



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Cuidados Móveis: acompanhamento aos idosos residentes na Freguesia de São Martinho

Verónica Isabel Remédios Rodrigues

**Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para
obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social**

Orientador: Prof.(a) Doutora Sidalina Almeida

Maio

2022

Cuidados Móveis: acompanhamento aos idosos residentes na Freguesia de São Martinho

Verónica Isabel Remédios Rodrigues

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social

Discente: Prof(a) Doutora Sidalina Almeida

Maio

2022

Índice

Capítulo I – Enquadramento Teórico	- 4 -
1.1. Envelhecimento	- 4 -
1.2. <i>Ageing in Place</i>	- 13 -
1.3. Envelhecer com Qualidade.....	- 16 -
1.4. Prestação de Cuidados.....	- 20 -
1.4.1. Filosofia da Humanidade/ Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH)....	- 22 -
1.4.1.1. Princípios fundamentais	- 23 -
1.4.1.2. Pilares Humanidade.....	- 24 -
1.5. Isolamento Social/Solidão e necessidade de cuidados	- 26 -
1.6. Trabalho em Rede, Trabalho em Equipa e as Redes Sociais dos idosos	- 28 -
1.7. Voluntariado.....	- 31 -
1.7.1. Voluntariado com idosos.....	- 33 -
Capítulo II – Abordagem Metodológica.....	- 35 -
1. Metodologia de projeto.....	- 35 -
2. Diagnóstico Social.....	- 36 -
3. Técnicas usadas na recolha e tratamento da informação.....	- 39 -
Capítulo III – Diagnóstico social do território e das pessoas idosas.....	- 42 -
1. Caracterização da freguesia de São Martinho: dados de diagnóstico social ...	- 42 -
2. Competências sociais da entidade	- 46 -
2.1. Respostas Sociais na Freguesia de São Martinho	- 47 -
3. Resultados obtidos no diagnóstico social	- 50 -
Capítulo IV - Projeto de intervenção “Cuidados Móveis”	- 68 -
1. Como nasce o projeto	- 68 -
2. Princípios orientadores e objetivos do projeto	- 69 -
3. Contexto de intervenção.....	- 69 -
4. Do diagnóstico de necessidades às prioridades de intervenção	- 70 -

5. Programas de intervenção do projeto	- 73 -
5.1. Programa de ação 1 - Requalificação do espaço habitacional e da comunidade local .-	74 -
5.2. Programa de ação 2 – Rede de relações sociais e suporte social	- 76 -
5.3. Programa de ação 3 - Património cultural e utilidade social.....	- 78 -
5.4. Programa de ação 4 – Centro de atividades sénior e de prestação de serviços.....	- 79 -
5.5. Programa de ação 5 – Apoio aos cuidadores e voluntários	- 80 -
6. Avaliação do projeto de intervenção	- 82 -
Considerações Finais.....	- 85 -
Bibliografia	- 88 -
Anexos	- 95 -

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número de habitantes na RAM	43
Tabela 2: Diferença de população residente com 65 ou + anos na RAM (2011-2021)	44
Tabela 3: Análise SWOT por observação da JFSM	45
Tabela 4: Género dos idosos que beneficiam de apoio mensal da JFSM	50
Tabela 5: Faixa etária dos idosos que beneficiam de apoio mensal da JFSM	50
Tabela 6: Obtenção de um trabalho remunerado	54
Tabela 7: Profissões desempenhadas	54-55
Tabela 8: Fonte de rendimento do idoso	56
Tabela 9: Contactos realizados pelos/aos idosos	57
Tabela 10_ Grau de parentesco de possível cuidador	59
Tabela 11: Avaliação dos resultados obtidos através do Índice de Barthel	61
Tabela 12: Lar, SAD ou Família ?	66
Tabela 13 – Identificação de necessidades e problemas	71
Tabela 14 – Análise SWOT da Freguesia de São Martinho	72
Tabela 15 - Plano de Ação da atividade 1 (Programa 1)	74
Tabela 16 – Plano de Ação da atividade 2 (Programa 1)	74-75
Tabela 17 – Plano de Ação da atividade 3 (Programa 1)	75
Tabela 18 – Plano de Ação da atividade 1 (Programa 2)	76

Tabela 19 – Plano de Ação da atividade 2 (Programa 2)	76
Tabela 20 – Plano de Ação da atividade 3 (Programa 2)	77
Tabela 21 – Plano de Ação da atividade 1 (Programa 3)	77
Tabela 22 – Plano de Ação da atividade 1 (Programa 4)	78
Tabela 23 – Plano de Ação da atividade 2 (Programa 4)	79
Tabela 24 – Plano de Ação da atividade 1 (Programa 5)	80
Tabela 25 – Plano de Ação da atividade 2 (Programa 5)	80
Tabela 26 – Plano de Ação da atividade 3 (Programa 5)	80

Índice de Figuras

Figura 1 – concelhos da RAM	42
Figura 2 – Mapa da freguesia de São Martinho	43

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Composição do agregado familiar dos idosos que beneficiam do apoio mensal da JFSM	51
Gráfico 2: Fontes de rendimentos dos agregados familiares que beneficiam do apoio mensal da JFSM	51
Gráfico 3: Género dos idosos	52
Gráfico 4: Idades dos idosos	52
Gráfico 5: Estado civil dos idosos	53
Gráfico 6: Habilitações literárias	53
Gráfico 7: Agregado familiar do idoso	55
Gráfico 8: Solidão	58
Gráfico 9: Suporte social/familiair	58
Gráfico 10: Frequência do apoio em caso de doença	59
Gráfico 11: Realização das AVD's (Índice de Lawton)	61
Gráfico 12: Serviços e Apoios de Instituições e da Comunidade	62
Gráfico 13: Participação em atividades organizadas pela comunidade	73
Gráfico 14: Participação dos idosos em atividades de exercício físico	64
Gráfico 15: Participação dos idosos em eventos religiosos	64
Gráfico 16: Interesse em participar futuramente em atividades antes mencionadas	65
Gráfico 18: Adesão ao Projeto	67

Siglas e acrónimos

AVD – Actividades de Vida Diária

CMF – Câmara Municipal do Funchal

FSM – Freguesia de São Martinho

MCH - Metodologia de Cuidado Humanidade

MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SOC - Modelo de Otimização Seletiva com Compensação

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RAM- Região Autónoma da Madeira

Resumo: Este trabalho de projecto será desenvolvido na Freguesia de São Martinho, na cidade do Funchal. Após um Estágio Profissional realizado como Técnico Superior de Serviço Social na JFSM e dos dados de diagnóstico aí recolhidos, tornou-se pertinente pensar nas condições do processo de envelhecimento, pois ao longo do estágio foi observado que existem muitas pessoas idosas que residem sozinhas, em condições sociais de existência precárias e sem rede de suporte familiar e social e nem condições de participação social ativa. O projeto tem como finalidade defender uma forma de viver o processo de envelhecimento no seu próprio contexto, oferecendo às pessoas idosas a possibilidade de continuarem a viver na sua própria habitação e na sua comunidade local, com uma rede de diversos serviços de apoio, que não excluem as opções de residências séniores, centros de dia, redes de cuidados continuados e centros de noite, que podem complementar o processo de envelhecimento no próprio lugar, mas que pretende apostar em respostas e projetos de intervenção inovadores. Desta forma, defendemos a importância da realização dos diagnósticos sociais para conhecer e perceber as necessidades individuais, e assim realizar uma intervenção centrada nas necessidades das pessoas idosas, de uma forma mais personalizada e com um acompanhamento de proximidade, identificando os projetos de intervenção pertinentes na Freguesia de São Martinho, de modo a aumentar o seu bem-estar e criar uma maior qualidade de vida da sua população idosa, permitindo que permaneça nas suas casas e enraizada nas suas comunidades locais e, portanto, imersos nas redes de relacionamento e de suporte social familiar e local. Após a recolha dos dados que nos permitiu realizar um diagnóstico social, apresentamos a planificação de um projeto constituído pelos seguintes programas de ação: requalificação do espaço habitacional e da comunidade local; rede de relações sociais e suporte social; património cultural e utilidade social, centro de atividades sénior e de prestação de serviços; e apoio aos cuidadores e voluntários.

Palavras-chave: *Ageing in Place*, Envelhecimento ativo, Projeto de intervenção, Diagnóstico Social.

Summary: This project work will be developed in the Parish of São Martinho, in the city of Funchal. After a Professional Internship carried out as a social worker Technician in Junta de Freguesia de São Martinho and the diagnostic data collected there, it became relevant to think about the conditions of the aging process, because throughout the internship it was observed that there are many elderly people who live alone, in precarious social conditions of existence and no family and social support network and no conditions for active social participation. The project aims to defend a way of experiencing the aging process on its own, offering residents the possibility to continue living in their own home and in the local community, with a network of various support services, not excluding housing options as seniors, long-term care networks and night centers, which can complement the implemented design process, but which aim at innovative responses and interventions. In this way, we defend the importance of carrying out diagnoses to know and understand social needs, and thus carry out an intervention focused on the needs of the elderly, more personalized and with proximity monitoring, identifying intervention interventions in the Parish, in order to increase the quality of Martinho's life in their homes and rooted in their homes and rooted in their networks and therefore immersed in local quality, will increase in their homes and therefore immersed in quality. family and local society. After collecting the data that allowed us to carry out a social diagnosis, we present the planning of a project composed of the following action programs: requalification of the housing space and the local community; network of social relationships and social support; cultural heritage and social utility, senior activity center and service provision; and support for caregivers and volunteers.

Keywords: Ageing in Place, Active Aging, Intervention Project, Social Diagnosis, Intervention Project.

Introdução

O envelhecimento da população é um dos fenómenos que caracteriza a sociedade portuguesa contemporânea gerando desafios em todos os campos das políticas públicas e exigindo a participação de todas as entidades da sociedade civil e de todos os cidadãos. Assim, numa época em que um conjunto de condições sociais, médicas e políticas têm vindo a tornar possível o prolongamento da vida humana, importa estar atento à manutenção e melhoria objetiva da qualidade de vida dos mais velhos, potenciando um aumento do seu bem-estar objetivo e subjetivo.

Tendencialmente, associamos o envelhecimento a perdas físicas, motoras e/ou cognitivas, doenças, problemas sociais, económicos, familiares e acabamos por não dar tanta importância ao que é envelhecer bem ou de forma ativa, ou seja, ao modo como esta fase da vida pode ser aproveitada da melhor forma possível. Tal entendimento do que pode ser o processo de envelhecimento, leva-nos a trabalhar conceitos como o de envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento ativo, o que nós, enquanto futuros gerontólogos, chamamos de envelhecer com qualidade de vida.

Actualmente, é possível observar uma heterogeneidade dos tempos e formas de envelhecer, ou seja, nem toda a população idosa vivencia este processo de envelhecimento da mesma forma, salientando-se a pertinência da promoção de políticas e práticas que promovam, de forma cada vez mais efetiva, o *“ageing in place”*.

Não podemos esquecer a conjuntura que estamos a viver actualmente, o COVID-19. Esta pandemia veio mudar a vida das pessoas mais velhas no que diz respeito aos seus laços familiares, aos seus hábitos, às suas rotinas, ao sentimento de segurança e, ainda, a uma certa vulnerabilidade clínica. As pessoas idosas devido a esta situação mundial vivem isolados e com medo que o vírus se instale nas suas próprias casas e que afete a sua saúde. Esta realidade traduziu-se numa maior taxa de mortalidade na população mais velha, como também na vivência de situações de isolamento e de solidão e, portanto, de exclusão das redes de relacionamento social das pessoas mais velhas, até mesmo das redes familiares.

Sendo que a fase do envelhecimento é caracterizada pela maior presença de problemas de saúde, mas também do isolamento e do sentimento de solidão, com forte influência no aumento das depressões e outras patologias do âmbito da doença mental, uma maior dificuldade na locomoção e em outros domínios da funcionalidade para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Assim, a implementação de projetos focados na promoção da

saúde e da qualidade de vida do idoso, tornam-se essenciais para o campo da gerontologia social aplicada.

A pessoa idosa tem vindo a ser considerada de diferentes formas, ao longo do tempo e nas distintas sociedades e culturas existentes. É importante não esquecer que nas sociedades orientais o idoso tinha um papel de dirigente pela sabedoria e pela experiência, enquanto nas sociedades ocidentais tinha um papel fundamental na sociedade pelos seus valores e conhecimentos para as gerações mais novas. Atualmente a pessoa idosa tem um papel social menos valorizado devido à condição de reformado em que vive e do que se considera ser a diminuição das suas capacidades no que diz respeito à produtividade.

Em pleno século XXI, a população idosa é uma das mais vulneráveis à exclusão social devido não só à condição de reformado, mas também em resultado da ausência ou da diminuição de relacionamentos intergeracionais, do abandono ou das fracas relações com familiares e com elementos de outros grupos primários, acentuadas pela perda de autonomia funcional e pelo aumento das patologias e pela difícil de adaptação às novas tecnologias tão difundidas nestes tempos de pandemia.

A pessoa idosa é um sujeito político de direitos, tornando-se fundamental que se organize e se manifeste socialmente, tanto a nível político como de movimentos sociais na reivindicação do seu lugar na sociedade. Como profissionais de intervenção social focados na garantia dos direitos humanos, temos que perceber que a nossa função é de capacitar as pessoas, tanto individualmente como coletivamente, de modo a melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida e a empoderá-las. Enquanto sociedade, devemos promover a cidadania como um conjunto de direitos e de obrigações que envolvam todos os indivíduos de uma comunidade, sem olhar à idade, ao género, às habilitações literárias, à religião ou a qualquer outro critério que seja utilizado para excluir cidadãos (Guerra, Participação e Cidadania nos processos de planeamento, 2002, p. 95) Assim, neste contexto, compete à sociedade, principalmente aos interventores sociais e, especificamente aos gerontólogos sociais, mudar as perceções e expectativas sobre as pessoas idosas e sobre a etapa do ciclo de vida que é a velhice, através da realização de diagnósticos gerontológicos e de planos de intervenção decorrentes de novas políticas públicas internacionais, nacionais, regionais, locais e institucionais orientadas pelos pilares do envelhecimento ativo e, em particular, do *ageing in place*, e da filosofia da humanidade nos cuidados. Contudo, gostaríamos de destacar que o principal desejo dos idosos tem sido viver o máximo de tempo possível, salvaguardando na comunidade os papéis que dão sentido à sua vida humana, em consonância com os padrões culturais de cada sociedade. A vida

dos idosos deverá ser organizada com vista a satisfazer a multiplicidade das necessidades básicas de cada um, tanto a nível biológico, como psicológico e social.

Na parte teórica deste trabalho serão analisados vários conceitos que são pertinentes para fundamentar a intervenção prevista para o futuro projeto de intervenção. Sendo o primeiro conceito a ser abordado o do envelhecimento, entendido como um processo biopsicossocial e natural da vida. Em seguida, serão aprofundados outros conceitos como *Ageing in Place*, Envelhecer com Qualidade de vida, a prestação de cuidados em que iremos aprofundar a Filosofia da Humanidade/Metodologia da Cuidados de Humanidade (MCH) - com os seus princípios fundamentais e pilares -, o Isolamento e Solidão e Inovação social pelo Trabalho em Equipa e em Rede. Por fim, iremos refletir sobre o Voluntariado e a Participação social, sendo estes conceitos e a sua operacionalização, uma parte central da sustentação teórica da futura concretização do projeto de intervenção gerontológica. Estes conceitos são fundamentais para pôr em prática o projeto, porque temos que conhecer o que foi estudado até à atualidade para compreender o processo de envelhecimento e de que forma podemos intervir para que ele seja vivido de forma ativa.

Neste sentido, na segunda parte do presente trabalho, importa referir que este trabalho vai procurar conhecer o que são as necessidades dos idosos, bem como as características do seu processo de envelhecimento, consoante as perspetivas e representações de alguns grupos de pessoas idosas residentes na Freguesia de São Martinho, no Funchal, e de um grupo de cuidadores informais de idosos residentes nessa mesma freguesia. Foram recolhidos dados junto de 15 idosos e a eles juntamos os dados relativos às pessoas que recebem mensalmente o apoio financeiro da ação social da Junta de Freguesia de São Martinho.

Apresenta-se, por último um trabalho de projeto, destacando a importância do diagnóstico social para a sua planificação. Propomos o trabalho projeto “Cuidados Móveis” com o objetivo de criar condições para satisfazer as necessidades dos idosos possibilitando, assim, a sua permanência no seu próprio lugar, nas próprias casas e na sua comunidade local, apostando ainda no reforço das suas redes sociais através da promoção do voluntariado intergeracional, dos cuidados com humanidade e da sua promoção social.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento

Idosos, séniores, maiores, velhos, velhotes, são os vários termos utilizados na sociedade para caracterizar as pessoas mais velhas, as pessoas que estão reformadas e que se encontram fora do mercado de trabalho e de outros contextos da vida social

Este conceito não é simples nem linear, pois o que nós questionamos é “*o que é envelhecer?*” e temos imensas formas de definir o processo. Como descrito por Figueiredo e Cerqueira (2006) o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Enquanto para Viegas e Gomes (2007), o envelhecimento é considerado um processo lento e gradual que ocorre em diferentes ritmos para diferentes pessoas e grupos, conforme atuam sobre essas pessoas e grupos as influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas ao longo do curso de vida.

De acordo com Schneider e Irigaray (2008, p. 588) é considerado idoso um indivíduo quando atinge os *60 anos* de idade, independentemente do seu estado biológico, psicológico e social. Para estes autores, os especialistas no estudo do envelhecimento referem que existe três grupos de idosos; os idosos jovens que se encontram na faixa etária entre os 65 e 74 anos, os idosos velhos que tenham entre os 75 e os 84 anos e os idosos mais velhos com mais de 85 anos e que têm maior tendência para a fraqueza e dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária. Contudo, para além desta categorização, existem pesquisas que revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogénea, isto é, uma experiência vivida de forma específica e individual, não se devendo destacar o critério da idade. Por outras palavras, o envelhecimento é um processo muito individual, e até podemos considerar um processo muito pessoal, pois todos nós temos um processo diferente de envelhecer, uns de forma mais lenta, outros com maior intensidade e, assim sendo podemos considera-lo um processo muito heterogéneo.

Desta forma, torna-se necessário abordar o conceito de idade cronológica e explicitar que é uma variável numérica, e não é essa que nos define como crianças, jovens, adultos ou velhos. Podemos defini-la como uma variável fundamental para a compreensão das mudanças, principalmente no processo do envelhecimento, sendo esta uma variável causal que designa um conjunto de mudanças num determinado ciclo da vida. Por outras palavras, não é certamente a idade cronológica que define se estamos velhos, simplesmente aponta para as alterações comportamentais e indica o nível de socialização e do desenvolvimento psicológico, como

também revela às sociedades o modo mais eficaz de organizar os cursos de vida dos indivíduos e das sociedades em fases de vida diferentes.

Ainda sobre o estudo dos conceitos dos diferentes autores sobre o envelhecimento, Kirkood (2001) define como uma perda generalizada e progressiva de funções, que resulta no aumento das probabilidades de morrer. Assim, os idosos tornam-se mais suscetíveis à depressão, sobretudo quando nasce o sentimento de inutilidade, de serem um peso para a sociedade e para a família, perdendo o sentido da vida e experienciando o sentimento de solidão que está intimamente associado ao seu isolamento social. Enquanto futuros técnicos sociais da área da gerontologia, temos que contrariar as representações negativas em relação aos idosos e à velhice, criando medidas e projetos que estimulem a participação dos idosos em diversos setores da sociedade, em termos da sua dinâmica social, cultural e económica e, assim, evitar aumentar o isolamento e a solidão, o desenraizamento, a fragilidade, a dependência, a estagnação de conhecimentos, a perda de papéis e o sentimento de inutilidade social.

Pode assim, o processo de envelhecimento ser considerado uma representação social que apresenta, aspetos negativos bem como aspetos positivos (a história de vida, a experiência, a maturidade e uma visão da vida mais alargada e elaborada). Estes aspetos positivos são considerados uma mais-valia, sendo que a partilha de experiências de vida do idoso é na realidade uma aprendizagem enriquecedora para as outras gerações. Assim, o processo de envelhecimento deve ser analisado de forma construtiva e dinâmica. O envelhecimento da população poderá ser uma demonstração positiva do desenvolvimento do ser humano. Na medida que vamos envelhecendo torna-se notório a necessidade de viver em ambientes que possam criar um suporte de compensação das alterações, que o idoso tem vindo a sofrer como a perda de capacidades (Cardão, 2009 cit in Rocha, 2018, p. 6).

Assim, de forma a compreender as dinâmicas dos processos adaptativos que ocorrem ao longo do desenvolvimento, mais precisamente, entre os ganhos e as perdas, o autor Baltes desenvolveu o *Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC)*, que consiste na capacidade que os indivíduos têm para maximizar os ganhos e minimizar as perdas, e para que assim aconteça, o indivíduo precisa de ter a capacidade para selecionar os objetivos que pretende alcançar, otimizar os meios e compensar as perdas para manter o funcionamento, quando confrontados com as perdas ou os défices na sua capacidade cognitiva.

Na teoria dos autores, a *Seleção* está associada ao estabelecimento de objetivos e caracteriza-se como um processo que através da plasticidade cerebral e dos recursos internos e externos, o indivíduo tem o poder de decidir quais são os seus objetivos prioritários. Posto isto,

a Seleção é uma parte fundamental, pois é quando o indivíduo percebe qual a repercussão de certos objetivos e desiste de outros que não teriam tanta importância, daí a necessidade do investimento em certos recursos. A Otimização diz respeito ao processo de maximização do desempenho através de uma melhoria na coordenação, treino e aplicação dos meios pelos quais se obtém os objetivos desenvolvimentais selecionados. A *Compensação* baseia-se na estratégia de adaptação às limitações que interferem com os objetivos, ou seja, este processo ajuda a compensar as perdas temporárias ou permanentes (Gaspar, 2013, p. 6-7).

A fase da *Otimização* foi considerada como um modelo geral de desenvolvimento adaptativo, “*apto a representar a dinâmica entre os ganhos e as perdas ao longo de vários períodos de desenvolvimento do ciclo da vida (infância, juventude, idade adulta e idade adulta avançada), em diferentes níveis de análise (neurobiológico, comportamental e social) e em vários domínios do desenvolvimento (por ex., funcionalidade física, funcionamento cognitivo e regulação emocional)*” (Riediger, Li e Linderberger, 2006, cit in Lima, 2017, p. 20). Resumidamente, através do modelo SOC, o desenvolvimento adaptativo é visto como uma forma de tentar maximizar os ganhos que promovem o crescimento e de diminuir as perdas que impedem o funcionamento habitual do indivíduo ao longo do ciclo da vida.

No que diz respeito ao processo do envelhecimento, este envolve várias alterações ao longo do tempo nas pessoas, tendo em atenção que é necessário saber lidar com as perdas, adaptando-se a todas as mudanças e tornar esta fase mais saudável e satisfatória, dentro do possível. O mesmo conceito pode ser estudado a partir de várias teorias. De acordo com Carvalho (2013, p. 6), a teoria do poder e de género destacam a autonomia e a participação na vida privada e pública como “*uma relação desigual de poder*”, observada nos grupos de pessoas mais velhas em relação aos dos mais novos.

Outra perspectiva abordada na sua obra baseia-se na dignidade humana e nos direitos que, segundo a Constituição da República Portuguesa, todos os seres humanos têm direito a viver condigna e livremente, com princípios fundamentais como os direitos, liberdades e garantias pessoais e a dignidade da pessoa humana.

Existe ainda outro modo de análise do processo de envelhecimento são as referências das representações e das práticas sociais. Assim, o envelhecimento é definido como uma construção social decorrente do processo de desenvolvimento e de modernização das sociedades.

Atualmente, este fenómeno é visto como uma exclusão por parte da sociedade, visto que é quando o ser humano começa a sentir-se num mundo à parte devido às suas dificuldades, como o facto dos idosos deixarem de contribuir para a economia de mercado. Tal facto força a quebra

das relações e funções que foram criadas ao longo das suas vidas, devido a estes desígnios do modelo de inclusão económico capitalista “*desta forma, o indivíduo velho, pelas circunstâncias associadas à velhice e incompetências/inabilidades que a sociedade lhe atribui, é reconhecido como diferente, porque se encontra fora das demandas da nova era pós-moderna. Esta aparente perda de importância social a que está sujeito, expõe-no também à exclusão social*” (Cabral, 2016, p. 27).

Vários autores referem que o processo de envelhecimento está associado aos papéis e aos tipos de relações dentro da família, onde destacam o cuidado informal, isto é, o familiar como um fator crucial para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido (Carvalho et al., 2013, p. 6). Mas, nem toda a população idosa tem a possibilidade de ter um cuidador, seja formal ou informal, devido a fatores familiares, económicos ou à decisão do próprio.

No território português, no que concerne às políticas que defendem os idosos, as primeiras respostas universais dedicadas à população idosa começaram a emergir após o 25 de Abril de 1974, através da ação social, da criação de serviços e equipamentos e da prestação de apoios económicos por meio de subsídios, reformas e pensões (Fonseca, 2018, p. 8). Ao longo do tempo foi criada uma maior heterogenidade dos tempos e das formas de envelhecer, o que se traduz na “escolha” das pessoas idosas que decidem viver este processo em lares, em centros de dia ou na comunidade. É uma “decisão *peçoal*”, pois cabe ao próprio decidir de sua vontade (caso esteja apto psiquicamente) se pretende melhores cuidados e permitir um alívio aos cuidadores. Esta decisão para alguns é mais familiar e social do que peçoal, mas defende-se que a mesma é decidida por ambas as partes, a partir do momento em que a pessoa idosa se encontre consciente da sua realidade. Esta poderá ser uma decisão familiar e social, como já foi mencionado, tendo em conta que tem exeções, como por exemplo, o estado clínico da pessoa e o seu grau de funcionalidade, como também, por vezes, os cuidadores são familiares e pela vida que têm, torna-se impossível acompanhar os idosos na maior parte do tempo, e existem situações em que estes deixam a sua atividade laboral para terem a oportunidade de dedicar tempo à satisfação das necessidades das pessoas idosas. Assim, o facto de as pessoas idosas frequentarem uma resposta, mesmo que seja durante umas horas ou uma temporada, torna-se um alívio físico e mental para os cuidadores.

Seja qual for o modo assumido no processo de envelhecimento, tanto os lares como os centros de dia, são respostas que poderão responder às necessidades dos idosos, mas que, em muitas situações, não permitem à pessoa idosa envelhecer no próprio lugar e imerso nas suas redes de relacionamento familiares e locais. Por esta razão, ao longo da experiência profissional,

assume-se a ideia de que as respostas sociais devem adequar-se aos hábitos que as pessoas idosas tinham nas suas casas, para que se sintam mais confortáveis e, deste modo, para que esta mudança não obtenha um efeito negativo na sua vida.

Torna-se pertinente abordar as desvantagens que existem na decisão da institucionalização, tais como o afastamento do convívio social e familiar (principalmente na pandemia que estamos a viver, nos últimos tempos), nas exigências de adaptação a esta nova situação, novas rotinas, os novos contatos e interações com pessoas que não fazem parte do seu meio nem da sua vida. Esta nova realidade para a pessoa idosa poderá gerar sentimentos de angústia, medo, confusão, revolta e insegurança.

É de senso comum que, Portugal é um país envelhecido, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE). Em 2021¹, o país teve 10 344 802 residentes, sendo que, 2 424 122 tinham 65 ou mais anos. Assim, associado ao envelhecimento demográfico surgem problemas como a ausência, a insuficiência e a inadequação das respostas sociais com capacidade para responder às necessidades dos idosos e a ausência da articulação das mesmas com a sociedade (Freitas, 2011, p. 11). O envelhecimento demográfico resulta da *baixa da taxa de natalidade*, em que nascem cada vez menos crianças; dos *fluxos migratórios*, em que os jovens procuram melhores condições de vida, ficando as pessoas mais idosas, ou então devido ao regresso da população idosa emigrada ao país de origem; e por último, devido ao *aumento da esperança média de vida* (Carvalho et al., 2013, p. 8). Ou melhor, é consequência do desenvolvimento socioeconómico e científico, sendo o mesmo, considerado um fenómeno social presente nas sociedades modernas que tem vindo a criar um aumento da longevidade, e deste modo um prolongamento da esperança de vida, o que resultou, entre outros, da melhoria de condições de vida ao nível médico-sanitário, da higiene e da alimentação.

Este conceito de envelhecimento pode ainda ser analisado por duas perspetivas: na *perspetiva do conjunto da população*, em que chamamos de envelhecimento demográfico ou populacional, que compreende as mudanças que ocorrem nestas faixas etárias da sociedade e que se traduz na população com 65 ou mais anos no total da população; e na *perspetiva do indivíduo*, associado ao envelhecimento individual, que corresponde às alterações progressivas que afectam o indivíduo nas estruturas biológica, psicológica e social (António, 2011, p. 5, cit in Carvalho, 2013, p. 83). Sendo assim, nem todos os indivíduos envelhecem no mesmo tempo, nem da mesma maneira, não podendo considerar esta categoria etária como homogénea.

1

https://ra09.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0 – População residente (Nº) por Local de Residência, Sexo e Grupo etário; Decenal (1)

Costa et al., (1999) classifica a pobreza como um desafio do envelhecimento demográfico, uma vez que grande parte da população idosa portuguesa tem níveis de escolaridade baixos, que vai resultar em idosos financeiramente vulneráveis, na sequência da sua carreira profissional. Assim, à medida que o tempo passa, vamos envelhecendo cada um ao seu ritmo, algo que há cerca de 40/50 anos não era um problema para o ser humano, mas sim era conhecido como um “fenómeno natural” do crescimento do ser humano, uma vez que eram poucas as pessoas que chegavam a envelhecer, como ainda, a perspetiva que as pessoas tinham do envelhecer era diferente do conceito actual.

As últimas décadas do século XX registaram um aumento do número de idosos que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. Através de um estudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que em 2050 as pessoas com mais de 60 anos terão uma percentagem com cerca de 22% e que, deverá alcançar o valor da ordem de 34%, o que significa que na Europa, um em cada três europeus terá 60 anos ou mais (Fonseca, 2018, p. 7). Foi a partir da sociedade industrial que o idoso se confrontou com as suas perdas: em termos da sua *“responsabilidade simbólica, do seu espaço na família e no mundo do trabalho, a sua desvalorização social conduziu a uma perda”* enquanto cidadão na sociedade (Carvalho et al., 2013, p. 17).

Em 1985, Portugal era considerado um dos países mais jovens da Europa (26% de jovens) e relativamente envelhecido com cerca de 11% de pessoas idosas (Cabral, 2016, p. 24). Segundo a Rede Europeia Anti-pobreza (2017) citado por Marques (2018), a taxa de pobreza da população idosa em Portugal, no ano 2012, era de 14,7%, tendo sido a percentagem mais baixa durante estes últimos anos. Através de vários estudos, podemos constatar que, em 2020, o índice de envelhecimento era de 165,1%, enquanto que em 1961 era apenas de 27,5% (PORDATA, 2021). Com estes dados é possível constatar que o índice de envelhecimento em Portugal aumente progressivamente. Deste modo, em ligação com os dados do INE, Portugal faz parte da região mais envelhecida do planeta, pois é dos países com tendência para o envelhecimento populacional mais acentuada, tornando-o um dos mais envelhecidos do mundo (Fernandes, 2014, cit in Fonseca, 2018, p. 3). Como já percebemos com as pesquisas realizadas, a taxa de envelhecimento tende a aumentar ao longo do tempo.

O envelhecimento pode ser identificado como patológico ou normal. Podemos distinguir o envelhecimento normal do patológico. É comum a pessoa idosa chegar a uma fase deste processo e ter queixas cognitivas, a este envelhecimento podemos nomear de normal, enquanto que, quando um profissional de saúde avalia o estado cognitivo do idoso e percebe que poderá

ter uma patologia associada, chamamos de envelhecimento patológico. Do ponto de vista de Moraes (2008, p. 158) o envelhecimento normal não afeta a capacidade de decisão e de execução, isto é, a autonomia e independência do indivíduo. Através de uma especial atenção, podemos observar uma capacidade mais lenta no seu funcionamento e algumas limitações na participação social. O autor defende ainda que a sua maior vulnerabilidade poderá ser na execução das tarefas do dia-a-dia, exigindo assim mais do próprio idoso.

Cabrita e Abrahão (2014, p. 641), defendem que a solução definitiva para medir o envelhecimento seria a criação de uma idade gerontológica, que teria em conta uma escala com diversas variáveis, com estatística apropriada. Esta teria em consideração os fatores fisiológicos e psicológicos. Em contrapartida, Ribeiro (p. 128), defende uma componente para perceber o tipo de envelhecimento que o indivíduo poderá estar a viver, e esta seria através de uma avaliação neuropsicológica. Esta permitiria *“caracterizar o perfil cognitivo da pessoa avaliada e comparar os resultados por ela obtidos com o valor esperado para o seu grupo demográfico”*. Actualmente a velhice é considerada mais patológica como uma *“normatividade vital, de uma capacidade inerente ao organismo de fornecer as suas próprias normas orgânicas. Mas, no caso da velhice, com toda a sua heterogeneidade, parece que tais normas não têm um efeito normalizador”* (Cabrita & Abrahão, 2014, p. 640).

Após esta pesquisa sobre o envelhecimento, importa abordar o conceito de envelhecimento activo e como este é definido. A OMS (2002) define como *“o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem”*. Este conceito tem como objetivo criar uma nova cultura de envelhecimento e promover novos hábitos que funcionam como forma de prevenir a deterioração da saúde dos idosos. O envelhecimento ativo ajudou à reconstrução do que pode ser atribuído como bem-estar físico e criou políticas e formas de proteger os idosos dos custos de saúde elevados (Carvalho et al., 2013, p. 22-23). Assim, o envelhecimento ativo é o reconhecimento das vantagens sociais existentes para os idosos, de modo a manterem-se integrados na sociedade, tendo como referência principal o conceito de qualidade de vida. Por outras palavras, é *“uma construção do envelhecimento que faz a simbiose entre promoção do bem-estar e a valorização do idoso, enquanto consumidor e parceiro ativo na reinvenção dos seus objetivos de vida”* (Carvalho et al., 2013, p. 23).

O envelhecimento é um processo difícil pois é uma realidade que exige respostas integradas entre poder político, comunidade científica e sociedade civil, sendo que a promoção do envelhecimento ativo é uma tarefa que compete a todos. Enquanto sociedade,

consequentemente, caso não sejam tomadas as medidas que proporcionam a otimização das oportunidades de saúde, as possibilidades de participação, de justiça social, económicas e de segurança, de modo a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar social da população idosa, este desafio passará a ser um problema.

As políticas sociais de velhice estão definidas como um “*conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade*” (Carvalho et al., 2013, p. 86-87). Estas políticas inserem-se no Estado-Providência com o intuito de estabilizar politicamente e socialmente, como também de garantir aos indivíduos os direitos sociais, e são direcionadas à população que se encontra inativa na sociedade. Assim, estas políticas apresentam-se como “*um ramo da política social que fornece instrumentos de apoio essencial ao bem-estar dos indivíduos, modificando as consequências do mercado sobre a disponibilidade de recursos na velhice, providenciando bens e serviços essenciais à satisfação das necessidades das pessoas nessa condição*” (Carvalho et al., 2013, p. 86-87).

A *I Assembleia Mundial de Viena sobre o Envelhecimento*, realizada a 1982, foi o primeiro fórum que ocorreu em que foi abordado o conceito do envelhecimento populacional, no qual foi aprovado um plano internacional de ação e recomendações de ação (Carvalho et al., 2013, p. 88).

Na *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* que decorreu em 2002, em Madrid, definiram-se as políticas públicas dos idosos para o século XXI, em que surge um novo conceito de velhice, baseado no envelhecimento produtivo. Defendeu-se que o envelhecimento, deve ser ativo e a que a sociedade é constituída por todos os cidadãos, sejam de que idade for. Resumidamente, a *II Assembleia* tinha como objetivo criar programas intergeracionais, universidades da terceira idade e incentivar o voluntariado. Da *II Assembleia*, ainda foi possível criar o *Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento Ativo*, tendo como principais objetivos “produzir uma mudança de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis e setores, de forma a garantir que todos os segmentos da população possam envelhecer com segurança e dignidade e que as pessoas idosas possam continuar a participar nas respetivas sociedades como cidadãos de pleno direito” (Carvalho et al., 2013, p. 91).

Embora existam várias estratégias e respostas sociais na velhice, partilhamos da ideia de que não existe uma Política de Envelhecimento em Portugal (Carvalho et al., 2013, p. 100). Ao longo do tempo, foram adotadas algumas medidas de políticas dirigidas aos idosos, que consistem em estratégias, programas, medidas, equipamentos e serviços, que permitem

satisfazer as necessidades que vão surgindo ao longo da velhice. É de importância extrema lembrar que as imagens negativas da população idosa instaladas na nossa sociedade influenciam a adoção de políticas de ativação.

Resumidamente, o envelhecimento é um processo complexo, universal, gradual e irreversível de alterações e transformações que ocorrem com o passar do tempo, variando de pessoa para pessoa (Rocha, 2018, p. 6). A velhice não deve ser considerada como o fim do percurso de vida, mas sim uma importante etapa da vida, como todas as outras. O envelhecimento é um fenómeno do processo da vida, muitas vezes encarado de forma negativa, o que só vai piorar a forma como é vivida esta fase do processo do ciclo de vida pela pessoa idosa. Esta deve ser vista como a infância, a adolescência e a maturidade, e o que as diferencia são as várias mudanças biopsicossociais específicas, associadas ao passar do tempo. No entanto, este fenómeno varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida ou pelas características do meio ambiente.

A possibilidade de “envelhecer bem” dentro dos possíveis, implica vários factores, como por exemplo a forte influência na manutenção da autonomia e do controlo sobre o meio, como também a relação dos idosos com o ambiente residencial, ou seja, com a habitação e com o contexto físico e social envolvente. Deste modo a preocupação com os ambientes mais adequados para os idosos deverá o processo de envelhecimento considerar as fragilidades associadas a cada indivíduo e ter especial atenção à sua mobilidade. Torna-se essencial encontrar soluções que correspondam à qualidade de vida através da integração social (Fonseca, 2018, p. 9).

A intergeracionalidade é outra perspectiva teórica que temos de ter em consideração quando abordamos o envelhecimento. Esta perspectiva representa “*a dinâmica das trocas entre as diversas gerações (infância, juventude, idade adulta, velhice), a fim de compreender o outro no seu horizonte existencial quotidiano, considerando as suas raízes étnicas, sociais e culturais*” (Carvalho et al., 2013, p. 6). O problema está quando as trocas começam a estar em risco com a mudança da estrutura da população, isto é, com o aumento da população idosa, colocando desta forma em risco a sustentabilidade das gerações. Torna-se difícil falar sobre solidariedade intergeracional, de respeito pelos mais velhos e de envelhecimento ativo, sendo que tal só fará sentido, quando, nós, enquanto sociedade, nos reinventarmos e nos mobilizarmos para o combate ao estereótipo e às representações negativas da velhice e, quando estivermos verdadeiramente orientados, em termos políticos e organizacionais, pelos pilares do envelhecimento ativo.

Por conseguinte, a (des)construção de representações sociais negativas da velhice e a consolidação do poder dos idosos, enquanto grupo, processar-se-á pela legislação, mas sobretudo pela ação local e de proximidade, especialmente entre as várias gerações, nas trocas de conhecimentos e vivências, através de experiências grupais e sociais que se repetem ao longo da vida de todos os indivíduos.

1.2. Ageing in Place

O conceito de *ageing in place* é utilizado na política de envelhecimento definida na capacidade de continuar a viver na sua casa e na comunidade com algum nível de independência, autonomia e de forma segura (Favey et al., 2012, p. 357). Este processo baseia-se numa adaptação ambiental, com implicações a nível social, ambiental e psicológico. É considerado um conceito contemporâneo, procedente da responsabilidade social em proteger as pessoas mais velhas, principalmente as que se encontram mais vulneráveis (Fonseca, 2018, p. 9).

O conceito de *ageing in place*, de acordo com Fonseca (2018, p. 7) é definido como a capacidade de permanecer em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente. Esta ideia pressupõe que, à medida que os idosos se tornam cada vez mais frágeis ou mais doentes, possam continuar a residir em suas casas, desde que sejam disponibilizados pela comunidade, apoios e serviços adequados às suas necessidades e preferências (Fonseca, 2018, p. 10).

Em geral, este conceito é uma expressão comum no pensamento atual sobre as práticas do envelhecimento, que representa um modo de viver, que efetivamente não inclui a institucionalização, mas sim o de permanecer em casa e na comunidade com alguma independência, possibilitando às pessoas idosas alguma independência e autonomia e a continuação das ligações sociais com familiares, amigos e vizinhos.

A definição de *ageing in place* exige uma abordagem interdisciplinar que se valoriza em diferentes escalas (a nível nacional, a nível regional, a nível comunitário e a nível individual). Ou seja, o *ageing in place* não é visto como um recurso, mas sim como primeira opção, pelas vantagens de inclusão social e de recompensa emocional (Fonseca, 2018, p. 7).

Este conceito apresenta dois objetivos centrais que o técnico e a comunidade devem ter especial atenção, sendo que a definição consiste em que os idosos permaneçam nas suas casas e nas suas comunidades o maior tempo possível, obtendo um controlo sobre as suas vidas e permitindo um sentido de identidade, tendo como foco o bem-estar do indivíduo. Assim, qualquer deslocalização implica a perda das relações sociais, mudanças dos seus hábitos e das

rotinas diárias e de alguma autonomia. Como segundo objectivo, Fonseca (2018, p. 10) destaca o ponto de vista dos decisores políticos, em que o cuidado em equipamentos sociais é mais caro do que a prestação de cuidados na comunidade, o que leva aos decisores políticos a implementar medidas que priorizam os idosos que decidem residir nas suas casas e com a oferta de serviços neste domínio, como o SAD, de modo a criar condições de assistência ao domicílio para continuarem minimamente independentes.

No entanto, o conceito de *ageing in place* apresenta-se em várias dimensões: *dimensão física*, que diz respeito à casa, à aldeia, à cidade onde reside; a *dimensão social* que consiste nas relações sociais e nos contactos interpessoais; a *dimensão emocional e psicológica* que se traduz nos sentimentos de pertença e na ligação a um lugar; e por fim, a *dimensão cultural* que nos remete para os valores, crenças e significados que os idosos atribuem a um determinado sítio ou espaço (Iecovich, 2013, cit in Fonseca, 2018, p. 10). Por outras palavras, quando abordamos o conceito, estamos a referir-nos a um contexto que permite à pessoa mais velha manter o significado da sua vida e a sua definição identitária.

Nos países economicamente mais desenvolvidos, os idosos quando começam a perder as suas capacidades, principalmente a autonomia, a população opta por institucionalizar o idoso. Comparativamente aos países economicamente mais frágeis, a decisão de permanecer nas suas casas nesta fase das suas vidas apresenta-se como uma necessidade, tendo em conta o limite que a segurança social impõe, e a falta de estruturas sociais para a população idosa (Fonseca, 2018, p. 7). Assim, o conceito de *ageing in place* não é considerado uma opção, mas sim a resposta mais eficaz para algumas situações e é importante valorizar e dar a conhecer este conceito em Portugal, onde existe um número elevado de população idosa que gostaria de envelhecer em casa e na comunidade onde residiu.

Muitas vezes questionamos os idosos “*onde gostaria de envelhecer?*” ao qual, geralmente respondem “*na minha casa*”. Torna-se importante reforçar a ideia de que o local de residência dos idosos é um princípio fundamental para a manutenção das vivências em sociedade, pois é na localidade em que o idoso vive que o mesmo tem vindo a criar as suas memórias e aspirações e onde estão as principais referências das suas vidas, sejam elas relacionais ou materiais. No processo do envelhecimento, as pessoas cada vez mais sentem a necessidade de viver em ambientes que lhes propoçionem o suporte essencial para enfrentar as mudanças associadas ao envelhecimento, sendo que algumas delas estão associadas à perda de capacidades (Fonseca, 2018, p. 8).

No território português as alternativas à institucionalização são limitadas e o conceito de *Ageing in Place* encontra-se pouco explorado. O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, a comunidade também é considerada casa. Esta forma de viver não se trata de favorecer a vida dos idosos, nem dos familiares, mas sim uma maneira de lhes permitir usufruir, em alguns casos, plenamente e em segurança, do seu meio e das ligações sociais (Fonseca, 2018, p. 8-9). Assim, o mesmo autor destaca a ideia que, para que os idosos possam permanecer em casa e nas comunidades, devem ser considerados os vários níveis de intervenção: se a habitação vai ao encontro das necessidades; os serviços e os recursos indispensáveis à vida quotidiana, no que diz respeito à saúde, aos transportes, às compras e ao lazer, que deverão permitir a satisfação das necessidades individuais, mas também a concretização de oportunidades de cariz social, cívico e económico; como também a intervenção a nível da inclusão social, promovendo a participação destes em funções úteis e socialmente reconhecidas.

O modelo de competência-pressão ambiental criado por Lawton defende que a interação entre as competências pessoais e as ambientais, sociais e físicas pode definir se o idoso se encontra capaz de envelhecer no local onde vive, e que “*de acordo com este modelo, um ajustamento entre as competências pessoais disponíveis e a pressão ambiental exercida pelo contexto, pode resultar em consequências positivas, enquanto que uma incompatibilidade entre competências e contexto pode resultar uma adaptação desfavorável*” (Fonseca, 2018, p. 11). Este modelo tem sido criticado devido algumas limitações como: o facto de não oferecer uma estratégia teórica precisa para avaliar o ambiente pessoal; o modelo controlar o ambiente e, que gere o comportamento do indivíduo; e por este modelo ser estático e não dar a devida atenção às alterações que ocorrem nos locais, urbanos ou rurais, onde vivem os idosos (Fonseca, 2018, p. 11).

Para que o *ageing in place* seja possível, é fundamental criar as “comunidades habitáveis”, que consiste na ligação entre o design físico, a estrutura social e as necessidades que todas as gerações partilham num local comum (Iecovich, 2014 cit in Fonseca, 2018, p. 11). Nos últimos anos, têm sido criadas este tipo de comunidades, através de serviços de apoio domiciliário, cuidados de saúde no lar, centros comunitários, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos domiciliários e serviços de apoio para cuidadores e familiares. As necessidades dos idosos impeliram para a criação das mesmas, contribuindo para o *ageing in place*, ou seja, para que fosse possível fazer face às necessidades dos idosos que queiram envelhecer nas suas próprias casas. As comunidades devem ser dinâmicas e com respostas adequadas, de modo a melhorar a qualidade de vida do idoso e o seu bem-estar, potenciando o mais possível o processo de

envelhecimento ativo. Com a preocupação existente com as condições habitacionais dos idosos, é importante desenvolver projetos de natureza social, a criação de apoios que ajudem no melhoramento das condições habitacionais, a promoção da autonomia e da participação social.

Como já foi abordado, existe uma heterogenidade no modo como o indivíduo decide viver esta etapa da sua vida. É importante defender esta ideia, pois o mais importante é o bem-estar e a qualidade de vida que o idoso deve ter, e estas comunidades poderão dar a resposta às suas necessidades. Em Portugal, existem este tipo de comunidades, mas apesar de tudo, não estão adaptadas e existe uma grande ausência de respostas para responder às necessidades de todos os idosos.

Reforçando a ideia de que as iniciativas em Portugal que classificamos de boas práticas neste domínio, sugeridas pela OMS, pretende-se ir para além do reconhecimento da importância do SAD, atendendo às iniciativas que possam futuramente vir a constituir-se como boas práticas neste contexto, podemos concluir que este conceito é deveras importante como estratégia global para manter os idosos não só a viver nas suas casas, mas também incentivar à participação activa na comunidade pelo tempo mais alargado que lhe for possível (Fonseca, 2018).

Concisamente, o processo de *ageing in place* baseia-se num processo de adaptação ambiental que inclui vários níveis – social, psicológico e ambiental. Este representa um grande desafio em pleno século XXI à sociedade, pois deve atender à diversidade das necessidades individuais, sendo que, cada indivíduo tem as suas necessidades específicas, em que enquanto comunidade, devemos adequar os recursos às necessidades e preferências que variam ao longo de todo o processo de envelhecimento.

É um conceito comum no pensamento atual sobre as políticas e práticas do envelhecimento, pois defende a ideia de o idoso continuar a residir na sua casa e na comunidade com alguma independência, promovendo a autonomia, o bem-estar, qualidade de vida e as relações sociais.

1.3. Envelhecer com Qualidade

Atualmente assistimos ao fenómeno social do envelhecimento da população, o que se traduz numa consequência de melhoria das condições de vida ao nível clínico, sanitário, de higiene e alimentação. Contudo, o envelhecimento não é considerado um indicativo de bem-estar e/ou autonomia, que proporciona às pessoas mais velhas uma vida caracterizada pela satisfação das suas necessidades e pela concretização das suas expectativas. Deste modo, podemos estar a presenciar, em alguns casos, um aumento do tempo de vida, ou seja, o idoso sobrevive, mas sem qualquer melhoria de qualidade de vida (Cabral, 2016, p. 26)

A qualidade de vida e do envelhecimento é um ponto importante na área da gerontologia, e é esta que vai orientar a visão do mundo no qual o indivíduo está inserido, adaptando-o à sua forma de viver. Torna-se importante realçar a ideia de que “Envelhecer com Qualidade” está relacionado com o conceito de Qualidade de Vida. Nos últimos anos, este último conceito tem sido mais utilizado não só pelas ciências ambientais, sociais e de saúde, mas também por organizações políticas e governamentais.

Quando envelhecemos é essencial aceitar esta etapa da vida - a velhice - e todas as consequências que a mesma carrega, como as rugas, a queda de cabelo ou os cabelos brancos, como também é necessário a participação em novas atividades, de modo a criar algumas rotinas e envolvimento na sociedade e melhorar o bem-estar do idoso. O envelhecimento diz respeito a uma das fases da vida, sendo a última, e que atualmente tende a ser maior. Assim, torna-se essencial proporcionar uma qualidade e satisfação no quotidiano dos idosos, de modo a promover as relações sociais, desenvolver atividades que os façam sentir-se úteis na comunidade, valorizar as suas capacidades, conhecimentos e experiências de vida (Martins, 2013).

A formação de contextos mais adequados e facilitadores do envelhecimento, é uma tarefa imprescindível para a promoção do bem-estar dos idosos, e uma forma de promover a sua autonomia e as suas relações sociais. O lugar onde a pessoa viveu remete-nos para a sua comunidade local. As pessoas idosas mais ativas na sociedade, principalmente com suporte familiar e educacional, acabam por ter mais oportunidades de realizações e de qualidade de vida (Carvalho et al., 2013, p. 41).

No entanto, torna-se difícil manter ligações sociais nesta fase da vida, sendo que ela acaba por ficar marcada por perdas da atividade laboral, dos rendimentos, perda de algum papel familiar ou mesmo a perda de alguém próximo. O idoso tem um desafio que se baseia na adaptação de todas as situações, para que o seu quotidiano se reformule, criando e mantendo um estilo de vida saudável.

Estas alterações sociais que temos vindo abordar ao longo do presente trabalho, determinou uma emergência da velhice que está associada à institucionalização das reformas e ao aumento dos equipamentos sociais. O território português é o segundo país da União Europeia com mais elevadas taxas de população idosa com limitações nas AVD's. Assim, Carneiro et al., (2012, p. 27) afirmam que *“tendo em conta as boas práticas experimentadas/adotadas noutros países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos deve ser correspondida*

por serviços descentralizados e personalizados, que são os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos seniores”.

Enquanto futuros gerontólogos, devemos promover uma mudança da representação dos idosos em comunidade e que as pessoas idosas vivam com saúde, bem-estar e qualidade de vida. Sendo assim, torna-se fundamental que se façam atuar mudanças nas dinâmicas multiprofissionais. Os idosos constituem um grupo com necessidades (de natureza física, psicológica, financeira e/ou social) de serviços de cuidados sociais, e que ao longo do tempo têm sido socialmente desvalorizadas. Do ponto de vista teórico, Correia, Pereira & Costa (2016, p. 369) defendem que as necessidades fundamentais *“distinguem-se das formas específicas de satisfação dessas necessidades, que variam de acordo com os contextos e as características dos indivíduos”*.

De outro modo, há quem defenda a ideia que é fácil identificar um conjunto de necessidades essenciais, desde alimentação, vestuário, habitação, saúde, educação, segurança e mobilidade, sendo o mais difícil *“definir o conteúdo de cada uma destas componentes do nível de vida, e ainda mais difícil é estabelecer (entre si) uma ordem de prioridades”* (Silva, 1985, p. 17, cit in Correia, Pereira, & Costa, 2016, p. 369). Como técnicos, para além do que foi acima mencionado, somos desafiados para além de satisfazer as necessidades dos idosos, de promover a participação social das pessoas idosas e o seu empoderamento, de modo a expressar os seus pontos de vista.

Como complemento de apoio para os técnicos que trabalham a área do envelhecimento, foram criadas medidas políticas que propocionam uma melhoria de qualidade. De acordo com o texto da Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro, que aprova o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações, destacou-se a promoção do envelhecimento saudável para todos: *“a crescente proporção de pessoas mais velhas na Europa e o aumento das doenças crónicas tornam mais importante do que nunca a promoção do envelhecimento saudável para todos e, em especial, para as pessoas mais velhas, apoiando a sua vitalidade e dignidade, nomeadamente garantindo o acesso a cuidados de longa duração e a serviços sociais e desenvolvendo iniciativas que promovam a prevenção dos riscos para a saúde associados ao envelhecimento. Envelhecer de forma saudável pode contribuir para que as pessoas mais velhas participem mais no mercado de trabalho, se mantenham ativas na sociedade durante mais tempo e melhorem a sua qualidade de vida individual e reduzam a pressão sobre os sistemas de saúde, de ação social e de pensões”* (Cáritas Diocesana do Funchal, 2020).

No que diz respeito a Envelhecer com Qualidade, em conformidade com Fonseca (2018, p. 9) a eventualidade de os idosos permanecerem a residir em casa e de participar em comunidade obriga a considerar vários níveis de intervenção. No *primeiro nível de intervenção* destaca-se a habitação que deve estar adaptada a todas as necessidades do idoso, sendo esta alterada à medida que as mesmas vão surgindo. O *segundo nível* que preocupa a sociedade, são os serviços e os recursos essenciais no quotidiano das pessoas idosas (saúde, os transportes, as compras, o lazer), em que todos os serviços mencionados deverão satisfazer as necessidades do idoso, e do mesmo modo criar oportunidades de cariz económico, cívico e social. Relativamente à *terceira e última intervenção*, é essencial compreender que a inclusão social dos idosos deve integrar a participação dos mesmos de forma a fazê-los sentir-se úteis na sociedade.

Cabral (2016, p. 28) assume que o cuidador da pessoa idosa deve ter uma grande importância para o bem-estar do idoso e na criação de bem-estar para que possa envelhecer com qualidade, tendo em conta as particularidades, quer seja a nível biológico em que as questões de saúde têm vindo a tornar-se cada vez mais complexas, ou até mesmo a nível das fragilidades que podem resultar da longevidade. Quando temos a responsabilidade de cuidar de uma pessoa idosa devemos perceber que há uma necessidade e uma grande importância que o cuidador tenha um saber especializado, como também sensível, e que todos nós, enquanto cuidadores, futuros gerontólogos, e a sociedade, devemos incluir e aceitar as diferenças dos idosos, de modo a melhorar a sua qualidade de vida em vários domínios da dia-a-dia em sociedade.

Existe uma resposta que certamente oferece qualidade de vida ao utente e à família, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que resultou de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS), no decreto-lei nº 101/2006, de 6 junho, sendo esta formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social (DRE, 2006). A RNCCI tem como objetivos “*a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas, que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica*” (Instituto da Segurança Social, 2021). Resumidamente, a RNCCI promove a continuidade de cuidados de forma integrada a indivíduos em situação de vulnerabilidade, dependência e com perda de autonomia, com o objetivo de melhorar a sua funcionalidade. Esta é uma resposta adequada e com muita procura, mas infelizmente, não consegue responder a todos os utentes que precisam deste tipo de apoio.

Para finalizar este ponto, ressalta-se a ideia de que ao Estado compete estabelecer os normativos para garantir às pessoas de idade condições de dignidade e de bem-estar. A sociedade deve ainda, reconhecer aos idosos, incluindo obviamente os que apresentam alguma perda de autonomia ou limitações, os seus direitos de lazer, à convivência, às suas potencialidades de contributo social, possibilitando um envelhecimento saudável e qualidade de vida. Enquanto cidadãos e futuros gerontólogos devemos lutar pela promoção de um envelhecimento digno, e assim, surge a necessidade de criar espaços de socialização, de valorização de modo a que o idoso possa organizar o seu próprio processo de envelhecimento (Furtado, 2018).

Após estas leituras, torna-se fundamental refletir sobre a limitação e a necessidade de respostas e projetos inovadores que promovam o envelhecimento no próprio lugar, pois em Portugal, infelizmente, existe uma limitação no que diz respeito ao número de respostas sociais e projetos inovadores sociais, que não conseguem responder a todas as necessidades nem de toda a população. Estas seriam uma resposta adequada a muitas famílias e a pessoas idosas sem suporte familiar, e que fossem ao encontro das necessidades e decisões das mesmas. Enquanto futuros técnicos, este será um objetivo: criação de futuros projetos que vão de encontro às necessidades e escolhas dos idosos, com o intuito de criar um bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

1.4. Prestação de Cuidados

É um facto que a saúde é vista como um dos grandes problemas da população estudada sendo que, com o avançar da idade e da esperança média de vida, os idosos tornam-se mais vulneráveis, o que poderá indiciar um aumento das necessidades e de uma procura de cuidados de saúde. É frequente ainda o aparecimento das doenças degenerativas ou crónicas como os tumores, as demências, os diabetes, as doenças cardiovasculares ou mesmo a doença do Alzheimer que, cada vez mais, tem vindo a afetar mais idosos portugueses. Ainda associado aos problemas da população idosa está o aumento da dificuldade de mobilidade, o que pode, na maioria das vezes, criar uma maior dependência de apoio familiar ou mesmo da própria comunidade, que tem de estar capaz de responder às necessidades das pessoas idosas.

Assim, importa definir os conceitos de cuidador informal e o de cuidador formal. O *cuidador informal* é como um indivíduo que cuida de outro, em situação de doença crónica, deficiência ou na perda de autonomia, total ou parcial, realizando-se fora do âmbito profissional ou formal. De forma abreviada, é a pessoa da rede social do idoso, que cuida sem remuneração e com alguma relação significativa (familiar, parceiro/a, amigo/a e/ou vizinho), em que assume

um papel responsável pela prestação de cuidados (MTSSS, 2017, cit in Dantas, 2020, p. 35). Relativamente ao *cuidador formal* é considerado um profissional remunerado, contratado para realizar cuidados especializados a um indivíduo (Sequeira, 2017, cit in Dantas, 2020, p. 35).

Na maior parte das situações, por falta de recursos financeiros ou humanos, a família vê-se obrigada a contratar alguém responsável para cuidar do seu idoso, isto quando, a pessoa idosa já apresenta dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVD), nas atividades básicas que dizem respeito ao cuidado pessoal, como na higiene, na alimentação, em vestir-se, ou nas atividades mais complexas que inclui a toma da medicação, na utilização do telefone ou na preparação das refeições. Este tipo de dependência vem exigir à família um cuidador para exercer vigilância, supervisão e apoio para prestar os cuidados necessários ao idoso.

Em território português, cerca de 80% dos cuidados informais são prestados por familiares – mulheres, maridos, filhos, sobrinhos, netos – formam o grupo mais comum de cuidadores dos idosos com dificuldades nas AVD's (OCDE, 2013, cit in Carvalho, 2013, p. 107). Em 2017, de acordo com o European Association Working for Carers, Portugal, como a Europa, concluiu que a situação mais comum é de serem cuidadores informais do sexo feminino com idades compreendidas entre os 45 e os 75 anos, e que através de um estudo de Alves e Teixeira, (cit. in MTSSS, 2017), os cuidadores informais, em maioria, tinham baixas habilitações académicas e estariam em idade ativa e empregados, o que acaba por revelar uma grande exigência em conciliar a função de cuidador com a atividade profissional (MTSSS, 2017, cit in Dantas, 2020, p. 38).

Resultou, assim, de um aumento das famílias unipessoais, mais especificamente devido aos idosos que vivem sós (cerca de 20% da população, de acordo com os Censos 2011) e ao “*surgimento de novas formas de conjugalidade, o que pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados, se não se tomarem medidas de política que contrariem esta tendência*” (Carneiro et al., 2012, p. 27).

O contexto da prestação de cuidados pode assumir essas duas formas distintas, anteriormente referidas: pode ocorrer no âmbito *do cuidador formal* - por via profissional, como as instituições de saúde/apoio social -, ou no âmbito de *cuidador informal* – familiares, vizinhos, amigos, ou seja, um trabalho realizado pela rede social do idoso (Prados et al., 2012).

A intervenção a nível do envelhecimento é assumida pela comunidade como uma “*entidade com potencialidades para se tornar um eixo estruturador das políticas para o envelhecimento ativo, bem como para o exercício da desvitimização do idoso e para a maior adaptação da*

população ao novo formato tecnológico, como suporte de segurança à distância” (Carvalho et al., 2013, p. 29-30).

Na atualidade, torna-se difícil ser cuidador de um idoso. Normalmente, não é um processo de livre e consciente escolha. O facto de ser cuidador a tempo parcial ou a tempo inteiro, coabitando ou não com o idoso, é uma tarefa que pode produzir uma sobrecarga e uma exaustão de ordem física, psicológica, emocional, social e financeira ao cuidador (Prados et al., 2012, p. 95).

Embora exista cuidadores que apresentem uma sobrecarga e uma exaustão, também existem situações que apresentam sentimentos emocionalmente gratificantes, traduzindo-se assim, numa perspetiva pessoal enriquecedora e gratificante. Desta forma, existem três tipos de cuidador: o *cuidador primário*, o *cuidador secundário* e o *cuidador terciário*. O *cuidador primário* é aquele indivíduo que proporciona a maior parte dos cuidados e é quem se responsabiliza pelo idoso. O *cuidador secundário* é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem qualquer tipo de responsabilidade sobre o idoso, e normalmente são familiares que prestam cuidados ou apoiam a nível económico, de lazer ou de atividades sociais. O *cuidador terciário* é alguém que está disponível para prestar apoio apenas quando é solicitado (Carvalho & Neri, 2002, cit in Prados et al., 2012).

Torna-se fundamental ainda, abordar a importância da formação que estes cuidadores devem de obter para cuidar dos idosos. A formação tem como objetivo formar pessoas que queiram desenvolver competências técnicas especializadas junto de idosos, que pretendam cuidar e zelar pelo bem-estar geral dos mesmos, no seu próprio domicílio ou mesmo em contexto institucional, mediante orientação de profissionais qualificados na área da geriatria.

É notório que existe uma necessidade de se desenvolver recursos para as famílias que prestam cuidados, providenciando descanso e qualidade de vida aos cuidadores como também aos idosos, como por exemplo o projeto que irá ser abordado ao longo do presente trabalho.

1.4.1. Filosofia da Humanidade/ Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH)

Com o desenvolvimento tecnológico foi notório o desvio da atenção dos cuidadores. Por outras palavras, o avanço da tecnologia tem vindo a modificar o dia-a-dia de todos nós, incluindo o dos cuidadores. Desta forma, os cuidadores adaptaram-se a este avanço, afastando cada vez mais do toque e muitas vezes da atenção que era antes dada às pessoas idosas.

Assim, torna-se relevante abordar o conceito de Filosofia da Humanidade, ou mais conhecido por Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH), criada por Yves Gineste e Rosete

Marescotti. Esta é orientada pelos princípios humanistas da filosofia da Humanidade e aplica-se através das regras de arte, isto é, do olhar, da palavra e do toque.

Segundo as investigações realizadas ao longo dos tempos, pode-se definir *humanismo* como “ação solidária e atitude de ajuda ao outro”. O autor Phaneuf (2005), diferencia o conceito de *humanismo* e o conceito de *humanidade*, enquanto que, *humanismo* é um conceito filosófico que demonstra a importância do lugar do Homem na sociedade; no que diz respeito à definição de *humanidade*, este é de natureza antropológica que caracteriza as raízes da condição humana e declara a sua essência, sendo que, “*enquanto filosofia e ética, assume um valor teórico e prático no contexto dos cuidados de enfermagem oferecidos em espaços de intimidade, a pessoas doentes vulneráveis e dependentes, em condições de respeito e igualdade*” (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2008, p. 98).

A Humanidade é definida como um conjunto de particularidades que distinguem os humanos das outras espécies, fazendo com que todos os homens se sintam parte da espécie humana, reconhecendo um outro ser humano como parte da mesma (Gineste e Pellissier, 2008, cit in Pinto M. D., 2019, p. 20).

1.4.1.1. Princípios fundamentais

No que diz respeito aos princípios ontológicos da Humanidade aparecem como referências éticas e universais dos direitos dos humanos: a proteção da vida, o respeito pela autonomia e liberdade, assumidos na filosofia de cuidado Humanidade e na MCH como invioláveis (Salgueiro, 2014, cit in Pinto M. D., 2019, p. 21).

Para Gineste e Pellissier (2008), as regras de arte de uma profissão são a concretização, na prática dos princípios fundamentais, sendo os mesmos, referências éticas que resultam dos direitos do homem como a proteção da vida, o respeito pela autonomia e a liberdade. Os princípios fundamentais resumem-se:

- **Zero cuidados em força:** os cuidados deverão ser compreendidos e aceites pelo idoso, de modo a promover a sua autonomia e sentimento de utilidade.
- **Respeito pela singularidade e intimidade:** o dever de respeitar as características, hábitos, gostos e preferências dos idosos preservando a sua privacidade que deverá ser sempre respeitada.
- **Promoção da verticalidade** (pilar identitário) até ao final da vida da pessoa, tanto quanto possível se não houver contra-indicação clínica.
- **Abertura da estrutura para o exterior:** Interação com a família e a comunidade.
- **Lugar de vida e de vontades:** onde cada pessoa deseja viver o resto da sua vida.

Assim, as regras de arte devem de ser adotadas na prática dos cuidados ,conduzindo a atuação dos profissionais na prática cuidativa através de uma visão humanista e ética, baseada na evidência científica (Salgueiro, 2014 cit in Pinto M. D., 2019, p. 22). Gineste e Pellissier (2008) vêm complementar a definição das regras de arte, acrescentando que são ferramentas significativas e formas concretas de colocar em prática os princípios fundamentais, tais como:

- **Respeito pelo domicílio** - não se deve entrar no espaço íntimo do utente sem autorização do mesmo.
- **Anunciar-se** - evitar abordagens e visitas surpresas.
- **Negociação de cuidados** - em concordância com o princípio “zero cuidados em força”, o que nos indica o pedido de autorização à pessoa para a sua realização.
- **Respeito pelo sono** - os cuidados prestados aos idosos devem ser organizados de forma a adaptar-se aos hábitos dos idosos.
- **Não levantar a pessoa por baixo dos ombros** - utilizar técnicas adequadas para evitar o risco de lesões tanto ao idoso como ao cuidador.
- **Contenções só quando justificadas** – Uma contenção injustificada constitui uma violação à dignidade, à integridade física e psíquica e à liberdade do idoso, provocando reações contrárias às que se previam. A Lei n.º 31/2018 de 18 de julho sobre os Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, no ponto 4, indica que uma contenção física com recurso a imobilização reveste carácter excecional e não prolongado e depende de prescrição médica bem como de decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa.
- **Não abandono de cuidados** – O cuidador não pode negligenciar o idoso, nem deixar de exercer a prestação de cuidados. Deve fornecer-lhe informação e tentar negociá-lo, solicitando, por exemplo, para o realizar num outro momento ou com outro cuidador com quem se sinta mais à vontade se estiver a rejeitá-lo.

Os princípios e regras de arte da MCH deverão ser compreendidas e interiorizadas pelos profissionais passando a fazer parte da sua prática profissional (Salgueiro, 2014).

1.4.1.2. Pilares Humanidade

A MCH tem por base três pilares relacionais: o *olhar*, a *palavra* e o *toque*. Podemos considerar que existe ainda, um quarto pilar, a verticalidade, que se distingue por ser um pilar identitário (Gineste & Pellissier, 2008; Simões, Salgueiro & Roodrigues, 2012; Melo, 2017).

O *olhar* deve ser axial, horizontal, longo e progressivo, e acompanhado de uma expressão facial afável e sorridente. O olhar axial tem por características: ser de frente para a pessoa,

garantindo a estimulação visual e garantir segurança e confiança; horizontal, que transmita igualdade; longo, ou seja, sustentado em função da aceitação da pessoa por forma a transmitir afetividade; e progressivo sem ser invasivo para transmitir confiança. As pessoas idosas com declínio cognitivo, no processamento das informações sensório-visuais, devido à diminuição da visão periférica, têm o seu campo visual diminuído, e esta adaptação permite a estimulação visual e facilita a comunicação, intensificando a sua atenção (Salgueiro, 2014, cit in Pinto M. D., 2019, p. 23).

A *palavra* deve ser introduzida logo após a entrada no campo visual dos idosos para evitar uma abordagem surpresa e o cuidador deverá começar por cumprimentar, tratando-os pelo nome com o qual se identifica. Com pessoas que não comunicam verbalmente, devem ser os cuidadores a criar a comunicação com mensagens descritivas de cada gesto realizado (Salgueiro, 2014, cit in Pinto M. D., 2019, p. 23).

O *toque* deverá ser amplo, suave, lento e acariciador, designado de toque-ternura (Gineste e Pellissier, 2008). O cuidador deve manter o toque-ternura para potenciar a estimulação positiva.

Relativamente ao último pilar, o pilar identitário, a *verticalidade* significa colocar a pessoa de pé em carga e promover a marcha para estimular os recetores sensitivos barométricos, proporcionando respostas dos nervos sensitivos motores. Estes movimentos é o que nos diferencia como seres bípedes e, sendo assim, a verticalidade deve ser promovida enquanto a pessoa viver, desde que não exista contra-indicação clínica. A verticalização da pessoa oferece várias vantagens, tais como a melhoria do sistema ósseo, cartilaginoso, muscular circulatório, respiratório e nervoso, e dos tendões, e ainda é fator de promoção das relações interpessoais (Phaneuf, 2007; 2010).

No processo da prestação de cuidados, é importante que os profissionais/cuidadores consigam manter pelo menos dois dos pilares relacionais ou se possível os três. O profissional ainda deverá ter uma especial atenção nas capacidades do utente deverão ser avaliadas e ser tidas em conta para a definição dos objetivos e o modo de intervenção mais adequado para a obtenção da melhoria da saúde e da qualidade de vida (Gineste e Pellissier, 2008; Phaneuf, 2010; Melo, 2017).

Assim, torna-se fundamental que os cuidadores formais e informais, estabeleçam pelo menos dois dos pilares – o olhar, a palavra, o toque – sendo esta uma forma de aproximação e compreensão que surge ao longo do contacto com o idoso. Com efeito, transmite ao mesmo segurança, cuidado e compreensão. Para a elaboração de projeto em prática este seria um passo

fundamental. Como todos sabemos, nem sempre é fácil chegar a um idoso devido às suas inseguranças, mas com a utilização dos Pilares da Humanidade poderia ser uma forma de aproximação com os mesmos.

1.5. Isolamento Social/Solidão e necessidade de cuidados

Para perceber melhor a problemática da solidão / isolamento social é necessário estudar um pouco ambos os conceitos.

O conceito de *isolamento social* é traduzido em várias definições. De acordo com Carneiro et al., (2012, p. 97) este conceito está associado “à *integração de uma pessoa e/ou grupo num contexto social. Inclui dados objetivos, como sejam o número, tipo e duração de contactos entre indivíduos e o meio social envolvente*”.

A solidão é uma experiência subjetiva que pode ser sentida quando se está sozinho, mas também quando se está na companhia de pessoas, com as quais não se deseja estar (Fernandes, 2000, cit in Freitas, 2011, p. 21). Normalmente, as queixas de solidão, ocorrem quando o tipo de relações que o idoso tem é reduzido ou pouco satisfatório. O autor Weiss (1973, cit in Freitas, 2011, p. 22) partilha da opinião que a solidão é “um sentimento que consiste no isolamento social, com a consequente ausência de uma rede social com os seus pares”. Ainda assim, os idosos poderão ter uma rede social bem vasta, e esta não corresponde às necessidades dos mesmos.

Na perspectiva de Morales & Moya (1996, cit in Monteiro & Neto, 2008) apresentam a solidão como características da personalidade (timidez, ansiedade, sentimentos depressivos), da autoestima baixa, das competências sociais (o comportamento tímido na sociedade) e sociodemográficas (idade e estado civil).

A solidão é assim um tema importante em todas as problemáticas que incluem idosos, devido ao aumento da população mais idosa, que tem sido acompanhado pela degradação das condições dos idosos, numa sociedade que basicamente encontra-se focada na produtividade e na juventude. Segundo Freitas (2011, p. 12), a solidão é um assunto complexo, e quem pretende compreender a mesma, deve estudá-la e confrontá-la com as diferentes teorias e manifestações da solidão.

Existe uma diferença entre “*viver sozinho*” e “*solidão*”, pois o facto de existir uma rede de relacionamento mais alargada na vida do idoso, não quer dizer que o mesmo não sinta sentimentos de solidão, como o facto de viver sozinho não indica solidão. Para Fonseca (2004, cit. Carneiro et al., 2012, p. 97-98) é fundamental proporcionar oportunidades para que os

idosos possam entrar em relação com terceiros e encontrar pessoas em quem possam confiar, e *“o estabelecimento de relações de confiança surge, efetivamente, como o melhor antídoto para combater o sentimento de solidão que, independentemente do contexto onde se vive, espreita por detrás do isolamento físico ou incapacitante, de uma perda, de morte iminente ou, simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida.”*

Nos últimos anos, o interesse por estes conceitos tem vindo a aumentar, devido à subida do número de indivíduos com mais de 65 anos de idade. A solidão, segundo Freitas (2011, p. 43) é considerada um dos cenários da realidade das pessoas idosas. Contudo, realizaram-se investigações que demonstram que não existe uma relação direta entre a solidão e os idosos, mas sim fatores pessoais e sociais que contribuem para a mesma.

Torna-se relevante o profissional ser empático, isto é, fazer um esforço cognitivo, afetivo e comportamental de compreender os pontos de vista das pessoas idosas pois faz-nos perceber o que podem estar a pensar, como consideram essa situação e como a definem o significado que lhe dão e o que planeiam fazer perante a situação. Esta compreensão entre o profissional e o utente será uma mais valia para apoiar o idoso a sair do estado de solidão. Portanto, é importante ter a capacidade de pôr-se no lugar do outro, de compreender as suas experiências e os sentimentos e emoções, de ver segundo a sua perspetiva e de captar o mundo de significados, e o que a maior parte dos idosos sente falta é de alguém que tenha estas capacidades (Bermejo, 2004, p. 65).

Por um lado existe uma parte significativa dos idosos que mantém relações diárias com amigos, parentes ou vizinhos, sendo o seu grau de satisfação com a sua vida familiar muito elevado, estando em geral satisfeitos com as suas ligações (Furtado, 2018), por outro lado, a família poderá ser identificada como um *“problema social”* visto que é um reflexo da sociedade, traduzindo-se nas fragilidades, nas debilidades e instabilidades existentes na sociedade. Com o aumento da esperança média de vida, as famílias devem ter a responsabilidade de garantir o bem-estar e proteção dos seus idosos, o que poderá criar um problema – a solidão – em que os idosos vivem sozinhos, depois dos seus filhos terem formado as suas famílias ou mesmo depois da morte do seu cônjuge. Assim, a autora conclui que *“o desenvolvimento de laços/vínculos e estilos de interação intergeracional é visto como de grande importância para a solidariedade entre diferentes gerações da família”* (Cabral, 2016). Numa época de crise económica e pandémica, as questões de restrições financeiras e as regras de distanciamento social devido à pandemia, potenciam e desenvolvem problemas relacionais.

Atualmente existe um grande número de idosos que vivem sozinhos, que perderam o seu cônjuge/companheiro de uma vida e que podemos identificar como uma *solidão emocional*, ou que perderam os amigos próximos – *solidão social* (Freitas, 2011, p. 78). A solidão muitas vezes é observada como um sintoma de depressão, de ansiedade ou de isolamento social, enquanto deve ser reconhecida como um problema distinto, ou seja, solidão e isolamento não são sinónimos, embora se possam influenciar mutuamente (Freitas, 2011, p. 21). A falência entre as interações e do cuidado informal podem resultar em vários problemas, identificados como a solidão e o isolamento social, como o stress e doença mental, ou mesmo conflitos no sistema familiar e violência, o que vem exigir políticas ativas para fazer face a estas problemáticas (Carvalho et al., 2013, p. 6).

Para Neil e Freire (2000) existem diversas estratégias para ajudar os idosos a prevenir ou a combater a solidão, através do conhecimento de novas pessoas e criar novos laços de amizade, estar ativo na participação social, transmitir a sua sabedoria e experiência de vida e conhecimentos a outras pessoas, encontrar novas formas de comunicar com todos, participar em eventos culturais e em convívios, consciencializar-se das alterações ocorridas em todo o processo do envelhecimento e, por fim, investir em si próprio, valorizando-se e cuidando da sua saúde mental e física.

Podemos concluir que “*o envelhecimento ativo e saudável está relacionado com a promoção da autonomia e assenta em duas premissas: na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas*”. Assim, foi elaborada a Resolução da Assembleia da República nº 61/2012, aprovada a 5 de abril de 2012, em que o estado recomenda no Art 3º, o incentivo do voluntariado a vizinhos “com o fim de identificar pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência” e no Art 4º a valorização do envelhecimento ativo, nomeadamente o voluntariado sénior “potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa e favorecendo a sua saúde física e mental” (Carneiro, Cbau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012, p. 100).

1.6. Trabalho em Rede, Trabalho em Equipa e as Redes Sociais dos idosos

A palavra “rede” é originária do latim *retiolus*, diminutivo de *retis*, que descreve como “um conjunto de linhas entrelaçadas ou teia, pelo que é necessário um enquadramento que permita deslaçar” (Mercklé, 2004, cit in Guadalupe, 2009, p. 43). Na área da sociologia, o conceito de rede era apresentado como a pertença de indivíduos em diferentes círculos sociais que interagem na sociedade (Simmel, 1908, cit in Esteves, 2011, p. 38).

Na década de 60, Barnes no artigo intitulado de “*Redes Sociais e processo político*” desenvolveu o conceito de rede e afirma que é constituída por indivíduos que realizam articulação a partir de um objetivo comum (Enne, 2004, p. 264).

Já na década de 90, Castells define a rede como “*estruturas abertas com o potencial de se expandirem sem limites, integrando novos nós desde que sejam capazes de se integrar dentro da rede, nomeadamente desde que partilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho). Uma estrutura social com base na rede é um sistema altamente dinâmico e aberto, suscetível de inovar sem afetar o seu próprio equilíbrio*” (Vieira, 2015, p. 57-58).

O conceito de rede agrupa-se em dois tipos de intervenção: as que criam uma rede e as que potenciam a rede (Erickson, 1984, cit in Góngora, 1991). As que criam a rede são utilizadas em situações de isolamento social ou quando os veículos sociais existentes são encarados como prejudiciais para o sujeito, e esta tipologia de intervenção é mais adequada a situações de indivíduos, famílias ou comunidades que apresentam problemáticas relacionadas com a velhice, a exclusão social associada a doenças crónicas e entre outras situações com isolamento social, sendo quase sempre valorizadas por iniciativa de redes secundárias.

No que diz respeito à segunda tipologia, de potenciar a rede, a intervenção é realizada de acordo com o objetivo a incrementar a sua eficácia, de modo que seja possível que o indivíduo seja capaz de resolver autonomamente os seus problemas, apostando na (re)activação dos vínculos, que por algum motivo estariam desativados e na incrementação da sua multifuncionalidade. As situações que se aplicam esta segunda tipologia são as mesmas que na primeira, embora que, nestes casos, o indivíduo não se encontre necessariamente isolado socialmente.

No contexto da intervenção social, é importante lembrar que o facto da existência de uma rede social não significa que exista um suporte social. O profissional não deve pressupor que todas as pessoas ou famílias têm suporte social disponível e garantido. Todos os idosos têm o direito à família, por esta fazer parte da rede primária do indivíduo, na garantia dos seus “*vínculos afetivos, do reconhecimento das suas origens e do desenvolvimento pessoal*” (Carvalho et al., 2013, p. 41).

Assim, mais especificamente, Carvalho (2013, p. 182), defende que o principal objetivo da intervenção gerontológica “*é de conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, para o bem-estar deste grupo populacional através de um sistema global de ações*”. Deste modo, o profissional deve perceber qual o

problema, fazer o diagnóstico social e analisar as necessidades sociais dos idosos, procurando centrar-se nas carências das pessoas e do seu meio numa visão tradicional da intervenção, baseada num diagnóstico das necessidades e dos problemas do indivíduo e da sua situação, como também deve de ter a capacidade de dar resposta à necessidade que surgir, e só depois propor soluções a partir dos recursos sociais e humanos que existem na comunidade.

Em matéria de ação social, ao longo do tempo, têm sido desenvolvidas várias respostas adequadas às problemáticas dos idosos, mais precisamente uma rede de serviços e equipamentos sociais “orientada para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, mesmo daquelas que se encontram em situação de dependência” (Carneiro, Cbau, Soares, Fialho & Sacadura, 2012, p. 17). Por outras palavras, as respostas sociais dedicadas à população mais velha têm vindo a sofrer uma evolução ao longo do tempo, permitindo que estes permaneçam nas suas casas, mesmo com alguma ou total perda de autonomia, concedendo-lhes apoio para responder às suas necessidades.

O grande desafio do envelhecimento envolve também as redes sociais dos idosos, que são um elemento fundamental no dia-a-dia destes. As redes sociais baseiam-se em “uma série de laços específicos entre uma série de pessoas bem definidas, com uma propriedade adicional, que permite que as características destes laços tornados como todo possam ser utilizados para interpretar o comportamento dos indivíduos envolvidos” (Mitchell, 1960, cit in Fazenda, 2008, p. 82). De um modo geral, as redes sociais são consideradas como sistemas de relações que unem atores sociais e que assumem diferentes formas consoante o tipo de laços e de atores sociais implicados (Fischer et al., 1977 cit in Guédon, 1984, p. 17).

As redes sociais podem ser ainda designadas como um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que os nós são identificados como pessoas, grupos, empresas ou outras instituições (Wellman, 1981, cit in Coimbra, 1990). Outros autores definem ainda as redes de atores sociais como unindo atores sociais tidos individualmente ou coletivamente, ou então como “um conjunto de relações específicas (...) entre um conjunto finito de atores” (Lemieux, 1999, p. 3). Guadalupe (2009, p. 51) caracteriza as redes sociais como um conjunto de seres com quem comunicamos regularmente e com quem intercambiamos sinais que nos caracterizem de forma real, sendo esta a soma de todas as relações que um indivíduo entende como significativas. Ou seja, a rede social pessoal é constituída por todos os atores sociais com quem o indivíduo estabelece uma relação dentro do seu universo.

As redes sociais subdividem-se em dois tipos: *redes primárias* e *redes secundárias*. Segundo Guadalupe (2009, p. 54), as *redes primárias* são os conjuntos naturais de indivíduos

em interação uns com os outros, os quais formam a base da sociedade e o meio de inserção do indivíduo. Enquanto que as *redes secundárias* são todos os conjuntos de indivíduos reunidos pela mesma causa, num quadro institucionalizado.

Deste modo, podemos concluir que as redes sociais secundárias na área da gerontologia são sistemas particulares de ligações que unem os profissionais das ciências sociais e humanas. As redes sociais constituem um trabalho em rede, isto é, quando há uma relação entre organizações e instituições, existe mais apoio por parte das mesmas, o que torna o trabalho em rede mais fácil e importante para a reabilitação do idoso e na melhoria da sua qualidade de vida. Destaca-se a ideia que o conceito de rede é diferente do conceito de rede de relações sociais. Rede é o conjunto de entidades e profissionais que de forma unida apoiam o indivíduo. Enquanto que a rede de relações sociais diz respeito ao nível social do indivíduo e das ligações sociais que se estabelecem.

1.7. Voluntariado

O ano de 2011 ficou marcado por ser declarado pela Comissão Europeia o “Ano europeu do voluntariado”, 10 anos após a iniciativa “2001: Ano Internacional do Voluntário”, da ONU. Estas duas iniciativas tinham como objetivo congratular os trabalhos de voluntariado desenvolvidos a nível mundial e de incentivar mais pessoas a tornarem-se voluntárias nas suas comunidades (Oliveira, 2020, p. 4).

O voluntariado era considerado apoio prestado aos indivíduos vulneráveis, a nível social e de saúde, nomeado de *charity*, em linguagem anglo-saxónica (Almeida, 2007, p. 40). Na atualidade, o voluntariado é entendido como uma prática e um valor que tem como objetivo primordial a liberdade, o exercício da cidadania, a responsabilidade e a solidariedade (Almeida, 2007, p. 8). É caracterizado pelo Manual de Apoio ao Formando como “*expressão da generosidade e do altruísmo, tem um carisma que lhe é próprio marcado pela gratuidade, disponibilidade, espírito de serviço e compromisso*”. Deste modo, esta atividade assume cada vez mais um papel importante na nossa sociedade, pois tem vindo a aperfeiçoar a inclusão social e a reforçar a solidariedade. Assim, esta é uma forma de participação nas iniciativas e atuações de sociedade civil, apresentando-se como uma responsabilidade de bem-estar e desenvolvimento da sociedade, enquanto a perspetiva filosófica a entende como uma ação com base na solidariedade, na ajuda, na compreensão e na participação ativa do ser humano na sociedade (Almeida, 2007, p. 9).

O Manual acima mencionado, expõe a seguinte afirmação; “*o voluntariado surge com a sociedade e evolui com ela.*” Na qualidade de cidadã e de trabalhador social é possível constatar

que enquanto a mentalidade da sociedade não evoluir, isto é, não deixar de se focar apenas no problema de cada indivíduo, e passar a dar mais atenção aos problemas que existem na comunidade, torna-se impossível haver práticas de voluntariado. A nossa sociedade infelizmente tem tido um crescimento de necessidades sociais e económicas cada vez mais exigentes, e o voluntariado ganha uma grande importância na sua redução. Consequentemente, o ser humano tem que evoluir de modo a perceber e fortalecer o conceito de voluntariado.

De acordo com a Legislação Portuguesa, citada por Pinto (2016, p. 3), o Artigo 3º da Lei nº71/98 de 3 de novembro “*o voluntário é o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar ações de voluntariado no âmbito de uma organização promotora*”, ou seja, todos os indivíduos que de acordo o seu interesse pessoal, dedicam um pouco do seu próprio tempo, sem qualquer remuneração, a trabalhar de diversas formas e em diferentes tipos de organizações, são voluntários.

No Artigo 2º da Lei nº71/98 de 3 de novembro, define-se voluntariado como um “*conjunto de ações de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projetos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidas sem fins lucrativos, por entidades públicas ou privadas*”.

Os autores Omoto e Snyder (2010) apresentam o voluntariado, como um conjunto de atividades sociais que são criadas e desenvolvidas de livre vontade, através de organizações com o objetivo de oferecer apoio a pessoas ou causas. Na mesma linha de pensamento, define-se o voluntariado como o tempo oferecido em prol do benefício de causas ou de pessoas, comprovando que os comportamentos de auxílio estão ligados a compromissos (Wilson, 2000, cit in Pinto, 2016, p. 4).

O voluntariado é uma das formas de favorecimento das relações intergeracionais, além de ser uma das formas de exercitar a moral e a cidadania, criando ligações entre jovens e idosos na comunidade (Prados et al., 2012).

Apesar dos pensamentos já mencionados, existem autores que têm uma opinião diferente, e sustentam que o voluntariado se centra no indivíduo, permitindo de certa forma que as atividades voluntárias possuam algum significado pessoal e a identidade nos mesmos como, por exemplo, descobrir mais de si mesmo (valores, interesses). Segundo Midlarsky (1991), o voluntariado ajuda os voluntários a enfrentar situações mais marcantes de forma negativa como

também traumas da vida enquanto estão a prestar auxílio aos outros, permitindo o desenvolvimento de valores e de integração pessoal.

O voluntariado poderá ser desempenhado de forma formal ou informal. Para Pinto (2016, p. 5), o voluntariado informal refere-se a atitudes, como ajudar o próximo, mas de maneira independente e individualizada. Relativamente ao voluntário formal diz respeito a comportamentos idênticos ao voluntariado informal, mas ocorre numa organização/instituição, onde terá benefícios para a comunidade, não obtendo qualquer tipo de remuneração.

No que diz respeito ao reconhecimento do papel do Voluntariado, o Manual do Voluntariado exprime-o como uma *“relação de convergência, cooperação e complementaridade”* a vários níveis, como a nível institucional, entre o desempenho do Estado, das instituições e das redes informais de apoio, mas também a um nível operacional, entre o desempenho dos profissionais e da rede social existente na intervenção da resolução dos problemas sociais presentes.

O crescimento pessoal é uma das grandes vantagens do voluntariado, pois é também através do trabalho voluntário que nós enquanto seres humanos evoluímos e conseguimos olhar para lá do que está à vista, como também conhecer novas realidades. Assim, o conceito de voluntário centra-se no agir de livre vontade, de modo a contribuir para resposta às necessidades do ser humano.

Resumidamente, a prática do voluntariado deverá ser um contributo para a promoção do bem-estar e da qualidade vida em comunidade, como o auxílio na modificação e erradicação das causas das necessidades sociais existentes, na criação de uma ligação sólida dos problemas de um coletivo, proporcionando os recursos essenciais para solucionar/amenizar os problemas, e ainda incrementar a justiça social e a igualdade de oportunidades.

1.7.1. Voluntariado com idosos

Tendo em conta que o projeto se dedica a pessoas idosas, destacamos a ideia do voluntariado com idosos. A ONU recomendou o trabalho voluntário de idosos como uma força de desenvolvimento e envelhecimento ativo (Bocchi, Andrade, Juliani, Berto, & Spiri, 2010, p. 758). Na Europa, no que diz respeito ao voluntariado praticado por pessoas com mais idade, a percentagem de adesão de voluntariado varia entre 2 a 21% (Borsh-Supan, 2020, cit in Oliveira, 2020, p. 6), estando estas percentagens dependentes de acordo de cada país e do seu contexto social.

No envelhecimento, o voluntariado é associado a um comportamento pró-social e altruísta, em que o indivíduo procura manter os idosos com um papel ativo na sociedade e produtivo

(Hank & Erlinghagen, 2006; Kaskie & Imhof, 2008, cit in Oliveira, 2020, p. 4), de modo, também, a promover a rede e as suas conexões sociais, que na velhice normalmente tem tendência a ser reduzidas (Chambré, 1984; Jahoda & Zeisel, 2002, cit in Oliveira, 2020, p. 4). Esta também seria uma forma de sustentar a produtividade na sociedade, com a ocupação de postos necessários por indivíduos capacitados sem aumento de custos administrativos para as associações e instituições (Oliveira, 2020, p. 4).

A **Teoria do Envolvimento Social** (House et., 1988, cit in Oliveira, 2020, p. 5) e a **Teoria da Continuidade** (Atchley, 1989; Kaskie & Imhof, 2008, cit in Oliveira, 2020, p. 5), são ambas teorias que se focam no envolvimento do indivíduo. O que as diferencia é que a Teoria da Comunidade realça a ideia de que o voluntariado é uma opção para manter sentimentos de utilidade e de atividade na sociedade, permitindo continuar estar activo na mesma, enquanto que a Teoria do Envolvimento Social, similarmente, mantém as ligações sociais e a presença activa na sociedade, como também os torna potenciadores de bem-estar, em contraste com a ausência de um papel na sociedade, o que poderá levar a um aumento de sintomas depressivos e de solidão e agravar o risco do declínio cognitivo (Bassuk, Glass, & Berkman, 1999; Fratiglioni et al., 2000, cit in Oliveira, 2020, p. 5-6). Através de vários estudos verificou-se que os *“voluntários mais velhos são, mais provavelmente, de um estrato socioeconómico elevado, casados, com afiliação religiosa, ainda a trabalhar, percebem a sua saúde de forma mais positiva, têm mais escolaridade, menor sintomatologia depressiva, e uma história prévia de voluntariado”* (Oliveira, 2020, p.7).

Em conformidade com Bocchi et al., (2010, p. 753) os voluntários devem demonstrar disponibilidade e condições de saúde para que possam assumir o papel, no entanto, através de várias pesquisas, concluímos que a relação interpessoal idoso dependente com o voluntário só é terapêutica caso exista benefícios recíprocos, ou seja, retirar algo de bom de ambas as partes, caso contrário poderá ser um factor negativo para a doença.

Através de várias leituras sobre o voluntariado com idosos concluímos que a prática do voluntariado é apoiada pela maioria das investigações-ações, com efeitos positivos como melhores níveis de funcionamento cognitivo ao longo do tempo, promove as ligações sociais e a participação activa dos idosos na sociedade.

Este tópico torna-se um dos pontos fundamentais neste projecto, porque temos como objetivo incluir o voluntariado no projecto, para assim existir uma relação de maior proximidade com os idosos. Promover o voluntariado, mas também para reforçar as relações intergeracionais e relembrar à sociedade a importância das mesmas.

Capítulo II – Abordagem Metodológica

1. Metodologia de projeto

Concluindo a primeira fase do presente trabalho que se refere à revisão bibliográfica onde foram abordados os vários contributos de diferentes autores na reflexão sobre envelhecimento e cuidados às pessoas idosas, importa de seguida abordar sobre a metodologia e os procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho.

Podemos definir a metodologia de projeto, de acordo com Serrano (2008, p. 25), como *“um conjunto de atividades a desenvolver, ou seja, as associações e os procedimentos que é necessário realizar para alcançar as metas e os objetivos propostos. Não podemos esquecer que o método é o caminho escolhido para a obtenção de um fim. A apresentação da metodologia implica a definição de tarefas, normas e procedimentos para a sua execução”*. Por outras palavras, *“trata-se de um conjunto concertado de operações e de implementações para atingir um ou vários [...]. Eles [os métodos] constituem de forma mais ou menos abstrata ou concreta, precisa ou vaga, um plano de trabalho em função do objetivo”* (M. Grawitz, 1981, cit in Robertis, 2011, p. 64).

O trabalho social utiliza duas formas de sistematização da prática e da elaboração metodológica. Numa primeira fase baseia-se numa abordagem mais pragmática, em que o investigador é confrontado com uma realidade complexa e ativa dos problemas – sociais e individuais - de cada indivíduo, e que este terá de atuar *“através da acumulação de experiências e através do procedimento da experiência e reflexão sobre os resultados positivos e negativos.”* (Robertis, 2011, p. 62). Após esta reflexão, a autora defende que os resultados positivos futuramente sejam utilizados. Na repetição cumulativa desta sistematização deve-se elaborar um plano geral, com as ideias aplicáveis em cada situação. Na segunda fase, a autora defende uma abordagem mais “científica” com a utilização de instrumentos disponibilizados pelas ciências sociais *“e particularmente pela utilização dos métodos de investigação em trabalho social”* (Robertis, 2011, p. 62).

Segundo Guerra (2002, p. 52), a escolha da metodologia é um elemento fundamental no desenvolvimento do processo de um projeto de intervenção porque *“permite, em simultâneo, a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências”*. Esta metodologia tem como objetivo primordial de refletir sobre as necessidades observáveis, desenvolvendo-as e tentando melhorá-las, potenciando o desenvolvimento profissional de todos os atores sociais envolvidos e a construção de respostas e soluções.

Estando já caracterizada o conceito de “metodologia”, seguem-se as diferentes fases subjacentes – diagnóstico, a planificação, a execução e a avaliação. Após a definição destas, já numa terceira parte identificamos os métodos e as técnicas utilizados na recolha de dados, seguindo-se a finalização do trabalho projeto com a caracterização da população-alvo em estudo e o processo utilizado no momento da análise e tratamento de dados.

O primeiro passo foi determinante para a escolha do projeto: a pesquisa de respostas existentes na freguesia onde seria implementado o mesmo. Gil (2008, p. 26) define a pesquisa como “*um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico.*”, em que o objetivo principal se foca em conhecer as respostas para os problemas de acordo com os procedimentos científicos. É fundamental que a problemática escolhida seja colocada em termos de problema de modo a que seja solucionada, o que requer experiência, leitura, reflexão e algum debate sobre o tema. Assim sendo, a pesquisa será descritiva tendo como objetivo descrever as diferentes faixas etárias existentes, as habilitações, o estado de saúde físico e mental, como também os rendimentos e a autonomia dos idosos. Assim, importa escolher o método sendo este “um instrumento para atingir objetivos previamente definidos, está subordinado aos valores e aos fins, mas existe uma estreita relação entre os objetivos perseguidos e a forma de fazer” (Robertis, 2011, p. 65). Foram utilizados o Modelo Centrado na Resolução de Problemas que destina-se às intervenções em que o indivíduo reconhece e identifica o problema, e o Modelo de Organização Comunitária J. Rothman através do Planeamento Social que consiste quando a problemática está relacionada com a habitação, educação e saúde.

2. Diagnóstico Social

A palavra diagnóstico vem a partir do grego *diagnosis*, em que, *diá* significa através de, por meio de ou entre e *gnosis* significa conhecimento. De acordo com Santos (2012), o diagnóstico é um procedimento que tem como objetivo “*recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente, de modo a possibilitar a caracterização o mais rigorosa possível de uma área geográfica ou organização, permitindo que se tracem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida*”. Assim, podemos atribuir como objetivos a este conceito, a identificação das questões-chave em torno das quais se podem formular os objetivos de mudança, a determinação da magnitude e importância dos problemas e as suas causalidades potenciais, e por último, conhecer de forma documentada em que estado está o sistema de ação face ao problema identificado (Santos, 2012).

Por outras palavras, o diagnóstico desempenha uma função de “*suporte à elaboração dos planos, programas e projetos de intervenção e de avaliação, sendo ainda um instrumento de análise e conhecimento dos contextos de avaliação*”. O diagnóstico ajuda-nos a conhecer e compreender o conjunto de dimensões que compõem a realidade social onde vai ser inserido o projeto (Núcleo de Ecologia Social, 2012, p. 26-27).

Amy Gordon Hamilton (1958, p. 59) associa o diagnóstico social como uma compreensão do problema psicossocial e a fase da avaliação uma compreensão da maneira como o indivíduo se comporta, confrontado com o seu problema e a sua capacidade e apreciação de recursos externos e internos. Os autores Idánez & Ander-Egg, (1999, p. 27, cit in Guadalupe, 2009, p. 60) identificam o diagnóstico social como “*um dos momento- chave de toda a prática social, na medida em que procura um conhecimento real e concreto da situação sobre a qual se vai realizar uma intervenção social e os diferentes aspetos que é necessário ter em conta para resolver a situação-problema diagnosticada*” e ainda como uma das fases que compõem um plano, programa ou projeto. Em conformidade com Guadalupe (2009, p. 58), o diagnóstico social é considerado como uma ferramenta essencial, pois é como se investiga e avalia a realidade do indivíduo, ou seja, é uma forma de investigação e de avaliação da realidade que permite o planeamento da sua intervenção. Poderá ser definido como uma tentativa de conseguir definir mais concretamente a situação social e a personalidade de um indivíduo estabelecendo de acordo com as relações que tem com os outros de quem dependam ou que dependam dele e em relação às instituições sociais da sua comunidade (Richmond, 1917, cit in Guadalupe, 2009, p. 58). Ao longo da obra, a autora refere ainda que o diagnóstico social perfeito é aquele que abrange todos os fatores principais que interessam à reconstrução social com inclusão de todos os dados, sobre os quais se pode firmar o tratamento social a empreender.

O início de um projeto de intervenção pode assumir diversos percursos, sendo o mais utilizado aquele que se fundamenta na identificação, caracterização e aprofundamento dos problemas, o que corresponde à fase inicial da intervenção. Mas, quando estamos interessados em realizar um diagnóstico social importa mobilizar várias técnicas de investigação que permitam uma recolha de informação de forma aprofundada e que seja capaz de nos levar a compreender a complexidade de fatores que estão na origem dos problemas identificados.

Através do conhecimento real e concreto da situação-problema, o profissional poderá fazer progressos de forma eficaz e eficiente, na intervenção e caracteriza como um “*processo de elaboração e sistematização de informação que implica conhecer e compreender os problemas e necessidades dentro de um determinado contexto, as suas causas e a evolução ao longo do*

tempo, assim como os fatores condicionantes e de risco e as suas tendências previsíveis; permitindo uma discriminação dos mesmos consoante a sua importância, com vista ao estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção, de forma que se possa determinar de antemão o seu grau de viabilidade e eficácia, considerando tanto os meios disponíveis como as forças e atores sociais envolvidos nas mesmas” (Idáñez & Ander-Egg, 2007, p. 27).

As etapas fundamentais do diagnóstico, segundo Santos (2012), são quatro:

- Identificação dos problemas existentes no seio da população.
- Estudo da evolução prognóstica dos problemas, prevendo as repercussões que eles possam a vir a ter em termos de estado da população.
- Estudo da rede de causalidades dos problemas, estabelecendo as causas e os fatores de risco que condicionam a sua existência.
- Determinação das necessidades, identificando a magnitude da diferença entre o que se está a ver no atual período de tempo e o que se deseja, correspondendo ao necessário para solucionar os problemas.

A fase do planeamento deve ser flexível, pois à medida que o profissional cria o seu diagnóstico, tem de adaptar os processos às decisões e aos pequenos obstáculos que vão surgindo. Deste modo, o diagnóstico deverá orientar a tomada de decisões com o objetivo de manter ou corrigir o conjunto de atividades na direção da situação-objetivo desejada.

Assim, torna-se importante fazer um diagnóstico, em que este poderá certamente encerrar potencialidades e riscos. As potencialidades estão relacionadas com a avaliação da situação-problema e as possibilidades que surgem ao longo do diagnóstico servem para planificar e avaliar a intervenção.

Resumidamente, conhecer a especificidade da problemática dos contextos é fundamental para elaborar o plano, programas, projetos de intervenção e para a elaboração do projeto de avaliação e respetivo processo de avaliação (Núcleo da Ecologia Social, 2012, p. 31). O diagnóstico social é a fase em que se estabelece igualmente a meta a atingir pela intervenção, conduzindo o processo de intervenção com o objetivo da mudança. É ainda o primeiro instrumento de um bom plano de intervenção, o seu carácter dinâmico permite-nos compreender as causas do problema, possibilita a observação direta da realidade e a sua interpretação, identifica as vulnerabilidades, as ameaças, tal como as potencialidades e as oportunidades (Lameiras, 2015).

É importante recolher todas as informações necessárias, não só sobre o utente e a sua situação, mas também sobre o seu contexto significativo. O planeamento deve ser uma etapa

que deve ajudar a organizar e não limitar, sendo que a mudança que pretendemos com a intervenção social é imprevisível, por isso a flexibilidade e a maleabilidade são características que devem sempre acompanhar esta fase. Ao longo de todo o processo de diagnóstico social, o profissional inicia a formulação de hipóteses que vão guiando a recolha de informação e assim, alterar-se em caso de necessidade, sendo assim, simultaneamente intervenção.

Podemos assim afirmar que o objeto de intervenção são os residentes séniores da freguesia de São Martinho, tendo como referencial central a sua dignidade humana, a sua qualidade de vida e bem-estar enquanto indivíduos. Para além disto, não devemos esquecer dos “*princípios da autonomia e da responsabilidade individual, do consentimento informado, da integridade da proteção da sua vida privada*” (Carvalho, 2013, p. 179).

O Diagnóstico Social aplica-se em três fases, a primeira fase consiste no pré-diagnóstico, a segunda fase nomeia-se de diagnóstico, e por fim, a 3ª fase que centra-se na definição das prioridades. Para cada uma destas fases, é necessário determinar qual o método e a técnica a utilizar, bem como os instrumentos de recolha de informação.

3. Técnicas usadas na recolha e tratamento da informação

Os resultados obtidos ao longo do trabalho foram desenvolvidos a partir de uma investigação descritiva. Para o efeito, foram aplicados dos inquéritos por questionário e uma recolha de dados em documentos sobre os idosos que recebem o apoio mensal da Junta de freguesia. O inquérito foi dividido em três dimensões: a primeira dimensão refere-se à informação básica do idoso; a segunda dimensão integra a informação sociodemográfica; e a terceira dimensão diz respeito à autoavaliação da autonomia e da participação na comunidade.

Em relação ao estudo da teoria, uma das fases do processo de investigação-ação representado no ponto 1 do presente relatório “*proporciona a adequada definição de conceitos, bem como o estabelecimento de sistemas conceituais; indicam lacunas no conhecimento; auxiliam na construção de hipóteses; explicam, generalizam e sintetizam os conhecimentos e sugerem a metodologia apropriada para a investigação*” (Trujillo Ferrari 1982, cit in Gil, 2008, p. 119).

No que diz respeito ao ponto 2, o presente trabalho pretende dar a conhecer um pouco mais sobre a intervenção social com os idosos residentes na freguesia, que vivem sozinhos ou em situação de vulnerabilidade social.

Assim, no caso da elaboração do diagnóstico social para conhecer as necessidades e perceber de que forma poderíamos ajudar a população mais velha, que vivem sozinhos, a melhorar a sua qualidade de vida, através de várias parcerias e do voluntariado, realizamos uma

pesquisa documental, inquéritos e rentabilizamos os dados da nossa prática profissional na junta de freguesia, bem como os dados facultados por outros profissionais da autarquia.

Primeiramente, é importante construir um pré-diagnóstico social, e partir daí, teremos a ideia dos problemas, das necessidades, das potencialidades e da adesão dos idosos a este projeto e de que forma este iria melhorar a vida dos mesmos.

Relativamente à amostra, será uma amostragem não-probabilística, que segundo Gil (2008) não apresentam qualquer tipo de fundamentação estatística e que os critérios são construídos de acordo com o objetivo do investigador. Sendo assim, a amostra foi constituída por um grupo de 15 idosos a quem fizemos os inquéritos e por 49 através de um estudo dos dados recolhidos pela ação social da JFSM e que se centrou nos processos individuais de idosos que recebem apoio social mensal da autarquia e o cabaz de natal anual, e que corresponderam aos seguintes critérios:

- Ser residente na freguesia de São Martinho (Funchal).
- Ter mais de 65 anos.
- Residir sozinho ou com cônjuge com mais de 65 anos.

Outra técnica de recolha de dados utilizada teve como característica primordial a participação e interação do investigador que foi interventor e trabalhou com a população da freguesia. Partindo desta ideia, a observação participante foi um elemento essencial para este estudo, uma vez que a integração na JFSM se revelou essencial para uma maior aproximação com os idosos, que nos permitiu compreender quais as necessidades dos mesmos, proporcionou um conhecimento que de outro modo seria impossível sobre os idosos residentes.

Mediante a aplicação dos inquéritos foi possível ter dados para descrever algumas características mais pormenorizadamente da população sénior residente na Freguesia de São Martinho e identificar as suas necessidades e interesses. Infelizmente, devido à atual pandemia do Sars-Cov-2/COVID-19, existiu uma grande dificuldade na aplicação dos questionários aos cuidadores informais e a um maior número de idosos residentes na freguesia, sendo esta uma das populações mais vulnerável ao vírus, e mais suscetível de sofrer os piores sintomas da doença, devendo ser protegida de contactos não necessários, de modo a assegurar ao máximo o seu bem-estar e a sobrevivência. Para contornar este obstáculo, procedemos à recolha de dados dos processos individuais, através dos quais nos foi possível conhecer algumas das necessidades socio-demográficas destes residentes na freguesia.

Os questionários são constituídos por um conjunto de perguntas adequadas ao que o investigador quer estudar, e através dos resultados dos mesmos, perceber as necessidades e interesses da população idosa e se os objetivos do projecto seriam atingidos. Assim, os questionários são um dos instrumentos de recolha mais utilizados nos trabalhos de investigação, pois permitem dar respostas às perguntas dos investigadores, a partir de um conjunto de questões relevantes, como também às características e às dimensões da ação de intervenção. Para obter uma amostra, o investigador deve escolher uma população-alvo. No que diz respeito ao tamanho da amostra, este não deve ser desajustado pois poderá conduzir a resultados que não estão estatisticamente significantes, ou seja, caso a amostra tenha poucos inquiridos, não levará a uma conclusão razoável e não podemos generalizar para a população-alvo. Para além disso, uma amostra reduzida dificulta a comparação das respostas inquiridas. Para terminar esta fase dos inquéritos, cabe ao investigador analisar os dados obtidos e tirar as suas conclusões. Mas ao aplicar os questionários à população idosa, foi também pertinente explicar de forma simples e pormenorizada em que consistiria este projeto e que benefícios teria para os mesmos, de modo a criar empatia e segurança para que possam responder.

Seguidamente, é fundamental apresentar a observação feita através do desenvolvimento de um projeto de intervenção com os idosos residentes na freguesia de São Martinho. Durante o estágio profissional não existiu muita participação por parte da população idosa também devido à conjuntura que vivemos, mas o pouco que foi possível realizar – passeios à ilha do Porto Santo e excursões pela ilha - , existiu uma adesão das pessoas mais velhas residentes na freguesia e tal permitiu a recolha de informação fundamental.

Para a recolha de informação para a fundamentação e concretização do projeto pedimos a colaboração da JFSM, do SESARAM e de instituições que atuam na comunidade local. Esta fase preparatória incluirá também a apresentação do projeto à comunidade, de seguida a organização das diversas reuniões com os vários profissionais que vão participar no projeto, apresentando os resultados do diagnóstico social realizado e o plano de intervenção. É nesta fase que se define os pontos principais, desde o papel de cada entidade ao nível da disponibilidade de cada uma.

Numa segunda fase, contamos com uma grande colaboração da JFSM, pois através da abertura de um Gabinete de Apoio ao Idoso nesta entidade, irá ser divulgado o projeto e disponibilizar o espaço para algumas das atividades que iremos realizar com os idosos. Também contamos com a mesma para a divulgação do projecto, como ainda, para a promoção do voluntariado.

Como já foi abordado ao longo do presente trabalho, o diagnóstico é uma fase essencial para completar com sucesso o projecto de intervenção. Serrano (2008) afirma que o diagnóstico deverá ser composto por várias informações. Serrano (2008) afirma que o diagnóstico deverá ser composto por várias informações. Primeiramente, a autora defende que deve estar contemplado as necessidades existentes, que podem identificar como idosos que residem sozinhos, alguns sem suporte familiar e/ou socio-demográfico.

Como prioridade deste projeto propomos melhorar o bem-estar dos idosos como também de valorizar o processo do envelhecimento e de promover as relações intergeracionais. Destacamos estes pontos que temos como finalidades, porque através de observação direta como Assistente Social numa autarquia, foi possível verificar que existe um número de idosos que residem sozinhos, com rendimentos baixos, alguns sem suporte social e familiar, como ainda, pretendemos criar um projeto que possa dar resposta aos idosos de forma mais geral, sem que os mesmos abandonem as suas casas.

Resumidamente, no início do projeto pretendemos apoiar cerca de 20 idosos que residam na Freguesia de São Martinho, recorrendo a outras entidades já existentes na freguesia de modo a criar um maior trabalho em rede na freguesia.

Capítulo III – Diagnóstico social do território e das pessoas idosas

1. Caracterização da freguesia de São Martinho: dados de diagnóstico social

A ilha da Madeira é constituída por 11 concelhos: Funchal, Câmara de Lobos, Ribeira Brava, Ponta do Sol, Calheta, Porto Moniz, São Vicente, Santana, Machico, Santa Cruz e Porto Santo.

Nos últimos 10 anos, a população residente na Região Autónoma da Madeira (RAM) diminuiu 6,2%, sendo que, em 2021, contou-se com 251 060 residentes. Isto significa, que contabilizou-se menos 16 725 residentes que em 2011 (Madeira D. R., 2021, p. 2).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2020, a RAM tinha cerca de 253 923 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos.

Figura 1: Concelhos da RAM



Fonte: Imagem retirada do motor de busca

Figura 2: Mapa da freguesia de São Martinho



Fonte: Documento fornecido pela Junta de Freguesia de São Martinho, 2021

De acordo com os censos 2021, tendo sido recenseadora nos mesmos, podemos confirmar com o website dos Censos, que a freguesia conta com 26 931 habitantes.

A Freguesia de São Martinho pertence ao Concelho do Funchal e tem uma dimensão geográfica de 782 hectares e está dividida por zonas/sítios, sendo estes Ajuda, Areiro, Igreja, Nazaré, Pico de São Martinho, Piornais, Quebradas, Virtudes, Amparo, Casa Branca, Lombada, Pico do Funcho, Pilar, Poço Barral, Vargem, Vitória, Barreiros, Fé, Engenho Velho, Avista Navios, Vinha Velha, Papagaio Verde, Santa Rita, Bela Vista, Ponta Gorda, Ponta da Cruz e Ponta da Laranjeira.

Tabela 1: Número de Habitantes na RAM

Distribuição Geográfica	Censos 2021 – Resultados Preliminares (Nº)				Variação 2021-2011 (%)	
	Agregados	População			Agregados	População
		HM	H	M		
RAM	94 990	251 060	117 712	133 348	2,2	-6,2
Calheta	4 386	10 913	5 002	5 911	2,0	-5,3
Câmara de Lobos	10 724	32 175	15 350	16 825	2,5	-9,8
Funchal	41 044	105 919	49 186	56 733	2,8	-5,3
Machico	7 296	19 617	9 486	10 131	0,3	-10,1
Ponta do Sol	3 196	8 367	3 861	4 506	2,9	-5,6
Porto Moniz	1087	2 521	1 127	1394	2,5	-7,0
Ribeira Brava	4 721	12 696	5 762	6 934	3,8	-5,1
Santa Cruz	15 665	42 262	20 180	22 082	4,6	-1,7
Santana	2 684	6 558	2 972	3 586	-9,8	-15,0
São Vicente	2 018	4 874	2 251	2 623	-8,5	-14,8
Porto Santo	2 169	5 158	2 535	2 623	3,2	-5,9

Fonte: População residente (nº.) e de agregados. Tabela adaptada com os dados mais pertinentes para o estudo. Direção Regional de Estatística da Madeira, Em Foco Censos 2021 – Resultados Preliminares da Região Autónoma da Madeira²

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que a cidade do Funchal é a que tem o maior número de população residente, em 2021, com cerca de 105 919 habitantes. De seguida, na Tabela 3 será apresentado a diferença de população residente com idades igual ou superior a 65 anos, entre o período de 2011 e 2021.

Tabela 2: Diferença de população residente com 65 ou mais anos na RAM, entre 2011 e 2021

Período de referência dos dados	Local de residência	População residente (Nº) por Local de residência, Sexo Grupo Etário; Decenal					
		Sexo					
		HM		H		M	
		Grupo Etário					
		Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos
2021	Portugal	10 344 802	2 424 122	4 921 170	1 037 044	5 423 632	1 387 078
	RAM	250 769	50 063	117 693	19 417	133 076	30 648
	Funchal	105 795	22 865	49 148	8 981	56 647	13 884

² <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/popcondsoc-censos-pt/popcondsoc-censos-emfoco-pt/send/47-censos-emfoco/13759-em-foco-censos-2021-resultados-preliminares.html> -

População residente (nº.) e de agregados. Tabela adaptada com os dados mais pertinentes para o estudo. Direção Regional de Estatística da Madeira, Em Foco Censos 2021 – Resultados Preliminares da Região Autónoma da Madeira

	São Martinho	26 931	5 112	12 417	2 073	14 514	3 039
2011	Portugal	10 562 178	2 010 064	5 046 600	842 324	5 515 578	1 167 740
	RAM	267 785	39 898	126 268	14 251	141 517	25 647
	Funchal	111 892	17 906	52 073	6 457	59 819	11 449
	São Martinho	26 480	3 071	12 335	1 111	14 145	1 960

Fonte: INE, atualizado a 16 de dezembro de 2021³

Na tabela 3 verifica-se que o número de população residente diminuiu de 2011 para 2021, tanto a nível regional, como a nível municipal e da freguesia, sendo que, enquanto que em 2011, tinham 26 931 habitantes e desse número cerca de 5 112 tinham 65 ou mais anos, no ano 2021 existem 26 480 residentes, em que 3 071 tem 65 ou mais anos.

Podemos concluir que a taxa do envelhecimento diminuiu a todos os níveis.

Assim, foi importante realizar a análise SWOT da intervenção social realizada pela JFSM que “deteta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas” (Carvalho, 2013, p. 182), centrando-se no diagnóstico das necessidades, dificuldades, problemas e carências dos idosos, como também, na capacidade que a mesma tem de enfrentar e dar resposta às necessidades e então depois tentar colmatá-las com soluções.

Tabela 3 – Análise SWOT por observação da JFSM

Pontos Fracos	Pontos Fortes
- Fraca interação e relação com as outras instituições de modo a dificultar a troca da informação. - Poucos recursos.	- Atribuição de apoios para roupa e alimentação. - Desenvolvimento de atividades para a população.
Ameaças	Oportunidades
- Dependência em relação ao apoio fornecido.	- Fomento do Empowerment.

Fonte: Observação direta enquanto profissional

Verifica-se que existe a JFSM que é uma entidade que consegue apoiar no sentido de satisfazer algumas das necessidades identificadas nos idosos, no entanto existe uma fraca ligação com outras entidades existentes na freguesia. Esta fraca ligação pode ser identificada através da reduzida comunicação entre as respostas sociais existentes na freguesia e a autarquia sobre as situações dos utentes. Apesar de haver comunicação entre os técnicos de algumas das respostas sociais, podemos identificar este ponto fraco, sendo o trabalho em rede entre as

³https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0 - População residente (Nº) por Local de residência, Sexo Grupo Etário; Decenal

diversas entidades locais um ponto fundamental para uma boa intervenção em idosos em situação de vulnerabilidade.

2. Competências sociais da entidade

Todas as instituições têm as suas responsabilidades e competências que devem seguir rigorosamente. No caso da JFSM, de acordo com a Lei 75/2013 de 12 de setembro, no que diz respeito à área social, compete:

- Discutir e preparar com instituições públicas, particulares e cooperativas que desenvolvam a sua actividade na circunscrição territorial da freguesia protocolos de cooperação, designadamente quando os respectivos equipamentos sejam propriedade da freguesia e se salvaguarde a sua utilização pela comunidade local e submetê-los à assembleia de freguesia, para efeitos de autorização;
- Apoiar actividades de natureza social, educativa, recreativa ou outra de interesse para a freguesia;
- Prestar a outras entidades públicas toda a colaboração que lhe for solicitada designadamente nos domínios da estatística e outros do interesse da população da freguesia;

No que diz respeito à Lei 56/2013 de 8 de setembro, a JFSM tem como competências:

- Gerir, conservar e reparar equipamentos sociais na área da freguesia, designadamente equipamentos culturais e desportivos de âmbito local, escolas e estabelecimentos de educação do 1º ciclo e pré-escolar, creches, jardins de infância e centros de apoio à terceira idade;
- Criar, construir, gerir e manter parques infantis públicos;
- Promover e executar projectos de intervenção comunitária nas áreas da acção social, cultura, educação e desporto, em especial em bairros de intervenção prioritária;
- Participar, em colaboração com as instituições particulares de solidariedade social, em programas e projectos de acção social no âmbito da freguesia;
- Apoiar actividades culturais e desportivas de interesse para a freguesia que não sejam objecto de apoio por parte da câmara municipal;
- Contribuir para as políticas municipais de habitação, através da identificação de carências habitacionais e fogos disponíveis e, ainda, da realização de intervenções pontuais para melhoria das condições de habitabilidade;

- Definir critérios especiais nos processos de realojamento (Junta de Freguesia de São Martinho, 2012).

A JFSM poderá ainda exercer atividades, incluídas na competência da Câmara Municipal, por delegação desta (Junta de Freguesia de São Martinho, 2012).⁴

2.1. Respostas Sociais na Freguesia de São Martinho

A Freguesia de São Martinho, de acordo com um documento fornecido pela mesma, apresenta várias respostas para diferentes faixas etárias.

Para combater o isolamento e a falta de bens e serviços, observados na população madeirense, o Município do Funchal tomou algumas medidas, propocionando aos idosos, bem como às famílias economicamente desfavorecidas, os bens e os serviços tornando mais fácil o seu acesso, através de um Cartão Sénior gratuito, destinado a indivíduos que possuam idade igual ou superior a 55 anos. Este cartão tem um conjunto de benefícios e vantagens na utilização e na aquisição de bens, produtos e serviços, de natureza pública ou privada. Com este cartão, a população passa a beneficiar de redução de preços nas entradas dos complexos balneares, nas entradas para espectáculos culturais, desportivos, recreativos e similares organizados pela CMF, descontos nas entradas dos museus e no fornecimento de fotocópias pelos serviços das Bibliotecas e Museus⁵. Existe ainda o apoio em pequenas reparações no domicílio de seniores carenciados, sendo o seu objetivo como o próprio nome indica, reparações nos seus domicílios.

No que diz respeito á saúde dos idosos, a CMF disponibiliza um Cartão para a Medicação dos idosos e a pessoas portadoras de doenças crónicas, destinado a residentes no concelho do Funchal, há pelo menos 1 ano, em situação de vulnerabilidade económica. Em relação às atividades lúdicas e físicas, a CMF disponibiliza a Universidade Sénior e o Ginásio de São Martinho. Outros apoios gerais que se adequam a toda a população, existe: o acesso a bolsas de estudo para o ensino superior, a atribuição de manuais escolares no ensino básico, atribuição das habitações sociais do Município do Funchal, o Cartão municipal de família numerosa, a atribuição de apoios financeiros ao associativismo e a atividades de interesse municipal, o programa PRESERVA (Programa Municipal de Apoio à Conservação, Reparação e

⁴ https://jf-saomartinho.pt/assets/documentos/instucional/junta/junta_de_freguesia_de_s%C3%A3o_martinho_-_compent%C3%A2ncias.pdf – Competências da JFSM

⁵ file:///C:/Users/Ver%C3%B3nica%20Rodrigues/Downloads/regulamento_do_carto_snior_do_municipio_do_funchal.pdf Câmara Muncipal do Funchal, Regulamento do Cartão Sénior

Beneficiação de habitações degradadas de agregados familiares carenciados do Município do Funchal), e por fim, a atribuição do subsídio municipal ao arrendamento.

A JFSM vem complementar estes apoios da CMF, sendo possível recebê-los cumulativamente. Esta, a nível mais geral, oferece um apoio para o material escolar, empréstimos de manuais escolares, apoio aos manuais escolares da CMF, Bolsas de Estudo para o acesso ao ensino superior, entrega de bens e roupas, apoio nos diversos preenchimentos de apoio – Simplifica, Segurança Social e Finanças -, e apoio material para melhoramentos da habitação.

Os apoios que incluem idosos é o apoio alimentar regular, através de um Cartão de Alimentação, em que o valor varia de acordo o número do agregado familiar. Disponibiliza ainda, o Fundo Social de Emergência para pagar contas em atraso (água, luz, gás, comunicações), funerais e tratamentos ou consultas médicas. Possibilita material para melhoramentos da habitação, o cabaz de natal, passeios organizados pelo serviço, aulas de informática, inglês, arranjos florais e costura e apoio ao preenchimento do IRS. Destacamos a ideia que não existe nenhum apoio que seja dedicado apenas a idosos, mas sim que existe mais adesão da população mais idosa.

A Freguesia de São Martinho abrange ainda outras entidades com capacidade para apoiar as famílias vulneráveis e as necessidades dos idosos, através:

- **Investimentos Habitacionais da Madeira (IHM)** – que apoio em programas de arrendamento e com habitações sociais ou programas de recuperação de imóveis degradados.
- **Instituto da Segurança Social da Madeira** – apoia através do apoio de serviço domiciliário, os centros de convívio, os centros de dia, as estruturas residenciais para idosos e do centro de comunitário de São Martinho.
- **Fundação Zino** – é uma instituição de crianças e jovens, com vários projetos.
- **Garouta do Calhau** – apoia a população idosa através de passeios e visitas, festividades, o projeto intitulado de “Conversas com os mais velhos”, o roteiro cultural e pedagógico, sessões de sensibilização, concursos e exposições, encontros de idosos, todas atividades realizadas nas valências existentes em São Martinho - Associação de Desenvolvimento Comunitário do Funchal – Centro Comunitário da Várzea e no Centro de Dia para pessoas com Alzheimer.

- **Centro de Saúde Dr. Rui Adriano (SESARAM)** – apoia com tratamentos e consultas médicas de psicologia, nutrição, dependências, vacinação, saúde do idoso, administração terapêutica, cuidados médicos e vigilância epidemiológica.
- **Casa do Povo de São Martinho** – entidade com vários projectos em que apoiam as famílias e os idosos em situação económica mais vulnerável através do projeto “Farol 2021” e o projeto “REINVNTA”. E ainda, é composto por equipamentos sociais que incluem os idosos residentes na freguesia, através de atividades lúdicas, centro de dia e o centro de convívio.
- **Cáritas Diocesana do Funchal** – é uma instituição que apoia toda a população através de vários apoios como FEAS (Fundo de Emergência de Apoio Social), entrega de bens alimentares, apoio na aquisição de medicamentos, entrega de mobiliários, móveis de roupas e apoio psicológico.

No que diz respeito às Associações de Soidariedade, na freguesia de São Martinho existem duas:

- **GÁLATAS** - é uma associação que apoia o desenvolvimento de projetos de apoio social e cultural a crianças, jovens e idosos, bem como a pessoas carenciadas. Para a população mais velha, a mesma desenvolve projetos de apoio social e cultural a idosos, confecciona e distribui refeições, presta serviços domésticos e de limpeza e incentiva à produção agrícola, pecuária e jardinagem.
- **Associação Artística de Solidariedade Social “Olho-te” (O. A. A. S. S.)** – associação que apoia o bairro social que está integrado na freguesia, através de atividades físicas e lúdicas, e limpeza do bairro.

Em relação às estruturas residenciais para idosos existentes na freguesia, apenas existem duas, que infelizmente não conseguem dar resposta a toda a população:

- **Lar d’Ajuda** - é uma instituição privada, constituída por 4 valências, distribuídas pela freguesia. O lar inclui o alojamento permanente, temporário e o centro de dia e de noite.
- **Lar Dilectus** – é também uma instituição privada, que infelizmente não está compatibilizada com as reformas dos nossos idosos. Este abrange o apoio residencial, com cuidados específicos de enfermagem, o acolhimento diário e ainda apoia os cuidadores.

Como podemos observar, na Freguesia de São Martinho existem inúmeros apoios com respostas dedicadas às pessoas idosas. Contudo, nenhum apoio atende totalmente às necessidades

dos mesmos, sendo algumas privadas, o que se torna um impedimento para a maior parte dos idosos, pois as reformas nem sempre atingem o valor necessário ao pagamento da prestação. A ideia passa, então, por criar um projecto que possa responder às necessidades dos idosos por valores simbólicos e por voluntariado.

3. Resultados obtidos no diagnóstico social

A caracterização dos idosos estudados no projeto “Cuidados Móveis” foi elaborada com base nos dados contidos nos processos de apoio alimentar da JFSM, que é dado mensalmente aos cidadãos que vivem com dificuldades económicas, adquirido ao longo do estágio profissional, mas também foram reunidas informações acerca de 15 idosos, através da inquirição, que sentiram necessidade de recorrer a esta entidade para requerer outro apoio, nomeadamente o Fundo Social de Emergência e o Cabaz de Natal.

Resumidamente, esta fase de caracterizar e conhecer os idosos é fundamental para o projeto, uma vez que, conseguimos perceber quais as necessidades e os problemas dos mesmos.

Através desta caracterização, foi possível perceber que de 118 residentes na freguesia que tem o apoio social da JFSM, 49 são idosos. Pretendeu-se assim, desenvolver uma breve caracterização sócio-demográfica do grupo de idosos, tendo em conta a faixa etária, o género, a composição do agregado familiar e as fontes de rendimento do agregado familiar. Nos inquéritos, foi possível conhecer ainda, as habilitações literárias, o grau de dependência e o estado de saúde.

Ao longo do presente trabalho irão ser apresentados resultados, através de gráficos e tabelas, de modo a facilitar a leitura e sua melhor compreensão. Analisemos primeiramente os dados acerca dos 49 idosos que beneficiam do apoio mensal da JFSM.

Tabela 4: Género dos idosos que beneficiam de apoio mensal da JFSM

GÉNERO	R
MASCULINO	19
FEMININO	30
TOTAL	49

Fonte: Processos sociais da Junta de Freguesia

Como podemos verificar, a JFSM apoia mensalmente 19 idosos do sexo masculino e 30 do sexo feminino. Destacamos que alguns destes idosos fazem parte do mesmo agregado familiar.

Tabela 5: Faixa etária dos idosos que beneficiam de apoio mensal da JFSM

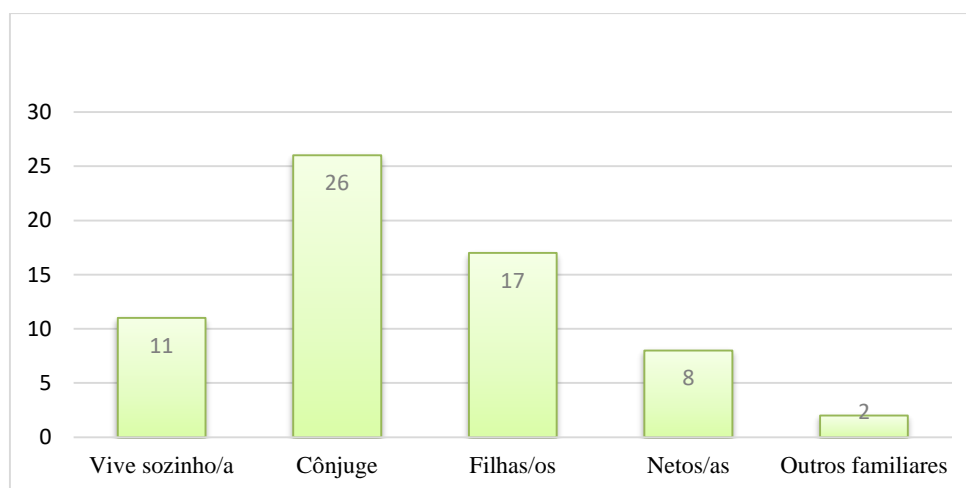
FAIXAS ETÁRIAS	R
65- 69	20
70-74	15
75-79	10
80-84	2
85 OU +	2
TOTAL	49

Fonte: Processos sociais da Junta de Freguesia

Na Tabela 5 verifica-se uma variação nas idades dos idosos, destacando-se o grupo etário 65-69, com mais idosos. Os grupos 80-84 e 85 ou mais anos, integram apenas 4 idosos, mas é necessário ter em conta que a pessoa mais velha tem 85 anos.

Este apoio é beneficiado por todos aqueles que passam por dificuldades económicas e em situação de vulnerabilidade, como também de modo acompanhar as várias fases do envelhecimento, e a colmatar as necessidades dos idosos residentes na freguesia.

Gráfico 1: Composição do agregado familiar dos idosos que beneficiam do apoio mensal da JFSM

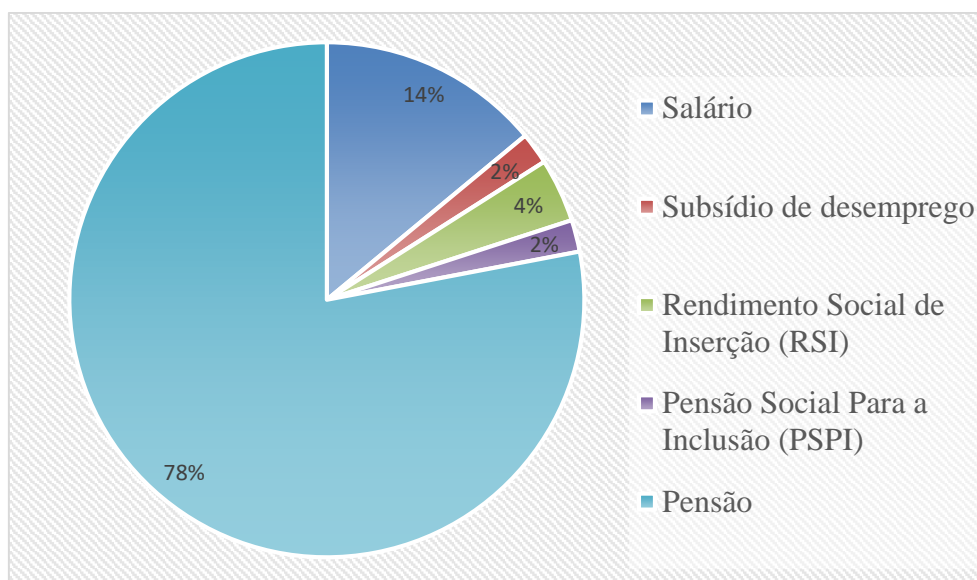


Fonte: Processos sociais da Junta de Freguesia

No que diz respeito à composição do agregado familiar dos idosos que recebem o apoio mensal da JFSM, destacou-se 26 idosos que residem com o seu/sua cônjuge e 11 dos idosos residem sozinhos e alguns sem suporte social e económico.

Felizmente conseguimos perceber que na freguesia é mais frequente os idosos viverem com cônjuges, filhos, netos ou outros familiares, e existe um menor número de idosos que vivem sós.

Gráfico 2: Fontes de rendimentos dos agregados familiares que beneficiam do apoio mensal da JFSM



Fonte: Processos sociais da Junta de Freguesia

De acordo com o Gráfico 2, verifica-se que a maior parte da população que beneficia do apoio mensal da JFSM recebe a pensão de velhice/reforma. É importante relembrar que foi elaborado um estudo para perceber a situação sócio-económica dos idosos residentes na freguesia, desta forma, é importante perceber os rendimentos de todo o agregado familiar.

Existem idosos que residem com filhos e netos que trabalham, e até em alguns casos notou-se alguns cônjuges que ainda exercem atividades laborais, um total de 14%. Em minoria, destaca-se agregados que recebem o Subsídio de Desemprego e o PSPI (Pensão Social para a Inclusão).

De seguida, serão analisadas as situações sócio-económicas de 15 utentes que foram inquiridos neste estudo, sobre as suas necessidades básicas. Estes são utentes que apenas recebem o apoio do Cabaz de Natal da Junta de Freguesia e todos apresentavam capacidades cognitivas, de comunicação e que compreenderam a finalidade das perguntas.

Primeiramente, foi informado aos idosos, verbalmente sobre os objetivos do estudo e que seria para um futuro projeto que poderia ser implementado na mesma freguesia, de forma ajudar a colmatar as necessidades dos mesmos.

Ao longo do questionário foram tidos em conta as características sociodemográficas como o género, idade, estado civil, habilitações literárias, o agregado familiar, a profissão exercida ao longo da sua vida e os rendimentos do idoso.

Gráfico 3: Género dos idosos

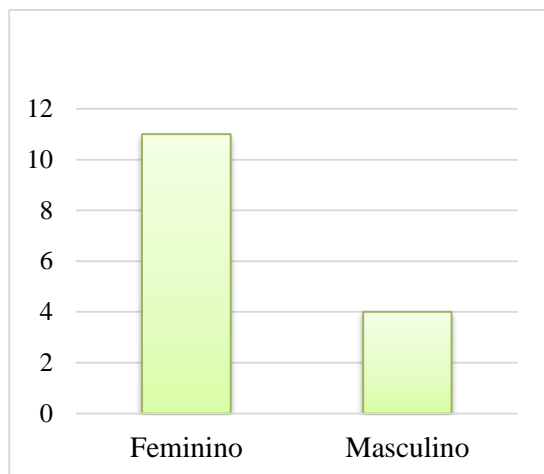
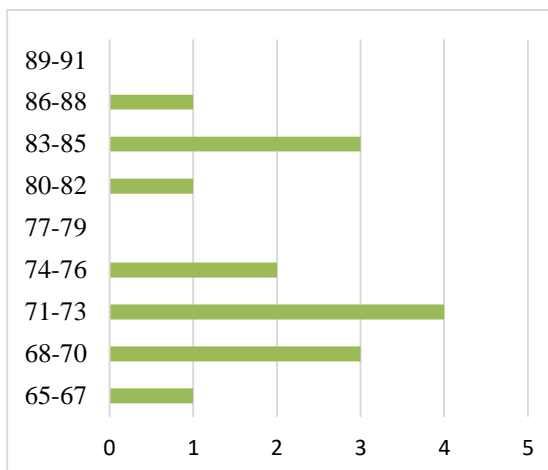


Gráfico 4: Idades dos idosos



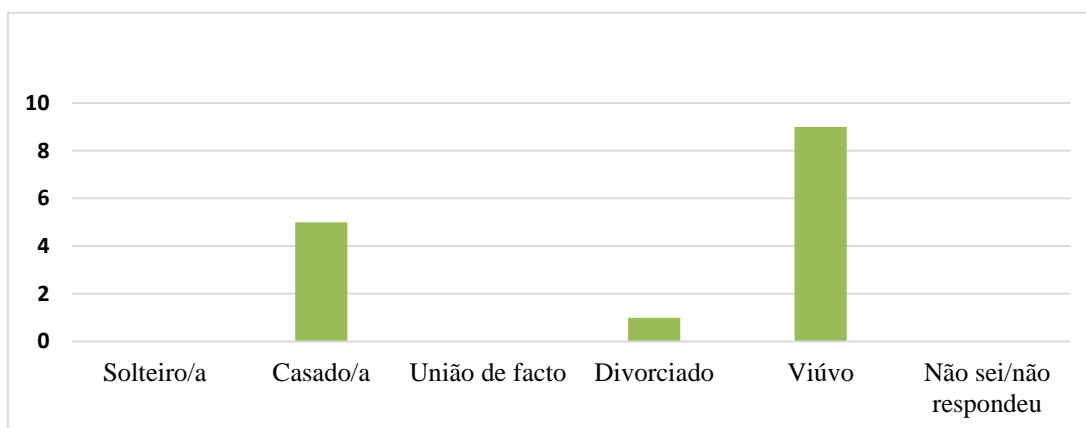
Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Como é possível observar, dos 15 inquiridos podemos constatar que 11 eram do do sexo feminino, e os restantes quatro inquiridos do sexo masculino.

No que concerne às faixas etárias dos inquiridos, variaram um pouco, e esse era um dos objetivos do estudo, de modo que podemos verificar que os idosos poderão ficar dependentes totalmente ou parcialmente, dependendo de terceiros, em qualquer faixa etária.

Verificou-se que os inquéritos foram aplicados a idosos entre os 65 e os 87 anos. Existe um aumento significativo no intervalo entre os 70 e os 74 anos, destacando-se com 6 idosos. Ao longo da análise, é possível observar que foi possível inquirir mais idosos com idades superiores a 80 anos.

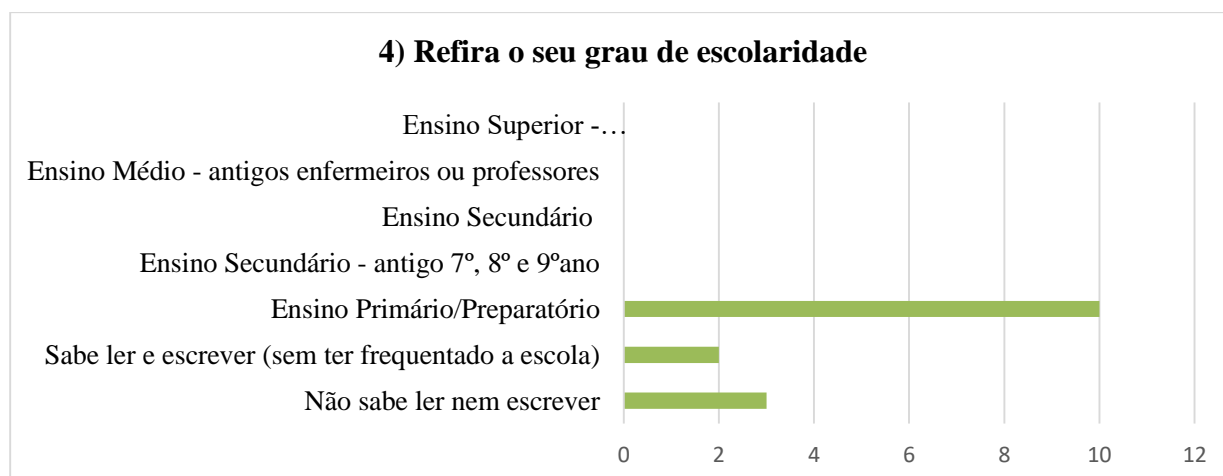
Gráfico 5: Estado civil dos idosos



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

No que diz respeito ao Estado Civil (gráfico 5), constata-se que a grande maioria dos inquiridos é viúvo (mais precisamente 9 idosos). Ainda que, dos 15 inquiridos, 5 ainda mantêm o estado civil como “casados”.

Gráfico 6: Habilitações literárias



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

No que diz respeito às habilitações literárias concluiu-se que a maioria tem apenas o primeiro ciclo de escolaridade. Apenas 3 não sabiam ler nem escrever pois não tinham frequentado nenhum estabelecimento de ensino, devido aos hábitos de antigamente que levavam as crianças cedo para o mundo do trabalho. Destaca-se ainda 2 inquiridos que não frequentaram a escola, mas que sabiam escrever o seu nome e ler frases simples.

Antigamente, eram poucas as crianças a instruir-se, pois abandonavam a escola para ajudar o seu agregado familiar através das tarefas domésticas, cuidar de um familiar ou até mesmo a nível monetário pela realização de uma atividade profissional. Estes baixos níveis de

escolarização tiveram como consequência a sua inserção em postos de trabalho precários e mal remunerados e que actualmente se traduzem em reformas muito baixas.

Nota-se uma evolução na sociedade e na exigência de qualificação, sendo que em pleno século XXI é obrigatório ter o 12º ano.

Tabela 6 : Obtenção de um trabalho remunerado

4.1) Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?	R
Sim	8
Não	7

Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

É possível constatar no gráfico 7 que nem todos os inquiridos trabalharam formalmente inscritos no mercado de trabalho no seu passado, apenas 8 obtiveram um trabalho remunerado. Todos sabemos que antigamente existia uma mentalidade em que as mulheres trabalhavam em casa, isto é, tratavam das lidas de casa e os homens responsabilizavam-se por sustentar a família. No entanto, nem todas as pessoas obtinham trabalho remunerado, e por vezes, esse trabalho era mal remunerado.

Neste estudo achamos pertinente questionar que profissões estes indivíduos tinham exercido, com o objetivo de perceber a sua pertença social e acesso a diversos tipos de recursos.

Tabela 7: Profissões desempenhadas

4.1.1. Se sim, refira qual foi a sua principal profissão	R
Profissões das forças armadas	
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	
Técnicos e profissões de nível intermédio	
Pessoal administrativo	
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	1
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	
Trabalhadores não qualificados	6
Nenhuma	7

Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Como já foi abordado é pertinente perceber as profissões que os inquiridos desempenharam e para isso, foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) segundo o INE para categorizar as profissões.

Assim, foi notório que mais de 50% tinha trabalho remunerado, em que se destacou a classificação dos idosos no grupo profissional dos “Trabalhadores não qualificados” com 6 respostas.

Gráfico 7: Agregado familiar do idoso



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Ao analisar os dados obtidos pela quinta pergunta realizada no questionário, podemos concluir que a maior parte vive sozinho (6) ou com um cônjuge (6).

O facto de viverem sozinhos/as é um problema que tem vindo a ser muito abordado ao longo dos últimos tempos, pois origina o isolamento social como os torna mais solitários, o que os leva a procurar companhia ou mesmo atividades em grupo organizadas pelas entidades da comunidade. O isolamento social e a solidão poderão desencadear vários problemas de saúde, mas também tende a originar mais necessidades aos idosos e também a quebra os laços familiares e sociais dos mesmos, com fortes impactos no suporte social.

Em relação aos cônjuges, temos que ter em consideração que estes são considerados os grandes companheiros da vida dos idosos. Ao longo dos anos que estão juntos vão criando a

sua história, incluindo as suas fortes ligações afetivas e emocionais, mas também desenvolvem sentimentos como o de segurança, de partilha, de companheirismo e de intimidade.

É preciso destacar que houve dois idosos que responderam ao questionário que viviam com filhos/as e com os netos/as. Este poderá ser um potencial ponto positivo na vida do idoso, pois como já foi referido este projeto tem como objetivo promover as relações intergeracionais, em que há uma partilha de conhecimentos e em que os idosos revelam a sua sabedoria aos mais novos.

Tabela 8: Fonte de rendimento do idoso

5.1 - Fontes de rendimento do agregado familiar	N
Trabalho	0
Subsídio de doença/acidente	0
Rendimento Social de Inserção (RSI)	0
Complemento Solidário para idosos	0
Outros subsídios/Apoios estatais	0
Pensão de reforma/Pensão de Velhice	13
Pensão de sobrevivência/viuvez	5
Pensão de invalidez	2
Ajuda de amigos/vizinhos	0
Ajuda familiar	0
Outros (juros, poupanças, etc)	0

Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

A fonte de rendimento mais comum entre os idosos inquiridos é a Pensão de Reforma/Pensão de Velhice. Este mesmo valor é atribuído a todos os idosos que tenham mais de 66 anos, de acordo com os descontos feitos durante a sua vida laboral, à Segurança Social.

A segunda fonte de rendimento dos idosos inquiridos é a Pensão de sobrevivência/viuvez, que é atribuída ao indivíduo quando o/a seu/sua cônjuge morre, e diz respeito também aos descontos que o falecido cônjuge fez à Segurança Social,

A pensão de invalidez foi a resposta minoritária (3) que é atribuída aqueles que ficam impedidos/inválidos de exercer funções laborais.

É preciso ter em conta que uma grande parte dos idosos inquiridos recebiam mais do que 1 rendimento, que foi incluído na tabela.

Tabela 9: Contactos realizados pelos/aos idosos

5.2 - A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros?	R
Nenhuma vez	2
1 a 2	4
3 a 4	3
5 a 6	1
7 ou 8	4
9 ou mais	1
Não sei/Não respondeu	1

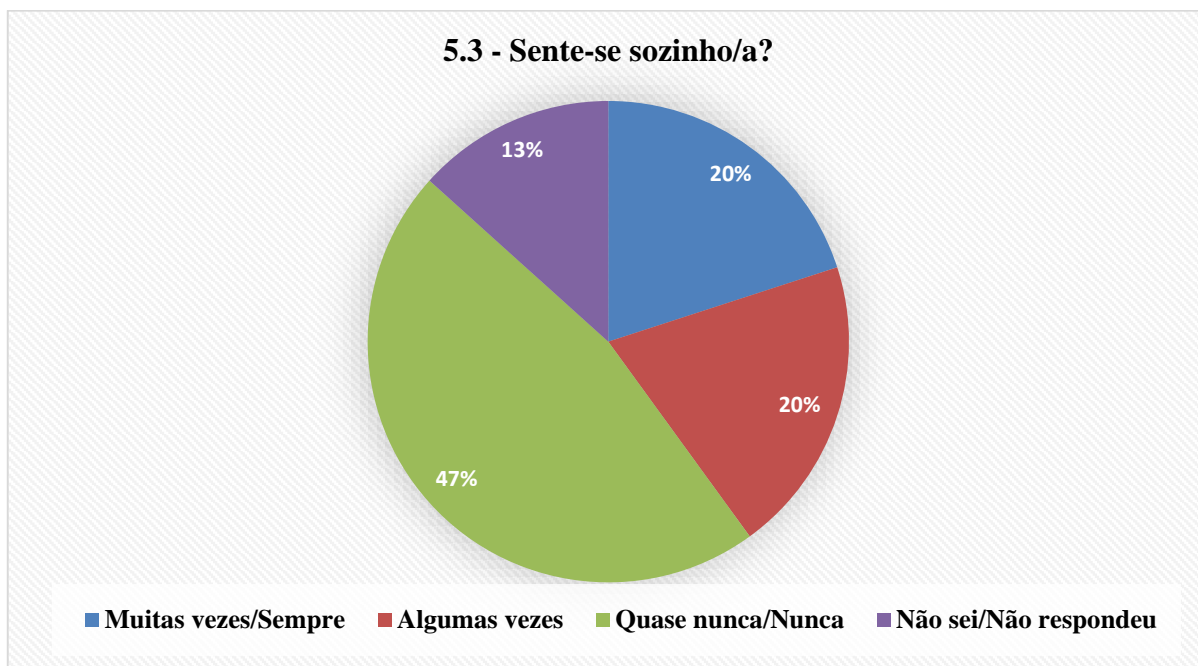
Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Das respostas à pergunta que diz respeito aos contactos realizados pelos idosos ou que receberam no prazo de uma semana, destacamos que quatro idosos recebem/fazem entre 1 a 2 chamadas, e outros quatro inquiridos responderam que entre 7 ou 8 vezes recebiam ou realizavam chamadas.

Estas chamadas, por vezes, são feitas pelos próprios idosos, para terem conhecimento de como se encontram os seus familiares ou as pessoas mais chegadas, sem vínculo familiar, ou então, poderá também ter outra razão, de combater a solidão, de ter alguém para falar e comunicar e de fazer transparecer o que sente.

Felizmente com a tecnologia, cada vez mais idosos a utilizam para combater a solidão e manter as suas ligações.

Gráfico 8: Solidão

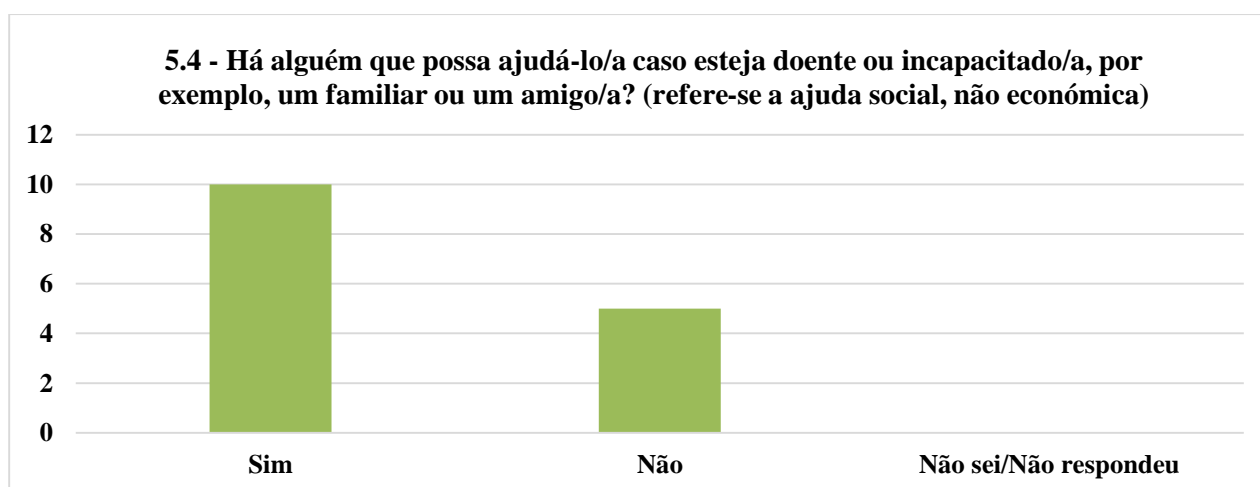


Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

É possível observar no gráfico 7 que diz respeito se existe ou não solidão dos idosos inquiridos no estudo, que cerca de 47% (7) “quase nunca ou nunca” se sente sozinho, o que é um ponto importante. No entanto, 20% (3) respondeu que se sentia sozinho “Muitas vezes/Sempre” e outros 20% (3) “algumas vezes”.

Este tem sido um dos problemas muito abordados ao longo do trabalho, pois foi um dos grandes problemas que originou a ideia deste projeto. Em parte, este projeto é para combater esta solidão ou até mesmo evitá-la de alguma forma.

Gráfico 9: Suporte social/familiar



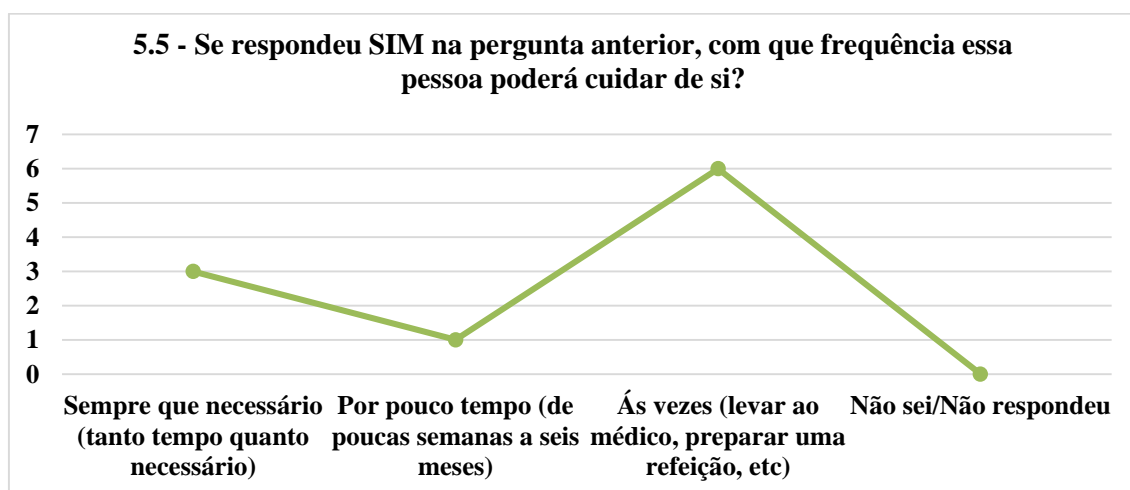
Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

O suporte social e/ou familiar é um apoio essencial e importante na vida de todos os seres humanos, principalmente quando nos encontramos num estado mais vulnerável e com mais necessidades. Infelizmente, nem todos os idosos têm a sua rede de suporte o que fará que em situação mais crítica o idoso tenha que recorrer às ajudas da comunidade.

Nos dados obtidos relativamente a esta pergunta, verificou-se que dos quinze inquiridos, 10 responderam que “sim”, que teriam apoio de um familiar ou de um amigo/a, e os restantes 5 não teriam qualquer ajuda.

Mas é evidente, que todos nós temos o nosso trabalho, a nossa vida familiar, e que infelizmente o tempo que conseguimos dedicar aos idosos torna-se reduzido. No gráfico 9, verifica-se a frequência com que os familiares ou amigos poderiam dar aos 10 idosos que responderam que “sim”:

Gráfico 10: Frequência do apoio em caso de doença



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Como foi mencionado este gráfico descreve a frequência que o idoso teria essa pessoa a cuidar de si, em que maioritariamente (6) respondeu que seria “às vezes (levar ao médico, preparar uma refeição, etc)”. Isto revela que, apesar de terem apoio, poderá não ser o suficiente para cobrir as suas necessidades.

Tabela 10: Grau de Parentesco de possível cuidador

5.6 - Se respondeu que SIM na pergunta 5.4, quem são essas pessoas?	R
Cônjuge	2
Irmão/ã	0

Filhos/as	5
Netos/as	1
Outro parente	2
Amigo	0
Outro	0

Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Nem sempre o apoio tem de ser dado por um familiar, às vezes é de algum amigo/a ou até mesmo de um vizinho/a. Na presente análise, verificou-se que todos os inquiridos receberiam apoio de um familiar, mas destaca-se 5 idosos que responderam que seriam os filhos/as, 2 responderam que seriam o cônjuge, outros 2 idosos responderam outro parente e que apenas 1 idoso considerou que esse apoio era ser dado pelos/as netos/as.

Ao longo do questionário foi utilizado o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010). O índice de Barthel é definido como um instrumento que avalia o nível de independência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir-se, controlo das necessidades, deambular, transferência da cadeira para a cama e de subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965, cit. in Sequeira, 2007). É um instrumento que poderá ser preenchido por comunicação com o inquirido, por observação direta ou de registos clínicos.

Assim, a avaliação é feita do seguinte modo, por resposta é atribuído um valor, em que no final do questionário, a pontuação mínima de zero corresponde a dependência máxima para todas as actividades acima mencionadas, e a máxima de 100 pontos equivale a independência total para as mesmas atividades diárias avaliadas. Deste modo, se o total estiver entre 0-20 indica dependência total, de 21-60 grave dependência, de 61-90 moderada dependência, de 91-99 muito leve e por fim 100 pontos, indica independência.

De seguida irá ser apresentado o quadro da Avaliação do índice de Barthel de acordo com as respostas obtidas pelos inquéritos.

Tabela 11 – Avaliação dos resultados obtidos através do Índice de Barthel

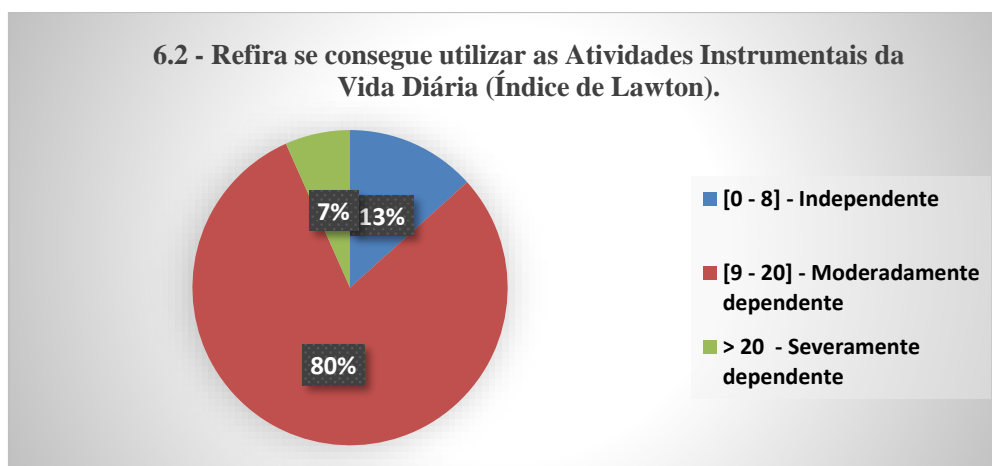
6) Refira se consegue realizar as seguintes AVD's, segundo a avaliação do Índice de Barthel	R
[0 - 20] - Dependência total	1
[21 - 60] - Grave dependência	0
[61-90] - Moderada dependência	4
[91-99] - Muito leve	2
100 - Independência	8

Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Como é possível verificar, dos 15 inquéritos, mais de 50% dos resultados obtidos podemos considerar que eram indivíduos com alguma independência.

Para prosseguir e percebermos a situação de dependência de cada idoso que participou no estudo, foi pertinente utilizar o índice de Lawton sobre as Atividades da Vida Diária. Este é composto por uma escala que pretendia medir e avaliar a incapacidade de planejar e avaliar intervenções em população idosa, através da avaliação do nível de independência do idoso no que se refere à realização das actividades instrumentais (AIVD), que compreendem oito tarefas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, a utilização do telefone, do transporte e do dinheiro, e a preparação pela sua terapêutica/medicação. A avaliação é realizada através da atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades. A escala está dividida em três grupos: 0-8 significa que o indivíduo é independente; de 9-20 significa moderada dependência; e >20 traduz-se em severamente dependente. Imediatamente será apresentado um gráfico onde ficamos a perceber o nível de dependência que os idosos inquiridos têm.

Gráfico 11: Realização das AVD's (Índice de Lawton)

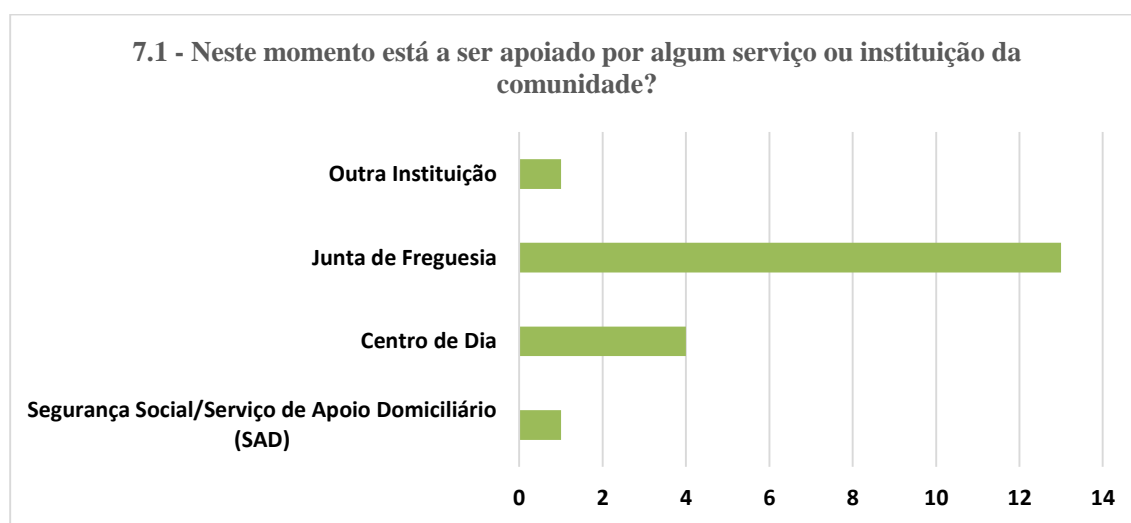


Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Se um idoso já se encontra incapaz de realizar algumas das AVD's, representa alguma incapacidade parcial, se não consegue realizar nenhuma das AVD's, está totalmente dependente.

De acordo com os dados obtidos através dos questionários, 80% dos inquiridos encontram-se moderadamente dependente, 13% independente e 7% severamente dependente.

Gráfico 12: Serviços e Apoios de Instituições e da Comunidade



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Segundo o gráfico 11, é possível concluir que 13 dos inquiridos recebem apoios sociais da Junta de Freguesia de São Martinho. Vários idosos inquiridos recebem apoios de duas instituições simultaneamente. Como técnica superior de serviço social de uma destas instituições mencionadas, podemos afirmar que muitos dos idosos eram ajudados por várias instituições de modo a colmatar as suas necessidades.

Ainda, foi questionado aos inquiridos se nos últimos três meses participaram em alguma das seguintes atividades:

Gráfico 13: Participação em atividades organizadas pela comunidade



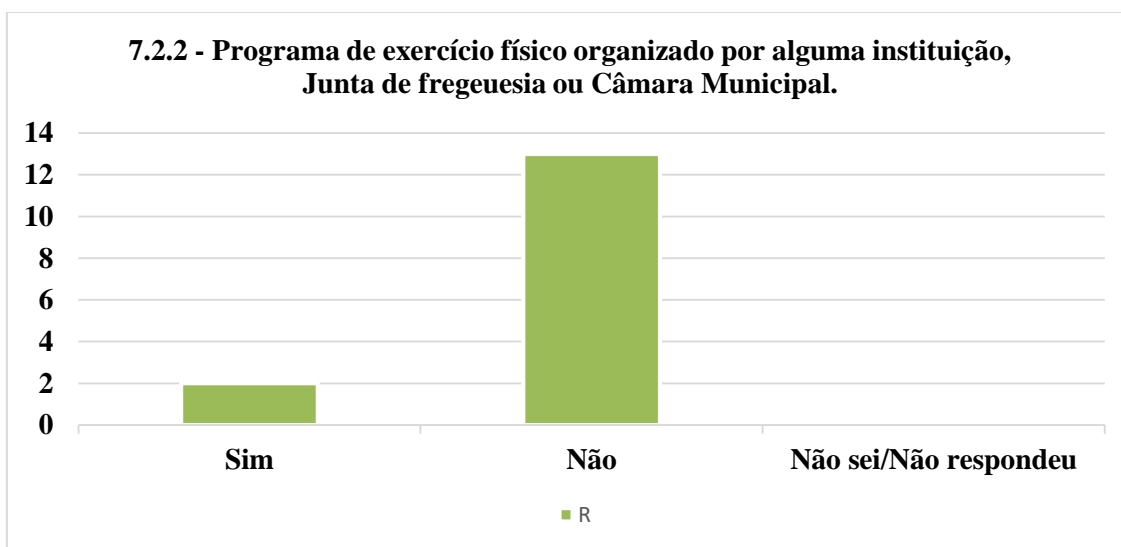
Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

No que diz respeito às atividades organizadas pela comunidade, isto é, pelo grupo local, paróquia ou pela Junta de Freguesia, a pergunta realizada aos inquiridos foi se nos últimos três meses participaram em alguma atividade, em que 13 dos inquiridos responderam que “*Não*”.

Muitas vezes são estas atividades que promovem a vida social dos idosos, onde promovem o conhecimento dos mesmos e oferecem experiências inovadoras. Mas, nem sempre as atividades são gratuitas, o que poderá dificultar a adesão, pois nem todos têm capacidade económica de participar nestas atividades. Como já foi referido, as atividades promovem a vida social dos idosos, com efeitos na diminuição da solidão, na promoção do bem-estar de vida dos idosos, através de atividades físicas, passeios, visitas a museus e à ilha do Porto Santo.

No gráfico seguinte, analisaremos a participação dos idosos em atividades de exercício físico:

Gráfico 14: Participação dos idosos em atividades de exercício físico



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Assim, verifica-se que 13 dos quinze inquiridos não participam em atividades de exercício físico organizadas por alguma instituição do concelho ou da freguesia.

Ao longo da minha experiência enquanto Assistente Social, na JFSM, na conjuntura em que vivemos os últimos tempos - a pandemia devido ao COVID-19 - foram planeadas aulas online na Junta de Freguesia em parceria com o Ginásio de São Martinho, durante 5 dias por semana, alternando com aulas de zumba e aulas de exercícios físicos, em que infelizmente foi pouca a adesão, pela população em geral, mas principalmente pelos idosos.

O mínimo exercício físico nestas faixas etárias é um elemento principal, pois estimula os músculos e ajuda na saúde física e mental dos idosos.

Gráfico 15: Participação dos idosos em eventos religiosos



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

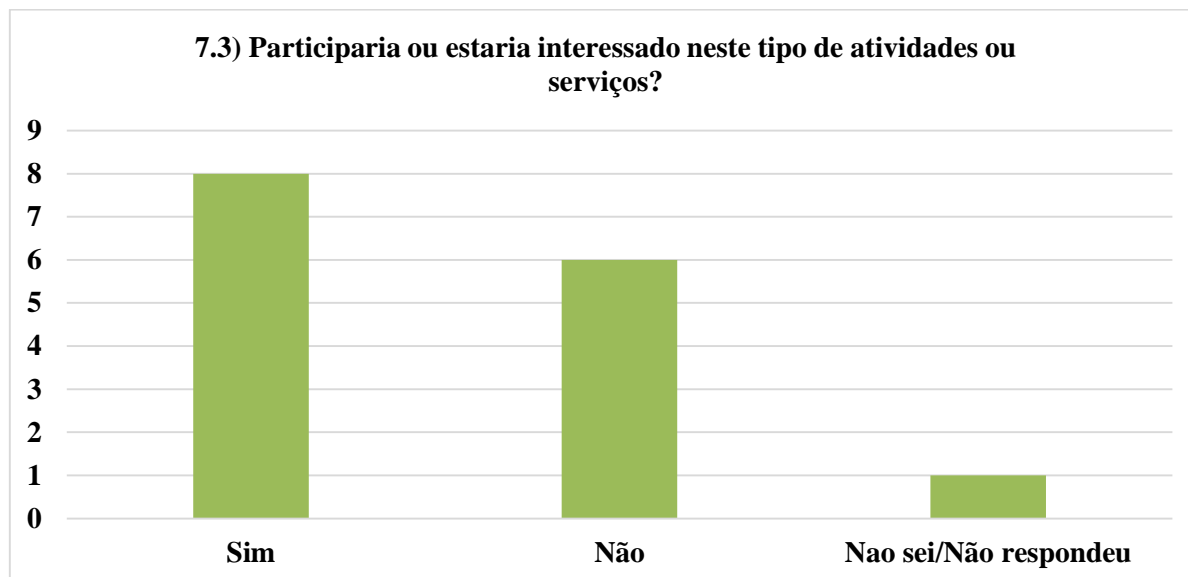
É do conhecimento de todos que a faixa etária que tem uma maior ligação com a religião são os mais velhos. Antigamente, eram habituados a frequentar espaços católicos e eventos religiosos tornando-se assim um hábito para os mesmos, desde ir às missas, participar nas festas das igrejas ou de rezar o terço. Para além disso, Duarte & Wanderley (2011), associam os idosos mais vulneráveis a sofrerem perdas, em que os anos vividos lhes permitem experienciar diversos factos negativos, especialmente na velhice, terão mais probabilidade de vivenciarem consequências negativas na saúde. Deste modo, “a religião e a espiritualidade podem auxiliar no enfrentamento destes eventos, considerados frequentemente como stressores”.

Assim, podemos definir a religião como “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado ou o transcendente” (Duarte & Kátia da Silva Wanderley, 2011, p. 50)

Assim, de acordo com os inquéritos realizados quatro dos quinze idosos inquiridos, nos últimos 3 meses, participaram em eventos religiosos.

Seguidamente, foi questionado aos idosos se teria necessidade ou gostaria de participar neste tipo de atividades ou serviços, e as respostas foram as seguintes:

Gráfico 16: Interesse em participar futuramente em atividades antes mencionadas



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

A participação social dos idosos em atividades e eventos é um ponto fundamental. São vários os estudos realizados até à data sobre o envelhecimento que abordam a participação ativa dos idosos e a sua importância para uma velhice bem-sucedida. Um dos estudos, defendido por Rowe e Kahn (1997), defende que o envelhecimento ativo na sociedade é um dos factores que

contribui para um envelhecimento saudável. O autor Durkheim (1897) que estudou a questão do suicídio, concluiu que as relações sociais são fundamentais para o bem-estar do ser humano.

De acordo com Guedes (2008), a participação social dos idosos nas atividades socialmente úteis, que promovem experiências culturais e sociais é uma das formas de motivar os idosos para aumentar o seu gosto pela vida, elevar a sua identidade e colmatar alguns sentimentos de vazio, tristeza e solidão. Enquanto sociedade, devemos motivar para que participem com o intuito de promover o bem-estar e a qualidade de vida.

Nestes últimos meses, um dos motivos da falta de participação dos idosos nas atividades poderá ter sido a pandemia, em que surgiu o medo do contacto em sociedade, mas também o encerramento dos serviços.

Foi notório que dos quinze inquiridos, oito estariam interessados em participar em futuros eventos e atividades realizadas por entidades desta mesma freguesia.

Tabela 12: Lar, SAD ou Família?

8.4) Se no futuro não tiver condições para cuidar de si e vier a necessitar de ajuda, qual destas possibilidades pondera:	R
O internamento num lar de idosos	2
Recorrer ao apoio de um serviço de apoio domiciliário permanecendo em casa.	13
Viver em casa de um familiar, recebendo apoio das instituições	0
Viver com uma família de acolhimento	0
Outra situação	0
Não sei/Não respondeu	0

Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Atualmente existem vários tipos de respostas sociais adequadas às necessidades de cada ser humano. No caso da população mais idosa, existem os Centros de Dia, Centros de Noite, Lares, SAD e a RRCC, todas preparadas para responder às necessidades.

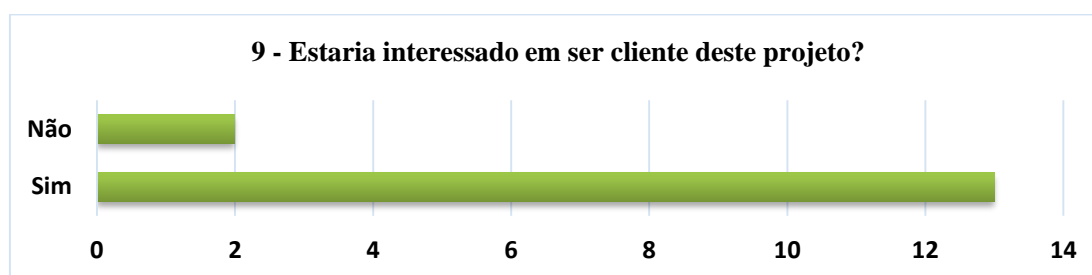
No entanto, existem idosos que recusam a institucionalização e, assim, poderão frequentar as respostas que apenas os apoiam durante umas horas dos seus dias. Com o tempo e com o aumento das necessidades, torna-se impossível a família dar o suporte que o idoso muitas vezes necessita.

Assim, dos idosos inquiridos, apenas dois gostariam de integrar um lar de idosos e os outros treze inquiridos gostariam de permanecer nas suas casas tendo apoio do SAD.

Para finalizar o questionário, foi realizada a seguinte pergunta “O «*Projecto Cuidados Móveis*» tem como objetivo, acompanhar mais de perto os idosos e responder às suas necessidades, físicas, sociais e clínicas, de modo a melhorar o seu bem-estar e qualidade de

vida, como também de atenuar as suas necessidades, Este projeto teria uma equipa formada por assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, voluntários de diferentes faixas etárias, profissionais de saúde, e parecerias com outras entidades. Estaria interessado em ser cliente deste projeto?” O interesse pela aplicabilidade do projeto “Cuidados Móveis” foi questionado e treze idosos responderam que sim e dois responderam que não, como podemos observar no seguinte gráfico:

Gráfico 17: Adesão ao Projeto



Fonte: Inquérito realizado aos idosos (14/12/2020)

Ao longo do processo da aplicação destes inquéritos foi explicado o objetivo do projeto, assim, conclui-se que este projeto poderia ter adesão por parte dos idosos.

Capítulo IV - Projeto de intervenção “Cuidados Móveis”

1. Como nasce o projeto

A nova realidade da população mais idosa veio criar uma necessidade de respostas mais diversificadas e colocou novos desafios à sociedade. Estes desafios são visíveis no quotidiano dos idosos, que não se encontram institucionalizados, que vivem sozinhos, que não têm família ou que dela não têm suporte social e/ou que se encontram vulneráveis a vários níveis.

No enquadramento destes desafios torna-se fundamental a atuação do projeto “Cuidados Móveis” que consiste num projeto inovador de intervenção a vários níveis na vida do idoso. Inicialmente, o projeto tinha como ideia central que os idosos conseguissem envelhecer no lugar onde viveram a maior parte da sua vida, e onde estão as principais referências da sua vida – a nível material e a nível relacional e identitário, considerando os utentes por norma, recusam a hospitalização e a institucionalização. Ou seja, pretende manter os idosos a viver nas suas casas e a participar na comunidade o máximo de tempo possível.

Os Cuidados Móveis, seria um projeto implementado na Junta de Freguesia de São Martinho em articulação com o Ginásio de São Martinho (Câmara Municipal do Funchal) e

outras entidades que contribuam para o bem-estar dos idosos bem como dos seus cuidadores e familiares. O mesmo poderá vir a decorrer de acordo com as necessidades identificadas pela equipa, através dos inquéritos realizados aos idosos, visto na Freguesia existir uma ausência de respostas estruturadas para os fregueses seniores e, por isso, surge a necessidade da implementação do mesmo.

O estudo realizado na Freguesia sobre as necessidades desta população será um ponto de partida importante para conhecer a realidade dos idosos residentes, mas também para a planificação da futura intervenção. Deste modo, o estudo contribuiu para o conhecimento das necessidades dos idosos e permitiu-nos pensar e influenciar/criar políticas sociais de base local que dessem lugar à implementação deste projeto.

2. Princípios orientadores e objetivos do projeto

O projeto tem como princípios orientadores a promoção do envelhecimento ativo, uma prestação de cuidados numa perspetiva de proximidade que permita às pessoas idosas envelhecer no próprio lugar, envolvendo os idosos, as famílias e as estruturas comunitárias no sentido da promoção do empowrment e da participação social.

No projeto pretendemos abranger 64 idosos que residem na Freguesia de São Martinho e foram divididos em dois grupos:

- **Grupo 1:** Constituído por 15 idosos que recebem apoio pelo menos uma vez por mês da Junta de Freguesia.
- **Grupo 2:** Constituído por 49 idosos, que vivem em situações de vulnerabilidade, que recebem apoio mensal da Junta de Freguesia

3. Contexto de intervenção

A população alvo do projeto são pessoas idosas que se encontram em situação de vulnerabilidade física, social e emocional, não obtendo quaisquer recursos ou meios que lhes permitam ter acesso a um processo de envelhecimento caracterizado pela qualidade de vida e pelo envelhecimento ativo.

Esta intervenção surge como uma resposta um pouco diferenciada do Serviço de Apoio Domiciliário, sendo esta mais abrangente ao nível das necessidades das pessoas idosas. No que diz respeito ao apoio prestado nas próprias casas dos idosos, irá criar segurança, conforto e uma relação de maior proximidade entre os técnicos/utentes/voluntários.

De forma a criar uma resposta complexa e integrada para as várias necessidades da população idosa, os Cuidados Móveis irão ser constituídos por uma equipa técnica interdisciplinar – assistente social, profissionais de saúde – e ainda voluntários.

É necessário lembrar que para apoiar o envelhecimento em casa e na comunidade, é importante ter em conta as opções de habitação (se tem ou não condições), o transporte até ao local de residência, as oportunidades recreativas e serviços que facilitem a atividade física, a interação social e o envolvimento cultural e a educação contínua na comunidade local.

Sabe-se que é através da relação de ajuda que se desenvolve um processo de (re)valorização e que se elabora a oportunidade de investir num projeto como este, iniciando com a formulação das necessidades a partir do contexto em que os idosos residem. O termo “centrado-no-cliente” é importante pois é quando observamos a pessoa, quando percebemos como a mesma vê o mundo, é um “*quadro de referência interno de outra pessoa*” (Esteves, 2011, p. 50). O projeto só irá resultar com um trabalho em rede, com as entidades existentes na freguesia e que trabalhem em prol do bem-estar do idoso e do seu envelhecimento ativo

Os idosos têm como objetivo viver uma velhice saudável e ativa, tanto quanto for possível. Os serviços devidamente prestados no Projeto deverão ser baseados em respostas sensíveis às pessoas idosas e às suas necessidades únicas, adaptando-os de acordo com a sua etnia, sexo, funcionalidade, incapacidades, idade, crença religiosa, condição socioeconómica e com as suas preferências culturais.

Contudo importa abordar a planificação do projecto, pois este é um elemento fundamental na metodologia de pesquisa-ação, o que exige um conhecimento do projeto e dos recursos necessários ao investigador/interventor (Guerra, Participação e Cidadania nos processos de planeamento, 2002, p. 91).

Se formos ao encontro da definição dos três modelos de planificação, ou por assim dizer, três modos de condução da ação, segundo Guerra (2002, p. 97) podemos definir o nosso modelo como um processo de planificação em que o papel principal pertence aos idosos que estarão envolvidos nos planos de ação.

4. Do diagnóstico de necessidades às prioridades de intervenção

As redes de apoio social existem e, por vezes, não estão capazes de dar resposta a toda a população. Também acontece a falta de participação por parte das pessoas, ou seja, é necessário que a população se disponha a participar e a envolver-se nos projetos que lhe são dedicados. Deste modo, é fundamental criar outras iniciativas que permitam aos idosos adaptar-se e lidar de forma mais positiva com o processo de envelhecimento.

O trabalho da equipa multidisciplinar deve centrar-se na estimulação das capacidades de cada idoso, em que estes devem compreender que têm competências e que são capazes. Neste processo o profissional tem como prioridade estabelecer uma relação de proximidade com os idosos e com os seus problemas, necessidades e potencialidades.

Contudo, existem cuidadores formais e informais que não têm conhecimentos adequados para apoiar as necessidades da população idosa, o que demonstra uma lacuna no apoio ao idoso.

A elaboração do diagnóstico gerontológico e a observação direta e indireta enquanto Técnico Superior de Serviço Social na freguesia permitiu conhecer os problemas e as necessidades da população mais velha e as potencialidades e recursos existentes no território. O trabalho como técnico aprofundou o conhecimento sobre o envelhecimento na freguesia, permitindo conhecer os idosos e as respostas existentes para esta população, como ainda, serviu de base para planear ações concretas e planear um projeto que reúne várias necessidades da população mais velha, e desta forma selecionar e estabelecer estratégias de atuação, tendo em conta a análise da população idosa residente na freguesia, nomeadamente do ponto de vista social, cultural e económico.

Este projeto vai de encontro aos princípios orientadores para uma intervenção no sentido da efetivação dos direitos das pessoas idosas, segundo as Nações Unidas (1991), que devem ser respeitados: o reconhecimento do direito à dignidade, à independência, à participação, à autorealização e cuidados, como ainda de, promover a igualdade de oportunidades e criar um foco da intervenção centrada na pessoa idosa.

Os princípios orientadores e objetivos do projecto passam por: promover o envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido; sensibilizar a comunidade e entidades públicas para o fenómeno do envelhecimento, e assim, contribuir para uma visão positiva desta fase da vida; a valorização do idoso; a prestação de cuidados numa perspetiva de proximidade, apoiando os idosos com a máxima qualidade de vida, incentivando a sua autonomia e bem-estar psicossocial, através da prática de várias actividades e a sua inclusão e participação na comunidade; o voluntariado entre as várias gerações; a promoção da saúde dos idosos, o que inclui alguns tratamentos que sejam possíveis realizar nos seus domicílios; e por fim, o objetivo que nos levou à criação deste projecto, criar condições para que os idosos permaneçam no seu meio ambiente.

Tabela 13 – Identificação de necessidades e problemas e potencialidades/recursos existentes

Problemas	Causas	Potencialidades
Fracas condições habitacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Habitações antigas. - Acumulação de produtos. - Dificil acesso à habitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio de serviços para melhorar as condições da habitação. - Apoio na limpeza da habitação. - Melhorar os acessos.
Dificuldades no acesso à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Representações sociais negativas sobre o processo de envelhecimento. - Redes de apoio com limitações e fragilizadas. - Ausência de respostas no que diz respeito à saúde -Fraca formação especializada na área da gerontologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar e acompanhar a serviços de saúde de idosos em situação de vulnerabilidade ou sem apoio familiar. - Visitas domiciliárias ao nível clínico por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo ou psiquiatra - Acompanhar a situação clínica do cuidador informal. - Formação aos cuidadores formais e informais.
Problemas económicos	<ul style="list-style-type: none"> - Despesas de saúde -Baixos níveis de escolaridade - Reformas baixas 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar com refeições quentes os idosos que vivem em situação de vulnerabilidade.
Dificuldades nas acessibilidades e mobilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de acesso a serviços públicos. - Serviços de transportes com custos elevados. - Dificuldade de transporte para acesso ao hospital e ao centro de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte e acompanhamento de idosos em situação de vulnerabilidade a serviços básicos (Junta, Supermercado, Farmácias, Centros de Saúde, etc).
Isolamento das pessoas idosas	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de suporte familiar e social. - Actividades de ocupação limitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades entre idosos e outras faixas etárias. - Acompanhamento no dia-a-dia dos idosos. - Acompanhamento da família, quando é fraco suporte familiar.
Baixa participação activa, social e voluntária	<ul style="list-style-type: none"> - Fraca participação de voluntariado. - Projetos comunitários fragilizados. - Desconhecimento da importância da prática de atividades e das redes sociais. - Indisponibilidade económica dos idosos e das associações e organizações. 	<ul style="list-style-type: none"> - ATL Sénior com actividades de estimulação cognitiva e física. - Disponibilização de espaços para a concretização das atividades. -Promoção do voluntariado.

Enquanto técnicos não podemos olhar só para as necessidades encontradas neste território, mas também estudar e perceber que potencialidades e oportunidades nos permitem podermos encontrar estratégias de intervenção para fazer frente aos problemas e às necessidades acima mencionadas. Assim, é de extrema importância realizar uma análise swot onde podemos encontrar a seguinte informação:

Tabela 14 – Análise SWOT da Freguesia de São martinho

Potencialidades	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> - A freguesia é composta por respostas sociais adequadas. - Rede social entre os vários agentes que trablham na área. - Junta de Freguesia com vários apoios que incluem os séniores. - Uiversidade sénior na freguesia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de redes de suporte de apoio às famílias. - Fraca adesão da população em ações de sensibilização e em atividades que existem na freguesia. - Idosos em situação de solidão e de isolamento. - Inexistência de respostas específicas para pessoas com doenças mentais e principalmente, apoio aos seus familiares ao nível do cuidado. - População idosa com poucas habilitações escolares.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Existência do Hospital Particular da Madeira (HPM) na freguesia, e futuramente, existirá também o Novo Hospital Público da Madeira. - Localização geográfica privilegiada. - Desenvolvimento local com projetos sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação da capacidade orçamental das instituições públicas.

Fonte: Análise SWOT realizada com o Técnico Superior de Serviço Social da Junta de Freguesia

5. Programas de intervenção do projeto

O Projeto “Cuidados Móveis” será desenvolvido na Freguesia de São Martinho, no Funchal, e será direcionado a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Destes devem ser priorizados os que se encontrem em situação de isolamento, solidão e com condições habitacionais precárias.

O projeto teria como finalidade identificar as necessidades e respostas de apoio à população idosa, de forma a criar uma resposta que atue nas necessidades dos mesmos. E ainda, conhecer as principais características de parte da população residente na Freguesia de São Martinho, nomeadamente as socioeconómicas e a dependência nas AVD’s, com o objetivo de perceber o impacto que este tipo de intervenção poderia ter no dia-a-dia da população desta faixa etária, e ainda incentivar o envolvimento dos grupos etários mais novos na vida dos idosos.

Os eixos de intervenção informam os passos que o projeto deve seguir, podendo ser alvo de intervenção, alteração e avaliação em função da realidade social, sendo que a realidade social está sempre em constante mudança.

Assim, devem realizar-se protocolos entre diferentes parceiros envolvidos e definir-se os responsáveis pela disponibilização dos recursos humanos, materiais, financeiros e pela divulgação do projeto. A equipa técnica que irá integrar o projeto será responsável por coordenar, planificar e acompanhar as atividades propostas. Para a concretização do projeto iremos pedir a colaboração da JFSM, do SESARAM e de instituições que atuam na comunidade local. Esta fase preparatória incluirá a apresentação do projeto à comunidade, de seguida a organização das diversas reuniões com os vários profissionais que vão participar no projeto, apresentando os resultados do diagnóstico social realizado e o plano de intervenção. É nesta fase que se define os pontos principais, desde o papel de cada entidade tendo em conta o nível da disponibilidade de cada uma.

Numa segunda fase, contamos com uma grande parceria de JFSM através da abertura de um Gabinete de Apoio ao Idoso nesta entidade que irá divulgar o projeto e disponibilizar o espaço para algumas das atividades que iremos realizar com os idosos. Também contamos com a mesma para a divulgação do projecto, como ainda para a promoção do voluntariado.

Os eixos e as estratégias de ação a desenvolver ao longo do projeto são:

- Apoiar os idosos nos hábitos e rotinas do quotidiano.
- Promoção da participação ativa dos idosos na comunidade.
- Desenvolvimento das acessibilidades.
- Acompanhamento clínico.
- Promoção das redes de relações sociais, em particular das relações intergeracionais.

De um modo mais geral, temos com objetivo promover a melhoria da qualidade de vida, através de diferentes iniciativas, estratégias e políticas de intervenção, tendo em conta os recursos existentes. Quanto aos objetivos específicos, estes devem representar os resultados que se esperam atingir e detalhar pormenorizadamente os objetivos gerais, funcionando como a sua operacionalização.

De seguida, apresentamos os objetivos gerais e específicos do projeto Cuidados Móveis organizados em diferentes programas de ação.

5.1. Programa de ação 1 - Requalificação do espaço habitacional e da comunidade local

Objetivo geral:

- Promover a requalificação do espaço habitacional.

- Criação de uma freguesia “amiga das pessoas idosas”

Objetivos específicos:

- Realizar obras no espaço interior das habitações (terminar com as barreiras arquitetónicas);
- Instalar equipamentos de teleassistência e outros equipamentos que permitam uma melhor qualidade de vida;
- Ajardinar os espaços exteriores e potenciar espaços para animais de estimação;
- Criar passeios e melhorar a iluminação da via pública;
- Acabar com as barreiras arquitetónicas para acesso a serviços e outras infra-estruturas;

Tabela 15: Plano de Ação da atividade 1 (Programa 1)

		Atividade 1: “Ajudar +”
Tarefas		Instalação de equipamentos de teleassistência e outros equipamentos que permitam melhorar a qualidade de vida da população idosa.
Recursos	Humanos	Equipa técnica
	Materiais	Camas articuladas; Cadeiras de rodas; Canadianas; Andarilhos;
Calendarização	Dezembro	X
	Janeiro	X
	Fevereiro	X

Tabela 16: Plano de ação da atividade 2 (Programa 1)

		Atividade 2: “Requalificar +”	
Tarefas		Realização de obras no espaço interior das habitações dos idosos.	Melhorar os espaços exteriores das habitações dos idosos e potenciar espaços para adoção de animais de estimação.
Recursos	Humanos	Material de construção. Serventes Voluntários e/ou trabalhadores do projeto.	Voluntários e/ou trabalhadores do projeto
	Materiais	Fios elétricos; Lâmpadas; Escadas; Cimento; Automóvel;	Pá de jardinagem; Mangueira; Vassoura; Aparador de ervas; Vasos para as plantas; Tesoura corta-sebes;
Calendarização	Dezembro		X
	Janeiro	X	

	Fevereiro	X	
--	------------------	----------	--

Tabela 17: Plano de ação da atividade 3 (programa 1)

		Atividade 3: Freguesia amiga dos idosos	
Tarefas		Criação de passeios e melhoramento da iluminação na via pública.	Acabar com as barreiras arquitetónicas para o acesso a serviços e outras infraestruturas.
Recursos	Humanos	Voluntários e serventes	Voluntários e serventes.
	Materiais		Automóvel; Massa para obras; Ferro para varandas.
Calendarização	Dezembro	X	X
	Janeiro		
	Fevereiro		

5.2. Programa de ação 2 – Rede de relações sociais e suporte social

Objectivo geral:

- Alargar e densificar as redes de relacionamento social dos idosos, promovendo as relações intergeracionais.

Objectivos específicos:

- Alargar e densificar as redes sociais a partir dos grupos primários (família, amigos, vizinhos ..).
- Intensificar a rede de relações intergeracionais, promovendo trabalho com as escolas e outras entidades com responsabilidade de intervenção nas áreas da infância e juventude.
- Complementar a ação dos grupos primários com os profissionais de cuidados móveis ao domicílio – área da saúde – cuidados médicos, enfermagem, análises clínicas; área de serviços sociais para idosos – serviços de apoio domiciliário que ofereçam diversos serviços e que desenvolvam atividades.
- Criar um grupo de voluntários que acompanhe os idosos no quotidiano para facilitar a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Tabela 18: Plano de ação da atividade 1 (Programa 2)

		Atividade 1: Cuidados Móveis		
Tarefas		Apoiar os idosos nos cuidados de saúde ao domicílio	Apoiar os idosos na prestação de serviços sociais ao domicílio.	Criação de um grupo de voluntários que acompanha as necessidades dos idosos juntamente com a equipa técnica apoiando nas ABVD e nas AIVD.
Recursos	Humanos	Profissionais de saúde. Equipa técnica.	Voluntários. Equipa técnica.	Voluntários. Equipa técnica.
	Materiais	Material de enfermagem. Automóvel.	Automóvel	Automóvel
Calendarização	Dezembro	X	X	X
	Janeiro	X	X	X
	Fevereiro	X	X	X

Tabela 19: Plano de ação da atividade 2 (Programa 2)

		Atividade 2: Semear e colher – Partilha de experiências	
Tarefas		Realizar de jogos tradicionais entre os alunos das escolas de São Martinho e os idosos.	Desenvolver um programa de Voluntariado e de Parcerias, através de escolas, do IEM e da Universidade da Madeira, que permitam acompanhar o idoso.
Recursos	Humanos	Equipa técnica Crianças Idosos	Protocolos com IEM, UMA, e com a Segurança Social; Idosos;
	Materiais	Jogo de dominó. Baralho de cartas Caneta Lápis Cores Papel Mesa Cadeiras	
Calendarização	Dezembro		X
	Janeiro		
	Fevereiro	X	

Tabela 20: Plano de ação da atividade 3 (Programa 2)

		Atividade 3: O regresso da Matiné
Tarefas:		Desenvolver momentos de convívios entre idosos.
Recursos	Humanos	Equipa técnica. Idosos.
	Materiais	Colunas; Computador; Idosos;
Calendarização	Dezembro	
	Janeiro	
	Fevereiro	X

5.3. Programa de ação 3 - Património cultural e utilidade social

Objectivo geral:

- Promover o sentimento de utilidade social nas pessoas mais velhas:

Objectivo específico:

- Registrar o saber das pessoas mais velhas e o património cultural e permitir que elas o transmitam às novas gerações.
- Criar e dinamizar um grupo de voluntários constituído por pessoas idosas que aumente os seus níveis de participação social ativa.

Tabela 21: Plano de ação da atividade 1 (Programa 3)

		Atividade 1: Partilhar para crescer	
Tarefas		Partilhar experiências vividas com as gerações mais novas.	Criar um grupo de idosos que possam partilhar as suas experiências, sentimentos e do seu tempo, a outras pessoas.
Recursos	Humanos	Auditório da JFSM. Idosos Crianças e jovens Equipa técnica	Auditório da JFSM Idosos Voluntários Equipa técnica
	Materiais	Computador Projektor Cadeiras Mesas	Computador Projektor Cadeiras Mesas
Calendarização	Dezembro		
	Janeiro		

	Fevereiro	X	X
--	------------------	----------	----------

5.4. Programa de ação 4 – Centro de atividades sénior e de prestação de serviços

Objectivo geral:

- Construir o sentido de comunidade para manter um sentido para a vida e uma requalificação identitária

Objectivos específicos:

- Criar e desenvolver atividades dinâmicas e educativas a um grupo de idosos que queira integrar o Gabinete de Apoio à População Idosa (GAPI).
- Promover ações de sensibilização de temas que estejam relacionados com a população idosa.
- Ser capaz de desenvolver um trabalho multidisciplinar (Assistente Social, Psicólogo, Enfermeiro, Médico e Gerotólogo).
- Reunir periodicamente com os colaboradores e voluntários de modo a melhorar o envolvimento dos mesmos e a perspetivação das estratégias de ação.
- Ser capaz de desenvolver atividade física e diferenciada apropriada à população mais velha, de reabilitação, tendo em atenção as limitações físicas e cognitivas.
- Desenvolver uma relação entre educação e saúde.

Tabela 22 – Plano de ação da atividade 1 (Programa 4)

		Atividade 1: ATL Sénior			
Tarefas		Desenvolver atividades relacionadas com artes manuais.	Desenvolver aulas de atividades físicas	Desenvolver capacidades tecnológicas	Desenvolver atividades relacionadas com flores/jardinagem .
Recursos	Humanos	Equipa técnica Idosos	Docente de desporto do Ginásio de São Martinho Idosos	Equipa técnica Idosos	Equipa técnica. Voluntário para formação Idosos
	Materiais	Tintas Telas Pínceis Papel Cola Mesa	Computador Coluna Pesos	Computadores Sala de formação da JFSM Mesa	Flores Fios Computador Mesa Cadeiras

		Cadeiras		Cadeiras	
Calendarização	Dezembro	X	X		
	Janeiro	X	X	X	X
	Fevereiro	X	X		

Tabela 23: Plano de ação da atividade 2 (Programa 4)

		Atividade 2: Formação Sénior		
Tarefas		Em parceria com a Polícia desenvolver uma ação de sensibilização acerca da segurança e violência com idosos.	Realizar ações de sensibilização sobre saúde.	Realizar ação de sensibilização sobre primeiros socorros.
Recursos	Humanos	Polícia Equipa técnica Idosos	Profissionais da área de saúde Equipa técnica Idosos	Bombeiros Sapadores do Funchal Equipa técnica Idosos
	Materiais	Computador Mesas Cadeiras Projektor Sala de formação da JFSM	Computador Mesa Cadeiras Projektor Sala de formação da JFSM	Computador Mesa Cadeiras Projektor Sala de formação da JFSM
Calendarização	Dezembro			
	Janeiro			
	Fevereiro	X	X	X

5.5. Programa de ação 5 – Apoio aos cuidadores e voluntários

Objetivos gerais:

- Desenvolver as competências adequadas e apoiar o cuidador e voluntários integrados na comunidade

Objetivos específicos:

- Criação de um plano de formação para os cuidadores e voluntários dos idosos.
- Desenvolver as capacidades dos cuidadores e voluntários.
- Apoiar os cuidadores e voluntários dos idosos.

Tabela 24: Plano de ação da atividade 1 (Programa 5)

		Atividade 1: Formação Gerontológica para cuidadores
Tarefas		Em parceria com a QUALIFICAR F.P. – Formação, Educação, Consultoria e Serviços, Unipessoal (Q. F. P.) formar cuidadores.
Recursos	Humanos	Docentes da QUALIFICAR, E.P Equipa técnica Idosos
	Materiais	Sala de formação da JFSM Computador Mesas Cadeiras Projektor
Calendarização	Dezembro	X
	Janeiro	
	Fevereiro	X

Tabela 25: Plano de ação da atividade 2 (Programa 5)

		Atividade 2: Sensibilizar para cuidar
Tarefas		Desenvolver ações de sensibilização para cuidadores informais.
Recursos	Humanos	Docentes na área da saúde e segurança Equipa técnica Idosos
	Materiais	Sala de formação da JFSM Computador Mesas Cadeiras
Calendarização	Dezembro	X
	Janeiro	
	Fevereiro	X

Tabela 26: Plano de ação da atividade 3 (Programa 5)

		Atividade 3: Cuidar de quem cuida
Tarefas		Apoiar psicologicamente os cuidadores
Recursos	Humanos	Idosos Equipa técnica
	Materiais	Sala Mesa Cadeira
Calendarização	Dezembro	X
	Janeiro	X
	Fevereiro	X

Sumariamente, este projeto objetiva que os idosos vivam de maneira mais íntegra possível e mais apropriada e feliz, não com ideia de terminar com os obstáculos que vão surgindo, mas

de caminhar juntos em sociedade, tentando contribuir para que cada indivíduo, nas suas relações, seja ele próprio, mantenha a sua integridade e veja mais respeitada a sua dignidade.

6. Avaliação do projeto de intervenção

Podemos definir a avaliação de um projeto como um processo sistemático de valoração. Por outras palavras, é considerada com uma dimensão intrínseca ao próprio projeto, tendo em consideração que o ato de planear exige uma organização e racionalidade para determinar as metas e os objetivos; e permitir que o técnico se baseie na “*pertinência, eficiência, eficácia do projeto, medição, estimação, acompanhamento, programação ou controlo do projeto*” (Núcleo de Ecologia Social, 2012, p. 8-9). Resumidamente, a mesma contribui para “*melhorar, reorientar, inovar, sistematizar e articular um conjunto de aspetos relacionados com os projetos de intervenção socio-espacial*” (Núcleo de Ecologia Social, 2012, p. 3).

Para Guerra (2002, p. 206) avaliar é “*apreciar e ajuizar de forma rigorosa, lógica e coerente, o estado, a evolução e os efeitos de problemas, acções, dispositivos e organizações sobre os quais estamos a intervir*”.

Cohen e Franco (1999, p. 96) defendem que a implementação de um projeto deve realizar um processo de avaliação, o qual deve ter em conta a definição e justificação do seu propósito, dos objetivos, das hipóteses de análise e das suas fases, dos programas de ações e da metodologia.

Contudo, a relação entre projeto e o processo de avaliação observa-se desde o momento em que percebemos a qualidade de elaboração de um projeto e as falhas existentes que podem ser melhoradas com a avaliação prévia. Assim, identificamos que o maior desafio da intervenção social é de identificar as necessidades e de acompanhar e avaliar de forma adequada a intervenção.

A avaliação do projeto vem permitir aumentar o grau de racionalidade das dinâmicas impostas e dos processos de ação relacionados com as políticas, programas, planos e projetos de intervenção, propocionando uma “*satisfação das necessidades básicas da população, priorizando-as segundo seus graus de urgência relativa*” (Cohen e Franco, 1999, cit in Núcleo de Ecologia Social, 2012, p. 5). Podemos concluir que este processo tem como objetivo melhorar as políticas sociais.

A avaliação pode ser caracterizada como *deliberada* ou *objetiva*, que constitui ideias “*deliberadas e racionalizadas de colocação de questões e problemas relativos aos processos de decisão e execução de programas, políticas, projetos e investimentos*” através de “*sistemas organizados de reflexão crítica, informações recolhidas no decurso do acompanhamento*

desses programas, políticas, projetos e investimentos” (Cohen e Franco, 1999, cit in Núcleo de Ecologia Social, 2012, p. 7).

No que diz respeito à avaliação deste projeto, valorizamos a avaliação participativa de todos os participantes que integram o projeto, desde todos os idosos e técnicos envolvidos, dos parceiros, voluntários e instituições/entidades. Deste modo, o objeto de avaliação centrou-se nas atividades e nas estratégias utilizadas ao longo do projeto. Serão utilizados três tipos de avaliação: *avaliação prévia (ex-antes)*, *avaliação de acompanhamento (on-going)* e *a avaliação de impacte (ex-post)*.

A primeira *avaliação (ex-antes)* tem como objetivos proporcionar os critérios mais racionais de modo a promover as decisões qualitativas e primordiais; conhecer a pertinência e a coêrencias das intervenções; e hierarquizar os projetos quanto à sua eficiência. No projeto “Cuidados Móveis”, esta aparece no momento em que os responsáveis pelo projeto avaliam as necessidades e implementam as atividades de acordo com as necessidades dos indivíduos.

A segunda *avaliação (on-going)* caracteriza-se por uma avaliação periódica durante a implementação do projeto que, neste caso, seria mensalmente com o objetivo de promover e melhorar o projeto; melhorar a eficiência e eficácia e a adesão dos agentes; e detetar alguma dificuldade de implementação do projeto. No projeto “Cuidados Móveis” esta fase de avaliação está presente mensalmente, quando os técnicos responsáveis pelo projeto se reúnem e de acordo com a avaliação da população e dos técnicos, ficam a conhecer a eficácia do mesmo e onde podem melhorar e que estratégias podem adotar para melhorar a eficácia do projeto.

A *avaliação de impacte (ex-post)* irá avaliar de uma forma aprofundada na implementação do projeto com o objetivo de analisar de que modo o projeto alcançou os seus objetivos e metas; os seus efeitos; detetar as causas ou as dificuldades para o cumprimento dos objetivos do projeto; e principalmente, comparar a situação do antes e após a implementação do projeto através dos resultados obtidos. Esta última fase do processo de avaliação traduz o impacto que o projeto teve na vida da população idosa, segundo as perceções da equipa técnica, voluntários e população idosa.

A avaliação por parte dos responsáveis pelo projeto e por aqueles que prestam serviços é um momento importante, principalmente porque se avalia a motivação e empenho dos participantes e o seu grau de satisfação. Deste modo, os responsáveis recorrem a questionários de avaliação de satisfação dirigidos aos idosos e a colaboradores.

Contudo, é fundamental compreender que a preparação de um plano de análise - que integra a função de guia orientador da avaliação – especifique o tipo e a qualidade de

informação que é necessário reunir para responder aos objetivos da análise, das técnicas, dos instrumentos de recolha e da análise de informação (Núcleo da Ecologia Social, 2012, p. 36-37)”. Todavia existe uma relação entre o planeamento e a avaliação. Tudo o que foi planeado ao longo do projeto – atividades, recursos e estratégias – é objeto de avaliação. Para esta avaliação ser bem-sucedida, torna-se pertinente mensalmente realizar encontros de reflexão crítica com os técnicos das diferentes entidades de parceria (autarquias, voluntários, parceiros), com o objetivo de trabalhar de acordo com a informação fornecida pelos dados obtidos na avaliação “on-going”. Estes momentos propoçionam momentos de autoavaliação e de planeamento de novas estratégias.

A definição dos critérios utilizados, segundo Guerra, são uma parte fundamental nas apreciações das intervenções de desenvolvimento e, desta forma, importa perceber a pertinência dos critérios utilizados. Deste modo subentende-se a existência da *adequação* do projeto – se o planeamento (objetivos, estratégias, programas) se adequa às necessidades dos idosos; da *pertinência* que indica se se justifica criar e implementar o projeto, o qual consideramos que seria uma mais valia para o dia-a-dia dos idosos residentes na freguesia; da *eficiência* que nos indica os efeitos produzidos nos idosos e os recursos utilizados; da *eficácia* que diz respeito à relação efeitos produzidos e os objetivos estabelecidos; da *equidade*, que traduz-se na gestão de oportunidades disponibilizadas para a população; *dos indicadores de análise económica* que nos indica uma análise económica que indica os custos que o projeto teria; e por fim, do *impacto* que este terá na vida da população idosa residente na Freguesia de São Martinho (Guerra, 2000, p. 197).

A avaliação “ex-post” permite analisar os resultados alcançados ao longo de todo o processo e observar os seus efeitos – positivos ou negativos -, analisar a eficácia do projeto em si e de eventuais constrangimentos que ocorreram desde a concepção da ideia do projeto até ao fim. Assim, concluímos que a avaliação se assume como um ponto fundamental que poderá fazer alterações no projeto social para a intervenção se adequar melhor às necessidades dos idosos.

Considerações Finais

Como reflexão podemos refletir sobre alguns pontos fundamentais abordados ao longo do projeto de intervenção.

Assim, concluímos que a velhice é a última fase da vida humana, a que corresponde a um enfraquecimento geral das funções fisiológicas e das faculdades mentais. Mas, a noção de velhice tornou-se ambígua e imprecisa porque existe uma grande variação inter individual, pois os seres humanos não envelhecem todos ao mesmo ritmo, e intra individual, sendo que o envelhecimento de cada um de nós, nos planos biológicos, psicológicos e sociais, não é simultâneo. Deste modo, o desafio do envelhecimento está muito longe de ser considerado uma simples questão demográfica, mas sim poderemos considera-lo como uma questão de adequação da política económica, social e das instituições, sendo que esta só poderá ser alterada quando existir uma mudança de mentalidade, capaz de influenciar de forma robusta a intervenção.

Sendo assim, com o presente trabalho pretendeu-se ultrapassar a ideia de que o envelhecimento está associado às idades biológicas, psicológica e social e fazer uma reflexão sobre as diferentes perspetivas do conceito. Assim, a idade biológica é definida como um indicador de tempo e é o processo que determina o potencial de cada indivíduo para continuar vivo. No que diz respeito à idade social, é a que identifica e avalia a forma de estar do idoso e de interação em comunidade, num dado momento. A idade psicológica é identificada através da memória e da capacidade de aprendizagem, que avalia o potencial de funcionamento futuro do indivíduo.

Os idosos são, por definição da representação corrente, os que sabem mais, os que possuem mais conhecimento construído através das suas experiências, não apenas profissionais, mas também comunitárias e familiares. Todo esse conhecimento, atualmente, torna-se reconhecido uma vez que as necessidades decorrentes da rapidez da evolução social exigem, no esforço da modernização, saberes até há pouco eram menosprezados ou seja, não reconhecidos. Nós, enquanto sociedade e futuros gerontólogos, não devemos continuar a assentar o nosso esforço de investigação e práticas profissionais na evidência da incapacidade, no aprofundar da exclusão e na pobreza. Pelo contrário, devemos lutar pela ideia que o indivíduo tem uma idade que apenas se traduz num número, e de que a condição de proteger e cuidar não pode estar associada à longevidade.

Atualmente têm-se assistido à recusa da institucionalização e da hospitalização por parte da população idosa, como também um aumento do número de idosos que vivem em solidão.

Este é um dos grandes problemas não só da população idosa residente na freguesia de São Martinho, mas dos idosos em todo o Mundo. Por vezes não tem suporte familiar e social originando um isolamento e solidão e, muitas vezes, acaba por causar depressões e outras patologias da saúde mental.

Nasce assim a importância de trabalhar o conceito de rede de suporte, ou seja, a vida social da população idosa, importa perceber se existe algum suporte familiar e social. Este projeto irá promover ainda a construção de relações entre idosos e população de diferentes faixas etárias e com membros da equipa técnica. Os idosos têm ainda a oportunidade de criar relações e partilhar experiências de vida com a população mais jovem, o que se torna proveitoso para todos.

Assim, este projeto tem ainda como foco introduzir toda a população idosa na comunidade, promovendo o conceito de participação em que é possível relacionar com o conceito de comunidade, pois ambos representam a integração da população sénior na sociedade como também a promoção da ação coletiva, através da cooperação e da solidariedade. Com isto, ambicionamos que tenham a iniciativa de participar em atividades culturais realizadas na freguesia e uma partilha de momentos. Destacamos sempre a ideia de que este projeto seria mais dirigido à população idosa mais vulnerável pelo simples facto de que, estes não obtêm recursos financeiros e em alguns casos, suporte social, para obter uma qualidade de vida e estarem mais incluídos na sociedade tal como obter serviços que apoiam o bem-estar dos mesmos.

Com a realização do trabalho, propomos implementar um projeto com parceria da JFSM, em articulação com outras entidades, de maneira a responder às necessidades encontradas através do diagnóstico social efetuado na freguesia, promover o voluntariado, da autonomia e do empowerment e a participação social. A equipa técnica deste projeto também pretende estimular um espírito de convivência e de solidariedade, para que se erradiquem situações de solidão ou isolamento e se mantenha uma ligação entre gerações. Assim, com este projeto existe ainda o objetivo de acentuar o papel do idoso na sociedade para que se sinta na mesma.

Certamente ao longo do projeto iriam surgir alguns constrangimentos, ao qual destacamos por exemplo o fundo monetário para acompanhar todas as estratégias integradas no projeto.

Contudo, é fundamental a promoção de um trabalho de equipa multidisciplinar que reúna os conhecimentos e contributos dos profissionais das diferentes áreas. Assim, surge a

importância das reuniões de equipa com todos os profissionais intervenientes no projeto para a partilha de informação e adequação das estratégias de combate aos problemas e de resposta às necessidades dos idosos. É importante, ainda, qualificar os cuidadores formais e informais para que obtenham competências específicas para os cuidados com a população sénior. Não menos importante, pretendemos uma intervenção em uma dimensão que reforça a autonomia das redes primárias e numa dimensão de trabalho em rede envolvendo as redes secundárias (estruturas comunitárias) na criação de parcerias entre as entidades, assumindo deste modo um processo de envolvimento dos diversos agentes locais, de forma a criar uma ação promotora de respostas eficazes e ajustadas às necessidades da população sénior.

O projeto pretende ainda promover o conceito de humanidade, em que se questiona a prestação de cuidados que respeite a vida, a dignidade da pessoa humana, a autonomia, a liberdade e cidadania. O ser humano deve olhar mais para os nossos idosos porque um dia mais tarde seremos nós e de certeza iremos querer alguém que cuide de nós. Desta forma, surge a ideia do voluntariado entre os idosos e para com os idosos. É uma experiência rica porque existe uma partilha de sabedoria, momentos, experiências e aprendizagens.

No entanto, com a atual pandemia do COVID-19 que veio dificultar o estudo da população envelhecida, pois é uma das populações mais vulneráveis ao vírus, o presente trabalho sofreu algumas alterações. Através do senso comum e das vivências, foi possível observar que poderá vir a existir dificuldades como, a adesão dos seniores no projeto, as parcerias necessárias para a concretização do mesmo e os fundos monetários.

Ao longo de todo o processo, o trabalho teve várias alterações, desde a ideia do trabalho-projeto e a metodologia que irá ser utilizada, devido às circunstâncias que estamos a viver atualmente. Ainda, na opinião da Mestranda, um dos pilares fundamentais de qualquer intervenção é o conhecimento e a compreensão e, neste sentido, o Mestrado contribuiu para a reflexão sobre a concretização de novas formas de ação e intervenção na área de Serviço Social, mas principalmente na área da Gerontologia.

Resumidamente, o trabalho permitiu recolher informações e aprofundar o conhecimento sobre a população idosa na freguesia escolhida, e perceber os programas e ações que podem promover o envelhecimento ativo e apoiar a satisfação da diversidade de necessidades básicas dos idosos e dos cuidadores informais.

Bibliografia

- Allen, J. L., & Leibing, A., & Guberman, N., & Reeve, J., & Ruth. (2012). *The Gerontologist* (3 ed.). Oxford University Press on behalf of the Gerontological Society of America.
- Almeida, F. E. (2007). *O Voluntariado. Manual de Apoio ao Formando*. Observatório Social do Alentejo. Retrieved from https://www.fea.pt/images/qts/298/Manual_O_Voluntariado.pdf
- Bermejo, J. C. (2004). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. (A. M. Rocha, Trans.) Madrid: Editorial Sal Terrae. Retrieved junho 8, 2021
- Bocchi, S., Andrade, J., Juliani, C., Berto, S., & Spiri, W. (2010). *Experiência do voluntário junto ao idoso dependente*. São Paulo, Brasil: Esc Anna Nery. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/ean/a/KczC8SYX3nzkxp8SnVrphpn/?format=pdf&lang=pt>
- Cabral, M. d. (2016). *Envelhecimento: Perspetivas, Representações e Solidariedade Intergeracional*. Liberis. Retrieved Março 27, 2021
- Cabrita, B. A., & Abrahão, A. L. (2014). O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. *Saúde debate*, 38, 640-641. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SPJjTnY5gGV8ktFRMCshkdQ/?format=pdf&lang=pt>
- Calhau, G. d. (2003). *Associação de Desenvolvimento Comunitário do Funchal Garouta do Calhau*. Retrieved from Projectos: <http://www.adcfunchal.com/apresentacao.html>
- Câmara Municipal do Funchal*. (2019, maio 22). Retrieved from Apoios Sociais: <https://cm-funchal.pt/pt/c%C3%A2mara-municipalpt/regulamentos/content/283-a%C3%A7%C3%A3o-social-e-apoios-municipais.html>
- Cáritas Diocesana do Funchal*. (2020). Retrieved from Cáritas Diocesana do Funchal - Relatório de Actividades: <https://funchal.caritas.pt/wp-content/uploads/sites/19/2021/07/Relatorio-de-atividades-2020-a.pdf>

- Carneiro, R., Cbau, F., Soares, C., Fialho, J. d., & Sacadura, M. J. (2012). Envelhecimento activo e diálogo intergeracional. *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*, 13-32. Retrieved junho 21, 2021, from <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2012.8899>
- Carneiro, R., Cbau, F., Soares, C., Fialho, J. d., & Sacadura, M. J. (2012). População idosa e situação de isolamento. *Envelhecimento activo e diálogo intergeracional*, 100.
- Carvalho, M. I., Martins, A., Garcia, A., Gil, A., Callén, B., Pinto, C., . . . al., e. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. (Pactor, Ed.) Lisboa, Portugal: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Obtido em 15 de junho de 2021
- Coimbra, A. (1990). Redes Sociais: Apresentação de um. In *Análise Psicológica* (Vol. 2, pp. 171-177).
- Correia, A. F., Pereira, E., & Costa, D. (2016). De que necessitam as pessoas idosas para viver com dignidade em Portugal? *Análise Social*, 219, Li (2º). Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_219_art05.pdf
- Costa, M. A., Agreda, J. J., Ermida, J. G., Cordeiro, M. P., Almeida, M. d., Cabete, D. G., . . . Cruz, A. G. (1999). *Manual: Sinais Vitais - O IDOSO - Problemas e Realidades* (1º Edição ed., Vol. 10). (F. -F. Lda., Ed.) Coimbra, Coimbra: Formasau. Obtido em 31 de Janeiro de Janeiro de 2021
- Dantas, P. D. (2020). *A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na região autónoma da madeira: um estudo transversal-descritivo*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- DRE. (2006, Maio). Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Duarte, F. M., & Kátia da Silva Wanderley. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (Vol. 27 nº1, pp. 49-53). Brasília: Instituto de Psicologia.
- Enne, A. L. (2004). Conceito de rede e as sociedades contemporaneas. 7, pp. 264-273.

- Esteves, M. T. (2011). *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Fernandes, A. (2004). *Quando a vida é mais longa... Impactos Sociais do aumento da longevidade*. In M. Quaresma. Lisboa: Cesdet Edições.
- Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Fonseca, A. M. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian. Faculdade de Educação e Psicologia. Universidade Católica Portuguesa.
- Freitas, P. d. (2011). *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga. Faculdade de Ciências Sociais, Braga.
- Furtado, C. S. (2018). *Velhice e Sociedade: Uma Excursão pela História* (1º Edição: Novembro de 2018 ed.). Lápiz de Memórias. Retrieved junho 8, 2021
- Gálatas, A. (2015). *Associação Gálatas*. Retrieved from <https://associacao-galatas.webnode.pt/>
- Gaspar, A. O. (2013). *O efeito das estratégias de seleção, otimização e compensação sobre a satisfação com a vida em idosos: interveniência da autoestima?* Universidade de Évora. Escpça de Ciências Sociais. Évora: Mestrado em Psicologia. Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (6, Ed.) São Paulo, São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Guadalupe, S. (2009). *Intervenção em Rede - Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte* (2 ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guedes, J. (2008). Desafios identitários associados ao internamento em lar. VI congresso português de sociologia - mundos sociais: saberes e práticas.
- Guédon, M. (1984). Les réseaux sociaux. In *L'intervention de réseaux : une pratique nouvelle*. Montreal: Éditions France- Amérique.

- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e Processos de uma sociologia de acção: O planeamento em ciências sociais*. Cascais: PRINCÍPIA, Publicações Universitárias e Científicas.
- Guerra, I. C. (2002). Participação e Cidadania nos processos de planeamento. In *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção: O Planeamento em Ciências Sociais* (pp. 91-106). Principia.
- INE. (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões*.
- INE. (2021, junho 29). *PORDATA*. Retrieved from Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Instituto da Segurança Social*. (2021, junho). Retrieved from Apoios Sociais e Programas: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): <https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Jacob, L. (2008). Participação Activa da População idosa na Sociedade. *Revista Rediteia*, 41.
- Jornal Oficial da União Europeia*. (2011, Setembro 14). Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011D0940&from=EN>
- Kirkood, T. (2001). *Os melhores anos de nossas vidas*. Rio de Janeiro: Record.
- Lameiras, A. C. (2015). *Diagnóstico Social*. Retrieved julho 9, 2021, from Serviço Social: <https://servicosocial.pt/diagnostico-social/>
- Lemieux, V. (1999). *Análise Estrutural das Redes Sociais*. (I. Piaget, Ed.) Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia.
- Lima, P. A. (2017). *Envelhecimento Bem-Sucedido, Competência na Vida Diária e Recursos Ecológicos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Madeira, D. R. (2019, novembro 15). *Em Foco*. Retrieved outubro 20, 2020, from Direcção Regional de Estatística da Madeira: <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/demografia-pt/demografia-emfoco-pt.html>
- Madeira, D. R. (2021, julho 28). *Direcção Regional de Estatística da Madeira*. Retrieved from Censos 2021 - Resultados Preliminares Região Autónoma da Madeira: <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/popcondsoc->

censos-pt/popcondsoc-censos-emfoco-pt/send/47-censos-emfoco/13759-em-foco-censos-2021-resultados-preliminares.html

Madeira, I. H. (2021). Retrieved from Programas: <http://www.ihm.pt/index.php/2015-05-18-23-44-42>

Marques, R. A. (2018). *Ageing in Place: Estratégias para Envelhecer no Domicílio*. Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

Martinho, J. d. (2012). *Junta de Freguesia de São Martinho - Competências*. Obtido de https://jf-saomartinho.pt/_assets/documentos/institucional/junta/junta_de_freguesia_de_s%C3%A3o_martinho_-_compent%C3%A2ncias.pdf

Martinho, J. d. (2014, Abril 2). *Junta de Freguesia de São Martinho*. Retrieved from Regulamentos e Informações Institucionais: Apoios Sociais: <https://jf-saomartinho.pt/junta-de-freguesia/documentos/#regulamentos-apoios-sociais>

Martins, E. (2013). *Gerontologia, Gerontagogia e Animação em Idosos*. Lisboa: Editorial Cáritas.

Midlarsky, E. (1991). *Prosocial behavior*. California: Sage.

Ministério do Trabalho, S. e. (2017). *Medidas de Intervenção junto dos cuidadores informais*. Retrieved from <https://www.app.com.pt/medidasde-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais-documento-enquadradorperspetiva-nacional-e-internaciona>

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.

Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*: (pp. 151-174). Rio de Janeiro.

Neil, A., & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus.

Oliveira, L. d. (2020). *O impacto da prática de voluntariado no funcionamento cognitivo de idosos*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Omoto, A. M., & Snyder, M. (2010). *Influences of psychological sense of community on voluntary helping and prosocial action*. United Kingdom.
- Pereira, V. P. (2013). *Avaliação Multidimensional da População com 65+ anos no Perímetro Urbano de Santo Tirso: Contributos para o plano gerontológico municipal*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retrieved from http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1822/1/Vera_Pereira.pdf
- Perista, H. P. (2012). *Género e Envelhecimento: Planear o Futuro Começa Agora! Estudo Diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Presidência do Conselho de Ministros. Retrieved junho 7, 2021
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Pinto, A. P. (2016). *A Importância do Voluntariado no Desenvolvimento de Competências Profissionais*. Instituto Universitário de Lisboa. ISCTE-IUL, Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Lisboa.
- Pinto, M. d. (2019). *Metodologia de Cuidado Humanidade: Impacto na Redução do Burnout dos Cuidadores Formais numa ERPI*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto.
- Prados, A., Azenha, A., Costa, A. A., Martins, A., Fonseca, A., Frazão, A., & Chambel, A. (2012). *Envelhecer em tempos de crise: Respostas Sociais*. Porto: Editor Legis.
- Ribeiro, F. D. (s/d). *Envelhecimento Cognitivo: do normal ao patológico*. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <file:///C:/Users/Ver%C3%B3nica%20Rodrigues/Downloads/8945-Artigo-14853-1-10-20200610.pdf>
- Robertis, C. d. (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*. Porto Editora.
- Rocha, M. F. (2018). *Envelhecer Ativamente em Centro de Dia*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Senhora da Hora.
- Rufino, A. C., & Bonfim, W. L. (s/d). *Abordagens Conceituais sobre o Trabalho em Rede*. Universidade Federal do Piauí (UFPI), Brasil.

- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um impertivo do nosso tempo: Introdução à metodologia de cuidado gineste-marescotti*. IGM Portugal-Humanidade, Coimbra, Portugal. Retrieved julho 13, 2021
- Santos, M. O. (2012). *Texto de apoio sobre o diagnóstico em processos de intervenção social e desenvolvimento local*. Évora.
- Saúde, O. M. (n.d.).
- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*.
- Sequeira, C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Porto: Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Serrano, P. G. (2008). *Elaboração de projectos sociais. Casos práticos*. Porto: Porto Editora.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). *O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável*. Revista de Enfermagem, vol. II, núm. 7, Coimbra, Portugal. Retrieved julho 13, 2021, from <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239954011.pdf>
- Soares, H. I. (2012). *O contributo do voluntariado no apoio aos idosos sós e/ou dependentes do concelho de Ovar*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Social, N. d. (2012). Sobre avaliação de processos de intervenção social. Lisboa: Laboratório Nacional de Engenharia Civil. Retrieved from http://repositorio.lnec.pt:8080/jspui/bitstream/123456789/1004092/2/Rel%20270_12%20dspace.pdf
- Viegas, M., & Gomes, A. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Vieira, I. d. (2015). *A Participação: um paradigma para a intervenção social*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Retrieved junho 15, 2021
- Zino, F. C. (2021). *Fundação Cecília Zino*. Retrieved from <https://www.fundacaozino.com/cdh.html>

Anexos

Anexo I – Inquérito

Inquérito realizado para perceber o interesse dos idosos e familiares no Projecto “Cuidados Móveis”

Pretende-se com este inquérito verificar as necessidades que os idosos e os seus familiares sentem no seu dia-a-dia e, perceber de que forma seria possível intervir para responder às necessidades dos mesmos.

Por favor, responda com sinceridade. Os dados obtidos são confidenciais. Não escreva o seu nome em parte alguma. O questionário é anónimo.

Agradece-se, desde já a sua colaboração.

1) Género:

Masculino

Feminino

2) Idade _____

3) Qual é o seu estado civil?

a) Solteiro/a

b) Casado/a

c) União de Facto

d) Divorciado

e) Viúvo

f) Não Sei/Não respondeu

4) Refira o seu grau de escolaridade:

a) Não sabe ler nem escrever

b) Sabe ler e escrever (sem ter frequentado a escola)

- c) Ensino Primário
 - d) Ensino Preparatório
 - e) Ensino Secundário – antigo 7º, 8º e 9ºano
 - f) Ensino Secundário
 - g) Ensino Médio – antigos enfermeiros ou professores
 - h) Ensino Superior – Bacharelato/Licenciatura
- /Mestrado/Doutoramento

4.1) Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?

Sim Não

4.1.1) **Se sim**, refira qual foi a sua profissão principal

Código da profissão (5 dígitos)

Código da profissão (1 dígito)

5) Quem vive consigo na sua casa?

- a) Vive sozinho/a
- b) Cônjuge
- c) Filhos/Filhas
- d) Netos/as
- e) Irmãos/ãs ou cunhados/as
- f) Outros familiares
- g) Amigos
- h) Alguém com remuneração ou alojamento para
cuidar de si (sem ser familiar)

5.1) Refira as principais fontes de rendimento do agregado (poderá escolher mais de uma opção):

- a) Trabalho
- b) Subsídio de doença, acidente

- c) Rendimento Social de Inserção
- d) Complemento Solidário para Idosos
- e) Outros Subsídios/Apoios Estatais
- f) Pensão de Reforma/Pensão de Velhice
- g) Pensão de viuvez / sobrevivência
- h) Pensão de invalidez
- i) Ajudas de amigos e/ou vizinhos
- j) Ajudas familiares
- k) Outros (juros, poupanças, etc)

5.2) A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros?

Nº _____ Não Sei/Não Respondeu

5.3) Sente-se sozinho/a?

1. Muitas Veze/Sempre	2. Algumas Vezes	3. Quase Nunca/Nunca	4. NS/NR

5.4) Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, um familiar ou um amigo/a? (refere-se a ajuda social, não económica)

1. Sim	2. Não	3. NS/NR

5.5) Se respondeu SIM na pergunta anterior, há alguém que possa cuidar de si?

Sempre que necessário (tanto tempo quanto necessário)	Por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)	Às vezes (levar ao médico, preparar uma refeição, etc)	NS/NR

5.6) Se respondeu SIM na pergunta 5.4, quem são essas pessoas?

- a) Cônjuge
- b) Irmão
- c) Filhos/as

- d) Netos/as
 e) Outro parente
 f) Amigo
 g) Outro: _____

6 - Actividades de Vida Diária

6.1) Refira se consegue realizar as seguintes ABVD's (Índice de Barthel, Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).			
Alimentação	10	Independente Ex: Capaz de utilizar qualquer instrumento, come num tempo razoável.	
	5	Necessidade de alguma ajuda Ex: para cortar, levar à boca	
	0	Dependente Necessita ser alimentado	
Vestir	10	Totalmente independente Ex: capaz de utilizar qualquer instrumento, come num tempo razoável	
	5	Necessita de alguma ajuda Ex: pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-se num bom tempo	
	0	Dependente	
Banho	5	Totalmente Independente Toma banho geral no duche ou banheira, entra e sai do banho sem ajuda de terceiros	
	0	Dependente	
Higiene Corporal	5	Totalmente Independente Lava a face, mãos e dentes, faz a barba	
	0	Dependente	

Utilizar a casa de banho	10	Independente Usa-a sem ajuda, senta-se, levante-se e arranja-se sozinho	
	5	Necessita de Ajuda Para manter o equilíbrio, limpar-se sozinho e ajustar a roupa	
	0	Dependente	
Controlo Intestinal	10	Independente Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho	
	5	Incontinência ocasional Episódios ocasionais de incontinência; necessita de ajuda para clisteres	
	0	Incontinente fecal	
Controlo Vesical	10	Independente Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho	
	5	Incontinência ocasional Episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para uso de sonda ou colector	
	0	Incontinente ou algaliado	
Subir Escadas	10	Independente Sobe e desce escadas pode usar um instrumento de apoio	
	5	Necessita de Ajuda Ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas	
	0	Dependente	
	15	Independente Não necessita de ajuda, caso utilize cadeira de rodas, transfere-se sozinho	

Transferência de Cadeira-Cama	10	Necessita de ajuda mínima	
	5	Necessita de grande ajuda é capaz de se sentar mas necessita de muita ajuda para a transferência	
	0	Dependente	
Deambulação	15	Independente Caminhada pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas	
	10	Necessita de Ajuda Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão	
	5	Independente com cadeira de rodas Anda pelo menos 50 metros	
	0	Dependente	
Total			

6.2 - Refira se consegue realizar as seguintes Actividades Instrumentais da Vida Diária (Índice de Lawton, Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007)		
Item	AIVD	Cotação
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma coisa	5
Lavar a Roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3

	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda Só faz pequenas compras Faz as compras acompanhado É incapaz de ir às compras	1 2 3 4
Uso do Telefone	Usa-o sem dificuldade Só liga para lugares familiares Necessita de ajuda para o usar Incapaz de usar o telefone	1 2 3 4
Uso do Transporte	Viaja em transporte público ou conduz Só anda de táxi Incapaz de usar o transporte	1 2 3
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc Só em pequenas quantidades de dinheiro Incapaz de utilizar o dinheiro	1 2 3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação Necessita que lhe preparem a medicação Incapaz de se responsabilizar pela medicação	1 2 3
Total		

7 - Utilização dos Serviços Sociais

7.1) Neste momento está a ser apoiado por algum serviço ou instituição da comunidade? (Poderá selecionar mais de uma opção)		
	Sim	Não
Segurança Social - Serviço de Apoio Domiciliário		
Centro de Dia		
Junta de Freguesia		
Outra instituição. Qual _____		

	7.1.1) Refira se nos últimos três meses, participou em alguma das seguintes actividades ou serviços.			7.1.2) Acha que necessita ou gostaria de participar neste tipo de actividades ou serviços?		
	Sim	Não	NS/NR	Sim	Não	NS/NR
Actividade cultural organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia?						
Programa de exercício físico organizado por alguma instituição, Junta de Freguesia ou Câmara Municipal?						
Eventos religiosos?						

7.3) Se no futuro não tiver condições de cuidar de si e vier a necessitar de ajuda, qual destas possibilidades pondera:

- a) O internamento num lar de idosos
- b) Recorrer ao apoio de um serviço de apoio domiciliário, permanecendo em casa
- c) Viver em casa de um familiar, recebendo apoio das instituições
- d) Ir viver para uma família de acolhimento
- e) Outra situação.
Qual? _____
- f) Não sabe/Não responde

8 - O «Projecto Cuidados Móveis» têm como objetivo, acompanhar mais de perto os idosos e responder às suas necessidades, físicas, sociais e clínicas, de modo a melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida, como também de atenuar as suas necessidades. Este projeto teria uma equipa formada por assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, voluntários de diferentes faixas etárias, profissionais de saúde, e parecerias com outras entidades. **Estaria interessado em ser cliente deste projeto?**

Sim

Não

Não sei/Não Respondeu

Obrigada pela sua disponibilidade!