, 2000) diz-nos que, um indivíduo não é considerado “velho” pelos familiares e amigos se mantiver atividades produtivas. No entanto, importa referenciar que, estas atividades estão geralmente relacionadas às atividades remuneradas embora haja estudos que comprovem que atividades como ações humanitárias, atividades políticas, entre outras, realizadas por indivíduos reformados, participam na economia do país e podem representar uma economia relevante para o contribuinte.

(Guillemard, 1970 citado em Fontaine, 2000) propôs uma classificação dos tipos de reforma, de acordo com o grau de empenhamento social e o tipo de atividades.

O primeiro tipo é designado pelo autor como *reforma-retirada*, em que o indivíduo se fecha no seu ser biológico, limitando-se no seu campo social e espacial. Neste tipo de reforma denota-se uma ausência de projetos, e a participação social e a manutenção de atividades produtivas do indivíduo são inexistentes. O autor aborda, desta forma, uma reforma «morte social», advindo daí vários riscos para a saúde. O segundo tipo é denominado de *reforma terceira idade*. O reformado introduz-se num tecido social através de atividades produtivas. Estas atividades ocupam um posicionamento central na organização temporal, e constituem um dos principais centros de interesse. O terceiro modelo designa-se *reforma de lazer ou família*. O indivíduo reformado integra-se socialmente através de atividades de consumo num ambiente familiar ou de lazer. Desta forma, o indivíduo está centrado na família, existindo uma forte intensidade das relações familiares nomeadamente com os netos. Uma vez centrado no lazer, o reformado realiza atividades culturais, viagens, sobressaindo igualmente no indivíduo um sentimento de gratificação na manutenção da estrutura familiar. O quarto tipo denomina-se de *reforma-reivindicação*. O indivíduo contesta o estatuto de velho, considerando que os reformados deveriam conservar um papel ativo na nossa sociedade. Estes indivíduos manifestam preferência por manter laços sociais com outros reformados. Por fim, o tipo de *reforma-participação*, em que o indivíduo integra-se socialmente por procuração, através do seu televisor. O seu consumo televisual ocupa a maior parte do seu tempo, no entanto não constitui uma atividade produtiva.

Este fenómeno social vai obter um relevo cada vez mais importante, no que diz respeito às suas repercussões, sejam elas, familiares, económicas, sociopolíticas e, vai afetar as pessoas de todas as faixas etárias. O envelhecimento tornou-se visível e de expressão pública, e passou a ser encarado como um fenómeno social, suscetível de respostas sociais.

2 Isolamento e Solidão na velhice

Nos dias de hoje, podemos afirmar que os idosos não possuem um papel ativo na sociedade, não participando ativamente nela, o que leva a fenómenos de exclusão social que se traduzem em situações de isolamento e solidão. Problemas como o isolamento e a solidão estão muito ligados às redes de apoio social. O isolamento e a solidão constituem-se, de facto, como o cerne deste trabalho, e é sobre eles que nos vamos focar seguidamente.

O conceito de solidão pode indubitavelmente equivocar-se com o conceito de isolamento, constituindo-se como um facto complexo e bastante vasto, que surge frequentemente na população idosa. Segundo Paúl (1997), a solidão tem a ver com a inexistência ou não funcionamento das relações sociais de apoio, determinantes do *stress* e com consequências em termos de saúde física e psicológica dos indivíduos. “ A solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal”. (Paúl, 1991:108) Portanto, a solidão surge aqui como resultado da falta de relações sociais, e não tanto pelo facto de se estar só.

Seguindo a linha de raciocínio da autora Purificação Fernandes, a solidão é encarada como um sentimento que é determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais. É a perceção subjetiva dos contactos sociais, podendo resultar da falta de planos para atividades diárias. A autora estabelece uma distinção entre solidão e isolamento; a solidão liga-se a uma necessidade de intimidade não satisfeita, devido à diminuição progressiva da visão, da audição, a insegurança no andar, a doença, a incapacidade e a dependência que se vão instalando. Estas mudanças conduzem à solidão, se o idoso não tiver apoios familiares ou sociais. Tudo o que possa diminuir a autoestima (perda de papéis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, viuvez, morte de familiares...) é suscetível de aumentar a solidão. Pais (2005), aborda a forma como a situação de viuvez pode afetar o indivíduo: “ É na medição da convicção íntima da existência do outro e da experiência da sua ausência que pode surgir o sentimento da solidão.” (Pais, 2005:155)

Para Paúl (1997) o isolamento refere-se à integração de pessoas e grupos com a comunidade e caracteriza-se pela falta de comunicação e manutenção de contacto mínimo. Purificação (2002) indica como as principais causas do isolamento: “a perceção de

privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou e vontade de experiências sociais e emocionais”. “(...) é mais provável que não se sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeitem (...)” (Ribeirinho, 2005 citado in Gatto,2002:110) O isolamento representa, assim, uma separação relativamente às atividades interpessoais: falar, partilhar, amar. Qualquer que seja o período da vida, esta separação é acompanhada por um sentimento de solidão e aborrecimento. Existe na nossa cultura o estereótipo de que as pessoas idosas são pessoas solitárias, e a propensão geral é para a solidão diminuir com a idade, umas vez que a idade proporciona maiores habilidades sociais e expectativas mais realistas acerca das relações sociais.

Segundo Neto (2000), a solidão constitui um lado perturbante da ação. Afirma, ainda, que se trata de uma experiência dolorosa pela qual se passa onde as relações sociais não são adequadas. Este autor refere que vários autores têm experimentado definir solidão. No entanto, salienta que este conceito tem um carácter intuitivo para a maior parte das pessoas, ou seja, cada pessoa analisa o seu estado de solidão tendo em conta a situação em que se encontra exposta, pois para muitos o termos solidão significa estar só. “ (...) é uma experiência comum, sendo também um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos”, afirma Neto (2000:322) acerca da solidão.

Neto (2000) cita ainda algumas definições de solidão: Sullivan (1953:322) “ A solidão...é a experiencia excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade da intimidade humana, de intimidade interpessoal”.

Weiss (1973:322), define que a “Solidão é causada não por se estar só, mas por se estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações”.

Perlman e Peplau (1981:323), definiram o termo solidão como “ uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é diferente nalgum aspeto importante, quer qualitativa, que quantitativamente”.

Muitas vezes, a solidão ocorre associada a transições de vida significativas e serve como meio para a busca e para a descoberta de um novo relacionamento com os outros na sociedade (Larson, 1990, citado por Melo, 2001). (Neto, 2000 cita Berger, 1995:387), a “ solidão é uma experiencia excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de

intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias”.

Podemos definir a solidão como um sentimento no qual uma pessoa sente uma profunda sensação de vazio e isolamento. A solidão é mais do que um sentimento de querer uma companhia ou querer realizar uma atividade com outra pessoa, não por que simplesmente se isola mas porque os seus sentimentos precisam de algo novo que os transforme. Contudo, a solidão também pode ser uma experiência positiva, prazerosa e trazer alívio emocional, desde que esteja sobre o controlo do indivíduo.

Machado Pais (2005) retrata uma situação bem visível nos dias de hoje, a solidão na velhice. O autor faz apreciações de natureza microscópica, afirmando que as reformas da vida ativa e as doenças em idade avançada originam, por vezes, verdadeiras retiradas da vida, constituindo momentos críticos da existência. No excerto da sua obra *Nos Rastos da Solidão*, o autor aborda trajetórias de vida de pessoas idosas que foram institucionalizadas. Refere que “a solidão (...) transforma-se numa espécie de bolha pessoal que não se dissipa quando com outras se acumula nos chamados lares de idosos”. (Pais, 2005) Muitos idosos queixam-se de doenças, mas a maior enfermidade parece ser a da solidão. O cerne da solidão é a insatisfação em relação ao relacionamento social, não obrigatória nem necessariamente relacionada com o isolamento objetivo. O significado de isolamento abrange expressões distintas como em termos de tempo passado só, falta de relações sociais, falta de contactos com familiares e existência ou não de uma pessoa com quem se relacionar. Lima e Viegas (1988) referem que o isolamento dos velhos é institucionalizado e a velhice passa a ser encarada como um tipo de doença social.

Podemos sugerir aqui uma reflexão, no sentido de realçar a importância das redes de suporte social como forma de suprimir sentimentos de isolamento. A existência de redes de suporte social é, de facto, extremamente importante para a qualidade de vida das pessoas idosas. Os aspetos mais valorizados pelos idosos baseiam-se na boa relação com a família e amigos, na ocupação do tempo livre, através de atividades que os satisfaçam, possuir papéis sociais, realizando voluntariado, ter saúde e manter autonomia e independência. (Paúl, 2005)

Feldman (2006) realça a importância dos amigos na população idosa, referindo que estes tornam-se muito importantes pois fornecem melhor apoio do que a família. Afirma ainda que, 1/3 dos idosos faz novas amizades e estas podem tornar-se significativas, pois fazem companhia, são relações flexíveis por não terem uma história de obrigações e conflitos passados. A existência de suporte social, que se baseia na assistência e conforto fornecidos por uma rede de pessoas interessadas e afetivas desempenha um papel crítico no envelhecimento com sucesso, criando sentimentos de utilidade e aumento da autoestima, e podem, desta forma, ajudar a atenuar situações de isolamento na população idosa. Pode-se “evitar o isolamento e promover a ligação aos outros, dentro e fora da família, através da interação, da comunicação, da relação, preferencialmente intergeracional.” (Fonseca, 2006:189).

3 Políticas Sociais de Velhice

3.1 Identificação do quadro legal de atuação

Tal como descrito no ponto anterior o envelhecimento passou a ser considerado como um fenómeno social, passível de respostas sociais. Assim, torna-se imprescindível uma abordagem às respostas sociais que, neste caso, se traduzem em políticas sociais de velhice.

As políticas sociais de velhice surgiram face à necessidade de encontrar respostas para o fenómeno social do envelhecimento. Logo, podemos afirmar que o objetivo destas políticas consiste no planeamento de ações singulares, de forma a lutar contra situações de isolamento e prevenção de situações de doença neste grupo etário. No entanto, estas políticas deparam-se com um desafio que consiste na necessidade de repensar o significado desta etapa da vida, pois esta não é homogénea, nem estática, mas é sim verdadeiramente dinâmica e relativa. “Efetivamente, a ‘velhice’ constitui um dos principais temas da sociedade portuguesa de interesse recente no domínio das políticas sociais.” (Ribeirinho, 2005: 13)

Segundo Fernandes (1997) as políticas de velhice constituem o conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade. As políticas sociais direcionadas ao processo de envelhecimento podem ser observadas sob uma perspectiva mundial, europeia e nacional.

A nível mundial, a ONU (Organização das Nações Unidas), tem como princípios de base garantir a segurança económica e social dos idosos, e também a possibilidade de troca de experiências nomeadamente em diferentes realidades institucionais e a melhoria das práticas na área do envelhecimento e na criação do plano único de direitos para o Idoso. Assim, em 1982, adotou o primeiro Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento. Este plano tem como objetivos “colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população”; promover a saúde e o bem-estar na velhice, “promovendo a independência e dotando os idosos de meios físicos e financeiros para a sua autonomia”.¹⁹

As políticas sociais europeias, no que diz respeito à prestação de cuidados aos idosos dependentes, optaram por um modelo com carácter comunitário e menos residencial. Surge então, a defesa da desinstitucionalização da pessoa idosa, advogando a ideia de envelhecer em casa. Remete a continuidade da vida quotidiana, para este coletivo. A orientação que a política social atual mantém é a de incentivar a pessoa idosa a permanecer em sua casa, claro que, sempre que tal o justifique. A opção pelo modelo comunitário, responsabiliza o Estado a assumir a responsabilidade de colocar à disposição dos idosos que sejam autónomos, os recursos indispensáveis para continuar a garantir a sua independência.

No que diz respeito aos idosos que estão numa situação de dependência, o Estado terá de adotar medidas que permitam que as famílias cuidem dos seus idosos, garantindo-lhes uma rede de apoios formais.

No entanto, e, segundo José, Wall e Correia (2002) as políticas sociais dirigidas ao apoio a idosos dependentes e às suas respetivas famílias encontram-se em fase de expansão, estando, ainda, pouco desenvolvidas.

As questões relacionadas com os cuidados aos idosos dependentes têm-se desenvolvido em torno da melhoria da qualidade dos serviços, do aumento da oferta de equipamentos e

¹⁹ Camarano, Ana Amélia & Pasinato, Maria Teresa “O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas”, cap.8 - http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_16_Cap_08.pdf

serviços e, também, no reforço dos direitos dos trabalhadores com adultos dependentes a cargo. (José, Wall e Correia, 2002).

Efetivamente a oferta de equipamentos e serviços, tais como lares, centros de dia, apoio domiciliário, têm vindo a “crescer”, em grande parte, devido ao terceiro sector (privado não lucrativo), embora a procura continue a exceder a oferta. “No domínio dos cuidados a idosos, o terceiro sector é, de longe, o que tem o maior peso, detendo 81,9% da oferta de lares, 85% da oferta de Centros de Dia, 89% da oferta de Centros de Convívio e 62,5% da oferta de residências” (José, Wall e Correia, 2002) cita (Guerreiro, 2000)

No entanto, a nível europeu, as políticas sociais para os idosos só em 1999 se tornaram mais evidentes com a comemoração do Ano Internacional das Pessoas Idosas, que tinha como slogan “Promoção de uma sociedade para todas as idades”.²⁰ Esta comemoração originou diversos programas de proteção aos idosos em Portugal, tais como: O Apoio 65 – Idosos em Segurança, que foi criado em 1996; Programa Idosos em Lar (PILAR), criado em 1997; A nível nacional também foram implementados programas de apoio à população idosa, tais como: O Plano Nacional de Ação para a Inclusão 2006-2008, (PNAI) que tem como primeira prioridade, “combater a pobreza das crianças e dos idosos, através de medidas que assegurem os seus direitos básicos de cidadania”, desenvolvendo o sector dos serviços de apoio domiciliário, através de um aumento da oferta destes serviços, e, também, de um alargamento do seu horário de funcionamento; O Complemento Solidário para Idosos (CSI), que se traduz numa prestação monetária para pessoas com baixos recursos consiste numa prestação complementar à pensão que o idoso já recebe, destinando-se a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos²¹; O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) que tem como objetivo contribuir para a qualidade de vida do idoso dando prioridade ao domicílio ou ao meio de habitação do indivíduo, desenvolvendo-se através de projetos de desenvolvimento central e a nível local.²²

Também a nível regional têm surgido algumas medidas inovadoras, tais como a rede AJUDA²³, no plano regional de emprego no Alentejo. Esta medida tem como objetivo incentivar a criação de respostas de apoio social através de ações de formação para

²⁰ Camarano, Ana Amélia & Pasinato, Maria Tereza “O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas”, cap.8 - http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_16_Cap_08.pdf

²¹ <http://www2.seg-social.pt/left.asp?02.17.07>

²² <http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.24>

²³ A rede AJUDA foi criada pela Portaria nº250/99, de 8 de Abril;

prestadores de serviços às famílias, e, também, através da cedência de apoios financeiros para a criação de iniciativas empresariais neste domínio. (José, Wall e Correia, 2002:9)

Relativamente à melhoria da qualidade dos serviços, e após alguns resultados, pouco favoráveis, de relatórios no que respeita à qualidade dos serviços prestados em lares, e após se terem realizado inspeções sistemáticas, estas traduziram-se na melhoria dos níveis de qualidade prestados por esses serviços, no entanto, existem, ainda, algumas carências ao nível da formação e qualificação dos recursos humanos. (José, Wall e Correia, 2002)

No que diz respeito aos benefícios sociais, constatamos que os trabalhadores que prestam cuidados a familiares em linha ascendente não beneficiam dos mesmos direitos que os trabalhadores cuidadores de familiares em linha descendente. Segundo a Lei 4/84, de 5 de Maio, todos os trabalhadores têm o direito a faltar ao trabalho, até 30 dias por ano, para prestar assistência a filhos doentes menores de 10 anos ou a filhos deficientes de qualquer idade e apenas até 15 dias por ano para prestar assistência (em situação de doença ou acidente) a cônjuges, filhos com mais de 10 anos ou familiares em linha ascendente. Por sua vez, em 1995, apenas as faltas para assistência a filhos menores doentes ou deficientes de qualquer idade passaram a ser pagas pela Segurança Social no valor de 65% da remuneração, ou seja, as faltas para prestar assistência a um cônjuge, a um familiar ascendente ou a um filho com mais de 10 anos continuam a não ser pagas.

Os subsídios introduzidos em 1989²⁴ para os idosos que necessitem obrigatoriamente da assistência permanente de terceiros constituem-se, ainda, pouco significativos. Temos o *Complemento por Dependência*, que é atribuído de acordo com o grau de dependência do idoso: o valor máximo para o ano de 2000 correspondia a 90% do valor da pensão social de invalidez e velhice do regime não contributivo²⁵. (José, Wall e Correia, 2002:10)

A insuficiência de apoios nomeadamente de equipamentos e serviços para pessoas idosas em situação de dependência, bem como a escassez de benefícios sociais, determinam a que seja a família a principal “instituição” prestadora de cuidados a estes idosos.

Os autores Baltes & Smith (2003) defendem que uma política de envelhecimento dirigida para o futuro não deve apenas ter em conta o bem-estar da população idosa mas que esta população beneficiará, a longo prazo, deixando de ser vista como uma preocupação

²⁴ Decreto-Lei 29/89, de 23 de Janeiro.

²⁵ Decreto-Lei 309-A/2000, de 30 de Novembro.

específica mas passando a ser reconhecida no quadro das políticas sociais ampliadas a toda a sociedade.

4 Serviço Social e população idosa: perspectivas atuais

Como aspeto relevante deste trabalho, iremos abordar o papel que o Serviço Social desempenha na sua intervenção com a população idosa.

As alterações sofridas pelas sociedades modernas e o seu reflexo nos contextos europeu e mundial, induzem-nos a refletir sobre o impacto que estes fenómenos têm nas famílias, nomeadamente no respeitante aos grupos mais vulneráveis, em que destacamos os idosos.

Podemos afirmar que desde sempre existiu uma grande preocupação com os idosos, uma vez que estes constituem-se como um grupo populacional mais vulnerável. O autor Molgat (2007) na sua obra “Définir le Travail Social”, afirma que o Serviço Social atua junto dos indivíduos mais vulneráveis, desfavorecidos socialmente, é praticado no ponto de encontro entre o indivíduo e o seu contexto social e, promove mudanças sociais, pois tenta resolver problemas de relacionamento humano e o *empowerment* dos indivíduos com finalidade de melhoria das condições de vida. O profissional desta área tem como objetivo promover a mudança social, atuando na promoção e defesa dos direitos humanos, com a finalidade de alcançar a justiça social.

O Serviço Social assume, assim, um papel preponderante na intervenção com os idosos. Acompanhando as novas exigências, o Serviço Social, na prática com o idoso, assume o desafio de consciencializar a população do verdadeiro papel dos idosos na sociedade, de forma a garantir o seu lugar na sociedade que regista, neste momento, grandes mutações. Segundo Souza (2003), o desafio do Serviço Social diante das questões do idoso consiste em prevalecer o diálogo entre as diferentes faixas etárias, com a finalidade de despertar à sensibilidade das diversas formas de discriminação, além de potencializar a pessoa idosa a acreditar em si mesma, como uma pessoa de direitos, levando a pessoa a redescobrir a sua verdadeira identidade, e, conseqüentemente, ajudar a pessoa a diminuir a solidão. Ainda, segundo Souza (2003) o Serviço Social deve ter uma função educativa e política, deve

trabalhar os direitos sociais do idoso, de forma a recuperar a sua dignidade, estimular a sua consciência participativa objetivando a sua integração com pessoas, trabalhando o idoso na sua particularidade e singularidade.

Na perspectiva de intervenção na área da saúde dos idosos o assistente social deve intervir no sentido de um atendimento precoce, de situações que exigem cuidados personalizados e especializados. Nesta linha de pensamento, a assistência que é dada ao idoso é orientada no sentido da prevenção, da recuperação “ fortalecer os vínculos familiares na perspectiva de incentivar o idoso e a sua família a tornarem-se indivíduos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (Domingues e Lemos, 2010 citado em Tobias, 2010:450) No fundo, na proteção da sua autonomia e independência. Assim sendo, é privilegiada a autonomização, ou seja, sempre que possível dá-se prioridade às ações que ajudem o idoso a permanecer no seu domicílio, podendo receber na mesma o apoio necessário, mas evitando ou retardando a institucionalização. (Correia, 2003).

(Tobias, 2010 citado em Domingues e Lemos, 2010:446) “O propósito é dar às pessoas a ajuda de que necessitem para permanecerem em suas casas tanto quanto possível, se isto for o que desejarem.” As autoras consideram o domicílio como sendo um espaço privado, onde são construídos laços, e se vivem, com intensidade, momentos únicos e significativos, e tal não acontece nas instituições. (*idem*:447) Este autor define o domicílio como um ambiente que oferece maior viabilidade para agir, possibilitando agregar as dimensões emocionais e afetivas.

Ao intervir com a população idosa, o técnico de Serviço Social tem de construir uma visão crítica, reflexiva e transformadora, para que consiga obter o cuidado e respeito dos idosos e para que a sua intervenção seja direcionada no sentido de colmatar as necessidades dos mesmos e promovendo a sua autonomia.

O Serviço Social ganha, também, outro relevo na sua atuação em Centros de Dia e em Centros de Convívio. “De início, apenas com atividades de proteção e assistência social, oferecendo, agora, propostas de desenvolvimento sociocultural, participação comunitária, organização social e exercício da cidadania” (Queiroz, 2010 citado em Domingues e Lemos, 2010:65) Nestes centros os idosos estabelecem novos laços de amizade, partilham momentos: “como decorrente dessas vivências pode observar-se um sentimento de

integração social, e aumento da autoestima nos idosos” (Domingues e Lemos, 2010 cita Ferrigno, Barros e Abgail) Nestes centros, o Assistente Social tem a função de promover a qualidade de vida, fomentando a socialização dos idosos (inclui a fraternização, o convívio, a partilha e a pertença), favorecendo o desenvolvimento de novos projetos de vida, pelo tempo livre que a reforma oferece, e a integração com outras gerações, desenvolvendo atividades intergeracionais que permitam a troca de experiências.

Estes centros são, na atualidade, “espaços de desenvolvimento de cidadania e mobilização para a defesa de direitos e de construção de uma sociedade para todas as idades” (Domingues e Lemos, 2010:69 cita Queiroz)

Isabelle Astier (2003) designa *O Trabalho com o Outro* como uma nova orientação cujo principal objetivo consiste em capacitar/habilitar os indivíduos com vista a que estes sejam sujeitos ativos, autónomos e responsáveis pela sua vida.

Entendemos que o idoso deve ser visto como uma força impulsionadora do seu próprio projeto de vida, com capacidades e necessidades como qualquer ser humano, inserido num contexto familiar e comunitário, um ser de direitos e deveres.

III Actividades e Resultados do estágio

1 Projeto de estágio: metodologia de observação

O estágio desenvolveu-se, como referido anteriormente, em duas dimensões principais. Uma vertente consistiu no acompanhamento social efectuado ao longo do mesmo, através da realização de atendimentos e visitas domiciliárias, e é sobre esta que nos vamos focar seguidamente.

A parte do acompanhamento social desenvolveu-se através da observação direta e participante. A observação direta desenvolveu-se através de presenças da estagiária, acompanhando a assistente social, aquando da realização de atendimentos e de visitas domiciliárias nomeadamente do funcionamento do SAD. Este tipo de observação não se limita apenas às atitudes visíveis dos atores, nela está intrínseca a intenção dos atores aquando das suas ações e discursos.

Foi possível realizar uma observação participante baseando-se esta nas conversas informais realizadas com os utentes do Centro, nas conversas informais realizadas com a orientadora de estágio, com os restantes técnicos e funcionários, e que permitiram um conhecimento mais aprofundado das dinâmicas diárias vividas por todos.

A observação baseou-se na presença e no envolvimento das situações sociais, em que destacamos os atendimentos e as visitas domiciliárias, tornando possível interpretar e registar as dinâmicas, tal como estas aconteceram, e tal se pode verificar através da leitura do Anexo B, onde constam os Registos de Observação.

De acordo com o observado nas diversas dinâmicas, quer em atendimentos quer em visitas domiciliárias, verificamos que a maioria dos idosos que necessitam de apoio (essencialmente ao nível de SAD), experienciam situações de dependência de várias ordens. Destacamos essencialmente o aumento dos riscos de doenças e a consequente perda de autonomia, como principais causas das situações de dependência.

“O serviço de apoio domiciliário insere-se na discussão das políticas de saúde, e é adotado como uma estratégia de “desospitalização”.” (Tobias, 2010 citado em Domingues e Lemos, 2010:446) Segundo os autores, o domicílio, para além de ser um espaço privado, é o espaço onde se constroem laços e se vivem momentos de grande intensidade, diferente

daqueles que vividos em instituições de saúde (hospitais, ou outros). Os cuidados geriátricos no domicílio não se limitam apenas ao aumento da esperança de vida, mas fundamentalmente à melhoria das condições de vida, quer dos idosos dependentes, quer das suas famílias.

Constatamos que o SAD está diretamente relacionado com as questões da saúde, sendo esta área apontada como essencial na intervenção do assistente social. (Domingues e Lemos, 2010 cita Tobias) A maioria das situações de dependência identificadas é consequência do aumento dos riscos de doenças.

Os idosos que se encontram dependentes são, na sua maioria, afetados por problemas que influenciam a saúde (física e psicológica) tais como AVC (registos 8 e 16), hipertensão, diabetes, problemas visuais, quadros pós-operatórios (registos 21 e 22), demências, entre as quais predomina a doença de Alzheimer (registos 6, 18 e 28), mas também Parkinson (registo 12).

“A doença de Alzheimer é a demência mais frequente, representando 45% das síndromes demenciais e 75% das demências irreversíveis.” (Fontaine, 2000:165) Estes estados demenciais, por vezes, e com o passar do tempo, vão-se agravando, traduzindo-se em incapacidade de satisfazer as necessidades básicas, tais como a mobilidade, a realização da higiene pessoal, e alimentação.

Destacamos, ainda, no registo 6, o modo de vida dos cuidadores, relativamente ao cansaço físico e psicológico que implica cuidar de um idoso dependente. A esposa, cuidadora do marido, “sofreu” um forte desgaste psíquico, pelo que consideramos muito importante, e segundo os autores José, Wall e Correia (2002) o aumento da ajuda financeira do Estado para as famílias com um idoso dependente a cargo. Destaca-se, com alguma frequência, a problemática da conciliação entre a vida profissional e os cuidados ao idoso dependente (*idem*), (registos 5 e 24). No entanto, também há situações em que os familiares abandonam a atividade laboral para cuidarem dos seus idosos dependentes. Temos o caso de um marido que abandona a atividade profissional, que ainda mantinha quando a esposa adoeceu, para cuidar desta. A esposa encontra-se, neste momento, numa situação de elevada dependência, pois está acamada (*idem*) (registo 2). O marido desta idosa adota o perfil misto, que consiste na solução mista de cuidados básicos no domicílio. Este cuida da idosa em conjugação com um apoio extrafamiliar formal – SAD. (José, Wall e Correia, 2002)

Noutro registo damos conta da situação de uma senhora que cuida da mãe dependente, mas que também ela já é idosa (*idem*) (registo 3). Nesta situação:

“Há autores que defendem que a participação da família nos cuidados aos idosos é facilitada pelo facto de a necessidade de prestação destes cuidados surgir numa fase da vida em que as pessoas têm, provavelmente, uma maior disponibilidade para poder prestá-los, na medida em que já estarão reformadas. Para esta ideia contribui o facto de muitos dos familiares que prestam cuidados a idosos serem, eles próprios, também pessoas idosas (acima dos 65 anos) (José, Wall e Correia, 2002 cita European Commission, 1999).

Identificamos situações de solidão e isolamento de idosos que recorrem aos serviços por deterem um débil ou mesmo inexistente suporte familiar (registos 1, 15 e 19), e, também, situações de isolamento por uma questão de acessibilidades (registos 4 e 15). No 4º registo uma das problemáticas identificada diz respeito à questão do isolamento causado por uma questão de acessibilidades. Trata-se de uma idosa com elevada dependência (acamada), mas que se desloca numa cadeira de rodas. No entanto, o marido depara-se com vários obstáculos: o facto de o prédio ser antigo e não possuir elevador, o que dificulta o acesso à rua e vice-versa, e os passeios da freguesia não estarem adaptados para o uso de cadeira de rodas.

Outra das problemáticas diz respeito aos estados demenciais que podem desenvolver-se mesmo antes do indivíduo atingir o estatuto de pessoa idosa (considerada a partir dos 65 anos de idade), como constatamos pelo 24º registo de observação. Fontaine (2000) afirma a este propósito que “não podemos considerar que as demências sejam patologias provenientes apenas da velhice (...) é indispensável referir que os estados demenciais não se constituem como resultados inevitáveis do processo de envelhecimento”.

Existem, também, casos de pessoas idosas com várias problemáticas associadas (registo 26), em que a idosa apresenta problemas de equilíbrio, problemas visuais e auditivos, diabetes e hipertensão, e, possivelmente experiencie situações de solidão e isolamento, pois a idosa vive sozinha, sendo o filho o único suporte familiar. Como constatamos, através do registo 27, os problemas de saúde da idosa (que a deixaram debilitada fisicamente) associados à inexistência de suporte familiar e de outro tipo de suporte (amigos e/ou vizinhos) foram determinantes para sua institucionalização. No 30º e último registo

identificamos um caso de violência psicológica a um casal de idosos, que frequentam o CD, mas que em casa, a família (filho e nora) exerce maus-tratos psicológicos sobre eles. Esta situação, pode afirmar-se, desumana e bastante gritante, pois evidencia uma situação de negligência da família para com estes idosos. Esta situação evidencia maus-tratos psicológicos, e que estão a colocar em causa a dignidade do casal de idosos. (Pais, 2005:146) refere sobre esta problemática que, “ (...) em algumas famílias os idosos continuam a ser objeto de maus-tratos – chega-se mesmo a falar da «síndrome da avó sovada» (...)”.

Destacamos, ainda, outra grande problemática que diz respeito à formação dos profissionais (ajudantes familiares, neste caso) e que se reflete no modo como cuidam dos idosos com elevada dependência (registo 7). Segundo José, Wall e Correia (2002) é necessária uma melhoria da formação profissional das pessoas que prestam serviços (cuidados) a idosos (*idem*:36) É imprescindível que os ajudantes familiares, que trabalham numa base informal, adquiram formação e certificação, uma vez que o seu trabalho influi diretamente no bem-estar e dignidade da pessoa idosa em situação de dependência. (José, Wall e Correia, 2002)

2 Caracterização da população-alvo – Idosos residentes na Paróquia de SDB²⁶

2.1 Dimensão empírica e experiencial

A segunda dimensão do estágio desenvolveu-se com o objetivo de complementar o pedido inicial, feito pela CSF de SDB, e como referimos anteriormente.

Uma vez identificado o objeto do presente trabalho que consiste em estudar o isolamento e a solidão nas Pessoas idosas residentes na freguesia de SDB nomeadamente pertencentes à área da Paróquia de SDB, torna-se imprescindível proceder à sua caracterização. Este estudo é fundamental, uma vez que as atividades em que a estagiária participou foram direcionadas às Pessoas idosas com o principal objetivo de combater o seu isolamento.

²⁶ Listagem de Recenseados com idade superior a 65 anos, São Domingos de Benfica; 1 de Junho de 2005;

Tendo como base o Censo de 2001 faremos uma breve caracterização da população idosa residente em SDB, considerando-se portanto, uma pessoa idosa a partir dos 65 anos de idade. Tendo em conta que a população residente em SDB tem um universo de 35125 indivíduos, 12% desta população são mulheres com idades compreendidas entre os 65 e 100 ou mais anos e 7% são homens com as mesmas idades. A freguesia tem assim um total de 7013 idosos, o que revela um nível significativo de envelhecimento (20% dos residentes têm 65 ou mais anos).²⁷

Entre Setembro de 2010 e Janeiro de 2011, período em que decorreu o estágio académico no âmbito do curso de Mestrado em Serviço Social da UCP, foi possível dar início ao trabalho de investigação subjacente a este projeto.

Neste período foi possível realizar as seguintes atividades: primeiramente a identificação na listagem de recenseados da freguesia de SDB com mais de 65 anos de idade, os residentes na área da paróquia de SDB, respeitando estes a 2865 indivíduos, seguindo-se a consulta de todos os processos, ativos e arquivados, das valências SAD e CD, do CSPSDB, desde 1990 a Janeiro de 2011. Posteriormente procedeu-se à identificação na listagem de recenseados de todas as pessoas idosas já apoiadas pelo CSPSDB de forma a diminuir o universo, e por fim, a construção de uma base de dados composta com os dados recolhidos da pesquisa dos processos e do seu cruzamento com a listagem dos recenseados. Esta base de dados diz respeito ao instrumento de trabalho do estudo, através do qual foi possível proceder à caracterização de parte da população idosa da paróquia de SDB, uma vez que desses 2865 indivíduos pertencentes à paróquia de SDB apenas foi possível caracterizar 637 pessoas idosas, constituindo esse o universo do estudo.

Importa referir que foram consultados processos de utentes que, frequentando a CNSR, nas valências CD e SAD (nomeadamente COPPI) residem na freguesia de SDB mas não pertencem à paróquia de SDB, logo não foram incluídos no estudo. Não foram também incluídos no estudo, os utentes que frequentaram ou frequentam a CNSR, nas suas diversas valências, que ainda não tinham completado, no momento do cruzamento da informação, os 65 anos de idade.

²⁷ In, Censos 2001

Tendo por base o universo da população idosa residente na área da paróquia pretende-se caracterizar a sua situação atual de forma a identificar potenciais situações de isolamento e/ou solidão para que conjuntamente as entidades que trabalham na freguesia possam delinear um projeto com o objetivo de combater as situações referidas, da forma mais eficaz. O primeiro passo consistiu, portanto, no cruzamento de informação e, após este estudo, a etapa seguinte basear-se-á na implementação de um projeto-piloto.

Relativamente ao Observatório, que diz respeito ao primeiro objetivo do presente trabalho, não foi possível a sua construção, mas como anteriormente referido construiu-se esta base de dados que permite caracterizar a população-alvo deste estudo.

2.2 Organização Descritiva da Base de Dados²⁸

Procederemos agora à descrição e posterior análise da base de dados, assim, tendo como ponto de partida a fonte, que consiste na Listagem de Recenseados com idade superior a 65 anos e, posteriormente trabalhada, conforme descrito anteriormente, selecionámos os dados relativos às pessoas idosas da paróquia de SDB, que nos permitiram fazer a sua identificação e posteriormente a sua caracterização.

De forma, então, a combater situações de isolamento e/ou a melhorar as condições de vida da Pessoa idosa, e também em casos onde a família é inexistente ou mesmo negligente, existe um conjunto de respostas sociais, em que destacamos os Centros de Convívio, Centros de Dia, Centro de Acolhimento Temporário a Idosos, Lares de Terceira Idade e também, o Serviço de Apoio Domiciliário.

Relativamente ao ponto de situação das pessoas idosas que constituem o universo do estudo, verificamos que muitas delas estão inseridas nas respostas sociais como as que acabámos de referir. Umhas encontram-se em Lares da Terceira Idade, estando portanto institucionalizadas, outras beneficiam dos serviços CD e SAD (incluindo o COPPI), há ainda pessoas que se deslocaram nomeadamente para outra residência ou regressaram para a sua terra de origem. No que diz respeito à tipologia familiar das pessoas idosas da

²⁸ Vide Anexo C;

paróquia de SDB, foi-nos ainda possível saber quantas pessoas vivem com o cônjuge e também as que vivem com outro familiar.

2.3 Caracterização da população - alvo quanto à situação atual

Uma vez organizados os dados recolhidos que permitem a caracterização das pessoas idosas da paróquia de SDB, torna-se imprescindível uma análise dos mesmos.

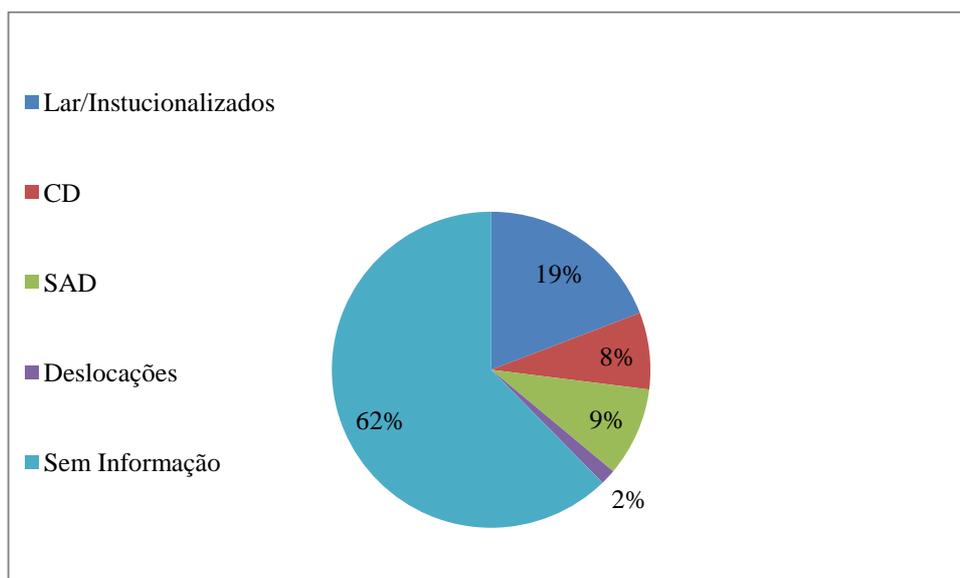


Gráfico 1 – Situação atual da população-alvo

Analisando o gráfico, constatamos que num universo de 637 indivíduos, 19% da população-alvo está em Lar, logo encontra-se institucionalizada.

Os Lares definem-se como estabelecimentos onde se desenvolvem atividades de apoio social destinadas a idosos através do alojamento coletivo, podendo a sua utilização ser de carácter temporário ou permanente. Atuam no sentido de proporcionar respostas a idosos, que estejam em risco nomeadamente devido a perda de autonomia, fornecendo alimentação, cuidados primários, higiene pessoal, e, também, cuidados de saúde.

Devido à insuficiência de lares de idosos estatais têm-se verificado uma enorme proliferação de lares privados, visando estes obter exclusivamente fins lucrativos, funcionando, na sua maioria, clandestinamente. Esta questão é demasiado importante, não podendo ser menosprezada, pois pode pôr em risco a dignidade da pessoa idosa.

“(…) há lares em que os idosos contam com uma voz amiga por parte de quem os cuida – com responsabilidade, profissionalismo, sobretudo dignidade e humanismo. Noutros casos, contudo, nem sempre assim acontece.” (Pais, 2005:146)

A vivência em contexto de Lar é fortemente disciplinada. “A vida quotidiana (…) dos lares (…) é rigidamente disciplinada: horário fixo para as refeições, saídas controladas ao jardim, janelas que só podem ser abertas pelas funcionárias, jogos de cartas proibidos, risos silenciados.” (Pais, 2005:162) O autor aborda o modo como vivem os idosos inseridos em Lar, e qual o tratamento a que estão sujeitos. “A deterioração da identidade dos idosos oscila frequentemente entre a *infantilização* (tratamento do idoso como se fosse uma criança irresponsável) e a *despersonalização* (menosprezo por necessidades particulares).” (Pais, 2005:162)

A integração dos idosos em lares é feita quando os familiares destes decidem unilateralmente o seu internamento, ou, por negociação, quando os idosos vivem sós e não querem representar um estorvo para a família, admitem o internamento como uma condição inevitável. Pais (2005) afirma ainda que, o internamento em lares indica uma quase rutura dos laços familiares, dos laços de amizade e vizinhos, e significa, também, a inserção numa vida comunitária que lhes é desconhecida. Alguns idosos justificam como causa do internamento as más relações familiares, o receio de «morrerem abandonados», receando a solidão. “(…) os idosos despejados em asilos apenas têm para partilhar esse sentimento comum de solidão.” (Pais, 2005:164) O autor descreve a rutura que os idosos, internados, acarretam consigo, tais como falta de sentimento de utilidade, estado físico debilitado e isolamento social.

Para os idosos integrados em lares a solidão parece ser um sentimento comum entre eles e presente na maioria dos momentos. Alguns preferem, esperar o sol, nos fins de tarde, no entanto: “a solidão aconchega-se de silêncio como se dele se alimentasse”. Outros optam por rezar, especialmente as mulheres, no silêncio do quarto: “ Mas o sofrimento está lá, a solidão, as lágrimas choradas no recolhimento do quarto.” (Pais, 2005:166) A televisão parece ser, também, a companhia favorita de muitos idosos para combater a solidão. “ Eleita como companhia predileta para combater a solidão, a televisão acaba, contudo, por a consagrar. Ela distrai-os, inclusivamente de si mesmos, fazendo-os desaprender de olhar o mundo e de pensarem em si.” (Pais, 2005:167)

Muitos idosos internados em lares queixam-se de doenças, mas muitas das suas “queixas” são sintomas de uma outra enfermidade, a solidão. As enfermidades corporais são curadas com tratamentos médicos, no entanto, “não se remedeia a solidão como quem dá remédio a uma doença.” (Pais, 2005:172)

Pais (2005), afirma que grande parte dos idosos desejaria morrer em casa, junto da família, afirmando ainda que, a morte social ocorre geralmente quando se dá o internamento no lar. O autor retrata a forma como os idosos se sacrificaram pelos filhos e a forma como estes retribuem. Afirma ainda que, o que representava um dever – os filhos cuidarem dos pais idosos, consiste, neste momento, numa opção, tê-los em casa ou integrá-los num Lar? Como resultado desta realidade, muitos idosos temem ficar dependentes e com medo de ser rejeitados, não querendo constituir um «fardo» para os filhos. No fundo, têm receio de perder a sua dignidade. Os filhos reagem de forma indecisa, mostrando-se inquietos, e, segundo o autor, receiam que o que fazem pelos pais idosos não é suficiente para colmatar necessidades dos mesmos, e talvez porque a consciência lhes seja pesada. “O lar será a última solução” (José, Wall e Correia, 2002:19) Segundo Ribeirinho (2005) a vivência de uma pessoa idosa na própria residência (contexto familiar) é visto como uma dimensão de independência, pois salvaguarda a sua integridade pessoal.

Machado Pais (2005) afirma que as instituições que cuidam do “outro” surgem quando as pessoas não têm tempo nem disponibilidade para se dedicarem umas às outras, fazendo também referência à família quando esta deixa de funcionar como instância de suporte às pessoas idosas, passando o abandono a assinalar os seus modos de vida. Para este abandono contribui também, em grande medida, a desvinculação do mundo laboral, contribuindo para a sua estigmatização social. “Passaram a ser «reformados», exilados da

vida profissional, excluídos da trama vital que valoriza quem é economicamente produtivo” (Pais, 2005:179). O autor refere ainda que o Estado e as próprias famílias gerem o «problema» promovendo a sua «ocultação». Desta forma, as pessoas idosas são despejadas em lares ou outras instituições semelhantes, a que o autor designa de *assistencialismo oclusivo* ou *reclusivo*. É neste sentido que o autor define os lares de idosos como instituições de reclusão, que exilam os velhos da vida. São, assim, exilados da vida, juntos mas ao mesmo tempo sós nesses asilos de solidão. (Pais, 2005:179) O autor remete para uma reflexão, com a questão, como passar deste assistencialismo *occlusivo* e *reclusivo* para uma solidariedade *inclusiva*. Certifica que a verdadeira companhia desses idosos é o silêncio, no qual se encerram as angústias que se pretendem silenciar. (Pais, 2005)

Heloísa Perista (1997) aborda a evolução dos lares, numa tentativa de humanização dos serviços prestados e conseqüentemente de encontrar respostas para novas necessidades. No entanto, afirma que existem diversas lacunas, nomeadamente a nível de qualidade dos serviços prestados, na qualificação do pessoal ao serviço, às condições de higiene e segurança e atividades de animação. A autora refere ainda outro problema relacionado com a prestação de cuidados às pessoas idosas que diz respeito à excessiva padronização e estandardização dos modelos de funcionamento dos equipamentos e serviços. A autora segue a mesma linha de pensamento de Pais (2005) referindo o Estado e a Família como entidades prioritariamente responsabilizadas no que diz respeito à prestação de cuidados às pessoas idosas.

Assim, de acordo com o testemunho destes autores, verifica-se que o pensamento converge no mesmo sentido: a preocupação em evitar a institucionalização. “Representações negativas do acolhimento em instituições, profundamente arraigadas e mantidas, mesmo quando a realidade nem sempre as justifica.” (Conselho Económico e Social, 1994).

Avançando na análise do gráfico 1 verificamos que 8% da população-alvo encontra-se integrada em Centro de Dia.

O recurso ao CD é determinado por diversos fatores: ou porque existe indisponibilidade dos familiares para ficar e cuidar do idoso (dependente) durante o dia, e porque os filhos exercem as suas atividades profissionais, ou porque no meio do seio familiar não existem

outras soluções que sejam fidedignas. (José, Wall e Correia, 2002) Segundo os autores, a solução mista apoiada no CD caracteriza-se por ser uma solução que combina cuidados prestados pela família com os serviços de um Centro de Dia. Os idosos que beneficiam deste apoio são, na sua maioria, idosos com média dependência, que para além de necessitarem de supervisão, necessitam igualmente de cuidados básicos (higiene pessoal, alimentação e controle da medicação).

Esta resposta social assegura os cuidados ao idoso entre as 9h e as 17h30/18h, durante a semana, sendo o restante tempo, e os fins-de-semana da responsabilidade dos familiares e/ou prestadores de cuidados.

Podemos então afirmar que estes utentes encontram-se numa institucionalização parcial, retirando desta resposta social todos os benefícios daí inerentes, e que referimos no ponto anterior, em que caracterizámos a CNSR – local onde se realizou o estágio. De ressaltar que só se consideraram para o estudo as pessoas idosas que frequentam o CD, residentes na paróquia de SDB.

A valência CD consiste na resposta social, desenvolvida em equipamento, onde funciona um conjunto de serviços que permite, às pessoas idosas, participarem em atividades de nível cultural e recreativo, visando minorar as situações de solidão e de isolamento social, proporcionando o convívio, as relações interpessoais e de amizade entre os utentes e a comunidade (Direção Geral de Ação Social, 1998). Persista (1997) diz-nos que, nas instituições que prestam apoio social a pessoas idosas, os idosos participam na vida da instituição. Esta participação consiste na execução de tarefas, existindo uma capacidade real de intervenção, mas, no entanto, uma reduzida autonomia.

Os Centros de Dia, para além de proporcionarem à pessoa idosa um espaço de convívio, animação (sociocultural) e recreação, têm como principais objetivos os serviços, que podem suprimir carências socioeconómicas das pessoas idosas, tais como prestação de refeição, tratamento de roupas e higiene pessoal, facilitando assim, problemas de vida diários. Permitem à pessoa idosa a possibilidade de se manter em meio familiar e social (*idem*). Segundo os autores Vaz, Silva e Sousa (2003) o Centro de Dia é uma opção alternativa para diminuir o isolamento e a solidão sentida, e este constitui-se como o mais importante apoio formal que a pessoa idosa recebe no sentido de colmatar a ausência de relacionamento pessoal e social. Facilita as trocas sociais, suprimindo assim, sentimentos de isolamento.

A “institucionalização parcial” privilegia a comunicação como meio de partida para formar novas amizades, facilitando a satisfação das suas necessidades básicas. Muitos destes idosos encontram nos Centros o que não têm em suas casas, a nível da alimentação, higiene, tratamento de roupas, entre outros serviços que os Centros Sociais têm ao seu dispor. A resposta social Centro de Dia permite, assim, apoiar e integrar o idoso, desenvolvendo todo um acompanhamento, de forma a combater ou evitar mesmo o seu isolamento. Esta valência tem como objetivo primordial fornecer o apoio, quer ao nível da alimentação, higiene, convívio, necessário ao idoso durante o dia, enquanto o restante tempo, em que o idoso regressa a casa, onde tem os seus “pertences”, é da responsabilidade das famílias ou de amigos mais próximos. Podemos afirmar que as instituições que apoiam os idosos, de forma parcial, são uma fonte importante de apoio, quer instrumental, quer afetivo.

Os aspetos relacionados com a prestação de cuidados às pessoas idosas têm, como temos comprovado até aqui, vindo a assumir uma posição de destaque, pois trata-se de uma necessidade social que precisa de resposta. No referente à resposta social SAD esta abrange 9% da população-alvo que constitui o universo. O Serviço de Apoio Domiciliário consiste numa resposta social que proporciona às pessoas idosas, que estão em situação total ou parcial de dependência, serviços de refeições, tratamento de roupas, higiene pessoal e doméstica, ao domicílio. A prestação deste serviço valoriza a perspetiva médica, projetando maior relevância à manutenção dos cuidados de saúde e menor relevância à dimensão social (DGAS, 1998). Durante o estágio, desenvolvido na CNSR, pudemos constatar que relativamente a este serviço, dá-se primazia aos serviços de higiene pessoal e fornecimento de alimentação a indivíduos residentes na paróquia de SDB.

Estão também incluídos nos 9% que correspondem ao SAD, 7 pessoas idosas da paróquia de SDB, que são utentes da CNSR, beneficiários do apoio complementar ao apoio domiciliário tipificado, destinado a idosos portadores de demência ou com fraca mobilidade e que frequentam o COPPI. Também neste caso, apenas incluímos no estudo as pessoas idosas que residem na paróquia de SDB. O COPPI apoia cerca de 20 utentes mas dada a especificidade desta valência, são os familiares ou outras pessoas responsáveis

pelos utentes a quem cabe o transporte e acompanhamento dos utentes até à CNSR, podendo assim, estes utentes residir noutra paróquia da freguesia de SDB.

Todas estas questões relativas ao respeito pela vontade e autonomia das pessoas idosas são complexas e colocam-se a respeito das opções sobre o desenvolvimento dos suportes formais que são dirigidos a elas. Estas questões induzem-nos também a refletir que a pessoa idosa tem o direito de opção, ou seja, o direito de optar pelas formas como querem viver a sua velhice, no sentido de as tornar mais felizes consigo mesmas e com os outros que as rodeiam e que lhes garantam uma cidadania plena. Diversos estudos realizados na área do envelhecimento apontam a população idosa como um grupo vulnerável a situações de pobreza e exclusão social. Assim, com o objetivo de atenuar a exclusão social na população idosa, e segundo estes autores era importante a construção de uma rede de valências que garantam a todas as pessoas idosas uma vida com dignidade.

Analisando ainda o gráfico 1 aferimos que 2% da população-alvo que constitui o universo do estudo se deslocou da Freguesia de SDB. Os motivos que estão na base destas deslocações devem-se ao regresso das pessoas idosas às suas origens, indo para a sua terra natal e, também, a mudanças de residência.

No que diz respeito à situação atual dos idosos da paróquia de SDB, verificamos que não temos conhecimento da situação de 62% da população idosa residente na paróquia.

2.4 Caracterização da população-alvo quanto ao Género

Com os dados recolhidos foi também possível fazer uma caracterização da população idosa da paróquia de SDB quanto ao género. Para se tornar mais ilustrativa a caracterização, iremos representar graficamente, através de um gráfico de barras.

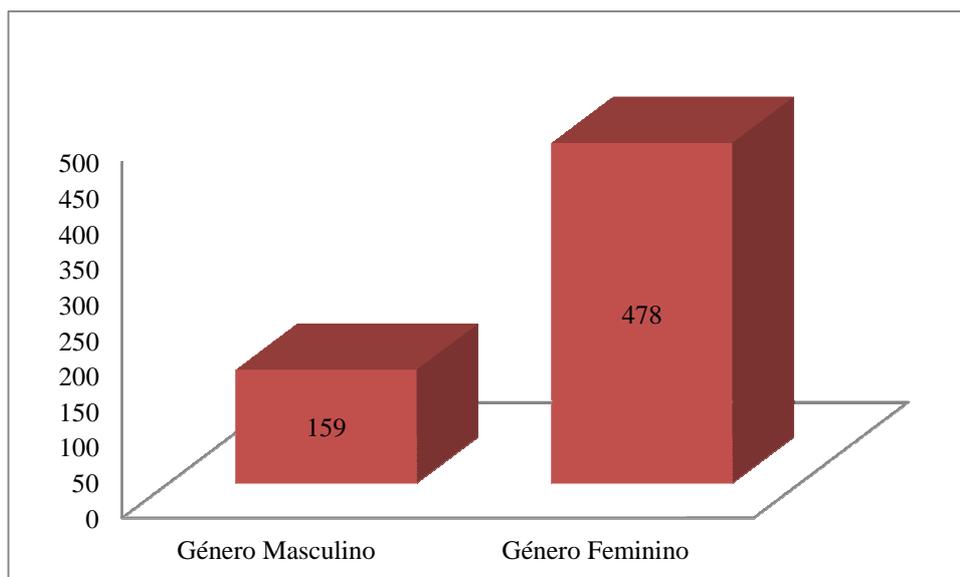


Gráfico 2 – Género que caracteriza a população-alvo

De acordo com a leitura que fazemos do gráfico verificamos que existem mais mulheres do que homens, de acordo com a caracterização que fizemos da população idosa residente na paróquia de SDB. Esta informação vai ao encontro do observado quanto ao envelhecimento demográfico e, que nos diz que a evolução da estrutura etária segundo dados do INE (2002) permite verificar que o envelhecimento é mais notório na população feminina, existindo uma maior longevidade nas mulheres. Podemos concluir, portanto, que se a população feminina vive mais tempo do que a população masculina, as mulheres têm maior propensão para viverem sozinhas a velhice.

2.5 Caracterização da população - alvo quanto à Idade

A base de dados que caracteriza a população-alvo deste estudo é constituída por um universo de 637 pessoas, com idades compreendidas entre os 65 e os 110 anos de idade. No entanto, importa referir que não foi possível aceder à idade de 30 pessoas idosas da paróquia de SDB, sinalizando-as como N.E., ou seja, que não existe informação.

Neugarten (1972, 1977) (citado em Feldman, 2006) refere a abordagem da Estratificação da Idade, afirmando que a idade, a etnia e o género permitem classificar as pessoas na sociedade.

Iremos agora representar, no gráfico 3, através de um gráfico de barras, as idades da população-alvo, agrupadas por classes, realizando de seguida uma pequena análise do mesmo.

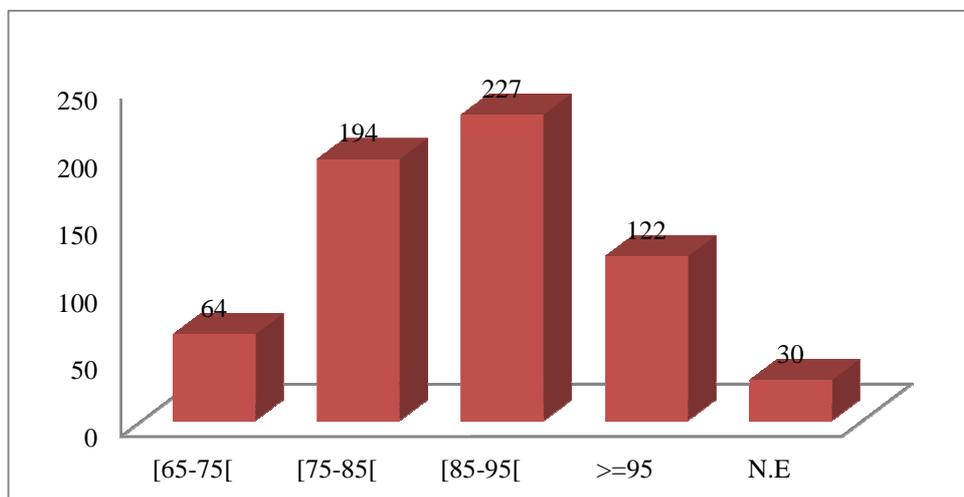


Gráfico 3 – Idades representativas da população-alvo

Tal como se pode verificar na fig.4, através do gráfico representativo, agrupámos as idades da população-alvo por classes e constatamos que no grupo etário [65-75[existem 64 pessoas idosas residentes na paróquia de SDB, dos quais 48 são mulheres e 16 são homens; no grupo etário [75-85[corresponde a 194 pessoas idosas, e 141 são mulheres e 53 homens; dos [85-95[anos de idade temos 227 pessoas idosas, representando a classe que mais se destaca no conjunto, e que indica que a maioria da população idosa da paróquia de SDB tem idades que variam entre os 85 e os 94 anos de idade, sendo este escalão etário constituído por 173 mulheres e 54 homens; no grupo etário ≥ 95 identificam-se 122 pessoas idosas, dos quais 96 são mulheres e 26 são homens, e, por último, restam 30 pessoas das quais não detemos informação da sua idade, mas sabemos que 20 pessoas que constituem este escalão são mulheres e 10 são homens.

Na parte II deste trabalho, no ponto 1, abordámos a definição de pessoa idosa, segundo a OMS, no entanto existem autores como Neugarten (1975,1979) (citado em Fonseca, 2006) que acrescentaram a esta definição agrupamentos etários mais definitivos, estabelecendo duas categorias de velhice: os “jovens-idosos” (“young-old”) dos 55 aos 75 anos, categoria

aqui representada pela classe dos [65-75[e os “idosos-idosos” (“old-old”) dos 75 anos de idade em diante, categoria aqui representada nas classes dos [75-85[, dos [85-95[e ≥ 95 anos de idade. A necessidade da criação de agrupamentos etários mais definitivos prende-se com o crescente número de pessoas ativas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento. A autora afirma que os jovens-idosos representam uma maioria ativa e competente mas que, na maioria dos casos, é desaproveitada ou mesmo marginalizada pela sociedade, ao passo que os idosos-idosos representam fragilidade nomeadamente relativa a doenças, físicas ou demenciais, necessitando, portanto, de cuidados específicos.

Segundo Baltes & Smith (2003) viver mais tempo poderá constituir um fator de risco acrescido para a dignidade humana. Estes autores remetem para a necessidade de encarar a velhice como um período da existência humana repleto de desafios, uma vez que torna-se imprescindível juntar forças, quer sejam políticas, científicas ou sociais, para desenvolver uma cultura positiva e ampliada no que diz respeito à velhice e às pessoas idosas, qualquer que seja a sua idade. De dilemas, uma vez que as evidências da “4ª idade” (termo idêntico a “idosos-idosos”) sugerem novas perspetivas sobre questões de natureza médica e psicossocial relativas ao envelhecimento.

2.6 Caracterização da população-alvo quanto à Tipologia Familiar (Agregado Familiar)

No que diz respeito à tipologia familiar da população-alvo caracterizámos o seu agregado familiar de acordo com as pessoas que vivem com o cônjuge e, também, de acordo com as pessoas que vivem com outro familiar, como poderemos visualizar através do Gráfico 5, a seguir representado.

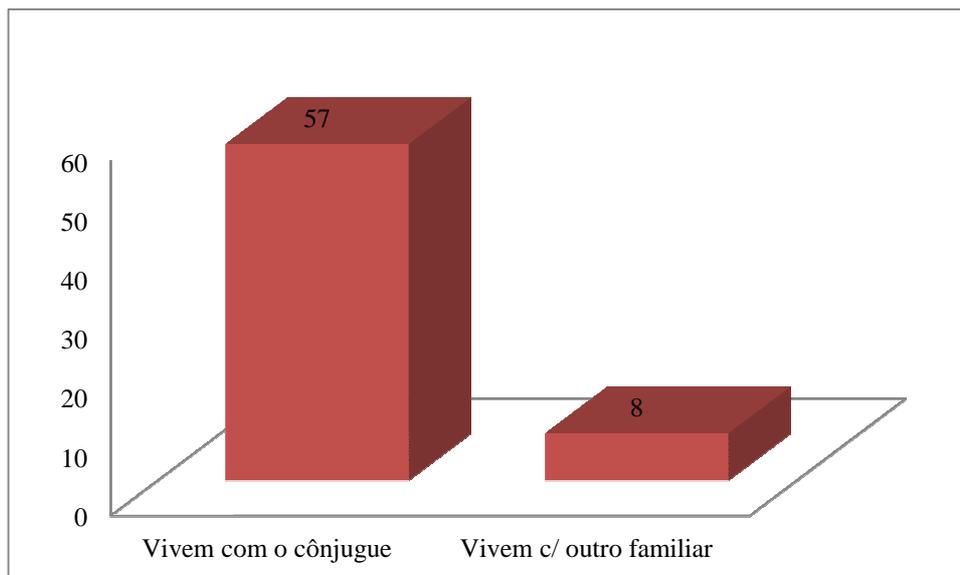


Gráfico 5 – Tipologia familiar da população-alvo

Como visualizamos no gráfico 5, que representa a tipologia familiar da população-alvo, podemos afirmar que na sua maioria as pessoas idosas da paróquia de SDB vivem com o seu cônjuge.

Segundo o autor Feldman (2006) 2/3 das pessoas com mais de 65 anos de idade vive nas suas casas acompanhado por um familiar e, uma pequena percentagem vive numa instituição. Na maior parte dos casos, como podemos constatar, vivem com o cônjuge, sendo que uma parte menor vive com os filhos ou em contextos multigeracionais. Outro grupo, ainda, vive em casa, sozinho. O autor afirma que as pessoas idosas que vivem com o cônjuge sentem-se a viver a continuidade da vida adulta. Já os idosos que vivem com os filhos sofrem um período de adaptação, sentem perda potencial de independência e privacidade.

IV “Avaliação do Estágio”

1 Limites e potencialidades que se destacaram na intervenção

Tendo em consideração o pedido inicial de estágio, que foi abordado anteriormente, é importante referir que, apenas foi possível caracterizar parte da população idosa da paróquia de SDB, uma vez que devido ao fator tempo e à falta de mais recursos humanos a colaborar neste projeto, não foi possível avançar para a identificação de situações de isolamento e solidão nos idosos residentes na paróquia de SDB. Durante o processo de estágio, inicialmente predominaram na estagiária sentimentos de incapacidade perante a dimensão e a grandeza do projeto mas à medida que este foi avançando, foi possível superar esse sentimento e gerar entusiasmo e motivação relativos ao desenvolvimento do mesmo. No entanto, as atividades realizadas ficaram aquém do previsto. As contrariedades que surgiram, designadamente o facto da listagem de recenseados da freguesia de SDB com mais de 65 anos de idade nos ter sido fornecida em formato papel, não existindo em formato digital, dificultou em grande medida a sua consulta no que respeitante à realização do cruzamento da informação. Esta contrariedade influenciou o desenvolvimento do projeto, uma vez que o tempo ficou diminuído para a realização de outros procedimentos (a duração efetiva do estágio, que teve início em Setembro de 2010 e terminou em Janeiro de 2011, foi de 375 horas²⁹).

Como potencialidades da intervenção destacam-se os fatores que permitiram um percurso de estágio positivo, como a boa receção da estagiária na CNSR, por parte de toda a equipa, a boa relação existente entre a CNSR e as outras instituições da freguesia que apoiam a população idosa nomeadamente o CSPBFurnas da SCML e, também, a simpatia, a cordialidade e o empenhamento no sucesso do trabalho por parte do Grupo de Trabalho dos Idosos da CSF de SDB, com os quais reunimos bastantes vezes para poder fazer um ponto de situação de como estava a ser desenvolvido o projeto, quais os principais constrangimentos e, também, quais as principais potencialidades.

²⁹ Vide anexo A;

1.1 Balanço de competências adquiridas durante o processo de Estágio

Este processo de estágio constituiu-se, de facto, uma enorme mais-valia para a estagiária, uma vez que a sua formação de base é em Psicologia Social, e a observação da realidade desta profissão permitiu adquirir conhecimentos bastante importantes para um futuro profissional. O contacto e a observação diretos com a prática profissional e com os idosos foram sempre frequentes, o que permitiu uma aprendizagem eficaz. Podemos afirmar que no início do estágio, existiu uma desmotivação por parte da estagiária, isto porque talvez não tenham sido bem “discutidas” as questões relativas ao conteúdo do estágio nomeadamente a clareza da função e enquadramento da estagiária, entre os orientadores de estágio, mas rapidamente se instalou um sentimento de identificação pessoal tanto com a instituição e com toda a sua envolvente nomeadamente com os utentes, técnicos e funcionários da CNSR. A permanência nesta instituição revelou-se uma experiência muito gratificante, proporcionando momentos de profunda reflexão e aprendizagem pessoal. Ao longo do estágio, no ponto de vista da estagiária, foi conseguido um equilíbrio entre o trabalho, quer de investigação (relativamente ao projeto), quer de integração e participação na vida instituição, tanto com os técnicos e funcionários como com os utentes.

De facto, não foram desenvolvidas atividades, por parte da estagiária, com os utentes, só foram presenciadas pela mesma as atividades realizadas durante o tempo de estágio, mas de um modo geral, podemos afirmar que os idosos que frequentam a CNSR mostraram uma relação de empatia e cordialidade para com a presença da estagiária, o que originou sentimentos de satisfação e de realização profissional. Tal facto é justificável, uma vez que a estagiária desenvolveu algumas conversas informais com alguns idosos, que se predispunham a uma maior comunicação e partilha. Relataram-nos histórias que decorreram ao longo do seu percurso de vida, outras mesmo, de situações ocorridas no Centro, pois alguns já frequentam o CD há bastante tempo e, como tal, os momentos passados neste são significativos. “Os idosos queixam-se de falta de memória mas as suas vidas são plantações vivas de recordações.” (Pais, 2005:156) Ao ouvir estas histórias de vida, partilhadas com entusiasmo, estas constituem-se como formas de gratificação pessoal para nós. Os idosos mostram satisfação ao relembrar o passado através de memórias, e parecem aliviados por alguém os ouvir atentamente.

“As memórias são metáforas da imaginação, lembranças emolduradas pelo tempo que carregam um efeito de encantamento. As lembranças vivem de imagens que estimulam a imaginação, reavivada pela memória. Assim, a memória constitui-se como um campo de vestígios emocionais entre quem vive vazios de solidão.” (Pais, 2005:157)

O percurso de estágio permitiu, sem dúvida, obter um nível de conhecimentos satisfatórios relativos à profissão de Assistente Social, nomeadamente na intervenção com a população idosa. O contacto com a realidade e a observação direta das dinâmicas realizadas na CNSR, nomeadamente a presença em atendimentos e em visitas domiciliárias, as conversas informais realizadas com alguns idosos facultaram à estagiária uma experiência extremamente enriquecedora, uma vez que presenciou a realidade através das problemáticas existentes e consequentemente da sua resolução através de diversas formas de intervenção.

Acrescentamos ainda, a importância do Assistente Social ser um agente participativo e com grande capacidade de comunicação, pois toda a intervenção consiste e gira em torno da capacidade de comunicação do mesmo.

Segundo o Código de Ética (2007) os Assistentes Sociais devem promover o envolvimento e a participação dos indivíduos em pleno. É, portanto, imprescindível a promoção do direito à participação, promovendo a participação de toda a população, pois todas as pessoas têm o direito e o dever de participar nas ações da comunidade. Ao longo do percurso de estágio foi tido em linha de conta a promoção da participação dos idosos que frequentam a CNSR, nas mais diversas atividades. A estagiária tentou, sempre que possível, uma vez que também existia na parte de investigação que despendia também algum tempo do dia, estabelecer a comunicação com os utentes da CNSR, tentando acompanhá-los em todos os momentos, desenvolvendo relações de partilha de ideias, incentivando-os a participar nas atividades.

Outra dimensão importante respeita ao trabalho em rede e em parceria com outras instituições, como pudemos constatar ao longo de todo o estágio.

As parcerias, definem-se enquanto dispositivo, mais ou menos formalizado, de articulação de agentes, de recursos e de objetivos. Nas parcerias tentam criar-se elos de ligação entre

os grupos e a comunidade – território, criar atividades no grupo, e que posteriormente sejam apresentadas à comunidade, há que ter conhecimento dos recursos existentes e disponíveis, promovendo a reciprocidade da comunidade ao grupo e vice-versa, mostrar a sua existência e o seu proveito social e a capacidade de se organizar com grupos com finalidades semelhantes a fim de promover mudanças sociais, a um nível mais lato e, desenvolver uma capacidade superior de implementação de ações na e para a comunidade. Os desafios consistem na capacidade de estar permanentemente atento ao indivíduo no grupo e às interações do grupo, e também na gestão dos tempos, pois nem sempre os *timings* dos indivíduos são os mesmos, e até os tempos dos projetos, colocam grandes dilemas e sacrifícios à dinâmica do grupo em função do tempo.

“Parceria não é um fenómeno que possa ser completamente diferenciado, conceptual ou empiricamente, de outras formas de colaboração política e de trabalho interorganizacional. Uma forma de a conceptualizar é pensá-la como um continuum, com relações contratuais definidas de forma estrita e formal por um lado, e uma leve e mais fluida rede de relações por outro lado.” (Geddes, Mike e Benington, John, 2001).

A realização deste trabalho final de mestrado é o término de um processo contínuo de reflexão sobre as diversas realidades observadas em contexto de estágio e, também, da relação estabelecida entre a pesquisa bibliográfica e os dados recolhidos para realizar a caracterização da população idosa da paróquia de SDB.

A experiência de estágio revelou-se extremamente enriquecedora, pois consideramos de extrema importância para um amadurecimento pessoal a observação e o contacto direto com a prática profissional. Claramente que ficámos com a noção de que ainda há bastante por aprender, por “ouvir” e por refletir.

O estágio tinha dois objetivos, como referimos inicialmente. Um dos objetivos consistiria na construção de um Observatório, e que este se constitui-se como um instrumento de recolha de dados, capazes de proporcionar a operacionalização de metodologias de intervenção de Investigação-Ação no combate ao isolamento (social e/ou cultural) no processo de envelhecimento. O segundo objetivo consistiria na intervenção imediata ao nível das situações de isolamento. Efetivamente não foi possível concretizar estes objetivos, o que nos deixa um

sentimento de insatisfação e incompletude. Tendo em linha de conta o pedido inicial, que foi abordado anteriormente, torna-se necessário reafirmar que, apenas conseguimos fazer a caracterização de parte da população idosa que reside na paróquia de SDB, não chegando, assim, à identificação de situações de isolamento e solidão. Tal facto, deve-se, a nosso ver, ao facto de o tempo em que decorreu o estágio ser insuficiente para completar o projeto. No entanto, com os recursos disponíveis, quer humanos quer materiais, foi possível proceder a uma caracterização de parte da população idosa residente na paróquia de SDB, tendo em conta a situação atual, o género, a idade e a tipologia familiar.

De acordo a pesquisa bibliográfica realizada, com a observação realizada ao longo do estágio e com as inúmeras conversas informais realizadas com a orientadora de estágio, pudemos aferir que uma pessoa pode estar só e não se sentir isolada e, pode estar isolada mas não se sentir só. Esta afirmação pode parecer paradoxal mas podemos justificá-la de acordo com algumas situações observadas no contexto de estágio, pois como referimos anteriormente também em contexto de Centro de Dia as pessoas idosas podem experienciar sentimentos de isolamento e solidão, o que não vai de encontro ao objetivo do CD, uma vez que este visa combater situações de isolamento.

Através da observação realizada ao longo do estágio, constatamos que as famílias enfrentam dificuldades nomeadamente na conciliação da vida profissional e os cuidados aos seus idosos dependentes. José, Wall e Correia (2002) identificaram diversas soluções de prestação de cuidados, soluções que se inserem em dois grandes perfis: um perfil familiar e um perfil misto de prestação de cuidados. O perfil familiar caracteriza-se por uma centralização dos cuidados na família do idoso dependente, ou seja, não há delegação de cuidados em prestadores fora da rede de parentesco, enquanto o perfil misto combina apoios familiares com apoios extrafamiliares pagos. Os autores referem que trabalhar e cuidar, sozinho, de um idoso com elevada dependência é uma tarefa bastante difícil e complexa. Os familiares que se vêm confrontados com esta questão cuidam sozinhos do idoso dependente, ao que os autores designam como solução familiar de cuidados básicos no domicílio. Os familiares de idosos com elevada dependência que beneficiam de serviços de apoio domiciliário em regime de meio tempo têm, ainda assim, bastantes dificuldades ao nível da conciliação.

“A intervenção do Estado no domínio dos cuidados aos idosos, especialmente nas situações em que os familiares – devido a condicionamentos de natureza económica, geográfica ou familiar – se debatem com uma grande restrição de recursos para conciliar o trabalho profissional com os cuidados a uma pessoa idosa em situação de elevada dependência.” (José, Wall e Correia, 2002:37)

Existe outra questão que carece de reflexão e que diz respeito à promoção da formação e certificação dos ajudantes familiares que trabalham numa base informal.

Uma reflexão importante, sob a nossa perspetiva, é de que a família necessita de serviços de suporte que a auxiliem neste processo tão delicado que consiste em preservar a integridade física e psicológica dos seus familiares idosos. É esperado, da parte das famílias, da comunidade, e, também, dos serviços, apoio de forma a assegurar as condições para uma existência digna à pessoa idosa.

As questões relativas ao respeito pela vontade e autonomia das pessoas idosas, são complexas e colocam-se a respeito das opções sobre o desenvolvimento dos suportes formais que são dirigidos a elas. A pessoa idosa tem o direito de opção, ou seja, o direito de optar pelas formas como querem viver a sua velhice, no sentido de as tornar mais felizes consigo mesmas e com os outros que as rodeiam e que lhes garantam uma cidadania plena. Com o objetivo de atenuar a exclusão social na população idosa e conseqüentemente suprimindo situações de isolamento, segundo estes autores era importante a construção de uma rede de valências que garantam a todas as pessoas idosas uma vida com dignidade.

1.2 Atividades que se encontram por desenvolver

O trabalho de investigação permitiu dar início à caracterização da população idosa residente na paróquia de SDB. No entanto, ainda há muito caminho por percorrer, uma vez que, devido ao fator tempo e à falta de mais recursos humanos, ainda se encontram por incrementar várias atividades com o fim único de identificar e/ou sinalizar situações de isolamento e solidão nas pessoas idosas da paróquia de SDB. Será pertinente referir que a listagem de recenseados da freguesia de SDB com mais de 65 anos de idade a que tivemos

acesso está em formato papel, o que dificultou, relativamente ao fator tempo, a sua consulta nomeadamente o cruzamento de informação. Será importante, na continuação deste projeto, a existência de mais recursos humanos, uma vez que se trata de um trabalho demoroso, e em que a articulação de forças e o trabalho em parceria constitui-se como uma mais-valia.

Para prosseguir o estudo e chegar ao objetivo final, será necessário desenvolver ainda um conjunto de atividades. Assim, as atividades que se encontram por desenvolver consistem numa recolha de dados no Lar Padre Carlos, do CSPSDB e na CSPB das Furnas da SCML de forma a aumentar e posteriormente aprofundar o conhecimento sobre a população-alvo, através da sua caracterização com base nos dados possuídos por estas entidades. Após concluído este cruzamento de dados será possível elaborar e aplicar, quer no âmbito institucional quer no âmbito do domicílio das pessoas, um questionário à amostra da população resultante dos indivíduos da lista de recenseados, dos quais nenhuma das entidades possui informação. Para tal, tendo em conta o final deste estágio, será necessário outro que lhe dê continuidade. Podemos sugerir a existência de uma rede de voluntários, com formação na área ou mesmo numa área semelhante, que cultive o gosto por trabalhar com pessoas idosas, de forma a dar continuidade a este trabalho.

Podemos ainda afirmar que, tendo em consideração a observação realizada ao longo do estágio e de acordo com a informação recolhida através de conversas informais realizadas com a orientadora de estágio, as pessoas que estão em Lar e CD também podem “sofrer” de isolamento e solidão, assombrando a teoria defendida anteriormente de que o Centro de Dia constitui uma opção alternativa para diminuir o isolamento e solidão sentidos pelas pessoas idosas. Assim, propõe-se uma estratégia futura para a construção do Observatório, que consista em contactar os equipamentos da paróquia (das instituições locais) que visem a criação de condições para que a pessoa idosa envelheça de forma saudável e evite experienciar situações de isolamento e solidão.

Em modo de conclusão, e porque nos parece pertinente refletir sobre esta questão, apesar da panóplia de informação, de investigações realizadas com a população idosa, abordando as maiores problemáticas que a atingem, ainda nos falta muito conhecimento sobre esta realidade. “Podemos sentir empatia com as crianças porque já fomos como elas. Mas faltam-nos experiências que nos permitam compreender os velhos.” (Pais, 2005:174)

Bibliografia

- Burgess, R. (2001), “A Pesquisa de Terreno, Uma introdução”. Celta. Métodos e Técnicas.
- CEIS (1999) “*Envelhecer – Um direito em construção, Atas do Seminário*”.
- Conselho Económico e Social, (1994), *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*, Lisboa.
- Correia, J. Martins (2003), *Introdução à Gerontologia*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Direcção-Geral da Acção Social (1998), *Levantamento das Necessidades Sociais das Pessoas Idosas em Contexto Local*. Documentos temáticos, nº12, Lisboa, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Domingues, M. e Lemos, N. (2010) “Gerontologia, os desafios nos diversos cenários da atenção”. Cap.7: “Atenção ao Idoso em Centros de Convivência – O enfoque do Serviço Social”; “Atenção ao Idoso em domicílio – O enfoque do Serviço Social”, Manole.
- Faleiros, Vicente de Paula (1999), *Desafios do Serviço Social na era da globalização*, São Paulo, Cortez Editora.
- Fernandes, Ana A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras, Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). *Depressão no Idoso*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Fonseca, António M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*, 2.^a ed. – Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. 1.^a Edição, Lisboa, Climepsi Editores.
- Guerra, I. (2002). *Cidadania, exclusões e solidariedades. Paradoxos e sentidos das “novas políticas sociais”*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, Outubro 2002: 47-74.

Guerra, I. C. (2008). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. Cascais, Principia.

Iamamoto, M. V., (2004), *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*, Cortez, São Paulo.

Instituto Nacional De Estatística (2002), *CENSOS 2001 – Resultados Definitivos, Informação à Comunicação Social*.

José, J., Wall, K., Correia, S. (2002). “Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções.” Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa.

Maxwell, Joseph A. (1999), *La modélisation de la recherche qualitative – Une approche interactive*, Editions Universitaires Fribourg Suisse.

Molgat, Marc (2007), “*Définir le Travail Social...*” in *Introducion ao travail social* Collection Travail Social, Les Presses de l’Université Laval.

Osório, Agustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral (2007), *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*, Instituto Piaget, Lisboa.

Pais, José Machado (2005). *Nos Rastos da Solidão: deambulações sociológicas*. Porto: Âmbar.

Paúl, C. (2005). “Envelhecimento ativo e redes de suporte social.” *Revista Sociologia da Universidade do Porto*: UP

Paúl, Constança (1997), *Lá para o Fim da Vida - Idosos, Família e Meio Ambiente*, Coimbra, Almedina.

Paúl, M. C. (1991). “Percursos pela velhice: Uma perspetiva ecológica em psicogerontologia.” Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Payne, Malcolm (2002), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto.

Perista, Heloísa (1997), *(Re) Inventar Solidariedades – O Local como eixo dinamizador do apoio social às pessoas idosas. Que Inovação possível?*, CESIS/CIDM.

Quaresma, Maria de Lurdes (2004), *O Sentido das Idades da Vida – Interrogar a Solidão e a Dependência*, CESDET, Lisboa.

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Ribeirinho, Carla (2005), *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*, Lisboa.

Touraine, Alain (1982). *Pela Sociologia*. Lisboa, D. Quixote

Vaz, Silva e Sousa (2003). *Configurações de Vida na Velhice*. Antropológicas.Nº7, Porto, UFP.

Wall, K. et al (2002), “Mães Sós: percursos, vida profissional e cuidados às crianças”, in *rev. Análise Social n.º 163*, Lisboa, CIS.

Anexo A

ACTA DA REUNIÃO DE NEGOCIAÇÃO DE
ESTÁGIO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Realizou-se no dia 6 de Julho de 2010, pelas 17 horas, na Faculdade de Ciências Humanas, a reunião de negociação de um estágio de Mestrado em Serviço Social entre a Coordenação Científica do Mestrado, os orientadores científicos do estágio, nas pessoas do Prof. Doutor Francisco Branco e do Mestre Henrique Joaquim e o Grupo de Trabalho da Área do Envelhecimento, da Comissão Social de Freguesia de São Domingos de Benfica.

Foi acordado relativamente ao estágio a realizar pela mestranda MILENE FERNANDES, o seguinte:

I

A duração será de 375 horas, referentes a um semestre lectivo, e terá lugar no I semestre lectivo de 2010/2011.

II

O acompanhamento do estágio no local será assegurado pelo Centro Social Paroquial de São Domingos de Benfica e recairá profissionalmente na pessoa da Dr.^a Sofia Mendes, Assistente Social.

III

O programa de estágio terá como finalidades essenciais: i) o lançamento das bases de um observatório do envelhecimento na freguesia, através de ensaios de monitorização da situação das pessoas idosos; ii) a preparação e realização de um projecto piloto de intervenção em situações de isolamento social e cultural grave compatível com a duração do estágio.

Anexo B

1º Registo de Observação

- Data: 21-10-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, familiares de idosa.

Descrição da situação

Trata-se de um atendimento não programado uma vez que, estávamos a conversar (eu e a orientadora de estágio) acerca do quotidiano do centro.

Chegaram ao Centro duas senhoras para atendimento com a Assistente Social. São familiares (sobrinha e prima) de uma ex-utente do Centro - D. CC. O motivo pelo qual se dirigiram ao Centro diz respeito à situação atual em que se encontra a D. CC de 90 anos de idade. Familiares retratam o “quadro” onde vive a idosa, descrevendo a casa onde habita como inóspita, sem as condições mínimas de higiene, estando o colchão partido, vivendo, assim, esta idosa uma situação de negligência.

A apresentação da idosa é descuidada (descrito pelas familiares), afirmando que necessita de cuidados de higiene pessoal, pois o cheiro é insuportável. Um exemplo disso é, aquando da ida ao café os clientes a convidam a consumir o que lhe oferecem na esplanada do café ou mesmo fora deste pois a sua presença torna-se insuportável devido ao forte cheiro. Afirmam igualmente que emagreceu bastante desde a última vez que a viram.

A idosa tem duas gatas, que são a sua companhia. A sobrinha afirma que, a idosa estando doente não se importa com a possibilidade de poder ficar sem as gatas. “Não se desfazia delas nem por nada”, afirma a sobrinha, mas agora neste estado, doente, dava-as a alguém que quisesse ficar com elas. Diz ainda, no final do atendimento, que deixou uma gata na rua, e a outra, como não a conseguiu apanhar acabou por ficar em casa. No seguimento da conversa entre a assistente social e a sobrinha, ficou acordado que, dada a gravidade da situação, iria levar a idosa consigo para o seu local de residência, nas Caldas da Rainha. Entretanto, irá ser feita uma limpeza (por uma empresa particular) na casa da idosa, pois está num estado que não permite que

alguém a habite, até se encontrar uma solução para a situação da D. CC.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Sem dúvida que, este caso retrata nitidamente a problemática do isolamento e da solidão na população idosa.

Esta idosa encontra-se isolada, pois não mantinha contato com familiares, nem com outro tipo de suporte (até à data da sinalização da situação), e em estado demente, sem as necessidades básicas asseguradas. Até sinalizada a situação, a idosa estava a viver (sobreviver) em condições desumanas. A casa onde habita encontra-se em condições miseráveis, completamente suja e desorganizada, emanando um cheiro nauseabundo, onde não permite a vivência de nenhum ser vivo.

A demência define-se como “uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as atividades da vida diária (...)” (Fontaine, 2000:164) cita OMS. Esta idosa perdeu progressivamente a sua autonomia e a sua dignidade, devido ao estado demente que foi desenvolvendo, necessitando urgentemente de apoio, da família e, caso necessário, também dos serviços.

- Notas pessoais: Esta situação identifica claramente vários aspetos problemáticos que a população idosa pode experienciar nomeadamente ao nível da solidão e do isolamento. Esta idosa encontra-se doente, explicação atribuída para definir a situação negligente em que se encontra. Partindo do facto da idosa se encontrar doente, podemos abordar a falta de apoio, quer familiar quer institucional, até à data da sinalização da situação, como uma das causas da situação da idosa ter alcançado um estado tão avançado de insalubridade. Podemos afirmar que esta falta de apoio traduziu-se num estado de isolamento. A idosa viu-se também privada da sua integridade pessoal, pois ficou sem conseguir assegurar as suas condições mínimas de vida. A situação acabou por ser sinalizada por familiares (embora distantes), o que mudou significativamente a sua vida.

2º Registo de Observação

- Data: 22-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente social, Sr.^a D. E. e marido.

Descrição da situação

Realizámos três visitas domiciliárias durante esta manhã. Iremos descrever a primeira visita domiciliária, que foi à Sr.^a D. E., utente do Serviço de Apoio Domiciliário. A idosa vive como marido, o Sr. F., que toma conta da esposa a tempo inteiro. Está acamada (já não sai mesmo da cama), fala muito por gestos, ouve e entende o que lhe perguntamos, no entanto responde muito lentamente. Durante o tempo em que a ajudante familiar realizava a higiene pessoal à idosa, o marido desta queixou-se de vários problemas, entre eles um neto de ambos, de 25 anos, estar muito doente. Refere que, abandonou a sua atividade laboral, que ainda mantinha quando a esposa adoeceu, para tomar conta da Sr.^a D. E. O casal tem um filho e três netos. Têm empregada para engomar a roupa, sendo as restantes tarefas, domésticas e outras, da responsabilidade do Sr. F.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Esta situação aborda o dilema com que muitos familiares são confrontados devido à perda de autonomia dos seus familiares idosos. Neste caso específico, o marido da idosa abandona a atividade laboral para cuidar desta, que fica acamada, por sua vez, dependente de cuidados. Opta, também, por manter a esposa em casa, beneficiando do serviço de Apoio Domiciliário. Portanto, põe de lado a hipótese da institucionalização, abandonando a atividade profissional, que mantinha quando a esposa adoeceu. Segundo os autores José, Wall e Correia (2002) foi adotado, neste caso, um perfil misto de

prestação de cuidados à idosa, isto é, existe uma combinação de apoios familiares (do marido) com um apoio extrafamiliar pago (Serviço de Apoio Domiciliário).

- Notas pessoais: Caso que retrata a situação dos cuidadores. Quando chega a hora de acompanhar um familiar idoso que, por qualquer motivo, fica doente e/ou impedido de realizar as tarefas básicas, como a sua locomoção, a sua higiene, a sua alimentação, a quem responsabilizar pelo papel de cuidador? O Estado (Instituições de Solidariedade Social), as Famílias, ou outras Instituições privadas?

3º Registo de Observação

- Data: 22-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.^a. D. MA e filha da utente.

Descrição da Situação

A Sr.^a. D. MA tem 100 anos e vive com a sua filha (também já idosa). A sua filha queixou-se de baixos rendimentos, demonstrando preocupação e manifesta vontade de colocar a mãe num lar, devido ao fator económico e ao estado de cansaço físico e psicológico em que se encontra. Mostrou preferência pelo Lar de S. Domingos, uma vez que este se situa a poucos metros da sua residência. Este agregado familiar vive uma situação difícil, a idosa tem bastantes dificuldades em deslocar-se pois tem pouca força nas pernas. No entanto, possui, ainda, um discurso coerente, “resmungando” com as suas pernas por não andarem como desejaria, chamando-as de “preguiçosas”, “malandras”. Perguntámos-lhe onde tinha nascido, respondendo acertadamente. A idosa desloca-se com uma bengala e passa o dia num cadeirão (sofá) ao lado da cama, afirmando a filha que só a coloca na cama por volta da meia-noite. No entanto, passa horas a dormir no cadeirão. Em relação à higiene pessoal da idosa, é a filha que

a auxilia neste processo, no entanto, a idosa mostra-se inibida com a presença da filha, chegando mesmo a gritar e a revoltar-se quando esta a tenta ajudar nesta tarefa. A filha descreve a relação com a mãe baseada na confiança e bastante à vontade, e refere estes fatores como constrangedores para a mãe, ao querer ajudá-la a realizar a sua higiene pessoal.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Analisando a situação, verificamos que a filha da idosa, também já idosa, desempenha o papel de cuidadora da mãe, no entanto, mostra-se cansada, demonstrando vontade de integrar a mãe em lar. Segundo José, Wall e Correia (2002) muitos dos familiares que prestam cuidados a pessoas idosas são, eles próprios, também idosos (pessoas com 65 ou mais anos). Os autores afirmam que os apoios nomeadamente os serviços e equipamentos, e os benefícios sociais para as pessoas idosas dependentes não são suficientes, o que determina que seja a família a principal prestadora de cuidados ao idoso dependente. No entanto, cuidar de um familiar idoso dependente não é, de todo, uma tarefa fácil, pois implica tempo, esforço físico e mental. Esta idosa, segundo estes autores, é uma idosa com média dependência, pois encontra-se numa situação que necessita de ajuda efetiva de uma pessoa para realizar a sua higiene pessoal diária, para a auxiliar nas refeições, tomar medicação, e no fundo, estar atento a esta, realizando o cuidador um trabalho de supervisão.
- Notas pessoais: Compreendemos que esta situação não é de todas a mais fácil, quer para a idosa, por não se sentir totalmente à vontade com a filha, no que respeita à realização da sua higiene pessoal, quer para a filha, que experiencia um desgaste físico e psicológico por cuidar da mãe, de acordo com as suas possibilidades, mas que se sente cansada, mostrando preocupação e manifesta vontade de institucionalizar a idosa. Efetivamente essa decisão e responsabilidade cabe à cuidadora da idosa dependente decidir, de acordo com o que considerar mais favorável para si e para a sua mãe.

4º Registo de Observação

- Data: 22-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, idosa e marido da idosa.

Descrição da Situação

Fomos visitar a Sr.^a D. T. que beneficia do Serviço de Apoio Domiciliário da CNSR. Quando chegámos encontrámo-la na cama, recebendo-nos a empregada.

A D. T. foi educadora de infância, e neste momento, encontra-se acamada.

O casal tem empregada que trabalha umas horas por dia em casa da idosa e do marido, cozinha, faz a limpeza, e auxilia a idosa sempre que o seu marido tenha de se ausentar. A idosa não quis sair da cama pensando que a iríamos levar para fora de casa, afirmando: “Não quero sair...” Encontra-se acamada há dez anos (e usa fralda), no entanto é auxiliada pela cadeira de rodas. Com ajuda da ajudante familiar, saiu da cama para a cadeira de rodas para realizar a sua higiene pessoal. A D. T. faz as suas refeições também na cadeira de rodas, sentada à mesa.

Quando ficou concluída a higiene pessoal da idosa, chegou o seu marido, com o qual falámos o restante tempo da visita. No decorrer da conversa, com o marido da idosa, verificámos que o principal obstáculo para a D. T. é o facto do prédio onde vivem, por já ser antigo (tal como muitos outros na freguesia de SDB), não ter elevador, o que dificulta o seu acesso de casa para a rua e vice-versa. Não obstante, o marido leva-a algumas vezes à rua, deparando-se também com outras enormes dificuldades, como os passeios da freguesia de SDB, a questão dos degraus não ser de fácil acesso para quem está dependente de uma cadeira de rodas. O marido da idosa gosta igualmente de levar a sua esposa aos restaurantes, refere o mesmo.

O casal tem filhos e netos e o Sr. M. fala deles com orgulho. Este ocupa todo o tempo que tem livre, para além de tomar conta da D. T., com atividades de leitura, e frequenta aulas de Latim na Universidade Sénior, trabalhando ainda numa biblioteca, pois afirma que o preenche e ajuda a superar os maus momentos. Trata-se de um indivíduo bastante ocupado e refere-nos que gosta de estar ocupado.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A situação referida trata de uma idosa com elevada dependência, pois está acamada, necessitando diariamente de auxílio para a realização das suas necessidades básicas, tendo como problemática associada a diminuição do controlo dos esfíncteres. (José, Wall e Correia, 2002) Outra problemática identificada diz respeito à questão do isolamento causado por uma questão de acessibilidades. O marido da idosa leva-a à rua, na cadeira de rodas, mas depara-se com os difíceis acessos que não facilitam a sua deslocação em cadeira de rodas. Para além deste, existe outro obstáculo que pode resultar no isolamento da idosa, uma vez que a construção do prédio, já antiga, e sem elevador, constitui outro problema para esta.
- Notas pessoais: A idosa encontra-se numa situação bastante delicada. Para além de se encontrar acamada há dez anos, quase não comunica com as outras pessoas, e desloca-se numa cadeira de rodas, complicando-se as idas à rua pela questão da acessibilidade, uma vez que os prédios, já antigos, não possuem elevador, e os passeios na freguesia não estão adaptados para o uso de cadeira de rodas. Torna-se indispensável refletir sobre esta última questão, pois as necessidades a este nível são cada vez mais atuais, e, a existência de apoios a estes indivíduos são extremamente importantes para manter a sua dignidade e poder manter alguma qualidade de vida mesmo com a limitação que é estar dependente, de algo e/ou de alguém.

5º Registo de Observação

- Data: 25-10-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Senhora acompanhada pelo filho

Descrição da Situação

Uma senhora, acompanhada pelo filho, veio pedir apoio para a sua mãe – Sr.^a. D. PB Refere que o seu pai já frequentou o COPPI (da valência CD), entretanto já faleceu. O motivo pelo qual a filha vem pedir apoio para a mãe deve-se ao facto da idosa ter tido um tumor e ficar bastante afetada. A idosa foi operada no Hospital de S. José e, está, neste momento, num centro de cuidados continuados. A filha informa que, a mãe tem um discurso coerente e toma a medicação a horas certas. O pedido é, então, direcionado para o serviço de apoio domiciliário, uma vez que a senhora tem algumas dificuldades em realizar a sua higiene pessoal, a filha afirma que a mãe consegue tomar banho sozinha, mas entrar para a banheira sozinha não consegue, precisa de ajuda.

Esta idosa está sozinha, residindo a preocupação da filha no sentido de evitar que a mãe fique isolada. A mesma afirma que, quer que a mãe conviva, se socialize com outras pessoas, e que não esteja fechada em casa. Refere também o “feitio” difícil da mãe, uma vez que esta nunca aceitou que o marido estava doente, expressava que ele “fazia aquilo” para a irritar particularmente. Aborda também a tendência da idosa para fazer quadros depressivos. Deu o exemplo da morte de um irmão da idosa, deixando-a afetada psicologicamente. Afirma que a idosa apresenta um desequilíbrio patente, mas a sua mobilidade é boa (capaz de fazer tudo). Assim, de acordo com os factores que a filha da idosa apresenta, prefere que a mãe frequente o CD, referindo que o COPPI está fora de questão. A filha da D. PB afirma que, devido ao trabalho, está ausente durante alguns dias, fora do país, e quer colmatar a sua ausência com alguém que esteja presente.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A situação aborda a problemática com que muitos indivíduos se deparam, que consiste em encontrar uma conciliação entre a profissão e o papel de cuidador de um familiar idoso que está, de alguma forma, dependente. A filha da idosa quer integrar a mãe em CD, pois tem de ausentar-se para o estrangeiro, em trabalho, e não pode dar a assistência necessária ou que desejaria à idosa. Os familiares de pessoas idosas recorrem à resposta social CD, na maior parte dos casos, quando não existe nenhum familiar disponível para cuidar do idoso durante o dia (José, Wall e Correia, 2002). No CD, tal como o próprio nome indica, o idoso está ocupado durante o dia, o que deixa os familiares tranquilos e, de certa forma, despreocupados enquanto estão a

trabalhar. A idosa estando ocupada, não está sozinha, o que certamente deixará a filha descansada, indo de encontro ao seu pedido, que a mãe não esteja sozinha, que conviva e que socialize com outras pessoas.

- Notas pessoais: Este caso aborda, sem dúvida, um dos temas centrais e futuros da nossa sociedade. A população envelhecida está a aumentar, como todos temos conhecimento, aliada à crise económica e social que está instalada, o que resulta em questões tão delicadas como ter de assegurar o posto de trabalho conciliando os cuidados a familiares idosos que se encontrem em situação de dependência.

6º Registo de Observação

- Data: 26-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr. F. e esposa

Descrição da situação

O Sr. F. tem a doença de Alzheimer, encontrando-se assim há quatro anos. Diz muitos palavrões, o que incomoda bastante a esposa. A esposa cuida dele a tempo inteiro, referindo que só vai à rua de manhã e quando este dorme, pois depois da higiene diária (feita logo pela manhã) come e adormece no sofá. À tarde nunca vai à rua: “nunca saio de casa”, refere a esposa. No primeiro ano e meio em que adoeceu foi a esposa que tratou dele. Depois disse-nos já não aguentar o esforço, entrando em depressão. A ida ao psiquiatra transformou-a bastante, na medida em que a medicação ajudou-a a ultrapassar o estado em que se encontrava, deu-nos o exemplo que, antes chorava bastante quando falava da situação do marido. O Sr. F. não anda, desloca-se com a ajuda de uma cadeira de rodas, e necessita de auxílio para se sentar no sofá. Podemos verificar, ao longo da visita, as patentes manifestações de carinho da esposa para com ele. A esposa questiona-o: “Como se chamava o teu pai?” - Este responde o nome do pai corretamente. Quando lhe pergunta, “e a mãe?": - “Tu!” O idoso associa a esposa à mãe pois é esta quem cuida dele. A esposa do idoso afirma viver para ele. O casal não tem

filhos.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Situação onde está evidenciada a problemática das demências que se manifestam na população idosa, neste caso a doença de Alzheimer. “A doença de Alzheimer é a demência mais frequente, representando 45% das síndromes demenciais e 75% das demências irreversíveis.” (Fontaine, 2000:165) Estes estados demenciais, por vezes, e com o passar do tempo, vão-se agravando, traduzindo-se em incapacidade de satisfazer as necessidades básicas, tais como a mobilidade, a realização da higiene pessoal, e alimentação. Esta situação traduz-se, também, no modo de vida dos cuidadores, como podemos verificar através da descrição da situação. A esposa, cuidadora do marido, “sofreu” um forte desgaste psíquico, pelo que consideramos muito importante, e segundo os autores José, Wall e Correia (2002) o aumento da ajuda financeira do Estado para as famílias com um idoso dependente a cargo.
- Notas pessoais: Este casal não tem filhos, o que nos pode induzir a que a esposa do Sr. F. seja o único suporte familiar deste. Este caso reflete nitidamente a realidade vivida pelos cuidadores. Os cuidadores dos familiares idosos com demências e/ou que estejam dependentes podem experimentar sensações de desânimo, desmotivação, traduzindo-se em quadros depressivos, como pudemos constatar, através da situação referida. Torna-se, deste modo, imprescindível a existência de tipos de apoio que auxiliem os cuidadores neste processo tão frágil e importante, que consiste em cuidar e acompanhar os seus familiares idosos com necessidades específicas.

7º Registo de Observação

- Data: 26-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª. D. MF e irmã

Descrição da Situação

A D. MF é utente do SAD e vive com a irmã, senhora também idosa. É divorciada e tem uma filha. Encontra-se acamada, no entanto, a cama é bastante baixa, o que dificulta o trabalho a algumas ajudantes familiares, como por exemplo as mais altas. A idosa apresenta um discurso coerente, é bastante simpática, e elogia o desempenho da ajudante familiar C., afirmando que a trata muito bem. Está muito bem-disposta no momento em que se realizou a visita. A idosa teve um AVC, tem cataratas, hipertensão, e diabetes. A irmã da D. MF fez uma observação relativamente ao desempenho de uma ajudante familiar (ajudante de ação direta). Afirma, com desagrado, que durante a realização de uma higiene encontrou a ajudante familiar a fazer o banho da D. MF e, ao invés de usar luvas, estava a usar resguardos. Afirma ter ficado em choque, e que não gostou nem um pouco da atitude pouco profissional da ajudante familiar.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Fontaine (2000) refere que o aumento dos riscos de doenças e de perda de autonomia são provocados por factores intrínsecos que o indivíduo não controla. Para além das doenças que a idosa apresenta, e que, de algum modo, a “colocaram” nesta situação de dependência, acamada, existe outra problemática, bem comum, nos dias atuais, e que se reflete no modo como os profissionais dos serviços cuidam dos idosos dependentes. Torna-se extremamente necessário e imprescindível que os ajudantes familiares, que trabalham numa base informal, adquiram formação e certificação, uma vez que o seu trabalho influi diretamente no bem-estar e dignidade da pessoa idosa em situação de dependência. (José, Wall e Correia, 2002)

- Notas pessoais: De acordo com a descrição da situação verificamos que, uma das problemáticas refere-se à quantidade de doenças que a idosa acarreta consigo mas que controladas permitirão à mesma um nível de vida razoável, dentro dos parâmetros possíveis. Outra das problemáticas reflete-se nas competências que os profissionais desta área demonstram possuir ou, neste caso, demonstram não possuir, e que se refletem no modo como os idosos dependentes são cuidados.

8º Registo de Observação

- Data: 26-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr. J. e esposa

Descrição da Situação

O Sr. J. vive com a esposa. O casal tem um filho e duas netas.

Logo que chegámos o idoso emocionou-se, mostrando como está frágil, mas acabou por se acalmar. Começou por falar connosco sobre as suas netas, com bastante orgulho, e refere que no estado em que se encontra não pode ir visitá-las. O Sr. J. sofreu um AVC e está numa cadeira de rodas. “Queixou-se”, ao longo de toda a conversa, da força que tinha antigamente e agora não tem nada. Diz levantar-se às seis da manhã para fazer exercício ao braço e deitar-se por volta das oito horas da noite. Mas também faz fisioterapia. Falou com entusiasmo acerca do trabalho que desempenhou durante toda a vida, foi ladrilhador, pedreiro, estucador, servente, fez de tudo um pouco. Ao nível da visão, também, tem tido alguns problemas, pois já “sofreu” três intervenções cirúrgicas, à vista esquerda.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Nesta situação destacamos a problemática da saúde, física e mental, nos idosos. Este aspecto é claramente preocupante para este idoso, pois após ter sofrido o AVC, ficou impossibilitado de realizar tarefas que antes estimava fazer, existindo alteração das atividades diárias e das relações sociais. “ (...) a saúde física exerce um impacto poderoso no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos.” (Fonseca, 2006:125) O idoso encontra-se deprimido, como constatamos pelo seu discurso, “queixando-se” da força que antes tinha e agora vê-se privado dela. No entanto, desenvolve uma atitude motivada para alterar a sua situação, com vista a recuperar a saúde física, e psicológica. “A doença mobiliza as capacidades de coping dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a sua atividade e recursos nesse problema (...)” (Fonseca, 2006:128)

- Notas pessoais: Este caso sensibilizou-nos particularmente pelo estado deprimido em que o Sr. J. se encontra. Está visível pela sua expressão o sofrimento por não poder desempenhar as atividades como antes de ter sofrido o AVC. Conseguimos identificar no idoso o sentimento de não-aceitação da doença. No entanto, é bem notório o esforço que desenvolve no sentido de uma rápida recuperação, e consequentemente na recuperação da sua autonomia.

9º Registo de Observação

- Data: 26-10-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, vizinhas da D. CC

Descrição da Situação

Duas senhoras, que trabalham numa loja da Estrada de Benfica, que são vizinhas da D. CC vieram ao atendimento para expor o assunto dos gatos que estão em casa da idosa. Queixaram-se do ruído (miam toda a noite) feito por estes desde o dia em que a sobrinha da idosa a levou para as Caldas, enquanto é feita a limpeza de sua casa, afirmando que os gatos (gatas, neste caso) necessitam de água, comida e idas à rua. Entregaram as chaves de casa da D. CC

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A situação desta idosa tem estado a ser acompanhado pela Assistente Social da CNSR, e também por uma Assistente Social Do CSPB das Furnas. Este atendimento vem no seguimento da situação exposta anteriormente (1º registo), e aborda os problemas que se sucedem, mesmo a idosa já não morando na sua casa.
- Notas pessoais: A situação da D. CC carece de especial atenção pois os problemas resultantes do estado de deterioração em que se encontrava a sua casa são vários, e vão necessitar de algum tempo para a sua resolução.

10º Registo de Observação

- Data: 26-10-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.^a D. M. (esposa do Sr. P.)

Descrição da Situação

Veio ao atendimento para fazer um pedido de apoio, a esposa do Sr. P., a Sr.^a D. M. O Sr. P. tem 78 anos e foi submetido a uma cirurgia à bexiga. Para além disto, tem também um problema respiratório, mas não faz oxigénio, toma medicação. A esposa do Sr. P. descreve o porquê do pedido de apoio domiciliário, relatando o que sucedeu durante o internamento hospitalar. Durante o mesmo surgiram, então, algumas complicações. O Sr. P. foi para os cuidados intensivos, sendo dopado (com muitos sedativos, e foi também amarrado à cama), e quando voltou para o quarto ia completamente “drogado” e com fortes dores no braço e na mão. Pensavam que o braço e a mão estavam inchados por causa do soro, mas não, o médico diagnosticou-lhe o braço deslocado. A esposa afirma que, não se consegue deslocar, e uma explicação para este facto deve-se à intensa dose de sedativos. Como consequência desta ocorrência notam-se, no idoso, algumas confusões mentais. O Sr. P. necessita, portanto, de serviço de apoio domiciliário, ao nível da higiene pessoal. A alimentação é feita fora de casa, e têm empregada doméstica para o tratamento de roupa e limpeza em casa, como afirma a D. M.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Nesta situação destacamos novamente a problemática da doença. Devido a problemas de saúde o idoso foi submetido a uma cirurgia que resultou numa perda de autonomia. Esta perda de autonomia resultou, em grande parte, da forma como o idoso foi tratado durante o tempo de internamento, pois a intensa dose de sedativos a que foi submetido resultou num dos braços deslocado, e em algumas confusões mentais. Portanto, esta problemática de perda de autonomia não se cinge apenas ao período de tempo de convalescença, pós-cirurgia, mas sim a um procedimento da equipa médica que resultou numa situação de dependência. O idoso possui, agora, uma média dependência, necessitando de ajuda permanente de terceiros nas tarefas diárias, tais como, ajuda para se deslocar, tomar

banho, realização das refeições e toma de medicação. (José, Wall e Correia, 2002)

- Notas pessoais: Pensamos que a forma como o indivíduo foi acompanhado durante o tempo que permaneceu no hospital não terá sido, de todo, a mais correta eticamente. Este tratamento (com sedativos) a que foi submetido terá influenciado a deslocação que “sofreu” no braço, e consequentemente contribuir para uma recuperação pós-operatória mais demorada e complexa.

11º Registo de Observação

- Data: 27-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Ajudante familiar, Sr. P. e Sr.^a D. M.

Descrição da Situação

Fomos fazer a apresentação da ajudante familiar que irá iniciar a realização da higiene pessoal diária ao Sr. P. A esposa tinha feito o pedido de apoio no dia anterior. Quando chegámos a casa destes o idoso estava ainda deitado, e a D. M. estava à porta de casa a conversar com um dos seus filhos.

O Sr. P. tem problemas respiratórios, notório pelo cansaço que tem ao se expressar. Quando estava a realizar a sua higiene pessoal chamou várias vezes pela esposa.

A ajudante familiar tratou da higiene pessoal do idoso e sentou-o no sofá. Este recordou e partilhou connosco lembranças de um grande amigo, que tem desenhado, por ele, num quadro de sua sala. Tem um braço ao peito, pois encontra-se deslocado, e tem também dificuldades na deslocação, apoiando-se na esposa e na ajudante familiar. Quando saiu do WC vinha auxiliado pela ajudante familiar, e curvando bastante a coluna, e a cabeça baixa. A esposa chamou-o a atenção para que andasse com a coluna direita.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A problemática que se destaca nesta situação vem no seguimento da anteriormente referida relativamente ao atendimento realizado com a esposa do Sr. P.
- Notas pessoais: Apesar de se destacarem, no discurso do idoso, algumas confusões mentais, este falou connosco apresentando um discurso coerente, com serenidade ao relembrar um grande amigo, do qual falou com saudade. É bem visível a sua dificuldade em se deslocar. O apoio de que vai beneficiar constitui, sem dúvida, uma grande mais-valia para o idoso.

12º Registo de Observação

- Data: 27-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª D. A.

Descrição da Situação

A D. A. estava em casa com uma amiga quando chegámos, saindo esta pouco tempo depois. A idosa começa a contar a sua história de vida, começando por dizer que sofre da doença de Parkinson, desde 1998. Também tem outros problemas, tais como hipertensão, no entanto, o principal obstáculo é o desequilíbrio. Afirma não suportar estar muito tempo sozinha em pé devido à falta de equilíbrio. Relata-nos um episódio, em que caiu e partiu a cabeça, indo imediatamente para o hospital. Já realizou três intervenções cirúrgicas à coluna, e já lhe foi diagnosticado, acabando por vencer, um tumor no peito. Tem muita medicação para tomar, inclusive para dormir, porque diz não conseguir dormir senão tomar o comprimido (indicado para isso). Depois continuou a descrever o seu percurso de vida, agora ao nível do seu

casamento. Divorciou-se e ficou com os seus três filhos. O ex-marido, piloto de avião, saiu de casa, retirando-lhe todo o dinheiro que tinham no banco, inclusive, cancelando as contas. Depois, afirma que, o marido quis voltar para casa mas já não o aceitou. Um dos três filhos, o único homem, tem atualmente 40 e poucos anos, é toxicodependente, e há três anos que não sabe nada dele. Afirma que, ainda vinha a casa embora esporadicamente mas chegou a roubar-lhe objetos de valor, inclusive, o cofre do ouro herdado de sua família. Tem netos, falando deles com manifesto orgulho e satisfação, principalmente do neto com catorze anos, filho da sua filha mais nova, que foi mãe solteira. Afirma que praticamente o criou e mantém um forte laço com o mesmo. Embora com três filhos, a D. A. assegura que são os amigos, de quem fala com carinho e amizade, que são os seus pilares, ajudando-a em tudo (desde ajudá-la nas tarefas de casa, a ir ao banco levantar dinheiro). O filho, não sabe nada dele, e as duas filhas, afirma não terem tempo para lhe disponibilizar pois tem a sua família. Disse-nos que nunca trabalhou, referindo que não tinha problemas financeiros, e até chegou a fazer voluntariado. Para além dos filhos tem a sua mãe, de 90 anos, e uma irmã mas vive no Ribatejo. Assim, a idosa vive sozinha no seu apartamento. Não está deprimida (situação que eventualmente poderia ocorrer devido ao Parkinson, e, também, a todas as circunstâncias de vida) muito pelo contrário, a D. A. encontra-se bem-disposta, com alegre e motivada para seguir com a sua vida.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Para além das várias problemáticas que estão evidenciadas nesta situação, destacamos as doenças que afectam a idosa, principalmente a doença de Parkinson, que influencia de forma significativa a sua autonomia e bem-estar. Destacamos a perda de autonomia, como a principal consequência resultante da doença de Parkinson. Segundo Fontaine (2000) esta é uma demência irreversível e degenerativa. A idosa não tem um suporte familiar presente, mas tem amigos que a ajudam nas tarefas diárias. No entanto, refere que não quer estar sempre a incomodar as amigas, e que a sua dependência também tem vindo a aumentar (devido ao Parkinson), solicitando, então, o pedido de apoio domiciliário.

Esta idosa que possuía uma baixa dependência, pois ainda tinha alguma autonomia, realizando as atividades diárias como a sua higiene pessoal, a alimentação, a toma de medicação, avançou para um estado de média dependência, necessitando de ajuda efectiva, de uma pessoa, para a realização da higiene pessoal e apoio (fornecimento) da alimentação. (José, Wall e Correia, 2002).

- Notas pessoais: A situação que esta idosa vive e já viveu é, de facto, impressionante. O seu trajeto de vida denota imensas adversidades que fariam qualquer um desistir ou desmotivar com a própria vida. No entanto, esta consegue ultrapassar todos os obstáculos com uma forte vontade de viver. As dificuldades foram muitas, desde o diagnóstico da demência (Parkinson), ao divórcio, passando pela luta para vencer o tumor no peito, e ainda o desaparecimento do filho, fazem desta mulher uma pessoa ainda com autonomia, embora seja já bastante limitada, e com um sentido de dignidade únicos. Este caso retrata como os amigos, que são o seu grande pilar, podem ser tão ou mais fortes que os laços familiares.

13º Registo de Observação

- Data: 29-10-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social da CNSR, Assistente Social CSPB das Furnas

Descrição da Situação

Visitámos a casa da D. C. Deparamo-nos com o pior dos cenários. Ainda não tínhamos entrado em casa da idosa e já se sentia, nas escadas do prédio, o forte mau cheiro que estava em casa da mesma. A casa encontra-se num estado completamente angustiante, com um cheiro nauseabundo, estando, portanto, inabitável.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Problemática já referida no registo nº1.

14º Registo de Observação

- Data: 03-11-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª. D. A., Ajudante familiar

Descrição da Situação

Acompanhamento à habitação da idosa e apresentação da ajudante familiar, à D. A., e receção dos documentos relativos ao processo da mesma que se encontravam em falta.

15º Registo de Observação

- Data: 03-11-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr. C.

Descrição da Situação

O Sr. C. vive sozinho, é viúvo, e não tem filhos. Tem apenas uma enteada, da qual neste momento não tem contacto. Afirma tentar ligar-lhe, mas desde que o marido desta faleceu nunca lhe atende o telefone. O idoso começa por nos descrever o seu primeiro casamento, e a sua esposa, com quem esteve casado sete anos mas que entretanto o enganou, tratando de um advogado para o divórcio. Descreve o segundo casamento como maravilhoso, afirmando que tinham uma relação ótima, de muita cumplicidade, partilhando tudo e aconselhando-se sempre um com outro: “não fazíamos nada sem falar um com o outro primeiro”, e fizeram também muitas viagens. Em relação à vida profissional, o Sr. C. foi contabilista. Descreve o seu percurso profissional, afirmando ter sempre gostado bastante de trabalhar mas de trabalhar tranquilo, sem “mexericos”, nem confusões. Reformou-se aos 65 anos mas continuou a trabalhar até aos 70 anos, por opção própria, sentia-se capaz de permanecer ativo, afirma o

próprio. Tem uma empregada que faz a limpeza de casa, de quinze em quinze dias (2/3 horas/dia). Em relação à alimentação diz que vão levar-lhe o almoço a casa diariamente, vindo de um restaurante. Em relação à higiene pessoal, esta foi-lhe assegurada por uma empresa privada de apoio domiciliário, mas queixou-se de pagar/mês “sete notas de €50” (dito mesmo pelo idoso), acabando por desistir entretanto. Diz que consegue tratar da sua higiene pessoal (afirmando que também já não vai à rua tão frequentemente, por isso não toma banho nem faz a barba com tanta assiduidade). Não pediu apoio domiciliário, ficou de pensar e ver se entretanto vai realmente necessitar.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: De acordo com a situação referida constatamos que este idoso pode experimentar situações de solidão e isolamento. Vive sozinho, não tem contacto com outros familiares, e afirma que, raramente vai à rua, o que pode levar ao seu isolamento. No entanto, pelo que podemos verificar, o Sr. C. apresenta uma atitude positiva, mostrando boa-disposição e motivação perante a vida. Outra problemática que podemos referenciar, diz respeito à falta de informação relativa ao modo como as pessoas idosas decidem viver a sua velhice, ou seja, que tipos de apoio ou que instituições fornecem apoio aos idosos com necessidades aos mais diversos níveis.
- Notas pessoais: O idoso não tem laços familiares, além de uma enteada, da qual não mantém contacto. Ao falar do segundo casamento, fica patente a falta que sente da esposa, neste momento da vida, e a cumplicidade que os unia. Demonstrou ter sido uma pessoa ativa e autónoma mas que, nesta fase da sua vida, necessita de apoio, quer ao nível da alimentação, quer ao nível da higiene pessoal, bem como a higiene do domicílio. No entanto, estando satisfeitas as necessidades ao nível da alimentação e da higiene no domicílio, necessita apenas de higiene pessoal, pelo que talvez por ter gasto bastante dinheiro com um apoio domiciliário privado, ficou reticente quanto ao beneficiar do apoio da CNSR.

16º Registo de Observação

- Data: 08-11-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª D. J. e Sr. S.

Descrição da Situação

Visitámos o agregado familiar composto pela D. J. e pelo Sr. S. Quem nos abriu a porta foi o marido da D. J., no entanto, quando o abordámos disse que não era marido. O Sr. S. apresenta uma postura, ao falar connosco, bastante estranha (não é empático, antes pelo contrário, não olha nos olhos quando conversávamos, e quando a assistente social fazia questões só olhava e falava para a D.J., ignorando a nossa presença).

A D. J. teve um AVC. Tem bastante dificuldade em se levantar (quer seja da cama, do sofá ou de uma cadeira), e também em deslocar-se. Este é o fator que a impede de ir para o Centro de Dia. O pedido baseia-se na refeição diária (almoço), e que esta fosse entregue em casa. Falámos também na possibilidade da D. J. frequentar o CD, indo e vindo na carrinha, uma vez que não consegue deslocar-se para fazer o caminho de casa para o CD e vice-versa. Ao longo da conversa, ia questionando o companheiro sobre que opção tomar, afirmando que apenas tomava uma decisão mediante aprovação ou não do mesmo. Por sua vez, o companheiro “queixou-se” da comida do Centro (já tinha ou já tinham sido utentes do mesmo), dizendo que não gostava desta. Referiu-nos que, é ele que sai todos os dias à rua e compra a refeição num restaurante. Dizem não precisar de apoio na higiene pessoal, questionaram foi se fazíamos limpezas em casa, ao que a técnica informou que não, apenas apoio na higiene pessoal e alimentação, por serem prioritários. Não chegaram a um consenso relativamente ao apoio na alimentação.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A problemática fulcral reside na situação de doença da idosa. O AVC que “sofreu” deixou a idosa numa situação de média dependência, pois a sua mobilidade ficou afectada. Necessita de apoio nas atividades do dia-a-dia, nomeadamente na realização da higiene pessoal e na alimentação, que são prioritárias para

a dignidade da idosa, embora esta indique precisar apenas de apoio na limpeza da habitação.

- Notas pessoais: Esta visita domiciliária foi, de facto, bastante estranha. O companheiro da D. J. mostrou-se, durante toda a visita, bastante incomodado com a nossa presença, contestou a comida do Centro, afirmando que não era de qualidade, mantendo sempre uma atitude de negação e contrariedade.

17º Registo de Observação

- Data: 12-11-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr. S.

Descrição da Situação

O Sr. S. (que visitámos no passado dia 8) veio ao atendimento informar que, tanto ele como a D. J., querem receber apoio ao nível da alimentação. Iniciam apoio de alimentação do Centro (almoço) a partir de 2 de Dezembro.

18º Registo de Observação

- Data: 12-11-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.^a D. A. e Sr.^a D. M.

Descrição da Situação

Vieram ao atendimento a Sr.^a D. M. acompanhada por uma amiga, a Sr.^a D. A. A D. M. teve uma trombose, a nível ocular, daí resultando a cegueira da vista direita. Encontra-se, neste momento, em recuperação.

Dadas as circunstâncias que assistem a idosa no momento, veio ao atendimento para conhecer as condições do Centro de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário, e ter conhecimento de qual o apoio que melhor se adequa a ela. A D. A. (amiga que a acompanha), enquanto a D. M. foi conhecer as instalações do Centro, confidenciou-nos que a idosa apresenta indícios da doença de Alzheimer. A D. M. não tomou nenhuma decisão em relação ao apoio que quer iniciar, uma vez que ainda tem diversas consultas a

realizar. Afirma que tem alguns familiares, nomeadamente sobrinhas, mas que não demonstram interesse nem preocupação por ela. Afirma ainda que, tem de ver se consegue deslocar-se até ao Centro pelo próprio pé.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Este caso evidencia vários aspetos problemáticos. A idosa não possui fortes laços familiares, constatando-se por quem a acompanhou ao atendimento – uma amiga. Esta procura integrar-se numa das valências do Centro, uma vez que está a recuperar de uma trombose, que a deixou invisual de um olho. Terá, também, indícios de uma demência – Alzheimer. A procura desta integração vai trazer com toda a certeza resultados positivos no sentido de que a idosa não fique isolada.
- Notas pessoais: Esta situação retrata algumas das consequências que uma trombose pode causar no indivíduo. Esta idosa, para além de ter sofrido consequências ao nível da visão, devido à trombose, ostenta também princípios de uma demência - Alzheimer. Uma vez que os laços familiares parecem ser débeis ou mesmo inexistentes, a idosa procurou apoio a nível institucional.

19º Registo de Observação

- Data: 18-11-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª D. N.

Descrição da Situação

A D.N. é amiga e vizinha de uma utente do CD. Deslocou-se ao Centro para ter conhecimento como este funciona pois gostaria de o frequentar. Disse-nos sentir-se muito sozinha, e foi neste sentido que veio ao atendimento para procurar apoio. Foi explicado, à idosa, o modo como funciona o Centro nomeadamente ao nível das refeições e hora das mesmas, atividades de animação, entre outras. A idosa afirma que passa alguns fins-de-

semana em casa da sua filha. Decidiu que vai começar a frequentar o CD. Calculámos a mensalidade, ficando em falta as cópias dos documentos necessários para completar o processo, mas que ficou de trazer quando começar a frequentar o Centro.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A problemática central neste caso refere-se à solidão e ao isolamento. Esta idosa procurou apoio institucional, ao nível da valência CD, pois afirma sentir-se sozinha, e uma vez que o apoio familiar não é suficiente para colmatar as necessidades da idosa. (Domingues e Lemos, 2010 cita (Ferrigno, Barros e Abgail) afirmam que os centros de dia favorecem novos vínculos de amizade, os idosos partilham dificuldades, experiências, favorecendo a sua integração social. Estes autores referem que os centros de dia favorecem a socialização, a atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de novas capacidades.
- Notas pessoais: Esta idosa vem pedir apoio no sentido de frequentar o CD, deixando bem evidente que o seu maior problema tem a ver com o facto de se sentir só. Embora passe alguns dias em casa da filha, a idosa sente-se sozinha, procura, assim, integrar-se, com o objetivo de estar ocupada no seu dia-a-dia. Nesta situação está patente a problemática da solidão, e que a idosa contraria, assim, através da integração em CD.

20º Registo de Observação

- Data: 18-11-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª D. I.

Descrição da Situação

Este atendimento à utente do CD – D. I., deve-se ao facto de uma chamada de atenção realizada pela animadora sociocultural, à hora de almoço, e com todos os utentes presentes, relativamente às “cuspidelas” encontradas numa das salas do Centro.

Todos ou quase todos os funcionários, técnicos e utentes conhecem esta situação. Trata-se de uma utente que tem por hábito fazer esta ação, quer nos corredores, quer nas salas, mas ainda não foi possível confrontá-la pessoalmente. A chamada de atenção foi feita no sentido de consciencializar a idosa perante a presença dos utentes.

Indignada com esta atitude, de uma das pessoas que frequentam o Centro, a D. I. veio manifestar-se contra tal, mostrando o seu desagrado com tal gesto. Acabou por desabafar sobre vários aspetos que têm marcado negativamente o seu percurso de vida: uma intervenção cirúrgica à vista, outra ao joelho, e o desemprego do filho, economista de profissão.

É importante referirmos que este atendimento foi feito pela técnica responsável pelo SAD, uma vez que a técnica responsável pelo CD está ausente, encontrando-se de baixa há vários meses.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Esta problemática diz respeito a um tipo de comportamento adotado por uma idosa. Este comportamento desequilibrado pode ter origem em vários factores, ou no tipo de personalidade da idosa, ou mesmo no facto desta estar a iniciar o desenvolvimento de uma demência, pois a “(...) a demência agrupa um conjunto heteróclito de quadros clínicos que têm como ponto comum a presença de crises comportamentais e cognitivas graves associadas a lesões permanentes do cérebro.” (Fontaine, 2000:164)
- Notas pessoais: Trata-se de uma problemática que pode suceder com alguma frequência nas instituições. Este comportamento desajustado e desequilibrado de uma idosa causa inquietação perante os outros utentes que frequentam o mesmo Centro.

21º Registo de Observação

- Data: 22-11-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, filha da Sr.^a D. PB

Descrição da Situação

A filha da D. PB veio ao atendimento para fazer o pedido de apoio para a sua mãe. A D. P foi submetida a uma cirurgia ao cérebro. Após o período de internamento está agora em casa, a recuperar muito bem. Em casa desloca-se bem, embora necessite do apoio de uma pessoa (dar-lhe o braço, por exemplo). Já nas idas à rua necessita sempre de andarilho. A idosa vai ter apoio ao nível da alimentação (vai receber o almoço em casa), e também ao nível da higiene pessoal. Embora aguarde ainda pela prescrição da medicação, a filha “pede” que a ajudante familiar responsável pelo apoio prestado à D. P. se certifique que esta toma a medicação, e se a toma corretamente. A filha relatou ainda, em jeito de desabafo, o episódio pós-operatório, criticando a atitude pouco profissional do cirurgião.

Realizou-se a abertura do processo, a filha da idosa entregou a documentação necessária, e o SAD vai ter início na próxima segunda-feira (29-11-2010).

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A idosa encontra-se a recuperar do pós-operatório, necessitando de cuidados ao nível da higiene pessoal, apoio na alimentação, controle da medicação e auxílio na deslocação. Trata-se de uma situação de média dependência, em que para além da vigia que se exerce sobre o idoso (quando este ainda é relativamente autónomo) é necessária ajuda permanente de um cuidador (José, Wall e Correia, 2002)
- Notas pessoais: A situação acima referida tem como problemática central as necessidades decorrentes de intervenções cirúrgicas mais complexas e delicadas. Após uma cirurgia destas dimensões é necessário que exista um apoio, de forma a

suprimir necessidades e auxiliar o indivíduo a recuperar de forma saudável e adequada.

22º Registo de Observação

- Data: 22-11-2010
- Contexto: Visita Domiciliária
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.ª D. A., filho e nora da mesma

Descrição da Situação

Visitámos a D. A., no sentido de dar resposta ao pedido de apoio realizado pela família.

A idosa foi submetida a uma cirurgia às pernas há algum tempo atrás. Mas o motivo pelo qual vai necessitar de apoio deve-se a uma descompensação cardíaca e renal. Portanto, o seu rim funciona mal.

Durante o tempo de internamento para realizar a cirurgia, a idosa “queixou-se” de ser pouco acompanhada no SAMS (hospital privado dos bancários), da pouca ou nenhuma atenção que lhe disponibilizaram.

A idosa estava em casa, acompanhada pelo filho e pela nora, que se mostraram bastante simpáticos e prestáveis.

Ficou, então, acordado que a D. A. vai, assim, necessitar de apoio ao nível da higiene pessoal (banho uma vez/semana) e ao nível da alimentação (almoço todos os dias).

Os familiares mostraram-se confiantes na sua rápida e eficaz recuperação, pois afirmam que a idosa é autónoma, uma vez que até à data da operação realizava todas as tarefas domésticas e cuidava de si.

Notas de Observação

- Definição da problemática: Neste caso, a pessoa idosa vive um período pós-operatório menos positivo nomeadamente devido a algumas complicações que surgiram, e que estão na origem da perda de autonomia. O pedido de apoio domiciliário surge, então, neste sentido. A idosa, que antes da operação mantinha a sua autonomia, após algumas complicações de saúde, apresenta, agora, uma média dependência pois necessita de ajuda de uma pessoa na realização da sua higiene pessoal, ao nível da alimentação.
- Notas pessoais: Antes da realização da cirurgia era considerada uma pessoa autónoma, e os familiares têm expectativas de que esta retome a sua vida independente. Este apoio dos familiares na recuperação da idosa é certamente uma mais-valia para esta voltar a ser uma pessoa com alguma autonomia, no sentido de apenas necessitar de alguma supervisão por parte dos familiares, realizando as tarefas diárias sem necessitar de apoio.

23º Registo de Observação

- Data: 29-11-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, nora da Sr.^a D. A.

Descrição da Situação

Veio ao atendimento a nora da D. A. (que tínhamos visitado no passado dia 22). Calculámos a mensalidade que a idosa irá pagar. Abordámos a possibilidade de a idosa vir almoçar ao Centro, dependendo obviamente do seu estado de saúde. Ao nível da higiene pessoal, esta mantém-se como anteriormente falado.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Nesta situação, questionamos a hipótese da idosa poder almoçar no centro, se o seu estado de saúde o permitir, uma vez que, é dada prioridade a refeições feitas no centro. Uma das justificações para isto deve-se ao facto de ser uma das regras de funcionamento do CD (como está no regulamento), e resumidamente diz que, sempre que o estado de saúde do indivíduo o permitir, este deverá fazer a sua refeição (almoço) nas instalações do centro. Desta forma, o idoso ao realizar as suas refeições no centro, não se isola em casa, convive com outras pessoas, combatendo, assim, a problemática da solidão e do isolamento.
- Notas pessoais: É bastante plausível a hipótese colocada à idosa de almoçar no centro, uma vez que as pessoas integradas na valência CD passam a maior parte do seu dia-a-dia no mesmo, tal como o próprio nome indica, e isto implica fazer as refeições no mesmo, realizar atividades de animação e convívio, entre outras atividades que decorrem ao longo do ano.

24º Registo de Observação

- Data: 06-12-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, filho da Sr.^a D. M.

Descrição da Situação

O filho da D. M. deslocou-se ao Centro para solicitar apoio para a mãe nomeadamente para pedir a sua integração na valência CD (embora nos tenha referido ponderar a hipótese de colocar a mãe em Lar).

A D. M. tem 62 anos, está reformada por invalidez, e está a necessitar de uma resposta social. Foi-lhe diagnosticada uma demência, através do HSM – especialidade de neurologia. Trata-se de uma demência que se caracteriza pelo envelhecimento repentino do cérebro – comparada ao Alzheimer. Apresenta pouca coerência no discurso, não se localiza no tempo, e confunde os nomes das pessoas e das coisas. No entanto, desloca-se bem, sem necessidade de auxílio. A D. M. “queixava-se” de fortes dores de cabeça, sendo-lhe, então, diagnosticada a demência.

A técnica de Serviço Social sugeriu ao filho que a sua mãe viesse para o COPPI – Centro Ocupacional Protegido para Idosos, uma vez que a sua integração na valência CD não é, de todo, possível. Tal como referimos anteriormente, o COPPI trata-se de um espaço que privilegia a integração de indivíduos portadores de demências. Referiu ainda que, o único impedimento será a questão do transporte do Centro para casa e vice-versa, pois não existem vagas, neste momento, na carrinha.

O filho da D. M. refere que o pai trabalha 10 horas/dia. Ficou de chegar a uma resolução no respeitante à forma como será garantido o transporte da D. M. Refere ainda que, este apoio beneficiará a mãe durante o dia, isto porque o marido não pode estar nem tomar conta dela, e à noite já estaria com o marido, auxiliando-a este também a arranjar-se de manhã antes de vir para o Centro.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Em primeiro lugar importa referir que, esta pessoa não deve ser considerada idosa, uma vez que tem 62 anos, e segundo a OMS, é considerada uma pessoa idosa com idade igual ou superior a 65 anos. No

seguimento deste facto importa referir também que, os estados demenciais não são únicos e exclusivos do processo de envelhecimento, tal como confirmamos através desta situação. Como refere Fontaine (2000) “não podemos considerar que as demências sejam patologias provenientes apenas da velhice (...) é indispensável referir que os estados demenciais não se constituem como resultados inevitáveis do processo de envelhecimento”.

A problemática central da situação apresentada reside no estado demencial em que se encontra a D. M. A demência está a afetar a sua autonomia bem como a sua dignidade. Os familiares têm, assim, de recorrer ao apoio institucional pois exercem as suas atividades profissionais e estas não lhe permitem poder cuidar e acompanhar a D. M. O seu marido trabalha dez horas/dia impossibilitando-o de cuidar da esposa a tempo inteiro, tomando, portanto, a decisão de integrar a esposa no Centro, sendo o restante tempo da sua responsabilidade. Segundo José, Wall e Correia (2002) os familiares da D. M. adoptaram a solução mista de cuidados básicos no domicílio, em que os cuidados básicos no domicílio são prestados pela família em conjugação com apoios extrafamiliares pagos (apoio de uma instituição, neste caso COPPI). Assim, a idosa beneficia deste apoio durante a semana, enquanto aos fins de semana, de manhã e à noite é a família que assegura a prestação dos cuidados necessários.

- Notas pessoais: As situações referidas anteriormente são bastante atuais nas sociedades contemporâneas. A ocorrência de um estado demencial pode verificar-se mesmo antes de o indivíduo atingir o estatuto de pessoa idosa, como constatamos na situação descrita. Esta realidade conduz a novos problemas sociais, tais como, a reforma por invalidez do indivíduo, a quem foi diagnosticada uma demência, e quais os procedimentos a adotar perante este cenário, tais como, quem, como e onde cuidar do indivíduo em estado demente. Não existem muitas instituições com esta valência específica – COPPI (para indivíduos portadores de demências ou incapacidades físicas que os impeçam de serem autónomos). Na maioria dos casos, os indivíduos mantêm a atividade profissional até à idade da reforma, e muitas vezes, para além desta. Quando um familiar, como no caso referido, necessita de acompanhamento devido ao estado demencial que desenvolveu, os indivíduos vêm-se confrontados com a situação, nomeadamente se

abandonam a atividade profissional que mantêm ou se abdicam da mesma em função de se tornarem cuidadores do familiar que precisa de assistência, ou ainda, se dispõem de outras opções que lhes permitam encontrar um equilíbrio, no sentido de manter a atividade profissional, cuidando também do familiar, como acontece nesta situação. Trata-se de uma questão complexa e delicada, que carece de uma profunda reflexão.

25º Registo de Observação

- Data: 06-12-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, vizinha da D. C.

Descrição da Situação

Uma vizinha do mesmo prédio da D. C. deslocou-se ao Centro por causa do contador da água e da luz (a contagem de ambas está em falta). Afirma, ainda, que, haverá uma infiltração, que à partida virá de casa da D. C.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Este atendimento é um dos muitos que recebemos devido ao mau estado em que se encontra a casa onde vivia a D. C. A casa da idosa, como já referimos anteriormente, encontrava-se num estado deplorável, e que não permitia a vivência de qualquer ser vivo. Desde o momento de alerta da situação, designadamente das condições em que a idosa vivia, a mesma foi retirada de lá, e a casa foi submetida a uma arrumação e limpeza profundas mas que ainda “incomoda” os restantes moradores do prédio, tal como verificamos pela informação de ocorrência de uma infiltração.

- Notas pessoais: A situação da idosa está a ser encaminhada, no sentido da sua institucionalização, uma vez que os familiares não podem, devido a fatores como a atividade profissional que mantêm, ao tamanho da residência, entre outros, cuidar da idosa a tempo inteiro.

26º Registo de Observação

- Data: 06-12-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr. CC

Descrição da Situação

O Sr. CC, deslocou-se ao Centro para solicitar informações sobre qual a resposta mais adequada para a mãe – Sr.^a D. EC, de 93 anos. É o único filho da idosa, sendo o seu único suporte familiar, pois a idosa vive sozinha.

A idosa tem deficiência auditiva e visual, e problemas de equilíbrio. Relativamente à questão dos problemas de equilíbrio não está a ser acompanhada por nenhum especialista. O filho afirma que, neste momento, a idosa cai com frequência. Tem um problema mental indefinido (deve-se à parte psíquica). É diabética e hipertensa, fazendo medicação para ambas. Usa fraldas normais devido a quedas sucessivas. Apesar do número de problemas que afetam a idosa, mobiliza-se razoavelmente bem.

Para podermos avaliar melhor a situação, explicámos ao Sr. C. que, terá de vir com a sua mãe a uma entrevista. É igualmente necessário que traga os documentos da idosa, o nome da medicação que toma, e uma declaração médica que comprove o seu estado de saúde.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Primeiramente destacamos uma provável situação de isolamento, uma vez que a idosa vive sozinha e as redes de suporte familiar resumem-se ao seu único filho. A idosa apresenta diversas enfermidades, afetando a sua autonomia nomeadamente os problemas de equilíbrio, resultando em quedas repetidas, e, também, os problemas a nível auditivo e visual.
- Notas pessoais: De acordo com os problemas referidos, pesamos que a integração da idosa na CNSR, quer seja na valência CD quer seja no COPPI, será uma opção acertada, dadas as circunstâncias que esta vivencia. Uma vez que a idosa vive sozinha, a integração no CD favorecerá as suas relações interpessoais, permitindo que esta conviva, promovendo a sua autonomia, e dignidade.

27º Registo de Observação

- Data: 13-12-2010
- Contexto: Mudança de utente do COPPI para Lar Padre Carlos
- Intervenientes: Estagiária, Assistentes Sociais (CNSR e Lar Padre Carlos), Sr.^a D. A

Descrição da Situação

Este dia foi marcado pela transferência da D. A., da valência COPPI, onde estava integrada, para o Lar Padre Carlos. Esta alteração deve-se ao facto de a idosa (que já teve um AVC) ter experienciado, nos últimos tempos, alterações no seu quotidiano. Estas alterações traduzem-se em quedas em casa, à noite, o que constitui um perigo, uma vez que a idosa vive sozinha (o marido já faleceu e não tem filhos), não possui suporte familiar. Desta forma, e uma vez que abriu uma vaga no Lar Padre Carlos, existiu a possibilidade de integrar a D. A., estando, assim, mais protegida, vigiada, no sentido de lhe ser dada a segurança e apoio necessários.

Fomos a casa da idosa auxiliá-la na mudança e transporte de roupas e objetos pessoais, para o Lar. Acompanhámo-la até ao Lar Padre Carlos, onde foi carinhosamente recebida pelos técnicos e funcionários.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Esta situação aborda alguns aspetos problemáticos, tais como a solidão. Esta idosa não possui laços familiares, há exceção de um irmão, com o qual não mantém contacto. O seu estado de saúde foi determinante para a sua integração em Lar, uma vez que estava desprotegida e sem apoio durante o tempo que passava fora do Centro. A idosa mantém, ainda, as capacidades cognitivas, apresentando um discurso coerente. O motivo crucial para a sua integração em Lar deve-se ao facto das suas capacidades físicas estarem afetadas devido ao AVC, não permitindo que esta permaneça sozinha em casa.

- Notas pessoais: Embora alguns autores defendam a desinstitucionalização, existem casos excepcionais, como este, em que não existem laços familiares para dar o apoio necessário. Assim, não será, de todo, conveniente que a pessoa idosa, que está incapacitada fisicamente, experiencie situações de solidão e isolamento, e poder ainda, agravar mais o seu estado de saúde. Desta forma, torna-se imprescindível que se reúnam as condições para uma existência digna para a pessoa idosa, com necessidades específicas, com vista a viver uma velhice plena.

28º Registo de Observação

- Data: 22-12-2010
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, filha da Sr.^a D. FL

Descrição da Situação

A filha da Sr.^a D. FL, veio ao atendimento para saber qual a possibilidade de integrar a mãe.

A idosa, de 81 anos, viveu toda a sua vida na margem sul do Tejo, na Cruz de Pau, com a filha que é magistrada.

A filha afirma que a idosa apresenta um estado demencial - Alzheimer. Afirma ainda que, a mãe é uma pessoa muito conservadora, bastante autónoma (dentro das suas limitações). Fisicamente tem limitações, pois desloca-se com a ajuda de uma bengala. Tem problemas de visão, foi submetida a uma cirurgia às cataratas. A filha afirma também que a D.FL cansa-se facilmente, não podendo, assim, fazer muitos esforços físicos. Apresenta problemas ao nível da memória, esquecendo-se do local onde coloca os objetos, esquecendo-se também de realizar as refeições. Afirma-nos ainda que, a idosa não dorme, deambulando pela casa durante a noite, e que “sofre” de alucinações noturnas (vê coisas na parede), não acontecendo estes episódios durante o dia. O neurologista explica este acontecimento ao facto da perda de uma vista. Foram-lhe receitados medicamentos anti-depressivos, estando medicada para dormir. Sofre ainda de problemas de coração, tendo realizado vários exames.

A integração da idosa em CD está completamente posta de parte, uma vez que esta apresenta um estado demencial, sendo a resposta mais adequada o COPPI. A técnica de serviço social aconselhou ainda, a filha a levar a mãe a um gerontopsiquiatra, psiquiatra especializado em doenças do envelhecimento.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: Este caso aborda a problemática das demências na população idosa. “Muitas famílias confrontam-se com a dor de um parente atingido pela doença de Alzheimer (...)”(Fontaine, 2000) Esta demência está a

afetar a memória da idosa, pois como constatamos esta esquece-se até de fazer as refeições.

Para além deste problema, a idosa apresenta, também, problemas de saúde que a estão a impedir de manter a sua autonomia, tais como, problemas de visão, problemas cognitivos, e problemas cardíacos. A doença de Alzheimer associada aos restantes problemas de saúde faz com que a idosa apresente uma média dependência, uma vez que esta necessita de ser vigiada nas tarefas diárias, necessitando, também, de apoio de terceiros na realização das mesmas tarefas. (José, Wall e Correia, 2002)

- Notas pessoais: Tal como em algumas situações já referidas, este é mais um caso em que a autonomia do indivíduo é afectada por um estado demencial. Para além do diagnóstico de uma demência, outras doenças do foro psicológico e biológico que atingem o indivíduo podem interferir de forma relevante no seu quotidiano, afetando a sua autonomia.

Referimos, ainda, o facto do laço familiar mais próximo da idosa, a sua filha, manter a sua atividade profissional, o que não lhe permite poder cuidar e acompanhar a tempo inteiro a mãe. É neste sentido que a filha da idosa procura uma resposta que esteja adequada para a mãe, e que lhe proporcione segurança, apoio e bem-estar, e que, segundo José, Wall e Correia (2002) a filha adotará a solução mista de cuidados básicos no domicílio.

29º Registo de Observação

- Data: 03-01-2011
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr. C.

Descrição da Situação

O Sr. C. é marido da Sr.^a D.A., que frequenta a valência COPPI. Foi chamado para vir ao atendimento devido ao estado em que a esposa se encontra atualmente.

A assistente social informa o marido da D.A. que esta tem-se manifestado muito agitada ultimamente. No dia de hoje, por exemplo, sofreu uma queda e ficou bastante ansiosa, chorando bastante. Informou-o, também, que tem de verificar a medicação, uma vez que têm existido alterações de comportamento. A D.A. apresenta um estado demencial, e, nos últimos tempos, tem-se manifestado agressiva (mostrando ter bastante força física) para com os profissionais que a acompanham, e para com os restantes idosos integrados no COPPI. É de encontro a esta realidade que alertamos o marido da idosa, com o intuito de, juntos, encontrarmos a melhor solução para a idosa.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: A problemática que está implícita nesta situação diz respeito às mudanças de comportamento de uma idosa que apresenta um quadro demencial. A idosa está integrada na valência COPPI, no entanto, o seu comportamento está alterado, manifestando agressividade para com os técnicos e restantes utentes, o que está a dificultar a realização das atividades do dia-a-dia, causando instabilidade, quer no trabalho dos técnicos quer no do grupo.
- Notas pessoais: A alteração do comportamento da idosa pode estar na origem da medicação adotada. Esta situação torna-se bastante complicada, na medida em que os técnicos vêm-se confrontados com a dificuldade de lidarem com a idosa e com o restante grupo, isto porque o estado em que a idosa se encontra “obriga” à atenção permanente de um técnico só para esta, o que é bastante complicado pois são três técnicos a acompanhar cerca de 20 utentes.

30º Registo de Observação

- Data: 04-01-2011
- Contexto: Atendimento
- Intervenientes: Estagiária, Assistente Social, Sr.^a D. F.

Descrição da Situação

A D.F. é esposa do Sr. A. e ambos frequentam o CD. A idosa vem ao atendimento devido à tosse constante que tem, e que a impede de comer. Afirma passar o dia e a noite a tossir. Pediu para a levarmos ao médico mas sem avisar a nora que tinha falado sobre o assunto connosco.

No decorrer da conversa contou a história familiar que vive em casa do filho e da nora. O casal de idosos vive em casa do filho e da nora, e afirmam que não são bem tratados por estes. A idosa diz viverem um tormento familiar. Afirma que o filho, nunca tem disponibilidade para eles, e que a nora mal lhes fala. Diz ainda que, as refeições nomeadamente o jantar, porque o almoço é no Centro, não existe para eles lá em casa, pois quando chegam do Centro vão para o quarto e comem o pão que sobra do almoço (levam sempre o pão, que não comem ao almoço, para casa). Em relação à tosse da idosa, esta afirma já lhes ter pedido para a levarem ao médico ao que a nora respondeu: "não finja que está doente". A D.F. procurou-nos no sentido de que a nora seja alertada, que a idosa está realmente com muita tosse, impedindo-a de realizar tarefas básicas do dia-a-dia, como as refeições.

Notas de Observação

- Problemática/Notas de análise: De acordo com a situação referida identificamos um caso de negligência por parte do filho e da nora da idosa para com esta e o seu marido. Esta situação denuncia maus-tratos psicológicos, e que estão a colocar em causa a dignidade do casal de idosos. (Pais, 2005:146) refere que, “ (...) em algumas famílias os idosos continuam a ser objeto de maus-tratos – chega-se mesmo a falar da «síndrome da avó sovada» (...)”.

- Notas pessoais: Este caso aborda os maus tratos a nível psicológico que afetam algumas pessoas idosas. O casal de idosos vive em casa do filho e da nora, e supostamente deveria ter mais assistência e apoio por parte da família mas tal não acontece. Os familiares não dão o apoio necessário à manutenção dos cuidados básicos dos idosos, como a alimentação e a saúde, o que se traduz numa situação negligente e que necessita de sinalização.

ANEXO C

Nr	Fonte	Morada	Identificação		Idade	Situação atual	Tipologia Familiar	Observações
			Data nasc.	Idade				
80	**	P. General Vicente Freitas, 8 - 2º Ftt	19-10-1913	98				
81	**	R Gonçalves Viana, 8 - R/C Esq	07-06-1908	103			X	Desistiu 22-Jun-95
82	**	Rua das Laranjeiras, 21.B - 1º Esq	12-01-1918	93			X	
83	**	R Alto dos Moinhos, 4 - R/C Esq	27-01-1935	76	CNSR -		X	2005
84	**	Pça. General Vicente de Freitas, 6 - R/C Dto.	02-06-1923	88			X	26-Fev-99
85	**	R Cândido Figueiredo, 70 - 1º Esq	14-10-1928	83			X	Desistiu
86	**	R das Furnas, 25 - CV Esq	12-12-1930	81				
87	**	R Raquel Roque Gameiro, 12 - 4º Esq	17-04-1927	84	CNSR - C/PSDB		X	
88	**	R Costa Nôca, 3 - 1º Dto	09-10-1937	74	CNSR -		X	
89	**	Lg. Conde Otholini, 20 - 2º Dto	03-09-1933	78			X	Desistiu 04/2009
90	**	Lg. Conde Otholini, 20 - 2º Dto	13-05-1943	68			X	Desistiu
91	**	Lg. Conde Otholini, 20 - 2º Dto	28-10-1926	85			X	Desistiu
92	**	R das Furnas, 18 - 2º Esq	30-12-1925	86			X	12-10-2006
93	**	R S. Domingos de Benfica, 15 - R/C	15-12-1916	95			X	Desistiu 11/2009
94	**	Estrada de Benfica, 268 - 2º Dto	18-12-1919	92				
95	**	R António Feijó, 50 - 1º Dto	13-09-1921	90	CNSR - C/PSDB		X	
96	**	Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 104 - 5º Esq	20-08-1916	95				
97	**	Lg. Conde Otholini, 13 - 3º Ftt	13-10-1923	88				Desistiu
98	**	R Cândido Figueiredo, 79 - CV Dto	01-06-1912	99				Desistiu
99	**	R Professor Lima Basto, 103 - 3º Dto	25-03-1931	80				Desistiu 2009
100	**	Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 104 - 2º E	16-05-1924	87			X	
101	**	R Soeiros, Alto dos Moinhos 5 - 3 A	24-03-1915	96			X	
102	**	R Abel Botelho, 8 - 2º Dto	20-11-1914	97				
103	**	R Professor Lima Bastos, 123 - 3º	07-12-1929	82				Desistiu 2007
104	**	R António Feijó, 58 - Sub Cave Esq	25-02-1912	88				Desistiu 2008
105	**	R Duarte Galvão, 9 - 3º Dto	06-01-1915	96			X	Desistiu 1996
106	**	R Cecília Meireles, 5 - 1º Dto	23-07-1922	89	CNSR -			Desistiu
107	**	Beco da Botica, 7 - 1º	10-07-1923	88				Desistiu
108	**	R Cidade Rabat, 2 - 2º Dto	08-11-1913	98				Sat-92
109	**	Barro Novo (à Tv. Das Águas Boas) 25	01-02-1924	87				Desistiu 2007
110	**	R Francisco Pereira de Sousa, 4 - 1º	12-11-1934	77				Desistiu 21/05/2007
111	**	R Dr. António Martins, 23 - Porteira	16-08-1910	101				Desistiu Jan.1995
112	**	R Cidade Rabat, A3 - 2º Esq	05-08-1923	88				Desistiu 01/2009
113	**	R Cidade Rabat, lote A, 3 - R/C 2º Dto.	16-03-1914	97				Desistiu 10/10/2006
114	**	R António e Sá, 7 A - Porta 2 B	25-06-1923	88				
115	**	R António e Sá, 7 A - Porta 2 B	12-04-1914	97				
116	**	R Cândido Figueiredo, 78 - R/C Dto	21-09-1919	92				
117	**	Tv. Palma de Baixo 5	08-07-1899	112			X	Desistiu
118	**	R Conde de Almôster, 42 - 3º Ftt	25-12-1920	91			X	08-06-1996
119	**	R Padre Carlos dos Santos, 34 - 1º Dto	25-12-1920	91			X	Desistiu 2011
120	**	Estrada de Benfica, 321 - 2º Esq	28-02-1913	98			X	Desistiu 2007
121	**	Estrada de Benfica, 271 - R/C Esq	18-03-1915	96				Desistiu 2009
122	**	Travessa das Águas Boas, 5 - R/C Dto	03-05-1919	92				Jun-98
123	**	R Teresa Gomes, 10 - 9º B	17-08-1904	107				11-Ago-96
124	**	R Padre Francisco Álvares, 22 - R/C A	01-03-1919	92			X	Desistiu 11/2008
125	**	Lg. Conde Otholini, 2 - 3º Esq	01-01-1915	96			X	
126	**	R Raquel Roque Gameiro, 8 - 1º Dto	17-10-1921	90			X	
127	**	R Abel Botelho, 15 - 1º Esq	27-02-1921	90			X	
128	**	R Dr. António Granjo, 12 - R/C	12-01-1931	80			X	Desistiu 2008
129	**	R Conde de Almôster, 42 - 3º Frente	03-01-1917	94	Lar Padre Carlos-C/PSDB		X	Der-98
130	**	Estrada de Benfica, 321 - 2º Esq	28-02-1912	99			X	Apr-04
131	**	Lg. Conde Otholini, 10 - 2º Dto	28-02-1915	96				Desistiu 2007
132	**	Pça. General Vicente de Freitas, 8 - 3º Dto	01-04-1911	100				
133	**	Tv. Águas Boas, 17 - 1º Dto	10-01-1929	82				Desistiu
134	**	Calçada Palma de Baixo, 29 - CV Dia	28-03-1914	97				Desistiu 02/2006
135	**	Tv. S. Domingos de Benfica, 15, 1º Esq.	03-06-1932	79				Desistiu 05/2010
136	**	R Raul Carapinha, 19 - 3ª Letra D	08-11-1932	89				Desistiu 2010
137	**	R Inácio de Sousa, 17 - 3º Dto	15-02-1919	92				
138	**	Travessa de S. Domingos de Benfica, 16 - 2º Dto	30-12-1915	96			X	
139	**	Tv. Das Águas Boas, 33	25-01-1909	102			X	
140	**	R Conde de Almôster, 24 - 2º Esq	31-12-1933	78			X	Desistiu
141	**	R Carlos Pereira, 1 - 3º Esq	26-11-1914	97			X	Desistiu
142	**	Tv. S. Domingos de Benfica, 23 - R/C Esq	07-03-1913	98				
143	**	Lg. Silvestre Pinheiro Ferreira, 3 - 5º Dto	30-12-1927	84			X	
144	**	R das Laranjeiras, 8 - R/C Dto	03-01-1905	106				
145	**	R Cidade Rabat, 8	20-08-1913	98				Desistiu 2009
146	**	R Padre Francisco Álvares, 14 - R/C Dto	16-01-1918	93				Desistiu 2008
147	**	Estrada de Benfica, 300 - 3º Esq	25-11-1914	97				Desistiu
148	**	R António Nobre, 15 - 3º Esq	05-12-1925	86				Desistiu 2009
149	**	Estr. De Benfica, 311 - Porteira	08-12-1927	84				Desistiu 2006
150	**	R Padre Francisco Álvares, 15 - 5º Esq	28-02-1915	96			X	2005
151	**	Alto dos Moinhos, 45	N.e.**	N.e.**				Apelo S.C.M.L.
152	**	Tv. S. Domingos de Benfica, 25 - 2º Esq	28-04-1914	97			X	Desistiu 2008
153	**	R Leão de Barros, 4 - 5º Esq	06-05-1916	95			X	
154	**	Lg. Conde Otholini, 4 - 2º Esq	03-11-1925	86			X	
155	**	R Dr. António Granjo, 4 - 1º Dto	10-11-1924	87			X	Mar-96
156	**	R Padre Francisco Álvares, 16 - 3º Dto	N.e.**	N.e.**			X	Feb-96
157	**	R Dr. António Martins, 41 - 5º	25-05-1919	92			X	

Nr	Fonte	Morada	Identificação		Idade	3.º Qui	Serviços, qual/ Aquais	Validadas		Situação atual		Tipologia Familiar	Observações
			Data nasc.	Idade				Lar SA/D	funcionaliza	Deslocações	Vive só/ Isolado		
158	*	R António Nobre, 42 - 3.º Dto			85			X					12-09-2007
159	*	R das Laranjeiras, 27 - 2.º			88	CNSR - C/SPSDB		X					Desistiu 03/2007
160	*	R António Nobre, 15 - 3.º Dto			88								Desistiu 2009
161	*	R Abel Botelho, 22 - 1.º Esq			95			X					Desistiu
162	*	R Padre Carlos dos Santos, 38 - 2.º C. R/ Furnas			87			X					Dec-03
163	*	Lg. Conde Ottolini, 2 - R/C Dto			86			X					Desistiu 28-Mai-04
164	*	R padre Francisco Álvares, 15 - 5.º Esq			99			X					Desistiu Abril 2005
165	*	P.ª Silvestre Pinheiro Ferreira, 3 - 4.º Esq			84			X					Desistiu
166	*	Estrada de Benfica, 300 - 3.º Esq			105			X					Desistiu 16-Jun-05
167	*	R António Felijo, 44 - 3.º Esq			80	CNSR - C/SPSDB		X					Mar-08
168	*	Calçada Palma de Baixo, 35 - 3.º Dto			89			X					Desistiu
169	*	R Cecília Meireles, 15 - 1.º Esq			97			X					Desistiu
170	*	R Raul Carapinha, 5 - 2.º Esq			83			X					Desistiu
171	*	R S. Domingos de Benfica, 7 - R/C Dto			97			X					Desistiu
172	*	R Cândido Figueiredo, 82 - 2.º Dto			94	CNSR - C/SPSDB		X					Desistiu
173	*	R Gonçalves Vianna, 3 - 1.º Esq			83			X					Desistiu
174	*	R Teresa Gomes, 5 - 2.º Esq			74			X					Desistiu
175	*	R S. Domingos de Benfica, 10 - 2.º Dto			85			X					Desistiu
176	*	R Padre Francisco Álvares, 25 - 3.º Esq			87			X					Desistiu
177	*	Lg. Conde Ottolini, 12 - 1.º Esq			100			X					Desistiu
178	*	R Padre Francisco Álvares, 20 - 3.º Inf Esq			95			X					Desistiu
179	*	R S. Domingos de Benfica, 11 - Porteira 4.º Dto			74			X					Desistiu
180	*	R Inácio de Sousa, 17 - 3.º Frt			90			X					Desistiu
181	*	R Cândido Figueiredo, 2 - 2.º Frt			97			X					Desistiu
182	*	Tv. Das Águas Boas, 12			111			X					Desistiu
183	*	R Conde de Almoster, 70 - R/C Dto			82			X					Desistiu
184	*	R Cândido Figueiredo, 87 - 6.º C			88			X					Desistiu
185	*	R Dr. Mascarenhas de Melo, 6 - 3.º Dto			107			X					Desistiu
186	*	R S. Domingos de Benfica, 45 - 1.º Dto			96	S.C.M.L.		X					Desistiu
187	*	Lg. Conde Ottolini, 22 - R/C Frt			96			X					Desistiu
188	*	Lg. Conde Ottolini, 1 - C/V Dto			85			X					Desistiu
189	*	R Basílio Teles, 17 - 5.º A			100			X					Desistiu
190	*	R das Palmeiras, 8 - Palma de Baixo			87			X					Desistiu
191	*	R das Laranjeiras, 28			86			X					Desistiu
192	*	R António Nobre, 44			91			X					Desistiu
193	*	P.ª General Vicente de Freitas, 10 - 3.º Esq			80			X					Desistiu
194	*	R Duarte Galvão, 14 - 1.º Esq			88			X					Desistiu
195	*	R Inácio de Sousa, 17 - 3.º Esq			100			X					Desistiu
196	*	R S. Domingos de Benfica, 47			100			X					Desistiu
197	*	Beco da Benca, 9 - Porta 1			90			X					Desistiu
198	*	R Cândido Figueiredo, 4 - 1.º Dto			94			X					Desistiu
199	*	R Novo das Furnas, 34 - 2.º Dto			76			X					Desistiu
200	*	R Gonçalves Vianna, 8 - R/D			92			X					Desistiu
201	*	R Cândido Figueiredo, 66 - 1.º Esq			81			X					Desistiu
202	*	Estr. de Benfica, 319 - 1.º Esq.			75			X					Desistiu
203	*	Tv. Águas Boas, 17 - 1.º Dto			81			X					Desistiu
204	*	R António Nobre, 46 - 2.º Esq.			94			X					Desistiu
205	*	R Teresa Gomes, 7 - 3.º Dto			81			X					Desistiu
206	*	R Gonçalves Vianna, 7 - R/C Esq			84			X					Desistiu
207	*	R Teresa Gomes, Esc D - 4.º A			93			X					Desistiu
208	*	R Novo Galvão, 19 A - R/C			79			X					Desistiu
209	*	Estrada de Benfica, 205 - 3.º Esq			82			X					Desistiu
210	*	R Cecília Meireles, 15 - 3.º Frt			82			X					Desistiu
211	*	R Teresa Gomes, 10 - 4 C			96			X					Desistiu
212	*	N.e.**			N.e.**			X					Desistiu
213	*	R das Laranjeiras, 21 B - 2.º Dto			94			X					Desistiu
214	*	R das Laranjeiras, 21 B - 1.º Esq			88			X					Desistiu
215	*	R Cândido Figueiredo, 76 - R/C Esq			82			X					Desistiu
216	*	Estrada de Benfica, 351 - 4.º F			91			X					Desistiu
217	*	P.ª General Vicente de Freitas, 12 - 1.º Dto			92			X					Desistiu
218	*	R Abel Botelho, 14 - 2.º Dto			91			X					Desistiu
219	*	R António Nobre, 22 - 3.º			65			X					Desistiu
220	*	R de Camplide, 445 - R/C Dto			95			X					Desistiu
221	*	R Costa Mota, 9 - 4.º Dto ou*			82			X					Desistiu
222	*	R Duarte Galvão, 17 - 4.º Esq			70			X					Desistiu
223	*	Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 98 - 4.º Esq			85			X					Desistiu
224	*	R S. Domingos de Benfica, 15 - 2.º Esq			83			X					Desistiu
225	*	P.ª General Vicente de Freitas, 11 - R/C Esq			90			X					Desistiu
226	*	R Conde de Almoster, 38 - 1.º Dto			78			X					Desistiu
227	*	R Conde de Almoster, 54 - 1.º Dto			92			X					Desistiu
228	*	Lg. Conde Ottolini, 16 - R/C Dto			75			X					Desistiu
229	*	R Leão de Barros, 10 - 4.º Dto			105			X					Desistiu
230	*	R Dr. António Granjo, 12 - R/C			77			X					Desistiu
231	*	Tv. S. Domingos de Benfica, 9 - 1.º F			106			X					Desistiu
232	*	R Duarte Galvão, 3 - 1.º Esq			89			X					Desistiu
233	*	R Duarte Galvão, 3 - 1.º Esq			75			X					Desistiu
234	*	R Cidade Rabat, A2 - 2.º Frente			67			X					Desistiu
235	*	R Dr. António Martins, 6 - 2.º			103			X					Desistiu

Nº	Fonte	Morada	Identificação		Idade	3.º Qu	Serviços, aquais CD	Validadas	Situat. atual	Tipologia Familiar		Observações
			Data nasc.	Idade nasc.						C/Conjuge	C/Outro famiilic/ Família alargada	
392	*	Lg. Conde Otolini, 19 - 2.º Esq			99							Desistiu 29-Dez-96
393	*	P.º Silvestre Pinheiro Ferreira, 2 - 3.º Esq			102			X		X		Desistiu 29-Dez-96
394	*	Lg. S. Domingos de Benfica, 3 - R/C Dto			87			X				Desistiu 2007
395	*	R António Feijó, 58 - 1.º Esq Ft			92							Desistiu 06/2010
396	*	R António Nobre, 47 - 2.º F			102							Desistiu 2007
397	*	R António Nobre, 51 - 1.º Ft			93							Desistiu 06/2010
398	*	R das Furnas, 21 - 3.º Dto			86							Desistiu 2007
399	*	R Abel Botelho, 12 - 2.º Dto			98							Desistiu 2007
400	*	R António Nobre, 21 - R/C Esq			N.e.**							Desistiu 2007
401	*	R António e Sá, Vila Ventura 11			82							Desistiu 2007
402	*	R S. Domingos de Benfica, 6 - 1.º Ft			101							Desistiu 2007
403	*	Estrada de Benfica, 266 - 1.º Esq			83							Desistiu 2007
404	*	R António Nobre, 45 - 2.º Dto			100			X				Desistiu 2007
405	*	Lg. Conde Otolini, 11 - 2.º A			93							Desistiu 2007
406	*	R Cidade de Rabat, 27 - 4.º Dto			85			X				Desistiu 2007
407	*	R Novo à Trv. Das Águas Boas, 25			104			X				Desistiu 2007
408	*	R Abel Botelho, 21 - 2.º Dto			89	CNSR -	X					Desistiu 2007
409	*	R Conde de Almoster, 60 - 1.º Esq			102			X				Desistiu 2007
410	*	Lg. Cabovates Gulbenkian, 7 - 3.º Dto			73	CNSR - C/PSDB		X				Desistiu 2007
411	*	R Cândido Figueiredo, 74 - R/C Dto			88	CNSR -	X					Desistiu 2007
412	*	R Padre Francisco Álvares, 24 - 1.º B			96							Desistiu 2007
413	*	Lg. Conde Otolini, 18 - C/V Ft			92							Desistiu 2007
414	*	R António Nobre, 19 - R/C Esq			82							Desistiu 2007
415	*	Largo Conde Otolini, 5 - R/C Ft			86							Desistiu 2007
416	*	R Carlos Pereira, 5 - 2.º Esq			93							Desistiu 2010
417	*	R Abel Botelho, 6 - C/V			97							Desistiu 2007
418	*	R Cidade de Rabat, 20 - 2.º Esq			84			X				Desistiu 2007
419	*	R Gonçalves Viana, 12 - C/V Esq			82							Desistiu 2007
420	*	Av. Madame Curie, 17 - 1.º Dto			89							Desistiu 2007
421	*	Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 98 - 4.º Esq			85							Desistiu 2007
422	*	Largo Monsenhor Delgado, 7 - R/C Esq			79	CNSR - C/PSDB						Desistiu 2007
423	*	R António Nobre, 45 - 1.º Dto			79							Desistiu 2007
424	*	R Abel Botelho, 22 - 2.º Dto			81							Desistiu 2007
425	*	R Raul Carapinha, 5 - 2.º Dto			81							Desistiu 2007
426	*	P.º General Vicente de Freitas, 11 - 3.º Esq			N.e.**							Desistiu 2007
427	*	R António Nobre, 37 - 3.º Esq			78	CNSR - C/PSDB		X				Desistiu 2007
428	*	R Dr. António Martins, 28 - C/V Dia			75	CNSR - C/PSDB						Desistiu 2007
429	*	R Dr. António Martins, 30 - R/C Esq			73	CNSR - C/PSDB		X				Desistiu 2007
430	*	R Abel Botelho, 17 - R/C Dto			80			X				Desistiu 2007
431	*	R Cândido Figueiredo, 64 - R/C Dt			66			X				Desistiu 2007
432	*	R Duarte Galvão, 3 - 4.º Esq			91							Desistiu 2007
433	*	R António Nobre, 47 - 2.º Dto			84							Desistiu 2007
434	*	R das Furnas, 4 - 3.º Esq			83							Desistiu 2007
435	*	R Abel Botelho, 16 - 2.º Esq			89							Desistiu 2007
436	*	R Raul Carapinha, 9 - 1.º Dto			90							Desistiu 2007
437	*	R Padre Francisco Álvares, 1 - 2.º Esq A			97							Desistiu 2007
438	*	R Cecília Meireles, 15 - 1.º Esq			79			X				Desistiu 2007
439	*	R S. Domingos de Benfica, 11, Porteira 4.º Dto			79							Desistiu 2007
440	*	R Padre Carlos dos Santos, 36 - 1.º Ft			79							Desistiu 2007
441	*	R Inácio de Sousa, 17 - R/C Ft			83			X				Desistiu 2007
442	*	R Raul Carapinha, 5 - 2.º Esq			82							Desistiu 2007
443	*	Estrada de Benfica, 350 - 3.º Dto			94							Desistiu 2007
444	*	R das Furnas, 24 - 3.º Dto			94							Desistiu 2007
445	*	Lg. Conde Otolini, 1 - 2.º Esq			98							Desistiu 2007
446	*	R António Nobre, 19 - R/C Esq			82							Desistiu 2007
447	*	Beco da Botica, 10			75							Desistiu 2007
448	*	R das Palmeiras, 14 - 1.º Dto - Palma de Baixo			90							Desistiu 2007
449	*	R das Furnas, 18 - 3.º Esq			87							Desistiu 2007
450	*	R Inácio de Sousa, 17 - 2.º Dto			83							Desistiu 2007
451	*	R Duarte Galvão, 46 - 2.º Ft			78			X				Desistiu 2007
452	*	R Conde de Almoster, 42 - 3.º			94							Desistiu 2007
453	*	R Caminho Palma de Cima Pateo Silva, 22 Porta D			92							Desistiu 2007
454	*	R Duarte Galvão, 12 - R/C Esq			79							Desistiu 2007
455	*	R António Nobre, 19 - R/C Dto			79							Desistiu 2007
456	*	Lg. Monsenhor Delgado, 10 - R/C Ft			86	CNSR - C/PSDB		X				Desistiu 2007
457	*	R Gonçalves Viana, 4 - 1.º Dto			98							Desistiu 2007
458	*	R Abel Botelho, 23 - 3.º Esq			80	CNSR -	X					Desistiu 2007
459	*	R das Laranjeiras, 20 - 2.º Dto			90	CNSR - C/PSDB						Desistiu 2007
460	*	R António Nobre, 18 - 2.º Dto			90			X				Desistiu 2007
461	*	R Conde de Almoster, 40 - C/V Esq			77							Desistiu 2007
462	*	R Cândido Figueiredo, 63 - 1.º Dto			88							Desistiu 2007
463	*	R António e Sá, 21 - Porta 3			82							Desistiu 2007
464	*	R S. Domingos de Benfica, 13 - 3.º Esq			101	CNSR - C/PSDB		X				Desistiu 2007
465	*	R Abel Botelho, 25 - 2.º Dto			88							Desistiu 2007
466	*	N.e.**			N.e.**							Desistiu 2007
467	*	R António Nobre, 53 - R/C Esq			75							Desistiu 2007
468	*	Estrada de Benfica, 283 - 2.º Esq			89							Desistiu 2007
469	*	R Raquel Roque Gameiro, 6 - R/C Esq			71	CNSR - C/PSDB		X				Desistiu 2007

Nr	Fonte	Morada	Identificação		Idade	Sexo	Serviços, que/ Aquais CD	Validadas	Situação atual		Tipologia Familiar	Observações
			Data nasc.	Identificação					Destlocações	Vive só/ Isolado		
470	*	R Cândido Figueiredo, 72 - R/C Esq			70							Desistiu 11/2009
471	*	R da Furtas, 7 - 4º Dto			75			X				Desistiu
472	*	Tv. Das Águas Boas, 8º Novo 31			78							Desistiu 2004
473	*	Pç. General Vicente de Freitas, 8 - 1º Dto			78							Jun-07
474	*	Estrada de Benficia, 232 - 1º Esq			96			X				Desistiu 2006
475	*	Lg. S. Domingos de Benficia, 3 - 1º Dto			76							2006
476	*	Lg. Conde Orolini, 16 - CV Dta			84							Desistiu 2004
477	*	R Raúl Carapinha, 19 - 1ª A			89			X				Desapareceu
478	*	Tv. S. Domingos de Benficia, 2 - R/C Esq			71							Desistiu
479	*	R Gonçalves Viana, 6 - R/C Esq			73							
480	*	N.e.**			N.e.**							
481	*	Tv. Das Águas Boas, 5 - 3ª Esq			85							
482	*	R Dr. António Martins, 45 - CV Dta			83		X					Desistiu 2003
483	*	Estrada de Benficia, 262 - 2º Dto			82			X				Desistiu 05/2007
484	*	Tv. Das Águas Boas, 3 - 3ª Dto			82							Set-98
485	*	R Duarte Galvão, 32 - 5ª Esq.			98			X				Desistiu 2006
486	*	R Inácio de Sousa, 17 - 2º Dto.			75							Desistiu 04/2007
487	*	R Professor Lima Basto, 105 - 1ª Esq			90							2007
488	*	R António Nobre, 9 - R/C Dto			88			COPH				Desistiu 2002
489	*	Lg. Conde Orolini, 11 - N/C A			90							Desapareceu
490	*	R Dr. António Martins, 35 - 2ª			83							Desistiu
491	*	R Padre Francisco Álvares, 20 - R/C D			94							Desapareceu
492	*	Lg. Conde Orolini, 5 - 2ª Esq			104			X				Desistiu
493	*	Pç. Silvestre Pinheiro Ferreira, 1ª Dto			92							Desapareceu
494	*	Calçada Palma de Baixo, 9 - R/C Dto			88							Desistiu
495	*	R Cândido Figueiredo, 4 - 2º Dto			91			X				Agó-01
496	*	Tv. S. Domingos de Benficia, 19 - 1ª Esq			95			X				Desistiu 2005
497	*	Estrada de Benficia, 296 - 1ª Esq			103			X				Desistiu 2007
498	*	R Cândido Figueiredo, 1 - 1º Dto			89							31-Mar-05
499	*	R Duarte Galvão, 6 - 5ª Esq			80							Desistiu 1996
500	*	R Abel Botelho, 4 - C/V Dto			N.e.**							Desistiu 05/2009
501	*	S. Domingos de Benficia			66							2007
502	*	R Raúl Carapinha, 3 - 4ª Esq			74							Desistiu
503	*	Tv.ª Das Águas Boas, 55			74			X				Desistiu 2007
504	*	R Duarte Galvão, 32 - 5ª Esq.			74							Desistiu 2005
505	*	Calçada de Palma de Baixo, 4 - 7ª B			74							Desistiu 2010
506	*	R S. Domingos de Benficia, 15 - R/C Esq			92							2007
507	*	R Duarte Galvão, 6 - 5ª Dto			77			X				Desistiu 2005
508	*	R Leão de Barros, 4 - 5ª Esq			N.e.**							Desistiu 2007
509	*	R Direita de Palma, 2			87			X				Desistiu 2004
510	*	R Francisco Pereira de Sousa, 8 - R/C Dto			90							Desistiu 2007
511	*	R Novo - Tv. Das Águas Boas, 35			96							Desistiu 2010
512	*	Lg. Conde Orolini, 23 - 3ª Dto			92							2007
513	*	Beco da Botica, 2			97							Desistiu 2007
514	*	R Cecília Meireles, 5 - 2º Dto			90			X				Desistiu 2010
515	*	R Duarte Galvão, 6 - 5ª Dto			72							Desistiu 2007
516	*	R S. Domingos de Benficia, 8 - 1ª Esq			101			X				Out-05
517	*	Calçada Palma de Baixo, 35 - 3ª Dto			85			X				Desistiu 2005
518	*	R Alto dos Moinhos, 20 - 1ª B			82			X				Desistiu 2005
519	*	R Duarte Galvão, 5 - 7ª Esq			85							2007
520	*	Largo Monsenhor Dalgado, 6 - 2º Dto			83							Desistiu 17/11/2010
521	*	N.e.**			N.e.**							Desistiu
522	*	R Cândido Figueiredo, 62 - 2º Dto			81							Desistiu 2007
523	*	R Alto dos Moinhos, 8 - 3ª A			89							Desistiu 2004
524	*	Pça. Nuno Rodrigues dos Santos, 11 - R/C Esq.			94							Desistiu Junho 2006
525	*	R Cecília Meireles, 11 - 3ª Dto			93							Desistiu
526	*	R Padre Francisco Álvares, 24 - 2ª B			98			X				Desistiu 2005
527	*	Tv. Das Águas Boas, 14			109							Desistiu 2007
528	*	Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 70 - Porteira			101			X				Mai-07
529	*	R das Laranjeiras, 20 - 1ª Esq			84							Desistiu
530	*	Tv.ª S. Domingos de Benficia, 16 - R/C Dto			80			X				Desistiu 2007
531	*	R Leão de Barros, 2 - 7º Dto			102							Desistiu
532	*	R Raquel Roque Gameiro, 14 - 4ª Esq			85			X				Desistiu
533	*	R S. Domingos de Benficia, 9 - 3ª Dto			87							Desistiu 2008
534	*	R Padre Francisco Álvares, 13 - 1ª			87							Desistiu 2008
535	*	N.e.**			N.e.**							Desistiu Fev.2006
536	*	R Cidade de Raibet, B1 - 3ª A			73			X				Desistiu
537	*	R Cândido Figueiredo, 87 - 10ª C			87							Desistiu
538	*	R Duarte Galvão, 19 - 5ª Esq			89							Desistiu
539	*	R Dr. António Martins, 48 - 3ª Esq			90			X				Desistiu 2007
540	*	R Basílio Teles, 17 - 4ª A			89							Nov-95
541	*	R Conde de Almoester, 44 - 4ª Esq			84							Desistiu
542	*	R António Feijó, 58 - 1ª Dto Fft			N.e.**			X				2007
543	*	R Abel Botelho, 7 - 1ª			83			X				Desistiu
544	*	Lg. Conde Orolini, 15 - R/C FRT			86							Desistiu
545	*	R das Laranjeiras, 10 - R/C Esq.			90			X				Desistiu
546	*	R Dr. Mascarenhas de Melo, 6 - 2º Dto			101							Desistiu
547	*	Av. Madama Curie, 3 - 1ª Fft			85			X				Desistiu

Nr	Fonte	Morada	Identificação		Idade	Inq. Qu	Serviços, aqui/Aquis		Valências		Situação atual		C/Conjuge	Tipologia Familiar	Observações
			Data nasc.	Data nasc.			CD	Lar	Est. Funcionaliz.	Deslocações	Vive só/Isolado	C/Outro familiar/Família alargada			
782	*	R Padre Francisco Álvares, 6 - 3º Dto	26-06-1926		85										Desistiu 2004
783	*	R Duarte Galvão, 15 - 2º Dto	14-04-1918		93										Sócia efectiva 2004
784	*	R Conde de Almorox, 56 - 3º Dto.	10-02-1937		74										Desistiu
785	*	Estrada de Benfica, 210 - 3º Esq	01-03-1930		81										Desistiu 2001
786	*	Estrada de Benfica, 296 - 2º Esq	27-03-1910		101										Desistiu 2004
787	*	R Raúl Carapinha, 9 - 1º Dto	07-05-1929		82										Desistiu 7 Nov.2003
788	*	R Gonçalves Viana, 8 - R/C Esq	01-08-1925		86										
789	*	R Cecília Meireles, 23 - 1º Esq	25-09-1916		95										
790	*	R S. Domingos de Benfica, 39 - 2º	14-10-1927		84										
791	*	R António Nobre, 51 - 2º Esq	05-08-1928		83										
792	*	R Padre Francisco Álvares, 23 - 2º Esq	17-09-1927		84										
793	*	Pç. Silvestre Pinheiro Ferreira, 3 - 1º Esq	15-03-1919		92										
794	*	R Cidade de Rabat, 26 - 1º Esq	30-03-1926		85										
795	*	Tv. Águas Boas, 29	12-03-1914		97										
796	*	Tv. S. Domingos de Benfica, 102 - 3º Esq	13-03-1926		85										
797	*	Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 102 - 3º Esq	28-09-1922		89										
798	*	R Teresa Gomes, 5 - 2º Esq	01-06-1937		74										
799	*	Calçada Palma de Baixo, 23 - 2º Esq	23-05-1938		73										
800	*	R Cidade de Rabat, lote A, 3 R/C Dto	04-10-1936		75										
801	*	R Conde de Almorox, 40 - C/V Esq	Jan-29		N.e.										
802	*	R S. Domingos de Benfica, 5 - 2º Esq	22-09-1916		95										17 Fev-05
803	*	Tv. Palma de Baixo, 4	08-05-1917		94										2004
804	*	R Cidade de Rabat, 2 - 5º Esq	25-08-1916		95										Desistiu 2006

*Listagem de Recenseados com idade superior a 65 anos, São Domingos de Benfica, 1 de Junho de 2005.

**N.e. - Não existe informação