

Gestor de Caso

A importância do Gestor de Caso na intervenção com pessoas idosas

Discente: LILIANA PATRÍCIA DA SILVA SOUSA

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

Orientador: Professora Doutora Emília Moreira

Coorientador: Professora Doutora Joana Guedes

ISSSP, novembro de 2020

Gestor de Caso

A importância do Gestor de Caso na intervenção com pessoas idosas

Discente: LILIANA PATRÍCIA DA SILVA SOUSA

ISSSP, novembro de 2020

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que acreditaram em mim e contribuíram para a concretização desta dissertação. Não foi um processo fácil, num ano atípico e doloroso para todos nós. Mas aproxima-se o final de uma etapa importante da minha vida.

Em primeiro lugar, não poderia deixar de agradecer à minha família, especialmente aos meus pais que sempre me apoiaram nas minhas decisões.

Agradeço de forma especial ao André por ter estado sempre ao meu lado, apoiando incondicionalmente, e pela paciência demonstrada ao longo desta caminhada.

Agradeço às minhas orientadoras, Professora Doutora Emília Moreira e Professora Doutora Joana Guedes, pela partilha de conhecimento.

Não me posso esquecer de agradecer ao Professor Doutor Hélder Alves, pela disponibilidade e ajuda prestadas na análise e tratamentos dos dados estatísticos.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todos os meus amigos, em especial à Marisa e à Rita, pelo apoio, incentivo constante e disponibilidade.

A TODOS O MEU MUITO OBRIGADA!!

Resumo

Objetivos: Este estudo tem como objetivo analisar o papel da Gestão de Caso na intervenção em Gerontologia Social e identificar as suas potencialidades e constrangimentos.

Método: Trata-se de um estudo transversal com uma metodologia quantitativa, incidindo sobre 332 pessoas idosas residentes em bairros sociais do concelho do Porto. Aplicou-se um protocolo de recolha de informação para a avaliação dos respondentes, visando averiguar prioritariamente o risco de isolamento social.

Resultados: Dos 332 idosos inquiridos, surgiram 62 casos de intervenção (n=35 UF Lordelo do Ouro e Massarelos, n=27 na Freguesia do Bonfim). Os dados revelam que 33.5% (n=108) encontra-se em risco de isolamento. Quando relacionamos este risco de isolamento com o índice de Barthel, verifica-se que 57.1% apresenta entre moderada a total dependência; com o índice de Lawton, verifica-se que 38.5% apresenta severa dependência; com o Teste de Declínio Cognitivo, 46% apresenta comprometimento nesta área; com a Escala de Depressão Geriátrica, 50% dos idosos isolados apresentam sintomatologia depressiva. Os dados sugerem que os idosos que vivem isolados, sem contactos frequentes com familiares, amigos e o facto de não terem alguém em quem confiar, experienciarão o sentimento de solidão, terem mais dificuldades ao nível da realização das tarefas básicas e/ou instrumentais, apresentam comprometimento cognitivo e maior propensão para o aparecimento de sintomatologia depressiva. O facto de avaliarem de forma negativa a sua saúde parece não ter influência no risco de isolamento.

Discussão: Este estudo demonstra a importância de considerar a formalização da figura de Gestor de Caso e criação de um protocolo de avaliação multidimensional e de intervenção, conducente a uma intervenção mais ajustada e coordenada, numa lógica de eficácia e eficiência.

Palavras Chave: Gestão de Caso, isolamento social, idosos

Abstract

Objectives: This study aims to analyze the role of Case Management in the intervention in Social Gerontology and to identify its potentialities and constraints.

Method: This is a cross-sectional study with a quantitative methodology, focusing on 332 elderly people living in social districts in the municipality of Porto. Was applied a protocol of information gathering for the assessment of participants, as a priority to ascertain the risk of social isolation.

Results: Of the 332 elderly people surveyed, 62 cases of intervention emerged (n = 35 UF Lordelo do Ouro and Massarelos, n = 27 in the parish of Bonfim). Data reveal that 33.5% (n = 108) are at risk of isolation. When we relate this risk of isolation with: the Barthel index shows that 57.1% has moderate to total dependence; with the Lawton index, 38.5% are severely dependent; with the cognitive decline test, 46% are impaired in this area; with the Geriatric Depression Scale, 50% of the elderly have depressive symptoms. Data obtained suggest that elderly who live isolated, without frequent contacts with family members, friends and the fact that they do not have someone to trust, experience the feeling of loneliness, have more difficulties in performing basic and / or instrumental tasks, present cognitive commitment and greater propensity for the appearance of depressive symptoms. The fact that they assess their health negatively does not seem to have any influence on the risk of isolation.

Discussion: This study demonstrates the importance of considering the formalization of the figure of the Case Manager and creation of a multidimensional assessment and intervention protocol, leading to a more adjusted and coordinated intervention, in a logic of effectiveness and efficiency.

Keywords: Case management, social isolation, elderly

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico.....	4
1. O envelhecimento como desafio social	4
2. Isolamento social: um dos maiores problemas associados ao envelhecimento.....	7
3. A Gestão de Caso na intervenção com pessoas idosas.....	10
3.1. O papel do interventor social na Gestão de Caso	10
3.2. Objetivos da Gestão de Caso na intervenção social.....	12
3.3. Gestão de Caso na intervenção social com pessoas idosas.....	14
3.4. Modelos e metodologias de Gestão de Caso.....	16
3.5. Resultados da investigação sobre a intervenção com Gestão de Caso	19
3.6. Limitações da Gestão de Caso	21
3.7. Orientações para a melhoria da Gestão de Caso na intervenção social com pessoas mais velhas.....	23
II. Metodologia de Investigação	26
1. Objetivos.....	26
2. Metodologia.....	27
2.1. Seleção da amostra e procedimentos de recolha de dados.....	30
2.2. Instrumentos.....	32
Índice de Barthel.....	33
Índice de Lawton.....	33
Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens	34
Escala de Depressão Geriátrica.....	34
III. Análise de Dados de Caraterização da População	36
IV. Intervenção	53
1. Intervenção desenvolvida no âmbito do projeto “Porto. Importa-se”	53
2. Procedimentos necessários à intervenção com recurso à Gestão de Caso	60
V. Discussão de Resultados	62
Limitações do estudo.....	70
Conclusão	71
Bibliografia.....	72
Apêndices	
Anexos.....	

Índice de Tabelas

Tabela 1: Tabela geral da população	29
Tabela 2: Amostra	30
Tabela 3: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Índice de Barthel.....	44
Tabela 4: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Índice de Lawton	45
Tabela 5: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Teste de Declínio Cognitivo	46
Tabela 6: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Escala de Depressão Geriátrica	47
Tabela 7: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com a pergunta “Sente-se sozinho/a?” .	49
Tabela 8: “Sente-se sozinho/a cruzada com a pergunta “Teve filhos/as?”	50
Tabela 9: Escala de Rede Social de Lubben relacionada com a pergunta “De forma geral, como avalia a sua saúde?”.....	51
Tabela 10: População com 65 ou mais anos a residir só	63
Tabela 11: Percentagem de idosos a viver sós no total das famílias.....	64

Índice de Figuras

Figura 1: Caraterização dos escalões etários dos inquiridos	36
Figura 2: Caraterização do sexo dos indivíduos inquiridos	37
Figura 3: Caraterização do grau de escolaridade dos inquiridos.....	38
Figura 4: Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida	38
Figura 5: Fontes de rendimento do agregado familiar	39
Figura 6: Valor dos rendimentos do agregado familiar.....	40
Figura 7: Estado civil	41
Figura 8: Composição do agregado familiar	41
Figura 9: Escala Breve de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) – Avaliação do Risco de Isolamento Social	42
Figura 10: Escala Breve de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) – Avaliação do Risco de Isolamento Social – Risco Severo	43
Figura 11: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com a pergunta “Tem alguém em quem possa confiar?”	48
Figura 12: Percentagem (%) de Casos de Intervenção por Freguesia.....	54
Figura 13: Áreas de intervenção.....	56
Figura 14: Procedimentos da Gestão de Caso	60

Glossário de Siglas

AIVD's- Atividades Instrumentais de Vida Diária

AS- Assistente Social

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD's- Atividades Básicas de Vida Diária

CEPCEP- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CMSA- Case Management Society of America

COVID-19- Coronavirus Disease 19

EM- Empresa Municipal

GC- Gestor de Caso

GDS- Geriatric Depression Scale

GNR- Guarda Nacional Republicana

ISSSP- Instituto Superior de Serviço Social do Porto

NASW- National Association of Social Workers

PAGe - Plano de Atenção Gerontológica

PAPI- Programa de Apoio à Pessoa Idosa

RLIS- Redes Locais de Intervenção Social

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SARS-COV2- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus 2

UF- União de Freguesias

Introdução

O presente trabalho académico, que se configura na modalidade de Dissertação, é realizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

A escolha do tema “A importância do Gestor de Caso na intervenção com pessoas idosas” resulta do envolvimento direto e efetivo no projeto “Porto. Importa-se”. Este projeto decorreu de uma parceria entre a Câmara Municipal do Porto, a DOMUS Social – Empresa de Habitação e Manutenção do Município do Porto, EM e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto, ISSSP. Baseou-se num protocolo que se definiu num trabalho concertado, numa lógica de intervenção em rede entre as três instituições. Este trabalho pretendia elaborar um diagnóstico social da população idosa residente em bairros sociais, com idade igual ou superior a 70 anos que reside só (n=1687) e, ainda, casais com 75 ou mais anos (n=426), em 48 bairros sociais, do concelho do Porto. O presente trabalho de dissertação centra-se apenas nas freguesias do Bonfim e a União de Freguesias de Lordelo e Massarelos (n=332).

O projeto “Porto. Importa-se” partiu da construção de um corpo de conhecimento profundo da realidade desta população e do meio onde habita, e teve como objetivo fomentar a articulação entre a população e as diferentes respostas sociais institucionais existentes na comunidade. Pretendeu também desenvolver um serviço de voluntariado para complementar as respostas institucionais já existentes. Por fim, teve ainda como objetivo, o desenvolvimento de uma plataforma de informação e comunicação em rede, entre os diferentes técnicos nele envolvidos. Este projeto desenvolveu-se entre outubro de 2017 e julho de 2019.

O interesse por desenvolver um estudo no contexto deste projeto surge do confronto diário com situações de fragilidade e vulnerabilidade por parte dos idosos, encontrando-se muitas vezes desprotegidos nas várias dimensões da vida, nomeadamente, muitos encontram-se em risco de isolamento social. Considerando a complexidade das diversas situações das pessoas mais velhas, entendeu-se que seria relevante equacionar a formalização de uma figura de gestor de caso (doravante como GC). O GC seria a figura responsável pela identificação de necessidades e de articulação com os serviços disponíveis na comunidade local.

Considera-se que este trabalho de articulação será necessário para colmatar as carências das pessoas mais velhas em diversas dimensões da sua vida e, por outro lado, para promover o desenvolvimento de instrumentos que permitam a manutenção ou reconstrução da sua autonomia e dignidade.

A figura de GC poderia, em teoria, ter qualquer formação graduada, desde a área da saúde à área social. Desenvolvendo esta dissertação num mestrado ligado à intervenção social, aprofundou-se o trabalho desta figura dentro da área de ação do interventor social. Considera-se que o interventor social (assistente social, gerontólogo social, entre outros profissionais da área social) tem formação científica e empírica, que lhe permitem avaliar e compreender a complexidade das situações de vulnerabilidade. Para além disso, estes profissionais têm um conhecimento profundo das realidades locais e das redes locais de apoio, assim como treino na articulação entre instituições, que permitem o desenvolvimento de intervenções adequadas às condições idiossincráticas das pessoas mais velhas.

O presente trabalho académico pretende caracterizar e compreender o papel do interventor social (assistente social/gerontólogo social) como GC na intervenção com pessoas idosas. Uma vez que esta figura não está formalmente estabelecida na intervenção em gerontologia social em Portugal, este trabalho partiu da revisão da literatura internacional, no sentido de sintetizar as características do GC na intervenção com pessoas mais velhas.

Torna-se imperativo o desenvolvimento de novas respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos, assim como novas formas e estratégias de intervenção mais ajustadas que adquiram uma relevância significativa, nomeadamente nas sociedades ocidentais, surgindo assim, vários conceitos e pontos de vista, como refere Martins (2005). A velhice é, assim, um desafio que precisa ser trabalhado ainda durante a idade ativa, para que o processo de transição seja menos doloroso e desestruturador. Para isso, será essencial uma alteração das políticas sociais e a criação de projetos inovadores, em que os interventores sociais, nomeadamente os assistentes sociais e os gerontólogos sociais, terão um papel fundamental. A criação da figura do GC pode ser uma dessas propostas inovadoras na intervenção social gerontológica.

Desta forma, o presente trabalho académico encontra-se organizado em 5 capítulos: enquadramento teórico, que pretende refletir sobre as questões do fenómeno do envelhecimento, de uma forma mais macro, de forma a fornecer conteúdos teóricos e empíricos que sustentem a análise das transformações no plano demográfico, passando pelo plano das representações sociais sobre o envelhecimento, as transformações no plano da organização e vida familiar, levando a que muitas pessoas se encontrem em risco de isolamento social. Neste capítulo será explorado o processo de Gestão de Caso e o papel do GC, nomeadamente no processo de envelhecimento.

Já o segundo capítulo, metodologia da investigação, pretende refletir sobre o conjunto de procedimentos essenciais à investigação, tendo como referência epistemológica (no sentido da filosofia do conhecimento) o racionalismo aplicado, filosofia de conhecimento que defende

que todo o conhecimento tem que ser construído racionalmente e confrontado com a realidade empírica.

O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos dados obtidos na presente investigação e no quarto capítulo serão abordadas as estratégias de intervenção que foram acionadas, bem como o que foi desenvolvido com o apoio dos parceiros territoriais locais. Estão, também, elencados um conjunto de procedimentos que a Gestão de Caso deveria ter seguido. O quinto capítulo corresponde à discussão dos resultados e, por fim, a dissertação termina com a exposição de algumas implicações do estudo e com uma conclusão.

I. Enquadramento Teórico

1. O envelhecimento como desafio social

O processo de envelhecimento é um fenómeno que tem suscitado particular interesse ao longo dos anos, ainda que tenha vindo a registar diversas alterações ao longo das décadas. Este fenómeno tem vindo a sofrer alterações mediante a cultura, as crenças, as relações sociais e as atitudes de cada época (Sequeira, 2010).

O aumento da longevidade é uma das grandes conquistas e, simultaneamente, um desafio das sociedades contemporâneas. A importância deste fenómeno social resulta de um conjunto de circunstâncias e transformações que marcam irreversivelmente a evolução das sociedades modernas, englobando alterações na estrutura demográfica, mudanças nas representações sociais sobre o envelhecimento e transformações no plano da organização e vida familiar (Bandeira et al., 2014). A compreensão do impacto social do aumento da longevidade na sua total complexidade implica uma análise de todas estas dimensões. Tal como defende Ballesteros (2000, p. 43) “nenhuma teoria biológica, psicológica ou social, em exclusivo, permitirá dar conta do produto interativo e talvez sinérgico das mudanças complexas que ocorrem ao longo do envelhecimento”.

O envelhecimento é um processo multidimensional e que resulta da integração dinâmica entre o indivíduo e o contexto onde está inserido (Baltes e Baltes, 1990). Assim, o envelhecimento é uma conquista individual e o aumento da longevidade uma conquista para as sociedades. No entanto, destas conquistas emergem novos desafios e surgem necessidades de adaptação das sociedades (Villaverde e Ferreira, 2014).

Do ponto de vista do envelhecimento demográfico, nas últimas décadas, tem-se verificado que o envelhecimento demográfico tem sofrido um aumento significativo, em Portugal. Este fenómeno tem-se manifestado através de alterações na estrutura etária da população, nomeadamente, no aumento significativo de indivíduos dos grupos etários mais envelhecidos. Os números associados à taxa de envelhecimento são muito elevados. A população portuguesa está a crescer em termos de idade. Ao longo dos últimos 70 anos, de 1950 a 2011, verifica-se um contínuo duplo envelhecimento da população, que passou de cerca de 24 idosos por cada 100 jovens, em 1950, para 128 em 2011, resultados da conjugação de diferentes dinâmicas e circunstâncias (Bandeira et al., 2014).

É evidente a alteração da forma das pirâmides demográficas: de acento circunflexo, em 1950, para uma configuração em urna, em 2011, espelhando, assim, a transformação das

caraterísticas da população portuguesa que de jovem se torna envelhecida. Assiste-se a uma inversão das pirâmides de idades. A melhoria das condições de vida, de bem-estar, bem como das condições de saúde, médicas e assistenciais refletem-se na diminuição da mortalidade e, consequentemente, no alongamento da esperança média de vida. Estes efeitos são visíveis no alargamento do topo da pirâmide relativo ao aumento progressivo da população com mais anos. Por outro lado, a diminuição da base traduz os efeitos, ao nível da dinâmica da população, da diminuição da fecundidade. Estes resultados integram o processo de transição demográfica que tem sido particularmente discutido, sobretudo em contextos de muito baixa fecundidade (Bandeira et al., 2014).

A forma como este processo decorreu e se ajustou à diminuição da mortalidade e fecundidade reflete e explica as mudanças nas estruturas populacionais que se devem, no entanto, conjugar com os efeitos das migrações (emigração e imigração).

É possível verificar-se um duplo envelhecimento, fenómeno caraterizado pela passagem de um modelo demográfico onde a fecundidade e a mortalidade são elevadas para um modelo em que estes fenómenos atingem níveis reduzidos. Por referência à pirâmide de idades, a transição demográfica traduz-se num estreitamento da base, por redução dos efetivos populacionais jovens, e no alargamento do topo, com um número crescente de efetivos populacionais idosos. Portugal é dos países da Europa onde mais se verifica o Duplo Envelhecimento Demográfico (Bandeira et al., 2014).

Para analisar o duplo envelhecimento demográfico, temos que observar o fenómeno através de duas perspetivas. Por um lado, as razões pela qual a taxa de natalidade é tão baixa e, por outro lado, o porquê da taxa de mortalidade também ser tão reduzida. Podemos verificar que houve um decréscimo da natalidade devido a fatores como a entrada da mulher no mercado de trabalho remunerado, introdução de métodos contraceptivos, nomeadamente da pílula, a existência de planeamento familiar, a possibilidade de escolher quantos filhos vai ter e quando os vai ter e também devido a alterações da estrutura familiar. O fenómeno do duplo envelhecimento deve-se, também, ao facto de haver uma diminuição da taxa de mortalidade, isto devido a fatores como uma melhoria substancial das medidas de saúde pública. O país está mais desenvolvido, há um controlo de doenças crónicas que antes eram fatais e que refletiam as más condições de saúde e alimentação, como a tuberculose, meningite, entre outras (Bandeira et al., 2014). Assim, podemos verificar que esta realidade prende-se com fatores como o desenvolvimento da medicina e também com uma redução drástica da fecundidade. Prevê-se que num futuro próximo (2080), o número de velhos seja ainda mais elevado que o número de crianças (INE, 2017), comparativamente com os dados atuais.

No que diz respeito às representações sociais, este fenómeno está associado a múltiplas construções e representações sociais, existindo uma prevalência de estereótipos idadistas associados à velhice. Os velhos são rotulados como incapazes e dependentes, havendo sempre fatores de saúde associados a esta dependência. Segundo Durkheim (1964) e Moscovici (1961), as representações sociais decorrem de processos de socialização e sociabilização, estando diretamente associados à identidade coletiva e à partilha pelos membros dos sistemas.

No futuro, é fundamental que as instâncias que produzem e implementam as políticas sociais, nomeadamente o Estado, acompanhem melhor as transformações demográficas. Os apoios sociais existentes como os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário, poderão deixar de ser o foco primordial das políticas nas futuras gerações de idosos.

Por outro lado, com o aumento da escolaridade, espera-se que as gerações futuras estejam mais munidas de capital cultural, logo, com maior sentido de autonomia e de cidadania, promotora de maior capacidade de resolução dos problemas individuais ou coletivos (Fernandes, 2001). Nesta perspetiva, as próximas gerações de idosos serão dotadas de uma maior exigência, mostrando-nos o quão devemos estar atentos à transformação das modalidades de intervenção. É necessário analisar as causas dos problemas para que se possa atuar de uma forma mais assertiva. A velhice não vai deixar de ser um problema social, mas pode ser vivenciada de uma forma mais saudável, ainda que para isso seja necessário preparar a população para esta fase da vida.

Também no plano da vida familiar, nos últimos anos, temos assistido a alterações das estruturas e das dinâmicas familiares, nomeadamente, a entrada da mulher no mercado de trabalho. No entanto, elas continuam a ser o grande suporte familiar. Atualmente, as famílias contemporâneas são mais individualistas e as relações sociais mais superficiais. Os laços relacionais fortes que existiram no passado tendem a esbater-se (Lenoir, Pinto, Champagne e Merllié, 1990).

Todavia, e apesar das alterações que vão sendo sentidas ao nível das estruturas e das dinâmicas familiares, a família tradicional portuguesa continua a ter um papel fundamental na socialização dos seus membros. Contudo, este modelo de família tende a ser cada vez menos frequente, dando lugar a outras tipologias de famílias e de socialização (Fernandes, 1994). Estas alterações têm contribuído para o aumento da vulnerabilidade das pessoas idosas, nomeadamente, para o forte acentuar do fenómeno de risco de isolamento.

2. Isolamento social: um dos maiores problemas associados ao envelhecimento

Nas últimas décadas, têm-se observado várias alterações sociais, nomeadamente ao nível das famílias e das suas estruturas (Bandeira, 1996; Bandeira et al., 2014), que conduzem ao isolamento social, especialmente nos grupos mais velhos. O isolamento social pode resultar de muitos outros fatores, como a incapacidade física ou funcional, ou outras comorbilidades como as demências, frequentemente associadas a quadros de depressão e solidão. Os relatos de solidão aparecem, não raras vezes, relacionados com a desmotivação que, em efeito circular, se relacionada com o isolamento social, apresentando implicações ao nível do convívio e da interação com outras pessoas (Lopes, Lopes e Camara, 2009).

Alguns autores analisam o fenómeno do isolamento social em dois subtipos: o isolamento objetivo e o isolamento subjetivo (Waite e Cornwell, 2009). O isolamento social objetivo diz respeito às situações nas quais se verifica escassez ou ausência de contacto com outras pessoas, devido a fatores situacionais, como o reduzido tamanho da rede social, falta de participação em atividades sociais ou pouca interação social. O isolamento subjetivo, diz respeito à percepção de ausência de recursos sociais, como apoio social, estando mais próximo da experiência de solidão. O suporte percebido pelas pessoas traduz-se na percepção do apoio recebido da sua rede social (Cornwell, Schumm, Laumann e Graber, 2009).

O isolamento social tem associados fatores de risco, como a dependência física/mental, a incontinência, acontecimentos de vida (reforma, viuvez), a morte de familiares, dificuldades económicas, entre outros fatores vivenciados pelo indivíduo. Quando estes indivíduos já se encontram na 3ª idade, os fatores como a baixa escolaridade, o viver sozinho, a existência de barreiras arquitetónicas (viver num 3º andar sem a existência de um elevador) e sociais, a escassez de respostas adequadas às necessidades, acabam por agravar o isolamento social; são, enfim, uma panóplia de fatores, internos e externos, os que condicionam a vida das pessoas idosas.

Todos estes fatores têm um impacto na vida dos idosos e no processo de isolamento social, desde logo, o risco de sofrer ou agravar o seu estado depressivo/demência, o risco de incapacidade, relacionado com as doenças crónicas. Os comportamentos não saudáveis também estão associados, como o consumo excessivo de álcool, diminuição ou ausência da prática de atividade física, podem levar à institucionalização ou até mesmo à morte (Landeiro, Leal e Gray, 2016).

Os idosos em situação de isolamento social acabam por procurar tardiamente os cuidados de saúde, visto que, se são mais velhos, *à priori*, têm piores condições de saúde e a

família/cuidador está ausente ou é inexistente. Isto reflete-se na duração dos internamentos e na alta hospitalar tardia, já que na ausência de condições de saúde ou cuidados, os serviços sociais têm que atuar, garantindo que a pessoa idosa terá os cuidados necessários assegurados. Tudo isto leva a uma sobrecarga económica para os serviços de saúde e sociais (Landeiro et al., 2016).

A ausência de laços, ou de laços significativos, poderá ser um dos pilares associados ao risco de isolamento social. Para superar esta dificuldade é necessário criar e desenvolver processos de integração social, para que se consiga fomentar o envelhecimento ativo, essencial para o equilíbrio biopsicossocial destes idosos.

A participação social e a estimulação de redes de laços de solidariedade é essencial. As redes de vizinhança, a utilização de espaços comuns, podem ter um papel preponderante no quotidiano, potenciando e fortalecendo a criação de vínculos e de sentimentos de integração e pertença na comunidade (Villaverde, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013).

No contexto da pandemia Coronavirus Disease 19 (doravante COVID-19) o isolamento físico das pessoas tem sido incentivado, como forma de combate ao contágio por Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (doravante SARS-Cov-2). No entanto, esta restrição de contactos sociais pode trazer também consequências a vários níveis nos indivíduos, nomeadamente, ao nível da saúde mental. É comum a experiência de sofrimento psicológico associada à incerteza sobre o tempo de isolamento social, concretamente no que concerne ao afastamento de familiares e amigos (Pereira et al., 2020; Hammerschmidt e Santana, 2020). De certa forma, e nomeadamente na população idosa, esta medida de saúde pública tem aumentado e agravado o isolamento social e também a experiência de solidão (Hammerschmidt e Santana, 2020).

É frequente confundir-se o isolamento social com solidão, mas estes conceitos são distintos. O fenómeno de isolamento social diz respeito à ausência objetiva de contactos e relações sociais. Já o conceito de solidão é a experiência negativa subjetiva causada pela perceção de relações sociais insatisfatórias (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Importa salientar que viver só não significa estar em risco de isolamento social: o indivíduo pode ter uma rede social de qualidade, em que existem interações coesas entre os indivíduos envolvidos na relação social, sendo que a interação permite um sentimento de bem-estar psicológico e físico. Tendo em consideração que o contacto frequente por parte das redes sociais é um fator protetor do risco de isolamento social, podemos dizer que a rede social e o contacto frequente por parte desta constitui um papel fundamental no processo de envelhecimento dos idosos (Guadalupe e Cardoso, 2018; Paúl, 2005).

Assim, a insígnia para uma velhice satisfatória passa pela participação social e pela manutenção das relações sociais de parentesco, de amizade e de vizinhança. As redes sociais e participação em atividades proporcionam aos idosos uma promoção na qualidade de vida (Guadalupe e Cardoso, 2018).

Na sequência da pandemia COVID-19 muitas destas relações sociais estão a ser colocadas em causa, uma vez que surgiu a necessidade de as pessoas estarem refugiadas em casa. Deste modo, muitas das pessoas idosas ficaram impedidas de se relacionarem com a sua rede familiar, amigos, vizinhança e com as instituições provedoras de serviços, nomeadamente, sociais e de saúde (Melo, Guedes e Ribeiro, 2020). Assim, hoje, mais do que nunca, torna-se imperativo estar atento a este fenómeno e às consequências que poderão advir num futuro próximo.

3. A Gestão de Caso na intervenção com pessoas idosas

O modelo de Gestão de Caso surgiu no século XX e foi adotado na área da saúde, após a II Guerra Mundial, através das seguradoras, de forma a assegurar os serviços aos combatentes com complexas lesões que exigiam intervenções multidisciplinares. Na década de setenta, do século XX, o modelo de Gestão de Caso surgiu na coordenação de serviços prestados, decorrente da necessidade de controlar os custos. Desta forma, passou a ser uma estratégia vantajosa na eficácia e eficiência da prestação de serviços.

Atualmente, o papel de GC é uma vertente fundamental no modelo da área da saúde, pois reconhece a importância de avaliar as necessidades dos indivíduos que vivem em condições de “longo prazo” permitindo, assim, direcioná-las e ajustá-las ao longo do processo, segundo a Case Management Society of America (2019)¹, doravante designada com CMSA.

O modelo de Gestão de Caso, nos dias de hoje, é transversal a várias áreas do serviço social, nomeadamente na juventude, na reinserção social, na infância e na deficiência. No entanto, na terceira idade ainda não é uma prática disseminada em Portugal.

O termo “Gestão de Caso” ainda não é consensual a nível mundial, mas segundo a National Association of Social Workers (NASW, 2019)², o GC é a pessoa responsável por planear, defender e monitorizar os diferentes serviços em nome do “cliente”. A CMSA define o termo “Gestão de Caso” como um processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação, avaliação e defesa na escolha dos serviços que vão ao encontro das necessidades do indivíduo e família (CMSA, 2019)^{3 4}.

3.1. O papel do interventor social na Gestão de Caso

O processo de Gestão de Caso permite que os problemas que emergem e são decorrentes da fragmentação dos serviços sejam mais limitados. Este termo é utilizado em diversas áreas além da social, nomeadamente, na saúde (Fink-Samnick, 2019). Tal como refere Fink-Samnick (2016), tem surgido literatura, nomeadamente na área da saúde, estudos sobre quais os graus académicos que têm mais conhecimentos para o desempenhar, bem como as funções de um

¹<http://www.cmsa.org/about-cmsa/>; <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf> obtido em 06.04.2019

²<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=acrzqmEfhlo%3D&portalid=0> obtido em 20.04.2019

³<http://www.cmsa.org/about-cmsa/>; <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf> obtido em 06.04.2019

⁴<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=acrzqmEfhlo%3D&portalid=0> obtido em 20.04.2019

GC. Nesse sentido, vários países da Comunidade Europeia criaram leis que definem que os detentores de grau académico em Serviço Social podem assumir o papel de GC (Fink-Samnick, 2016).

Os profissionais da área da intervenção social, como o Serviço Social têm competências para procurar recursos, serviços disponíveis na comunidade ou criar novas respostas, uma vez que foram preparados ao longo da sua formação académica para desenvolver e melhorar os serviços de apoio e promover o bem-estar dos indivíduos, das suas famílias e da comunidade. Estas competências posicionam o assistente social (doravante AS) numa posição de liderança para poder desempenhar o papel de GC. Hughes, Woodward, Fritz e Reeves (2018) consideram que o AS está em melhor posição para lidar com as questões da Gestão de Caso, visto que tem uma abordagem centrada no paciente. Uma vez que este facilita a sua integração na comunidade através da utilização de recursos existentes na mesma, nomeadamente, nos casos de acidente vascular cerebral (AVC). O AS poderá estar envolvido na facilitação da mudança de comportamentos em doentes e cuidadores, necessária à reabilitação e melhor readaptação, assim como adoção de estilos de vida mais saudáveis. Poderá, ainda, ajudar os doentes e familiares a lidar com as consequências causadas pelo AVC, nomeadamente ao nível do seu impacto social (questões económicas, alterações nas casas e meio envolvente, manutenção de papéis sociais, retorno ao trabalho).

Fink-Samnick (2019) considera o trabalho desenvolvido pelo AS como uma profissão vital para o desenvolvimento da Gestão de Caso, já que estes profissionais têm a capacidade de resolver as situações mais complexas, em articulação com as múltiplas áreas da saúde. Desenvolvem um trabalho de qualidade, orientado às necessidades dos clientes e atento aos custos. Esta ideia é também defendida pelos autores Milne et al. (2020), que consideram que os AS têm competências comunicacionais que lhes permitem desenvolver um trabalho diferenciado na intervenção com idosos.

O AS deve trabalhar numa abordagem multidimensional na elaboração do diagnóstico, no desenho do projeto de vida, no acompanhamento do indivíduo e, quando possível, na sua autonomização face aos serviços de apoio existentes. Deverá assumir o papel de elo de ligação entre a pessoa e a solução, planeando uma intervenção que poderá definir-se em diferentes modelos (Carvalho, 2013).

Em suma, o AS na Gestão de Caso deve assumir o papel de mediador, facilitando e articulando com as diferentes entidades e serviços que acompanham o indivíduo neste processo.

3.2. Objetivos da Gestão de Caso na intervenção social

O GC tem como principal objetivo otimizar o funcionamento do indivíduo, fornecendo serviços de qualidade, de modo a promover respostas às múltiplas necessidades.

De acordo com a NASW (2019)⁵ a Gestão de Caso deve cumprir critérios de qualidade:

- a) O trabalho deve ser centrado na pessoa e nas suas necessidades;
- b) Deve potenciar o desenvolvimento das capacidades do indivíduo para gerir e resolver os problemas;
- c) Deve promover a capacidade do indivíduo para interagir e participar na comunidade;
- d) Deve fomentar a integração do indivíduo nos sistemas que fornecem serviços, recursos e oportunidades;
- e) Deve contribuir para a criação e desenvolvimento das respostas de política social;
- f) Deve promover e criar um funcionamento eficaz e humano dos sistemas que fornecem serviços e recursos ao indivíduo;
- g) Trabalhar e alicerçar o potencial do indivíduo;
- h) Facilitar e coordenar a comunicação entre os diferentes agentes envolvidos no processo;
- i) Analisar as intervenções de forma a ajustá-las às necessidades e dificuldades do indivíduo.

A Gestão de Caso deve ser pensada e dirigida ao trabalho multidisciplinar, na qual o indivíduo faz parte integrante e ativa no seu planeamento e dinamização (CMSA, 2019)⁶.

Compton e Galaway (1999, cit in Santos, Albuquerque e Almeida, 2013) identificam 5 princípios orientadores da Gestão de Caso:

- a) Avaliação das necessidades e problemas dos indivíduos, famílias ou grupos;
- b) Planeamento da intervenção a ser realizada, da qual devem constar os objetivos a ser alcançados, bem como os serviços que serão necessários para atingir os mesmos;
- c) Articulação com as entidades e serviços de modo a estabelecer ligações com os serviços que o indivíduo necessita;

⁵<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=acrzqmEfhlo%3D&portalid=0> obtido em 20.04.2019

⁶<http://www.cmsa.org/about-cmsa/>; <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf> obtido em 06.04.2019

- d) Monitorização da situação do indivíduo e dos serviços que estão a acompanhar/trabalhar em prol da pessoa e das suas necessidades;
- e) “*Advocacy*”: assegurar que o indivíduo tem os seus direitos assegurados, bem como os serviços que necessita para que a intervenção seja desenvolvida de uma forma ajustada.

De acordo com NASW (2019)⁷, a Gestão de Caso na área social deve obedecer aos seguintes valores fundamentais:

- a) Serviço: deve potenciar o indivíduo a nível biopsicossocial;
- b) Dignidade: deve tratar o outro de forma respeitosa, isto é, valorizando a sua autodeterminação e os seus pontos fortes;
- c) Integridade: o AS trabalha de acordo com a missão, valores e princípios éticos inerentes à profissão;
- d) Justiça social: O GC busca reduzir as desigualdades, nomeadamente, a pobreza, a discriminação e injustiça social dos indivíduos, tentando garantir que as pessoas tenham acesso à informação, aos serviços, aos recursos e sejam agentes ativos nos processos de tomada de decisão;
- e) Importância dos relacionamentos humanos: o técnico (GC) promove o desenvolvimento das relações humanas no processo de mudança, tenta criar ou fortalecer os relacionamentos entre o indivíduo e a comunidade da qual ele faz parte. Cria uma relação terapêutica (técnico – indivíduo), para que, na medida do possível, possa envolver a pessoa no seu processo de intervenção, na identificação dos objetivos, planeamento e implementação das várias etapas;
- f) Competência: o AS deve tentar aprofundar o seu conhecimento e competências relacionais da Gestão de Caso. Assim, o GC deve promover a autodeterminação do indivíduo enquanto o acompanha no processo.

Robertis (2005) refere que a intervenção social tem como objetivo conduzir à mudança e ao desenvolvimento e transformação social. No entanto, no decorrer deste processo surgem tensões/conflitos, tanto individuais como coletivos, uma vez que este processo é complexo e, por este motivo, pode ser contraditório, já que existem ganhos e perdas. Os modelos de intervenção social revelam ser um método de atuação, podendo ser utilizados individualmente ou em grupo, apostando na inovação e pro-atividade na resolução de um problema. De acordo

⁷<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=acrzqmEfhlo%3D&portalid=0> obtido em 20.04.2019

com Santos (2012) estes modelos procuram a compreensão às respostas dos problemas de uma forma mais empírica, numa perspetiva polissémica (Santos, 2012). Segundo a mesma autora, o modelo de Gestão de Caso enquadra-se nesta metodologia de intervenção, já que é transversal aos diferentes contextos. A autora refere, ainda, que o termo GC é mencionado em várias políticas e medidas públicas, nomeadamente, nas áreas da infância, na ação social, na saúde e na reabilitação. O GC é o técnico responsável por articular, acompanhar e auxiliar na resolução dos problemas da pessoas/família, assim como na sua integração social. Segundo o NASW, (2019)⁸ a intervenção pode ocorrer a vários níveis, desde *micro*, *mezzo* e *macro*, já que o GC utiliza abordagens diversificadas ao longo da intervenção com os indivíduos, as famílias, as comunidades, os sistemas organizacionais e políticos.

Os GC são profissionais indicados para colmatar as lacunas existentes na rede de serviços das comunidades. Já que pode identificá-las e trabalhá-las, através da participação com os órgãos de decisão da comunidade ou, desenvolvendo e colaborando na construção de novos recursos. A sua intervenção baseia-se no estabelecimento da relação com o cliente, a comunidade, os cuidadores e usa a sua formação para promover mudanças no indivíduo (Fink-Samnack, 2019). Os interventores sociais, nomeadamente os AS, são profissionais munidos de competências científicas e técnicas necessárias para desenvolver e melhorar sistemas de apoio (prestação de serviços, recursos, oportunidades, etc.), promovendo o bem-estar dos indivíduos, dos familiares e da comunidade. Além disso, estes profissionais já desenvolvem uma relação terapêutica na sua prática profissional, paciente-técnico, o que desempenha um papel fulcral na Gestão de Caso (Johnson e Rubin, 1983).

3.3. Gestão de Caso na intervenção social com pessoas idosas

A análise da literatura sobre a Gestão de Caso fornece-nos evidências de que o papel do GC é vital no trabalho social gerontológico: este serviço é necessário quando os clientes apresentam vários problemas e precisam de ter acesso a vários serviços.

Quando os idosos (clientes) estão em situação de fragilidade, as instituições assumem as funções de Gestão de Caso, planeando, monitorizando e defendendo os direitos essenciais dos indivíduos. A Gestão de Caso foi considerada como um serviço essencial na área da saúde mental (Miller, 1983, cit in Morrow-Howell, 1992). No entanto, nesse contexto clínico é possível verificar que a Gestão de Caso deve ser assumida pela área social, uma vez que o AS

⁸<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=acrzqmEfhlo%3D&portalid=0%20obtido%20em%2020.04.2019>

poderá planejar uma intervenção para o idoso, ao nível comunitário. Parece ser consensual a necessidade do GC na área gerontológica, visto que, existe uma grande descoordenação entre os vários serviços existentes na comunidade e que acompanham os indivíduos.

Vários estudos têm sido realizados para perceber o papel do GC, sendo atualmente uma temática de interesse na área da gerontologia. De acordo com Coleman (2002) os idosos têm tendência a apresentar vários problemas crónicos de saúde, nomeadamente, artrite, hipertensão, cardiopatias, entre outras patologias. Estes fatores associados à crescente dependência nesta faixa etária está a gerar elevados custos na economia. Neste contexto, os cuidados e serviços fragmentados não são adequados, sendo necessária a figura do GC, para melhor promover uma abordagem mais integrada e articulada. O GC deve trabalhar com uma equipa multidisciplinar, de modo a coordenar de forma eficiente os esforços e ajudar a responder às diversas necessidades dos idosos, gerindo assim melhor o investimento e recursos.

Segundo Piovezan e Bestetti (2012), a Gestão de Caso é um trabalho que deve ser multidisciplinar e interprofissional, pois permite percecionar as necessidades dos idosos de uma forma mais satisfatória.

A Gestão de Caso é descrita como um serviço prestado e elaborado por um técnico ou por uma equipa técnica e tem como objetivo identificar as necessidades do indivíduo e organizar, coordenar e manter uma rede de suporte, seja ela formal ou informal, contribuindo para o bem-estar das pessoas nas suas múltiplas necessidades sociais e de saúde. O GC desempenha um papel fulcral, uma vez que articula com todos os serviços, proporcionando uma resposta mais eficiente ao indivíduo nas suas múltiplas necessidades, trabalhando com a pessoa aspetos biopsicossociais e de gestão. O GC visa proporcionar um melhor conforto, saúde e bem-estar no que se refere às mudanças ocorridas durante o processo de velhice (Piovezan e Bestetti, 2012).

Santos et al. (2013) dão especial atenção à ligação e à rede de serviços que trabalham em prol da pessoa, responsabilizando um elemento como técnico responsável pelo plano de intervenção. O GC trabalha todas as dimensões de forma holística, ou seja, tem em consideração não só a pessoa, mas todo o meio onde ele está integrado e interage. Segundo Viscarrett (2007), os objetivos poderão ser os seguintes:

- a) A intervenção entre indivíduo e técnico deve ser assente numa relação empática, verdadeira e facilitadora;
- b) A prestação dos serviços deve ser flexível, e ser ajustada em função das necessidades dos indivíduos e das suas potencialidades;
- c) O GC deve estimular o funcionamento dos indivíduos de forma independente;

- d) A intervenção é um processo contínuo no tempo, respeitando os problemas multidimensionais da pessoa e as suas complexidades;
- e) A Gestão de Caso é dirigida às pessoas/famílias que têm os serviços na comunidade e que recorrem a estes para os apoiar, seja ao nível económico, habitacional, da saúde, entre outros;
- f) Deve ser feita uma avaliação regular do indivíduo/família de forma a promover a sua independência e a integração na comunidade, permitindo o alargamento da sua rede relacional e de suporte social.

Deste modo, podemos verificar que o GC, nomeadamente, na área gerontológica, afigura-se como um profissional capaz de intervir de forma holística, vendo o indivíduo como um todo, articulando com outros profissionais e entidades, respeitando a complexidade da intervenção e atuando de forma a potenciar os pontos fortes dos indivíduos/famílias, economizando tempo e recursos valiosíssimos para a intervenção.

Em suma, o GC tem um papel fulcral na manutenção ou habituação da condição de vida do indivíduo, pois trabalha em função das necessidades da pessoa idosa e mobiliza os recursos disponíveis de forma a garantir uma melhor satisfação com a qualidade de vida e bem-estar do idoso.

3.4. Modelos e metodologias de Gestão de Caso

A complexidade dos fenómenos populacionais exige, cada vez mais, um conhecimento individual e coletivo por parte de todos os profissionais, bem como um trabalho transdisciplinar de forma a garantir que a Gestão de Caso seja mais focada na singularidade do indivíduo (Fink-Samnack, 2019).

Neste sentido, a Gestão de Caso tem vindo a ser assumida por técnicos de diferentes áreas, nomeadamente, assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos, uma vez que estes técnicos já se encontram envolvidos profissionalmente com as áreas da saúde, a prestação de cuidados e de serviços.

Esta multidisciplinaridade esteve patente nos projetos de Gestão de Caso associados ao modelo Prima-Quebec. Este projeto inovador de integração consiste em seis componentes essenciais: a Gestão de Caso; um processo de entrada único; a existência de uma avaliação padronizada para vários clientes; o planeamento de serviços padronizado; um arquivo clínico compartilhado; uma parceria interorganizacional. Um estudo qualitativo desenvolvido por Stewart, Georgiou e Westbrook (2013) com médicos, revelou que estes profissionais tinham

interesse em trabalhar com os GC e de participar em redes integradas de prestação de serviços. Reconheciam que este tipo de integração organizacional permitiria partilhar conhecimento e proporcionar maior aprendizagem.

Num estudo de Somme, Hebert, Bravo, Blanchard e Saint-Jean (2007) os profissionais envolvidos na Gestão de Caso tiveram que fazer uma formação específica na área da Gestão de Caso, para assim puderem ter uma compreensão de quais as tarefas, serviços inerentes à função de Gestão de Caso. Esta ideia da necessidade de haver uma especialização/treino para desenvolver o papel de GC parece ser consensual, já que é referida por vários autores (Hughes et al., 2018; Fink- Samnick, 2016).

Huber (2002) distingue quatro categorias de modelos de Gestão de Caso:

- a) “*Nursing*” (enfermagem), que envolvia profissionais ligados à enfermagem e reabilitação, estando associados a uma prestação de cuidados de saúde mais direta;
- b) “*Health Care*” (cuidados de saúde), que estava também ligado a um trabalho mais focado nas necessidades relacionadas com a saúde física;
- c) “*Social Work*” (intervenção social), no qual o interventor social desenvolve o seu trabalho em diversas áreas, englobando um variado leque de atividades, dependendo o processo de intervenção e das variáveis inerentes ao mesmo;
- d) “*Interdisciplinary Models*” (modelos interdisciplinares), no qual o trabalho era desenvolvido em articulação interdisciplinar entre o assistente social e o enfermeiro.

Santos et al. (2013) consideram que a Gestão de Caso no Serviço Social está associada a um trabalho focado na pessoa e no ambiente em que esta está integrada. Neste âmbito, o GC é a pessoa responsável por “dar voz” ao utente. Estes autores consideram que o modelo de Gestão de Caso é uma competência profissional do AS.

A Gestão de Caso é desenvolvida em diversos ambientes, desde o setor privado, setor público e organizações não-governamentais, assim como em contextos como o comunitário, o hospitalar e o 3º setor (Hébert, Durand, Dubuc e Tourigny, 2003).

O processo de avaliação em Gestão de Caso

Pensar numa metodologia de intervenção pressupõe a já existência de um diagnóstico social. O diagnóstico social é uma ferramenta chave no Serviço Social, já que representa uma das fases fundamentais do processo de intervenção social. O diagnóstico procura um

conhecimento aprofundado da situação sobre a qual incidirá a intervenção, daí ser um fator preponderante na prática social. Assim, só após um conhecimento aprofundado do problema é que podemos pensar numa planificação da intervenção e dos respetivos recursos necessários, bem como a articulação com os mesmos e a sua implementação, de forma a satisfazer as necessidades da pessoa (Viscarrett, 2007). Esta planificação pressupõe um planeamento integrado, ou seja, a pessoa e/ou família tem que estar implicada na sua construção, tem que ser um agente ativo e participativo ao longo deste percurso, para tal é necessário que o GC e o utente partilhem entre si os objetivos da intervenção, para que sempre que se mostre necessário esta possa ser ajustada.

De acordo com Payne (2014) a metodologia de atendimento e acompanhamento integrado é atualmente uma prática desenvolvida com populações vulneráveis, nomeadamente com pessoas desprotegidas socialmente e em situações de risco, como é o caso de muitos idosos. Esta metodologia é utilizada na Gestão de Caso e está relacionada com o diagnóstico psicossocial e os conceitos de *empowerment*, *advocacy* e *assessment*, nomeadamente, na área das dependências. No entanto, na área da terceira idade, o GC desenvolve o seu trabalho como um facilitador no acesso aos recursos, seguindo a lógica de *advocacy* e *empowerment*. No que se refere a *advocacy*, o GC representa os interesses dos idosos, defendendo os seus direitos, articulando e assegurando o acesso às estruturas sociais, que lhes permite uma melhor qualidade de vida. Já no que concerne ao *empowerment* tem como objetivo a sua autonomia, com vista a uma cidadania ativa/participativa.

Este modelo de atendimento procura promover um acompanhamento de proximidade e de qualidade, sempre numa lógica de trabalho multidisciplinar, rentabilizando os recursos existentes na comunidade.

Assim, a abordagem centrada na pessoa, sugerida por Rogers (1985), é uma das metodologias utilizadas na Gestão de Caso. Esta abordagem consiste em estabelecer uma relação significativa com o utente, que permita construir respostas que nascem de uma verdadeira relação de ajuda, favorecendo assim a comunicação e a compreensão das condições vivenciadas pela pessoa.

Deste modo, o profissional de intervenção social, na Gestão de Caso, acompanha a pessoa ao longo do processo, ajudando-a e capacitando-a na sua autonomia. Segundo Santos (2012), vários autores defendem a existência de uma contratualização da intervenção, já que acreditam ser uma vantagem no que se refere à organização inicial do funcionamento da pessoa/família, bem como permite a criação e avaliação do grau de execução das obrigações propostas. De acordo com a mesma autora, a contratualização é um aspeto importante, bem

como o tempo de intervenção, considerando que as intervenções devem ser breves, sempre que seja possível, já que se se prolongarem no tempo poderão perder de vista os objetivos a alcançar.

Unguru (2017) considera, ainda, que independentemente das competências e da experiência, todos os profissionais de Serviço Social necessitam de supervisão. A supervisão poderá ser interna, ao nível da organização e, externa, sendo alguém exterior à organização a supervisionar a fazê-lo. A necessidade de supervisão na Gestão de Caso é corroborada por vários autores (Ivery, 2008; Kirkpatrick, Hoque e Lonsdale, 2019) que consideram a supervisão uma componente importante da formação do GC, promovendo os processos de mudança, um maior conhecimento e permitindo melhorar as capacidades de toda a equipa envolvida na intervenção.

Articulação entre os profissionais e Plano de Cuidados Comum

Após a avaliação de cada profissional e a respetiva partilha com o GC, deve ser construído um plano de serviço individualizado, e posteriormente discutido e partilhado com os elementos da equipa multidisciplinar envolvida na intervenção com a pessoa idosa (Santos et al., 2013). No caso de serviços em que já existem reuniões de equipas multidisciplinares, o GC deve integrar estas equipas, tendo em consideração a não duplicação de serviços. O plano individualizado de intervenção deve conter os objetivos traçados por cada profissional e devem ser avaliados com periodicidade, de forma a ajustar a intervenção às necessidades dos idosos.

O estudo realizado por Hughes et al. (2018) permitiu verificar que o GC auxilia a equipa médica na transição hospitalar para casa, uma vez que garante que os serviços internos solicitados, após a alta, estejam disponíveis quando o utente regressa a casa. Os autores consideram que é na coordenação de cuidados que surgem grandes desafios. Além disso, com a supervisão do GC, foi possível avaliar a necessidade de consultas de acompanhamento médico especializado e aumentar a atenção da equipa a outras necessidades ou eventuais erros, como ao nível da toma de medicação.

3.5. Resultados da investigação sobre a intervenção com Gestão de Caso

A investigação tem evidenciado que a coordenação de cuidados permite reduzir a duplicação de cuidados, evitar lacunas e reduzir custos dos serviços de saúde e assistência social. Os benefícios para os utentes vão desde um melhor acesso aos serviços, evitando investigações desnecessárias, ou seja, não há uma exposição da pessoa, proporcionando uma melhor gestão do caso (Sargente et al., 2007 cit in Ross, Curry e Goodwin, 2011). Esta ideia é

corroborada por Hammond et al. (2012), que verificaram que a Gestão de Caso permitiu um nível mais rápido de recuperação, redução dos custos, sendo possível antecipar a necessidade de novos recursos e a articulação com os mesmos, possibilitando pensar em intervenções mais ajustadas a cada pessoa e, assim, alcançar melhores resultados.

Segundo Etheridge, Couturier, Hélène, Olivier e Somme (2009) o projeto piloto Prisma-France permitiu gerar um entendimento entre as parcerias intra-organizacionais e a valorização local. Os autores consideram ainda que este modelo, quando analisado à luz de todo o modelo de mudança institucional, pode ser muito valioso.

O projeto Prisma mostrou que a Gestão de Caso faz parte de uma estratégia mais ampla para o atendimento integrado. A integração de cuidados para pessoas idosas tem impacto positivo no combate ao declínio funcional e na promoção do empoderamento e satisfação com os cuidados prestados. A investigação demonstrou, também, benefícios para o sistema de saúde, incluindo um uso mais adequado dos serviços de emergência e diminuição de consultas de especialidade (Stewart et al., 2013). O projeto Prisma destaca ainda a importância dos avanços tecnológicos no futuro, e os benefícios que poderá trazer esta tecnologia de informação no apoio à integração de serviços, já que permite o intercâmbio de informação entre os vários profissionais.

Balard, Gely-Nargeot, Corvol, Saint-Jean e Somme (2016) quando analisaram a ideia que os idosos, cuidadores e familiares tinham sobre o papel do GC, no projeto Prisma, concluíram que a grande vantagem da Gestão de Caso reside na sua versatilidade e flexibilidade em responder às necessidades dos idosos.

Piovezan e Bestetti (2012) realizaram um estudo de caso com 3 pessoas (um casal, em que a esposa tem 78 anos e o marido 74 anos, e uma senhora viúva de 83 anos), todos residentes em cidades do interior do estado de São Paulo. Estas pessoas tinham problemas crônicos de saúde e recebiam auxílio de cuidadores informais e de familiares. Os autores utilizaram o PAgE (Plano de Atenção Gerontológica) que possibilitou a recolha de informações, assim como os campos onde seria necessário intervir, permitindo identificar as necessidades presentes e futuras e os seus recursos. Foram realizadas 2 visitas a cada sujeito e acompanhadas por um familiar, com um intervalo de 1 mês. Foi, ainda, elaborado um estudo aprofundado de cada caso tendo em conta todas as informações relevantes, e o respetivo plano de intervenção.

A aplicação da escala PAgE permitiu realizar uma avaliação multidimensional contendo: hábitos de vida diária e situação da capacidade funcional; condições familiares e sociais; depressão e cognição; risco de quedas e ambiente; administração medicamentosa e indicador da síndrome de fragilidade. A partir dessa avaliação foi possível pensar e estruturar

uma intervenção atendendo às seguintes 4 áreas: aspetos positivos a serem mantidos e monitorizados; aspetos a serem gerenciados de imediato; aspetos a serem gerenciados a médio prazo e aspetos a serem gerenciados a longo prazo (Piovezan e Bestetti, 2012).

Esta investigação permitiu perceber e identificar a necessidade de comunicação entre os profissionais médicos que trabalham e acompanham o idoso, pois verificaram no quadro de polifarmácia que alguns medicamentos podem complicar e criar reações adversas no tratamento destes idosos, provocando o agravamento ou surgimento de novas doenças e que podem afetar a capacidade funcional dos indivíduos. Foi ainda possível verificar a necessidade de novas diretrizes relativamente a aspetos físicos e acessibilidades a outros ambientes, de forma a prevenir eventuais quedas e agravamento do estado de saúde. Por fim, a manutenção de atitudes positivas, trabalhando de forma a prevenir eventuais estados depressivos, disfunção/isolamento social, redução da capacidade funcional e redução do bem-estar físico, foram equacionados na manutenção de estados de bem-estar. Este estudo conclui que a Gestão de Caso permite assegurar a permanência do bem-estar dos indivíduos e articular de forma mais eficiente com os diversos recursos existentes na comunidade.

3.6. Limitações da Gestão de Caso

Os profissionais que desenvolvem intervenção tendo por base os modelos de Gestão de Caso têm elencadas várias dificuldades, nomeadamente, também pela falta de definição das funções do GC. Ross et al. (2011) referem que em alguns contextos, a Gestão de Caso pode ser considerada uma intervenção intensiva, personalizada e limitada no tempo e, noutros, poderá ser uma intervenção contínua e que visa manter o bem-estar da pessoa. Os autores observaram que, no programa Evercare, alguns pacientes criaram uma relação próxima como o GC e manifestaram maior ansiedade com o facto de deixarem de ter acompanhamento.

De acordo com Stewart et al. (2013) habitualmente a indefinição do GC está patente, por exemplo, nas múltiplas designações utilizadas: coordenador da comunidade, monitor de caso, facilitador ou corretor de suporte, entre outros, tudo isto afetando as tarefas e ações do GC. Esta ideia é corroborada por Milne et al. (2020) já que consideram que o Serviço Social tem assumido diversas funções relacionadas com uma série de títulos, como “gerente de cuidados” entre outros. Os autores consideram que esta indefinição pode levar a uma falta de interesse e compromisso do Serviço Social no trabalho com os idosos.

Etheridge et al. (2009) referem que o projeto piloto Prisma-France poderia ter beneficiado de uma melhor preparação dos seus GC, proporcionando uma melhor disseminação dos mesmos e aceitação por parte dos níveis hierárquicos nele envolvido.

Ainda sobre o projeto Prisma, Balard et al. (2016) chamam a atenção para o facto do papel do GC não ser frequentemente compreendido e, por vezes, até pode ser visto como inútil, não acrescentando significado à intervenção. As representações e as conceções são importantes, uma vez que influenciam a intervenção podendo, muitas vezes, pôr em causa o sucesso da mesma.

García e Romero (2005) apontam que o excesso de burocratização associada à gestão de recursos leva a que o foco deixe de estar na capacitação e relação com o indivíduo e passe a estar nos critérios de qualidade e nos orçamentos subjacentes à Gestão de Caso.

As intervenções da Gestão de Caso raramente são descritas com detalhe, dificultando comparações entre as diferentes intervenções. O facto de os GC serem de áreas de formação diferentes (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos) pode influenciar o plano individualizado dos serviços (Somme et al., 2007).

As culturas e ferramentas destes diversos profissionais são muito diferentes, uns mais orientados para o diagnóstico e outros para o tratamento, uns acompanham por períodos curtos de tempo e outros por longos períodos, o que pode gerar interpretações erróneas quando os profissionais não conseguem ter uma visão multidisciplinar e ampla, inerentes ao conhecimento da restante equipa. Estes fatores, por vezes, contribuem para que a colaboração entre si seja difícil, por falta de objetivos e linguagem comuns, contribuindo para a fragmentação dos serviços (Somme et al., 2014).

Assim, a fragmentação é, também, um dos principais problemas apontados em alguns estudos, já que devido aos múltiplos prestadores de serviços (Estado, Segurança Social, Entidades, etc.) leva a que se torne difícil o acesso aos mesmos, uma vez que não há uma articulação entre estes (Corvol, Moutel e Somme, 2012).

Corvol et al. (2012) defendem que é essencial que a função de GC seja bem definida, envolvendo a identificação clara do utente e do âmbito da Gestão de Caso, a avaliação geral padronizada da situação e das suas necessidades, o desenvolvimento de planos de serviços individualizados, a sistematização de todos os serviços necessários para aquele caso (SAD; acompanhamento ao médico, etc.), a implementação de um plano de intervenção articulado, assim como a adaptação do plano em função da evolução do caso e a sua reavaliação regular.

Por fim, importa realçar que muitas das vezes as condições de trabalho também não são as mais desejáveis, já que o volume de trabalho leva a que haja uma rotatividade de pessoal.

Para além disso, frequentemente as condições de trabalho, nomeadamente as salariais, não são compensatórias da responsabilidade e trabalho envolvidos na Gestão de Caso (Steinberg e Carter, 1983, cit in Morrow-Howell, 1992). Um outro fator importante apontado no estudo realizado por Kirkpatrick et al. (2019), no Reino Unido, é o facto de muitos dos profissionais (assistentes sociais e enfermeiros) que atuam nesta área serem contratados por agências de trabalho temporário e, normalmente, serem menos bem remunerados, já que há a preocupação com os custos para o cliente, o que leva a problemas como a falta de lealdade e a baixa afetividade com a organização, uma vez que não há um conhecimento aprofundado do funcionamento da mesma. Em suma, todas estas questões acabam por acarretar vários riscos, nomeadamente, a má qualidade do serviço prestado.

3.7. Orientações para a melhoria da Gestão de Caso na intervenção social com pessoas mais velhas

Segundo Beatrice (1979, cit in Morrow-Howell, 1992) os GC têm sido descritos como “guardas” contra a institucionalização, já que tentam desenvolver o seu trabalho de forma articulada com as entidades/instituições e com os restantes profissionais envolvidos na intervenção, evitando a ausência/inexistência de falta de informação ou de uma intervenção adequada, o que leva a precipitar a institucionalização, em muitos casos.

No entanto, existem efeitos adversos que precisam de ser analisados, como as questões éticas. É preciso pensar em procedimentos e valores que orientem as práticas, a falta de confiança entre parceiros, a resistência cultural profissional, falhas de comunicação, a resistência dos parceiros à sua própria perda de poder, e os desequilíbrios de poder dentro e entre as organizações, levam a conflitos e disputas baseadas nas dinâmicas organizacionais (comprometimento com os valores encorpados pela inovação, extensão em que que a inovação atende aos seus interesses, nível de engajamento dos atores mais poderosos, técnico e social) em relação à formalização de novas práticas.

É necessário compreender que o GC tem um papel fundamental no combate à fragmentação dos serviços e cuidados, visando a integração destes de uma forma mais clara para as pessoas e famílias. Neste sentido, Somme et al. (2014), elencam alguns fatores importantes que precisam ser trabalhados de forma a impulsionar a Gestão de Caso e a integração de cuidados de saúde, serviços sociais e outros serviços no 3º setor que apoiam as pessoas com condições sociais e de saúde complexas. De acordo com os autores, é necessário combater a resposta fragmentada entre a saúde e o social e aumentar a consciência de que

nenhum profissional sozinho consegue desenvolver uma resposta para todas as necessidades da pessoa. É ainda necessário promover nos utentes a responsabilidade da tomada de decisão sobre o que lhe diz respeito, reforçar os serviços domiciliários, assim como as políticas sociais e de saúde que vão ao encontro das necessidades das populações. Importa, ainda, fortalecer os profissionais e as instituições que desenvolvem trabalhos na “linha da frente” e, por fim, fazer com que as dificuldades financeiras sirvam como uma oportunidade de evolução dos sistemas, permitindo corrigir falhas a curto prazo.

Ivery (2008) enfatiza a ideia de que o Serviço Social desenvolve um serviço significativo para os idosos e as suas famílias, uma vez que trabalha com os indivíduos e familiares, mas também com as organizações e instituições, numa perspetiva de encontrar as soluções mais adequadas a cada caso. O autor refere que este trabalho centra-se na construção da relação com a pessoa, na avaliação, no desenvolvimento e implementação da intervenção. Considera que as prioridades são essenciais no desenvolvimento do trabalho com idosos.

De acordo com Rubin (1986), as escolas de Serviço Social têm um papel importante neste processo, já que devem assumir o compromisso de preparar os seus alunos para esta prática de Gestão de Caso, ainda que não existam evidências empíricas de qual será a disciplina que melhor poderá preparar os alunos para esta prática profissional. Para tal, é necessário que o Serviço Social afirme a importância e o valor da Gestão de Caso na profissão e que documente de forma crítica. Milne et al. (2020) acrescentam ainda que é necessário alterar os preconceitos existentes sobre as expectativas em relação à qualidade de vida dos idosos, nomeadamente, em situações de maior debilidade, salientando a importância de fomentar o interesse por parte dos profissionais em trabalhar com os mais velhos.

Por fim, é necessário ter em consideração que os utentes podem criar uma ligação muito próxima com os GC e a perspetiva de perder esse contacto/ligação torna-os ansiosos. Daí a importância do GC encorajar a independência do utente. Este parece ser um dos maiores desafios para o GC, ou seja, conseguir um equilíbrio entre o profissional de intervenção e a independência do indivíduo (Ivery, 2008; Ross et al., 2011).

Estes fatores, juntamente com a escassa investigação e inexistente definição do papel do GC, permitem concluir que existe um longo caminho a percorrer na implementação da metodologia de Gestão de Caso na intervenção com pessoas mais velhas, apesar da investigação mostrar o seu potencial e a sociedade mostrar a sua necessidade, nomeadamente no contexto da pandemia COVID-19.

No contexto da pandemia COVID-19, Melo et al. (2020) elencam dificuldades como a realização de planos de contingência relativos ao contexto de coabitação residencial; dificuldade

de adaptação às mudanças de comportamentos protetores da saúde individual e coletiva; dificuldade no desenvolvimento de programas de intervenção e combate ao isolamento social; dificuldade no acompanhamento dos idosos e dos seus familiares; dificuldade na realização da intervenção com os idosos institucionalizados; dificuldade de articulação concertada entre as várias entidades envolvidas no cenário pandémico, nomeadamente, IPSS's, Segurança Social, Hospitais, Direção Geral de Saúde, entre outras.

Tal como refere Pereira et al. (2020), a pandemia COVID-19 veio mostrar a necessidade de se criarem estratégias articuladas de intervenção entre o setor da saúde e social, nomeadamente, na dimensão social, médica, psicológica, psiquiátrica, entre outras. Assim, conclui-se que a pandemia veio reforçar a ideia da necessidade de desenvolver novos modos de intervenção (Melo et al., 2020).

II. Metodologia de Investigação

1. Objetivos

Como em qualquer trabalho de investigação devemos considerar a definição de objetivos tendo em conta aquilo a que nos propomos investigar. Nesse sentido, o objetivo basilar deste trabalho de dissertação baseia-se em:

- a) Descrever a população idosa da freguesia do Bonfim e UF de Lordelo do Ouro e Massarelos, considerada em risco de isolamento social, atendendo aos critérios de risco: risco de isolamento social extremo; risco de isolamento social e moderada ou total dependência nas atividades básicas da vida diária; risco de isolamento social e severa dependência nas atividades instrumentais da vida diária; risco de isolamento social e declínio cognitivo; risco de isolamento social e sintomatologia depressiva;
- b) Definir áreas prioritárias de intervenção como estratégia de intervenção junto da população vulnerável, em função dos fatores de risco emergentes;
- c) Percecionar se e como foi assumido o papel de GC pelos técnicos localmente envolvidos.

Assim, de forma a aprofundar a importância de um GC junto da população mais velha, no capítulo seguinte, serão apresentados dados das freguesias estudadas, Freguesia do Bonfim e União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos, com descrição dos casos considerados de intervenção prioritária e que foram alvo de apresentação e discussão nas diferentes reuniões levadas a cabo nos contextos locais, na tentativa de implementar a lógica de Gestão de Caso.

2. Metodologia

A presente investigação é de natureza quantitativa, tem como objetivo encontrar relação entre as diversas variáveis, conceber descrições através do tratamento estatístico dos dados recolhidos e provar teorias (Quivy e Campenhoudt, 2013).

Assim, esta investigação diz respeito a uma amostra de **n=332** pessoas idosas residentes em bairros municipais, da União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos e da Freguesia do Bonfim.

Este estudo consiste em apresentar uma parte do trabalho desenvolvido no âmbito do projeto “Porto. Importa-se”. Nessa medida, uma dissertação terá como referência epistemológica o racionalismo aplicado, filosofia de conhecimento que defende que todo o conhecimento tem que ser construído racionalmente e confrontado com a realidade empírica.

Assim, a produção de conhecimento científico pressupõe a rutura com o senso comum e com as ideias pré-construídas que temos sobre a realidade. Os cientistas sociais estudam a realidade social da qual fazem parte (pertencem a grupos, têm uma cultura, valores, etc.) e isso pode dificultar a objetividade necessária para a construção de conhecimento científico (Silva, 1986).

Numa primeira fase do trabalho de investigação e para uma melhor compreensão e aprofundamento da problemática, desenvolveu-se um trabalho prévio de revisão de literatura que integra a leitura de artigos científicos, livros e estudos já realizados e que permite alicerçar cientificamente os conceitos e objetivos que se pretende analisar. Esta etapa é de maior importância para a investigação, uma vez que permitirá que o investigador se “dispa” das ideias construídas ao longo da sua socialização, ou seja, permitirá que o investigador coloque de parte as ideias pré-concebidas, estereotipadas e falsas teorias (Silva e Pinto, 1999).

A rutura com as pré-noções de senso comum é, por isso, uma etapa fundamental para a construção do conhecimento científico. Segundo Silva (1986) o conhecimento científico é o princípio basilar nas ciências sociais; é necessário “explicar o social pelo social”, ou seja, factos sociais apenas podem ter na sua origem factos sociais.

A construção do modelo de análise só pode ser efetuada após a rutura com o senso comum e a partir de um sistema conceptual estruturado que visa definir a corrente explicativa de determinado fenómeno ou conceito. É através desta construção teórica que podemos partir para a fase da validação, já que nas ciências sociais não pode haver validação sem a elaboração de um quadro teórico de referência (Quivy e Campenhoudt, 2013).

Segundo Silva e Pinto (1999), a validação dos dados empíricos procura estabelecer ligações, que poderão ser explicativas ou descritivas. Nesta fase pretende-se verificar a existência de conexões entre a construção (conceitos e hipóteses) e a verificação/validação (tratamento e análise de dados), como referem os autores Quivy e Campenhoudt (2013).

Assim, uma investigação deverá fundamentar o estudo, assim como descrever todo o trajeto desenvolvido no decorrer do mesmo, como a população em estudo, os instrumentos de recolha de dados, os métodos utilizados e o tratamento de dados (Fortin, 2009).

Para o desenvolvimento deste trabalho, procedeu-se à aplicação de um protocolo de recolha de informação, após explicado o seu objetivo aos participantes, bem como garantida a confidencialidade e o carácter voluntário da participação. Nas circunstâncias de impossibilidade de recolha de assinatura dos participantes no consentimento informado (ver Apêndice 1), uma vez que se trata de uma população envelhecida e em alguns casos analfabeta, foi garantida a autorização através de gravação áudio e na presença de uma testemunha, assegurando a respetiva autorização.

Os dados que serão apresentados na tabela 1 referem-se ao número total de casos que necessitaram de intervenção no âmbito do projeto “Porto. Importa-se”. Estes resultados foram obtidos a partir da aplicação de inquéritos (de administração indireta) à população idosa residente em bairros de habitação municipal, com idade igual ou superior a 70 anos, que reside só (n=1687) e, ainda, casais com 75 ou mais anos (n=426), nos 48 bairros sociais do concelho do Porto.

A análise estatística dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 25.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Numa primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Além desta informação foram, também, utilizados registos de campo realizados no decorrer das reuniões com os técnicos e informações retiradas dos próprios documentos de síntese usados.

Relativamente aos dados apresentados para as situações de intervenção, deverá ter-se em consideração que a soma dos dados nem sempre corresponde à do número de situações de intervenção, i.e., uma vez que o protocolo é composto por questões cuja resposta não é obrigatória (verificando-se situações em que não foi possível aplicar determinadas questões), nem todos os inquiridos responderam ao inquérito na sua totalidade, situação que justifica as diferenças apresentadas.

Tabela 1: Tabela geral da população

Território	N amostral	População respondente		População não respondente		Casos de intervenção	
		N	%	N	%	N	%
Porto	2396	1212	-	1184	-	208	-
Bonfim	124	99	80%	25	20%	27	27%
Campanhã	646	262	41%	384	59%	28	11%
Paranhos	636	208	33%	428	67%	28	14%
Ramalde	418	237	57%	181	43%	68	29%
UF de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde	218	165	76%	53	24%	22	13%
UF de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória	8	8	100%	0	0%	0	0%
UF de Lordelo do Ouro e Massarelos	346	233	67%	113	33%	35	15%

Fonte: Projeto Porto. Importa-se, 2019

Esta tabela permite-nos perceber, entre outras informações, o número de pessoas idosas que foram consideradas como casos de intervenção, atendendo aos critérios de risco definidos pela equipa do projeto.

Para melhor compreender os fenómenos e fragilidades desta população foram aplicadas escalas nas várias dimensões da vida destas pessoas permitindo, assim, à equipa técnica do projeto definir quais são os casos que necessitavam de intervenção. Após essa avaliação foram identificados **208** casos que necessitavam de intervenção, o que corresponde a **17%** do total da população inquirida.

Deste modo, foi relevante equacionar a formalização da figura de GC para estas situações, uma vez que se pretende que este identifique as necessidades, articule com os serviços disponíveis na comunidade local, de forma a colmatar as carências da pessoa, e trabalhe com o idoso de forma a fornecer-lhe instrumentos que permitam a manutenção ou reconstrução da sua autonomia e da dignidade enquanto pessoa.

Por este motivo, torna-se imperativo o surgimento de novas respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos, assim como novas formas e estratégias de intervenção mais ajustadas, que adquiram uma relevância significativa.

2.1. Seleção da amostra e procedimentos de recolha de dados

A amostra considerada para este trabalho teve em consideração a população idosa residente em habitação municipal, com idade igual ou superior a 70 anos que reside só e, ainda, casais com 75 ou mais anos, das Freguesias do Bonfim e a UF de Lordelo do Ouro e Massarelos.

A Freguesia do Bonfim situa-se na zona Oriental da cidade, enquanto a UF de Lordelo do Ouro e Massarelos está situada na zona mais Ocidental da cidade do Porto.

Tabela 2: Amostra

Território	N amostral	População respondente		População não respondente		Casos de intervenção	
		N	%	N	%	N	%
Bonfim	124	99	80%	25	20%	27	27%
UF de Lordelo do Ouro e Massarelos	346	233	67%	113	33%	35	15%
Total de casos da amostra	470	332		138		62	

Fonte: Projeto Porto. Importa-se, 2019

Os dados apresentados na tabela 2 referem-se à amostra na qual incidirá a análise aprofundada deste trabalho de dissertação. Os dados evidenciam que nas freguesias em análise, UF de Lordelo do Ouro e Massarelos e na Freguesia do Bonfim, foram considerados **62** casos de intervenção.

Para a constituição desta amostra teve-se em consideração, como já havíamos referido, os seguintes critérios de inclusão: residir nos bairros de habitação social destas freguesias (UF Lordelo do Ouro e Massarelos e Freguesia do Bonfim) do município do Porto, viverem sós e terem mais de 70 anos, ou viverem em casal e terem mais de 75 anos; risco de isolamento social extremo; risco de isolamento social e moderada ou total dependência nas atividades básicas da vida diária; risco de isolamento social e severa dependência nas atividades instrumentais da vida diária; risco de isolamento social e declínio cognitivo; risco de isolamento social e sintomatologia depressiva.

O planeamento do inquérito inicia-se muito antes do processo de inquirição, já que a sua elaboração vai ao encontro de uma problemática a que a investigação visa responder (Quivy e Campenhoudt, 2013).

De acordo com Coutinho (2014), a construção de um questionário é um processo complexo, pois o investigador deve definir de forma clara quais os objetivos que pretende ver respondidos, podendo construir respostas de escolha dicotómica ou múltipla, questões abertas

e fechadas e questões diretas ou indiretas. Esta construção deve ser fundamentada empiricamente. Coutinho (2014) refere, ainda, que é fundamental que na fase de planeamento se definam os conceitos e/ou fenómenos que se pretendem avaliar.

Para a recolha de informação foi utilizado um protocolo/inquérito (ver Apêndice 2) por pessoa, o qual foi aplicado individualmente a cada idoso. A aplicação do protocolo de recolha de informação foi feita, na sua grande maioria, na residência do inquirido, já que era uma das áreas que também era avaliada neste questionário.

Salvo algumas exceções, e uma vez se tratar de uma população envelhecida, houve a necessidade de aplicar o protocolo em algumas das instituições da comunidade envolvente, como por exemplo, centros de dia, centros de convívio, etc. Obtivemos informação de que os idosos se encontravam em instituições da comunidade através dos gestores de entrada (figura existente em alguns dos bairros, análoga aos gestores de condomínio), de vizinhos ou de outros elementos da comunidade. A necessidade de aplicar o protocolo nas instituições surgiu no seguimento das informações obtidas e contou com a colaboração dos técnicos das referidas instituições. No sentido de recolher o maior número de informações acerca dos idosos residentes nos bairros de habitação municipal, de conhecer os seus modos de vida, as suas condições habitacionais, situação perante a doença e eventuais fragilidades, consideramos a aplicação do protocolo nestas instituições uma mais-valia para a prossecução do projeto.

A recolha foi realizada por cerca de 40 inquiridores, entre eles a equipa técnica do projeto e alunos das licenciaturas de Serviço Social e Gerontologia Social, bem como 2 alunos de Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

O grupo de inquiridores foi preparado pela equipa do projeto, tendo sido proporcionada formação e definidos procedimentos de atuação, aperfeiçoados permanentemente no confronto com as dificuldades objetivas que o desafio colocava. Para além da recolha de informação quantitativa, foi dada indicação aos inquiridores para registarem outra informação adicional, de natureza qualitativa, que fosse útil para a discussão dos casos identificados como os mais vulneráveis, a fim de se proceder a uma ajustada intervenção.

2.2. Instrumentos

O protocolo/instrumento de recolha de informação originalmente aplicado no âmbito do projeto “Porto. Importa-se” foi objeto de uma análise aprofundada por parte de toda a equipa nele envolvida, tendo ainda tido a colaboração de consultores do projeto que, pelo seu domínio nesta área do saber, legitimaram a qualidade científica destes instrumentos. Importa também referir que o mesmo foi, posteriormente, analisado e validado pelo corpo técnico responsável da empresa municipal, Domus Social.

O protocolo de recolha de informação “Porto. Importa-se” era composto por 117 perguntas, divididas por 7 dimensões de análise. Para tal foram consideradas um leque vasto de questões, nomeadamente, escolhas múltiplas e perguntas de resposta aberta, bem como a aplicação de escalas já existentes e validadas para a população Portuguesa, após autorização dos autores que as validaram para Portugal.

Na presente investigação quantitativa foi aplicado um inquérito, que teve como objetivo avaliar várias questões em múltiplas dimensões da vida dos idosos, como a caracterização sociodemográfica, em que foram analisados alguns indicadores como a idade, sexo, estado civil e escolaridade. Já a caracterização financeira foi centrada nas fontes de rendimento, bem como despesas e/ou dívidas existentes. A avaliação dos recursos sociais visou analisar a frequência e a qualidade dos mesmos. No que se refere às condições de habitação e segurança, as questões prenderam-se com o conforto e funcionalidade dos espaços, bem como a perceção de segurança. No que concerne à atividade de vida diária foi analisada a capacidade de execução das atividades básicas e também das instrumentais. Na dimensão ligada à situação de saúde foram avaliados indicadores genéricos relacionados com a mesma, nomeadamente, a avaliação subjetiva de saúde, a toma de medicamentos, entre outros. Por fim, a utilização de serviços sociais pretendeu perceber que serviços ou instituições da comunidade eram utilizados, em que tipo de atividades participavam ou gostariam de vir a participar. No decorrer do protocolo foram ainda integrados os seguintes testes e escalas:

Escala de Rede Social de Lubben (LSNS-6)

A Escala de Rede Social de Lubben (LSNS- *Lubben Social Network Scale*) é umas das escalas mais utilizadas para avaliar o risco de isolamento social. Entende-se risco de isolamento social como a privação de contactos e interação com pessoas significativas, designadamente familiares, amigos e vizinhos (Lubben, 1988), assumindo que esta privação decorre de um nível geralmente baixo de envolvimento na vida em comunidade e de um certo retraimento social

que, não raras vezes, está presente na vida das pessoas idosas. Revela-se com elevado potencial enquanto instrumento de *screening* ao providenciar informação útil acerca das redes familiares e de amizade. Neste estudo utilizou-se a versão Portuguesa da LSNS-6 traduzida e adaptada por Ribeiro et al. (2012) e tem por base dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Cada grupo é constituído por três questões, sendo estes três itens repetidos em relação à família e em relação aos amigos. De modo a classificar os idosos em relação às suas redes sociais, designadamente o risco de isolamento social, os autores da escala determinaram como ponto corte o valor 12. Este ponto de corte indica-nos que um valor ≥ 12 determina que o indivíduo não se encontra em risco de isolamento social; abaixo deste valor o indivíduo encontra-se em risco de isolamento social.

Índice de Barthel

Este índice avalia a capacidade de independência do sujeito, ou seja, a capacidade de desenvolver as atividades básicas de vida diária (AVD's), nomeadamente, comer, vestir, tomar banho, a realização da higiene corporal, a utilização da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e a deambulação. Cada atividade apresenta quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total. Os níveis de independência ou de dependência ligeira ou moderada podem ser pontuados com 5, 10 ou 15 pontos. Os pontos de corte, referidos pelo autor, são os seguintes: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente. Esta escala pode ser preenchida através da observação direta, auto ministrada ou registos clínicos (Sequeira, 2007). Esta observação sugere-nos que níveis ótimos de independência contribuem para favorecer a interação, até porque se encontram protegidos os níveis de mobilidade e de autossuficiência necessários para promover as trocas sociais.

Índice de Lawton

Lawton e Brody (1969) desenvolveram uma escala que pretende avaliar o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD's) que compreende as seguintes tarefas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, o uso do telefone, o uso de transporte, o uso do dinheiro e se é responsável pela sua medicação. A escala pode ser de autorrelato ou com informação prestada por um acompanhante, indispensável quando se avalia sujeitos com suspeita de défice cognitivo. Pode ser cotada de forma dicotómica ou policotómica fornecendo, esta última, informação qualitativa

mais precisa. Este é um índice com uma pontuação que varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respetivo grau de dependência de acordo com a cotação: 8 pontos (independente); 9 a 20 pontos (moderadamente dependente) – necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos (severamente dependente) – necessita de muita ajuda.

Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens

O teste de declínio cognitivo permitiu-nos avaliar a performance dos indivíduos ao nível cognitivo, ou seja, se apresentavam já algum tipo de comprometimento ou não nesta área (Apóstolo, Paiva, Silva, Santos e Schultz, 2017). Este teste é composto por seis perguntas simples, não-culturais e que não exigem uma interpretação complexa. Avalia os domínios como: a orientação (ano, mês, hora); a atenção/cálculo (contagem decrescente de 20 para 1, meses em ordem inversa); a memória (evocação: 5 itens de um nome e de uma morada). A pontuação: varia entre 0 e 28 pontos (valores elevados = maior probabilidade de deterioração cognitiva) e duração: 2-3 min. O item da morada tem como procedimentos: um primeiro ensaio e mais uma repetição (se foi capaz, avançar); se não, um segundo ensaio e mais uma repetição (se foi capaz, avançar); se não, à terceira vez avançar. O avaliador deve certificar-se que a pessoa repete o endereço corretamente antes de prosseguir. Avisa-se o sujeito avaliado da necessidade de memorizar a morada. Nenhuma pontuação é feita neste item. Dependendo do objetivo do avaliador, este poderá tomar notas. São considerados os seguintes pontos de corte: deterioração cognitiva (atendendo ao nível de escolaridade) se, $[\leq 2 \text{ anos de escolaridade}] \geq 12$; $[3 \text{ a } 6 \text{ anos de escolaridade}] \geq 10$; $[\geq 7 \text{ anos de escolaridade}] \geq 4$; deterioração cognitiva (não atendendo ao nível de escolaridade) se: ≥ 10 (Apóstolo et al., 2017).

Escala de Depressão Geriátrica

Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva recorreu-se à GDS-15 (*Geriatric Depression Scale*). Esta escala é composta por quinze itens e tem como objetivo avaliar a presença de estados de ânimo, ou seja, indicadores de presença de sintomatologia depressiva na população idosa. Para além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice. Trata-se de uma escala de hetero-avaliação, composta por quinze itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana transata (Apóstolo, 2012).

A GDS -15 deve ser cotada da seguinte forma: 1 ponto para as respostas “Sim” nas questões: 2-4,6,8-10,12,14 e 15; 1 ponto para as respostas “Não” nas questões: 1,5,7,11 e 13. Nesta escala consideram-se 3 pontos de corte: 0 a 5 pontos - sem sintomatologia depressiva; 6 a 10 pontos - com provável depressão; mais de 10 pontos - com sintomatologia depressiva.

III. Análise de Dados de Caracterização da População

Da análise aos dados sociodemográficos (anexo 1) podemos verificar que, em média, os indivíduos inquiridos têm 80.8 (d.p. 5.9)⁹ anos de idade, encontrando-se entre os 70 (mínimo) e os 96 (máximo). Podemos ainda verificar que mais de metade da população inquirida (57.9%, n=191) encontra-se no escalão etário dos 80 e mais anos (Figura 1). Deste modo, é de realçar que a população idosa residente nos bairros de habitação social do Município do Porto, e que corresponde à nossa amostra, se encontra envelhecida, pertencendo a grupos etários elevados.

Figura 1: Caracterização dos escalões etários dos inquiridos

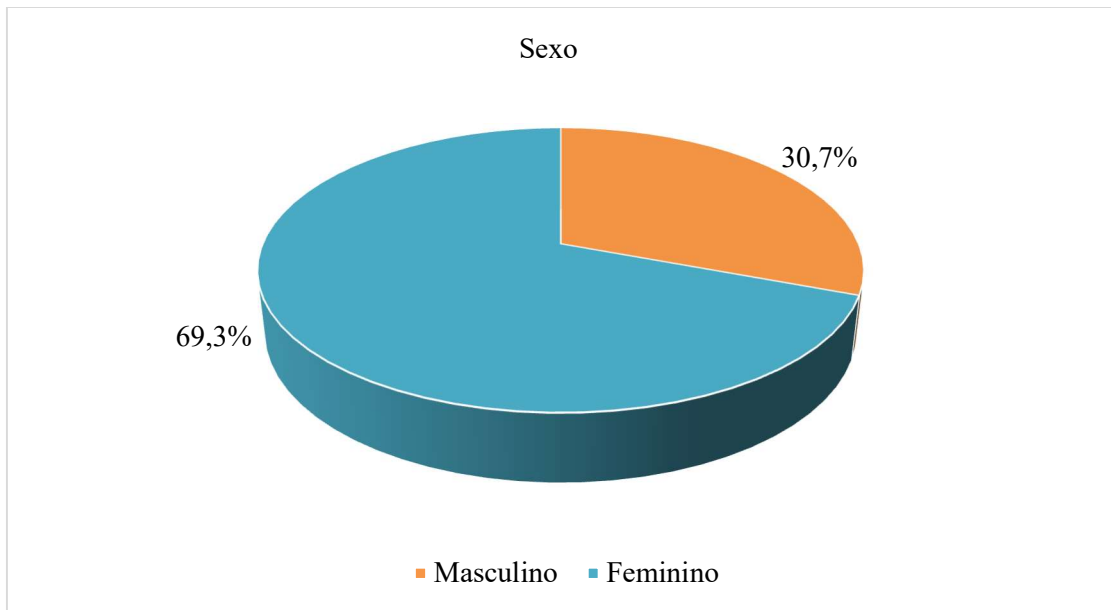


Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

No que se refere aos dados relativos ao sexo dos inquiridos (Figura 2/ anexo 2), verifica-se que mais de dois terços da população pertence ao sexo feminino (69.3%, n=230) e apenas 30.7% (n=102) ao sexo masculino. Estes valores seguem a tendência nacional justificada pelo aumento da esperança média de vida, mais elevada no grupo das mulheres (INE, 2020). Atualmente, o processo de envelhecimento é predominantemente conjugal no caso masculino, e parcialmente a sós no caso feminino (Villaverde et al., 2013).

⁹ d.p = desvio padrão

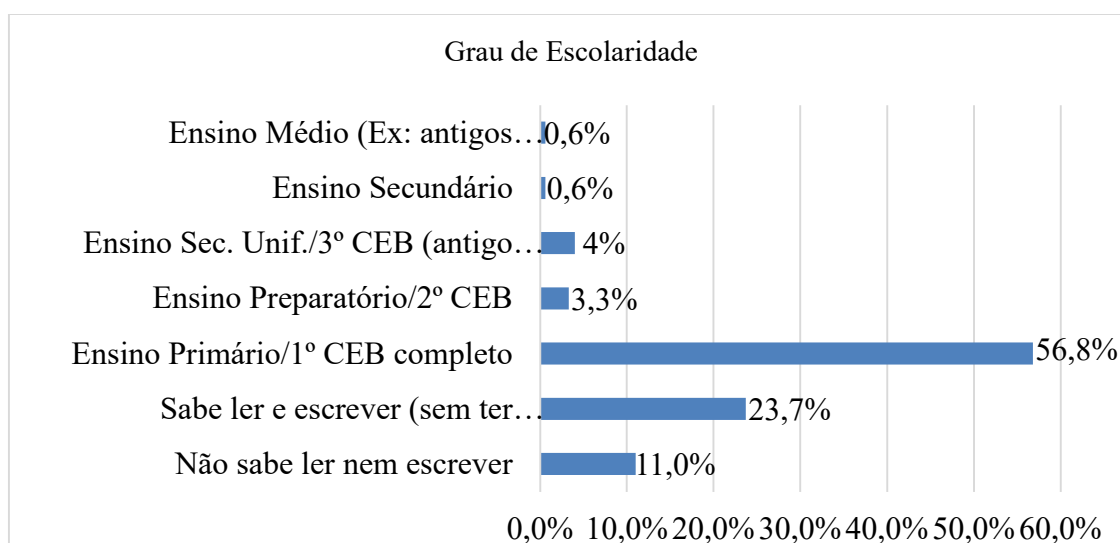
Figura 2: Caracterização do sexo dos indivíduos inquiridos



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

No que concerne ao grau de escolaridade dos indivíduos (anexo 3), podemos verificar que mais de metade da população inquirida completou o 1º CEB (ensino primário) (56.8%, n=187), no entanto, verifica-se que 11% (n=36) dos indivíduos são analfabetos (Figura 3). Estes resultados acompanham a tendência da população sénior portuguesa, como referido por Bandeira et al. (2014), onde se verifica que a população com mais de 65 anos de idade é pautada pela inexistência de um nível de escolaridade completa. Estes resultados mostram que a população idosa em Portugal ainda tem níveis de analfabetismo consideráveis, o que poderá ser explicado pelo facto de anteriormente à década de 50, do século XX, grande parte das crianças não se encontrava matriculada na escola (Candeias e Simões, 1999).

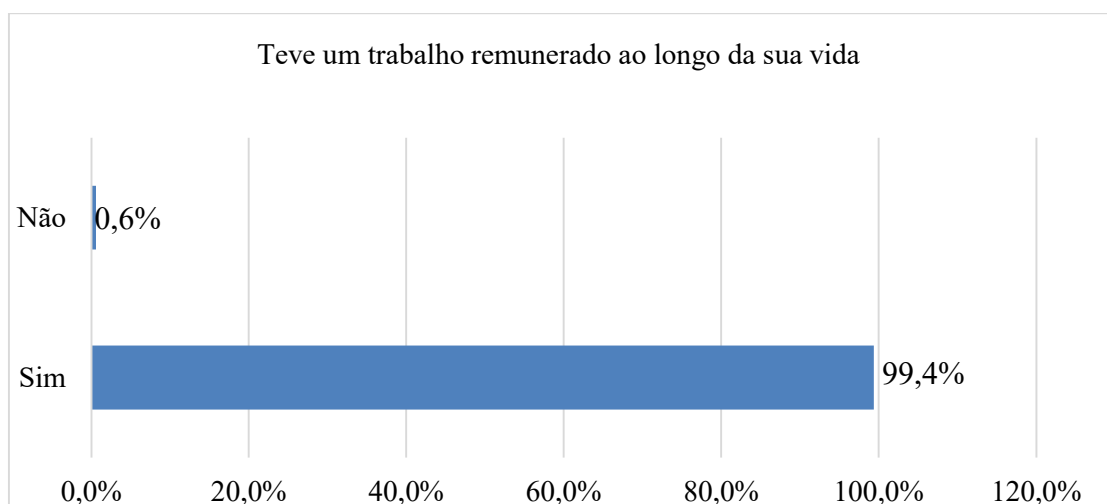
Figura 3: Caraterização do grau de escolaridade dos inquiridos



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Na Figura 4 podemos verificar que, praticamente na sua totalidade (99.4%, n=327), a população exerceu uma atividade profissional remunerada (anexo 4). No entanto, isto por si só não é indicador que esta população tenha recursos monetários suficientes para fazer face às suas necessidades, como poderemos verificar na Figura 5.

Figura 4: Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida

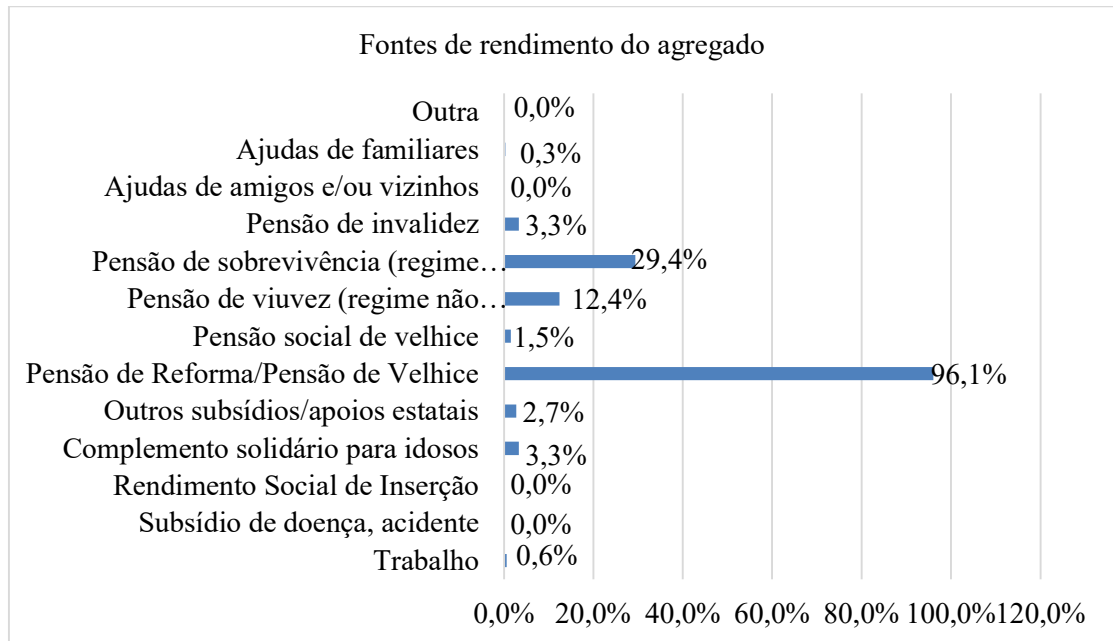


Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Quanto à caraterização financeira, pode-se constatar que as fontes de rendimento do agregado familiar dos inquiridos provêm, quase na sua totalidade (96.1%, n=317) da pensão de reforma/pensão de velhice (Figura 5, anexo 5), sendo as principais fontes de rendimento desta população. Salienta-se, ainda, que 29.4% (n=97) da população idosa auferia pensão de sobrevivência, seguindo-se a pensão de viuvez (12.4%, n=41) como uma das três principais

fontes de rendimento. É importante ressaltar que a pensão de reforma pode acumular com outras pensões, nomeadamente, com a pensão de sobrevivência ou de viuvez.

Figura 5: Fontes de rendimento do agregado familiar

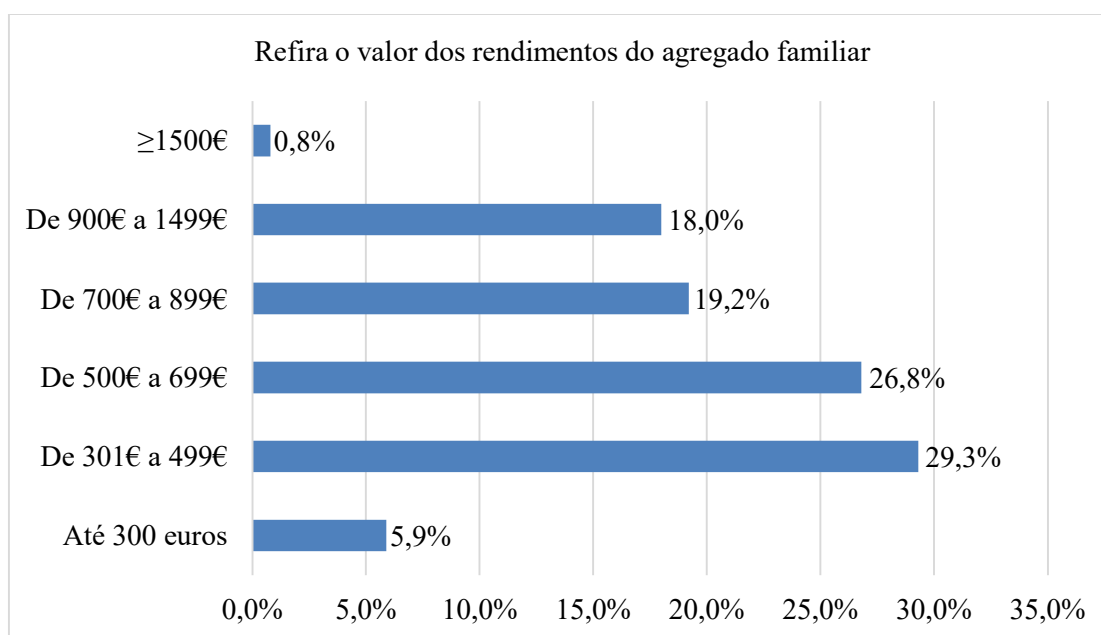


Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Considerando o valor dos rendimentos do agregado familiar dos inquiridos (Figura 6/ anexo 6), constata-se que 35.2% (n=84) da população inquirida auferem rendimentos abaixo dos 499€, dos quais 5.9% (n= 14) sobrevive com valores iguais ou inferiores a 300€, ou seja, abaixo do limiar de risco de pobreza¹⁰, fixado em 6014€ anuais em 2018 (INE, 2020).

¹⁰ Limite abaixo do qual se considera um rendimento baixo em comparação com o rendimento de outros residentes no país, não implicando necessariamente uma situação de pobreza. O limiar de risco de pobreza corresponde a 60% do rendimento nacional mediano por adulto equivalente após transferências sociais (PORDATA, 2020).

Figura 6: Valor dos rendimentos do agregado familiar

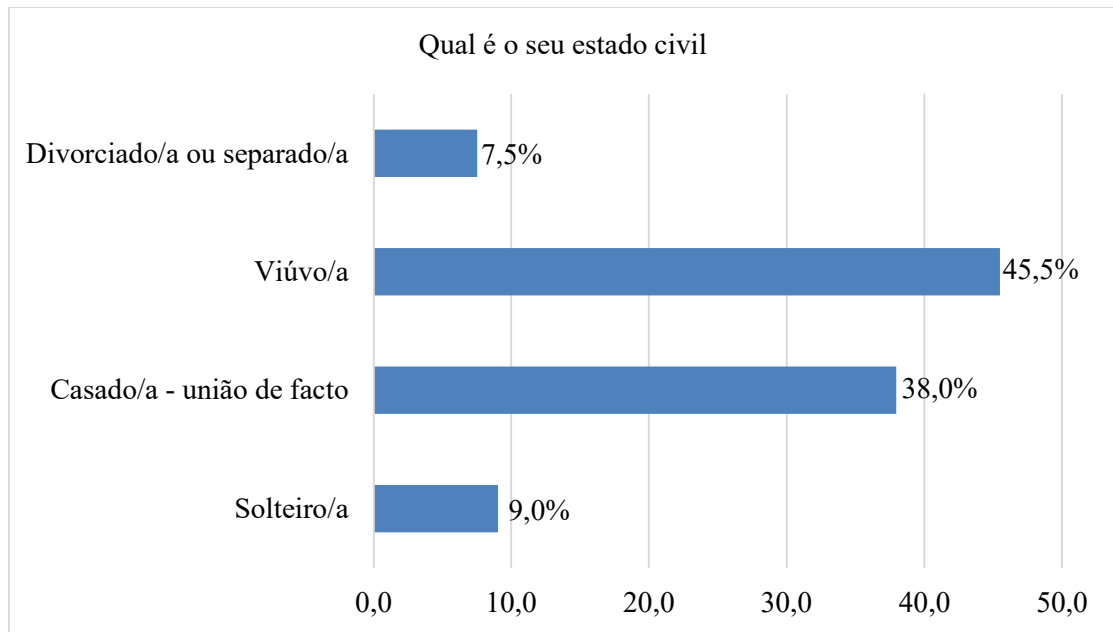


Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Passando a analisar algumas questões relacionadas com os recursos sociais, nomeadamente no que respeita ao estado civil dos inquiridos, podemos verificar que 45.5% (n=151) da população inquirida é viúva e 38.0% (n=126) é casada (Figura 7; anexo 7).

Uma vida a sós conduz a percursos solitários, frequentemente equiparados a isolamento social ou mesmo solidão. Isso não significa que todas as situações sejam vivenciadas nesses quadros, no entanto, encontra-se estabelecida uma relação entre a viuvez, o isolamento social e a solidão. O número de pessoas idosas que vivem sós tende a aumentar em função da idade, tornando inevitável uma relação entre a vida a sós e o processo de envelhecimento (Villaverde et al., 2013).

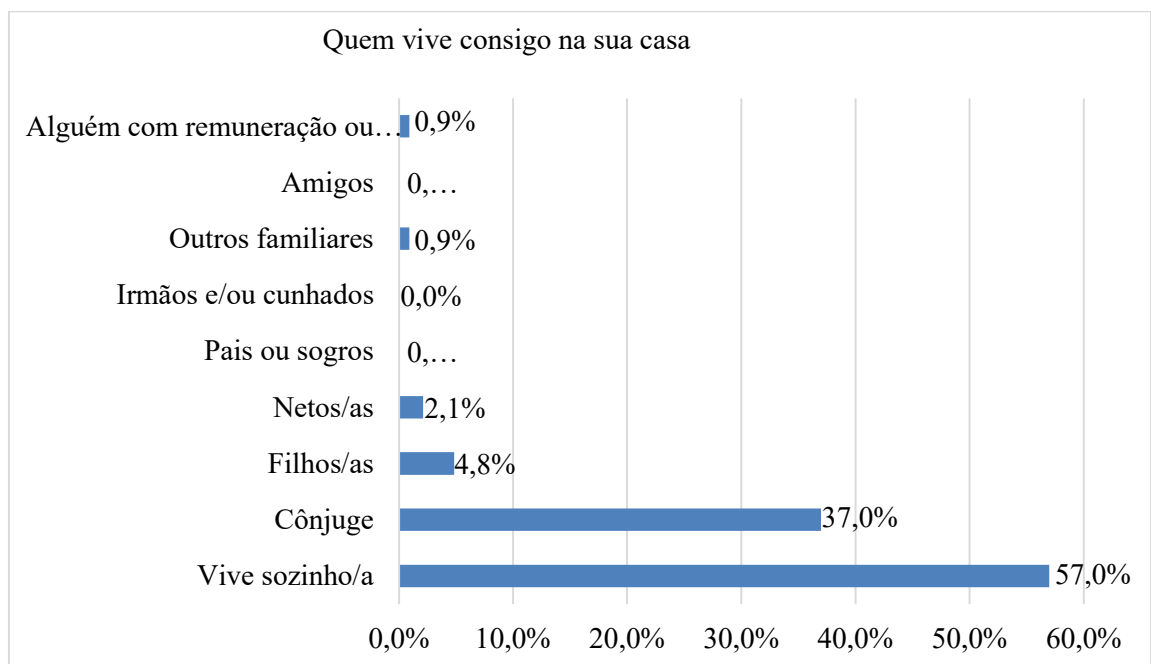
Figura 7: Estado civil



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Considerando o Figura 8 (anexo 8) da população analisada para esta investigação, verifica-se que 57% (n=188) vive sozinha e 37% (n=122) habita com o cônjuge. Estudos indicam que viver sozinho aumenta a probabilidade de desenvolver sintomas de depressão (Frade, Barbosa, Cardoso e Nunes, 2015), verificando-se que viver com o cônjuge ou outros familiares é um fator protetor para o idoso.

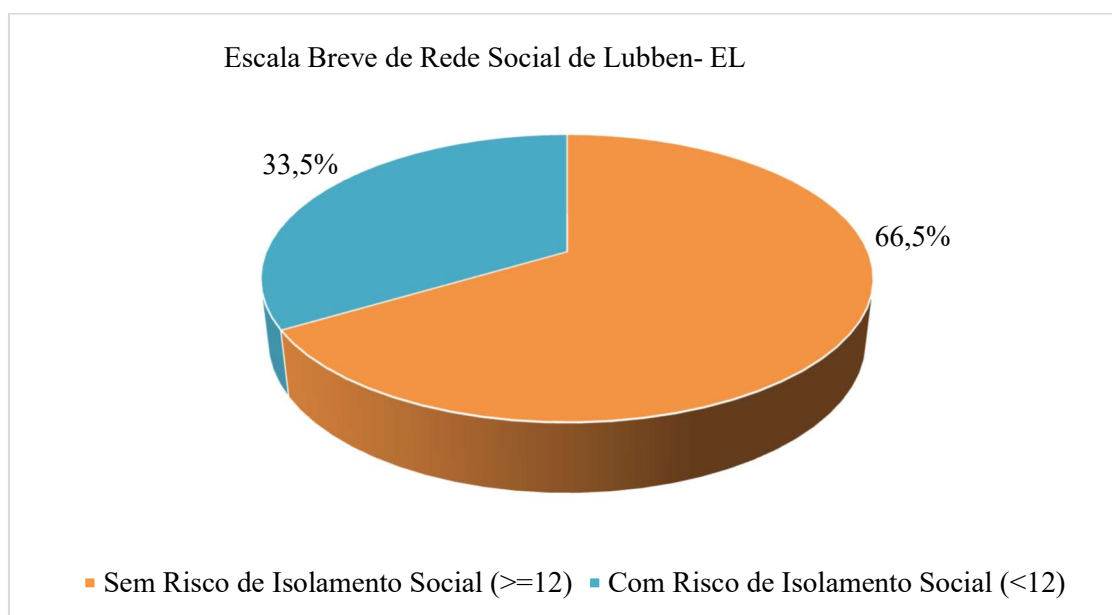
Figura 8: Composição do agregado familiar



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

De acordo com o que podemos observar através dos dados obtidos da aplicação da Escala Breve de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) (Figura 9; anexo 9) verifica-se que um terço da população inquirida (33.5%, n= 108) encontra-se em risco de isolamento social. O risco de isolamento social pode trazer repercussões à vida do idoso, este é um fator destruturador, uma vez que as relações sociais influenciam positivamente o bem-estar do idoso e a sua saúde, contribuindo para uma maior satisfação com a vida (Paúl e Fonseca, 2005).

Figura 9: Escala Breve de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) – Avaliação do Risco de Isolamento Social



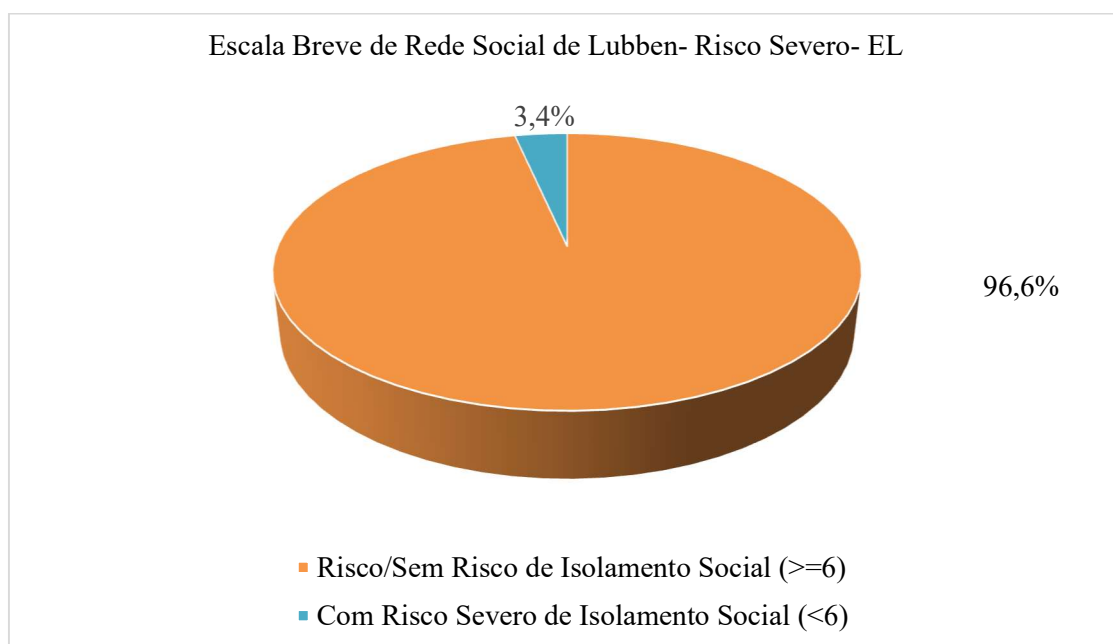
Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Relativamente à Figura 10, importa explicar que este ponto de corte (6) foi definido pela equipa do projeto. De acordo com os autores, a escala só tem um ponto de corte (≥ 12) que determina estar ou não estar em risco de isolamento social. No entanto, a equipa decidiu que seria importante definir este ponto de corte para risco severo, de modo a rastrear aqueles que mereciam logo o foco da nossa atenção e necessitariam de intervenção, mesmo não possuindo mais nenhum dos critérios.

Então, e considerando os critérios de intervenção definidos pela equipa, entre os quais o risco de isolamento severo, podemos constatar que 3.4% (n=11) da população inquirida apresenta condições de intervenção, não necessitando de outros critérios, tais como risco de isolamento social e moderada ou total dependência na AVD's; risco de isolamento social e severa dependência nas AIVD's; risco de isolamento social e declínio cognitivo e risco de isolamento social e sintomatologia depressiva (Figura 10; anexo 10). Assim, considerando que

o suporte social diminui com o passar dos anos, fruto de uma menor participação na vida coletiva, constata-se uma implicação em várias dimensões da vida dos idosos, onde os contactos e os vínculos sociais se destacam. Nesse sentido, os efeitos do apoio disponível ou da falta deste, assumem uma importância primordial nos processos de envelhecimento e, concomitantemente, no desenvolvimento e manutenção das redes de sociabilidade (Canesqui e Barsaglini, 2012).

Figura 10: Escala Breve de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) – Avaliação do Risco de Isolamento Social – Risco Severo



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Na Tabela 3 são apresentados os resultados da relação entre a Escala de Rede Social de Lubben e o Índice de Barthel. Nesse sentido, podemos verificar que, dos inquiridos que se encontram em risco de isolamento, mais de metade (57.1%, $n=4$) apresenta uma dependência moderada a total na realização das atividades básicas de vida diária. Entende-se por atividades básicas de vida diária as que estão diretamente relacionadas com a sobrevivência, como a alimentação, a higiene e o arranjo pessoal (vestir, tomar banho, higiene corporal, utilização da casa de banho, controlo intestinal e vesical) e com a mobilidade (subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação).

No entanto, é ainda de salientar que 104 idosos (33.1%) são independentes ou apresentam uma ligeira dependência na realização das tarefas básicas de vida diária, apesar disso, encontram-se em risco de isolamento social.

Tabela 3: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Índice de Barthel

		Índice de Barthel - IB			
		Moderadamente/Severament e/ Totalmente dependente (<55 pontos)		Ligeiramente dependente a Independente (60 a 100 pontos)	
		N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben - EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	3	42,9%	210	66,9%
	Com Risco de Isolamento Social (<12)	4	57,1%	104	33,1%
	Total	7	100%	314	100%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Já no que concerne à análise das escalas apresentadas na Tabela 4, resultantes do cruzamento da escala de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) e índice de Lawton (Sequeira, 2007), verifica-se que 32.1% (n=34) da população, apesar de ser independente na realização das tarefas instrumentais, encontra-se em risco de isolamento. Entende-se por atividades instrumentais de vida diária, as que englobam atividades mais complexas relacionadas com funções sociais básicas, como cuidar da casa e da roupa, preparar a comida e ir às compras, o uso do telefone, dos transportes, do dinheiro, e ser responsável pela organização e tomas medicamentosas. 33.5% (n=63) dos inquiridos apresenta moderada dependência e risco de isolamento social, ou seja, além do risco de isolamento necessitam de algum tipo de ajuda para a realização das tarefas. É de salientar que uma parte considerável dos idosos (38.5%, n=10) apresenta estar severamente dependente na realização das tarefas instrumentais e, simultaneamente, em risco de isolamento.

Tabela 4: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Índice de Lawton

		Índice de Lawton - IL					
		Independente (8 pontos)		Moderadamente dependente (9-20 pontos)		Severamente dependente (>20 pontos)	
		N	%	N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben - EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	72	67,9%	125	66,5%	16	61,5%
	Com Risco de Isolamento Social (<12)	34	32,1%	63	33,5%	10	38,5%
	Total	106	100%	188	100%	26	100%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Na análise dos dados referentes ao estado cognitivo e quando relacionado com o risco de isolamento (Tabela 5), podemos verificar que 46% dos inquiridos (n=40) apresenta simultaneamente risco de isolamento e deterioração cognitiva. Estes dados relevam números preocupantes, já que se referem a funções como a linguagem, a memória, a atenção, a orientação no espaço e tempo, etc., principalmente se considerarmos que muitas vezes os esquecimentos ou lapsos de memória são confundidos com o processo de envelhecimento normativo e, por esse motivo, desvalorizados. Segundo a associação Alzheimer Portugal (2020), pessoas com declínio cognitivo são mais propensas a desenvolver problemas psiquiátricos, nomeadamente, alterações do sono, ansiedade e depressão. Já não sendo de descurar este problema, verificamos ainda a presença de risco de isolamento social.

É, ainda, de ressaltar que 63 dos inquiridos (27.9%), apesar de não apresentarem comprometimento ao nível cognitivo, apresentam risco de isolamento.

Tabela 5: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Teste de Declínio Cognitivo

		Teste de Declínio Cognitivo - 6 itens - TDC			
		< 10 (SEM declínio cognitivo)		>= 10 (COM declínio cognitivo)	
		N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben - EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	163	72,1%	47	54,0%
	Com Risco de Isolamento Social (< 12)	63	27,9%	40	46,0%
Total		226	100%	87	100%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Em relação ao estado emocional, e tendo por referência a relação entre as escalas de Depressão Geriátrica (Apóstolo, 2012) e a Escala de Rede Social de Lubben, os dados obtidos apresentados na Tabela 6, apontam para a existência de 50% (n=15) de casos com relevância sintomatológica de depressão e risco de isolamento social, simultaneamente. Por este motivo devem ser merecedores de avaliação clínica. Ressalva-se, ainda, que 45.7% (n=43) indiciam uma provável depressão e risco de isolamento social.

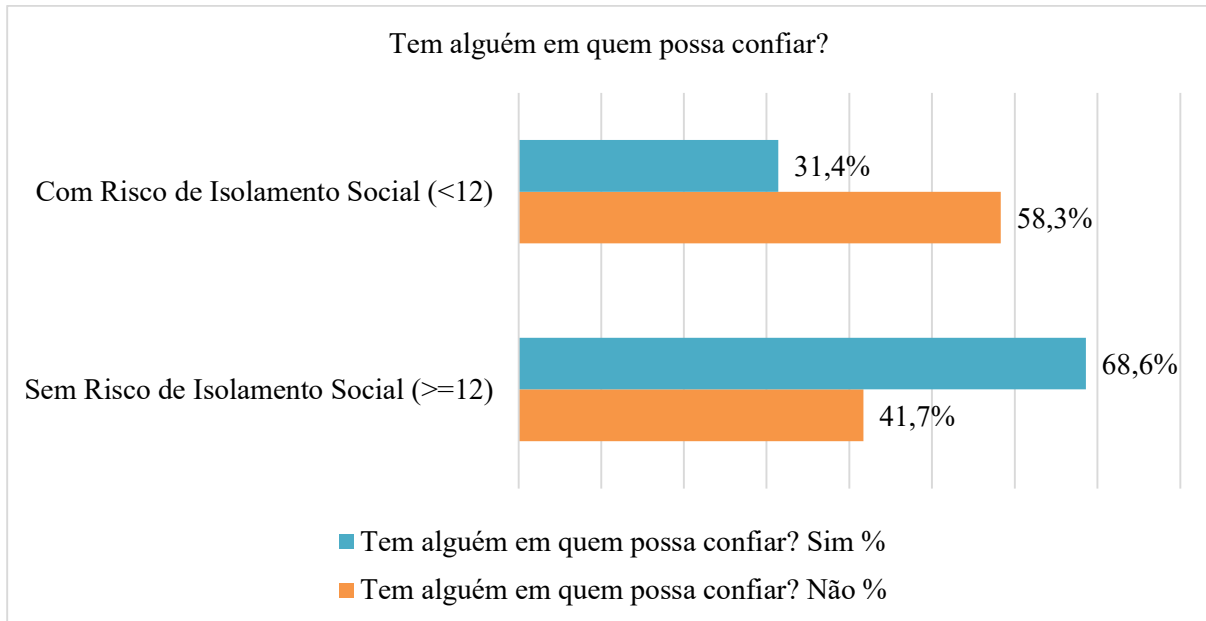
Tabela 6: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com Escala de Depressão Geriátrica

		Escala de Depressão Geriátrica - EDG					
		Sem Sintomatologia Depressiva (0-5 pontos)		Provável Depressão (6-10 pontos)		Com Sintomatologia Depressiva (≥ 11 pontos)	
		N	%	N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben - EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	144	75,4%	51	54,3%	15	50,0%
	Com Risco de Isolamento Social (< 12)	47	24,6%	43	45,7%	15	50,0%
	Total	191	100%	94	100%	30	100%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Tendo por referência os dados expostos na Figura 11, constata-se que 58.3% (n=14) dos idosos não tem um confidente na sua vida, nas suas mais variadas dimensões, e apresenta risco de isolamento social. No entanto, é de salientar que 31.4% dos idosos (n=93) pode contar com a presença de um confidente na sua vida, mesmo estando em situação de risco de isolamento social. Podemos, então, considerar que a ausência de laços, ou de laços significativos, poderá ser um dos pilares associados ao risco de isolamento.

Figura 11: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com a pergunta “Tem alguém em quem possa confiar?”



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Já no que diz respeito ao risco de isolamento social relacionado com o sentimento subjetivo de solidão, constata-se que quase metade dos idosos (46.4%, n=26) que refere experimentar o sentimento de solidão muitas vezes/sempre, encontra-se em risco de isolamento social, porém, 45.2% (n=33) refere sentir-se algumas vezes sozinho, encontrando-se, também, em risco de isolamento social (Tabela 7).

Analisando estes valores podemos verificar que este fator pode ser agente destruturador na vida das pessoas. Azeredo e Afonso (2016) referem que o sentimento de solidão é considerado uma das experiências mais penosas e problemáticas vivenciadas pelos mais velhos e, por isso, torna-se imperativo operacionalizar intervenções que venham a responder a esta questão.

Tabela 7: Escala de Rede Social de Lubben cruzada com a pergunta “Sente-se sozinho/a?”

		Sente-se sozinho/a?					
		Muitas vezes/Sempre		Algumas vezes		Quase nunca/Nunca	
		N	%	N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben – EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	30	53,6%	40	54,8%	139	74,7%
	Com Risco de Isolamento Social (< 12)	26	46,4%	33	45,2%	47	25,3%
	Total	56	100%	73	100%	186	100%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Na Tabela 8, quando relacionamos as perguntas “Teve filhos/as” com “Sente-se sozinho/a”, os dados sugerem que 60% (n=160) dos idosos que tiveram filhos dizem não se sentirem sozinhos. No entanto, salienta-se que, apesar disso, há um número significativo de idosos que não obstante terem tido filhos, dizem sentir-se sozinhos (40%, n=107). Isto pode dever-se a vários fatores, como o falecimento dos filhos, a ausência causada pela distância geográfica a que os filhos vivem/trabalham (exemplo: estarem emigrados, viverem ou trabalharem noutra cidade, concelho, etc.) ou por corte/ausência de contacto com os idosos, relacionado com problemas ou desentendimentos familiares.

Tabela 8: “Sente-se sozinho/a cruzada com a pergunta “Teve filhos/as?”

		Teve filhos?			
		Sim		Não	
		N	%	N	%
Sente-se sozinho/a?	Sim	107	40,0%	21	44,7%
	Não	160	60,0%	26	55,3%
Total		267	100%	47	100%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Na Tabela 9 pode-se verificar que 39.2% (n=22) dos que avaliaram de forma negativa a sua saúde encontram-se, simultaneamente, em risco de isolamento social. No entanto, também é possível observar que 33.2% (n=86) dos que avaliaram de forma positiva a saúde também se encontram em risco de isolamento social.

Vários estudos têm revelado a importância do suporte social na velhice, assim como a sua contribuição na manutenção de um bom estado de saúde (Ribeiro et al., 2012), bem como o acesso aos serviços de saúde e o bem-estar dos idosos (Rubinstein, Lubben e Mintzer, 1994 cit in Pimentel, Fernandes, Afonso e Bastos, 2019), já que com o avançar da idade surgem novos desafios no que diz respeito ao seu bom estado de manutenção da saúde, pois o seu enfraquecimento ou ausência contribuem para a perda de autonomia e independência (Pimentel et al., 2019; Aoki et al., 2018, cit in Pimentel et al., 2019).

Tabela 9: Escala de Rede Social de Lubben relacionada com a pergunta “De forma geral, como avalia a sua saúde?”

		De uma forma geral, como avalia a sua saúde			
		Positiva		Negativa	
		N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben - EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	173	66,8%	34	60,7%
	Com Risco de Isolamento Social (< 12)	86	33,2%	22	39,3%
	Total	259	100,0%	56	100,0%

Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Em suma, este estudo apresenta uma amostra de 332 pessoas idosas, em que se destaca que a maioria dos inquiridos pertencem ao sexo feminino (69.3%) e mais de metade da população inquirida encontra-se no escalão etário dos 80 e mais anos (57.9%), ou seja, é uma população envelhecida. Trata-se de uma população com baixas qualificações escolares, em que mais de metade da população tem apenas o 1º CEB (56.8%). Praticamente na sua totalidade, a população exerceu uma atividade remunerada ao longo da vida (99.4%). Neste sentido, a esmagadora maioria dos rendimentos do agregado familiar provêm da pensão de reforma/velhice (96.1%). No entanto, mais de um terço da população inquirida (35.2%) auferir rendimentos abaixo dos 499€, dos quais 5.9% sobrevive com valores iguais ou inferiores a 300€. Um outro aspeto que importa salientar, é que mais de metade da população vive sozinha (57%), e quase metade encontra-se na condição de viuvez (45.5%). Assim, apurou-se que um terço da população inquirida encontra-se em risco de isolamento social (33.5%), sendo que destes, 3.4% encontrava-se em situação de risco severo, ou seja, não necessitando de outros critérios para ser alvo de intervenção. Quando relacionamos a escala de Rede Social de Lubben com o índice de Barthel apurou-se que mais de metade da população (57.1%) encontrava-se em risco de isolamento e apresentava moderada/severa/total dependência nas AVD's. Salientando que quando relacionamos a escala de Rede Social de Lubben com o índice de Lawton, mais de um terço da população (38.5%) demonstrou estar em risco de isolamento social e ser severamente dependente nas AIVD'S. Importa, também, salientar que quando relacionada a escala de Rede Social de Lubben com o teste de Declínio Cognitivo, quase metade da população

(46%) apresentou simultaneamente estar em risco de isolamento e deterioração cognitiva. O mesmo se verifica quando analisamos a relação da escala de Rede Social de Lubben com a escala de Depressão Geriátrica, em que metade da população (50%) apresentava sintomatologia depressiva.

Na relação entre a escala de Rede Social de Lubben e a presença de um confidente, mais de metade da população (58.3%) mencionou não ter confidente e encontrar-se em risco de isolamento social. No que se refere à relação entre a escala de Rede Social de Lubben e o facto de se sentir sozinho, destaca-se que quase metade dos idosos (46.4%) referem experimentar o sentimento de solidão e, cumulativamente, estão em risco de isolamento. Não obstante o facto de terem tido filhos, e quando relacionado com o sentimento de solidão, 40% dizem sentir-se sozinhos. Por fim, a forma como avaliam a saúde e a relação com a escala de Rede Social de Lubben demonstrou que 39.2% têm uma percepção negativa da sua saúde e encontram-se em risco de isolamento social.

IV. Intervenção

1. Intervenção desenvolvida no âmbito do projeto “Porto. Importa-se”

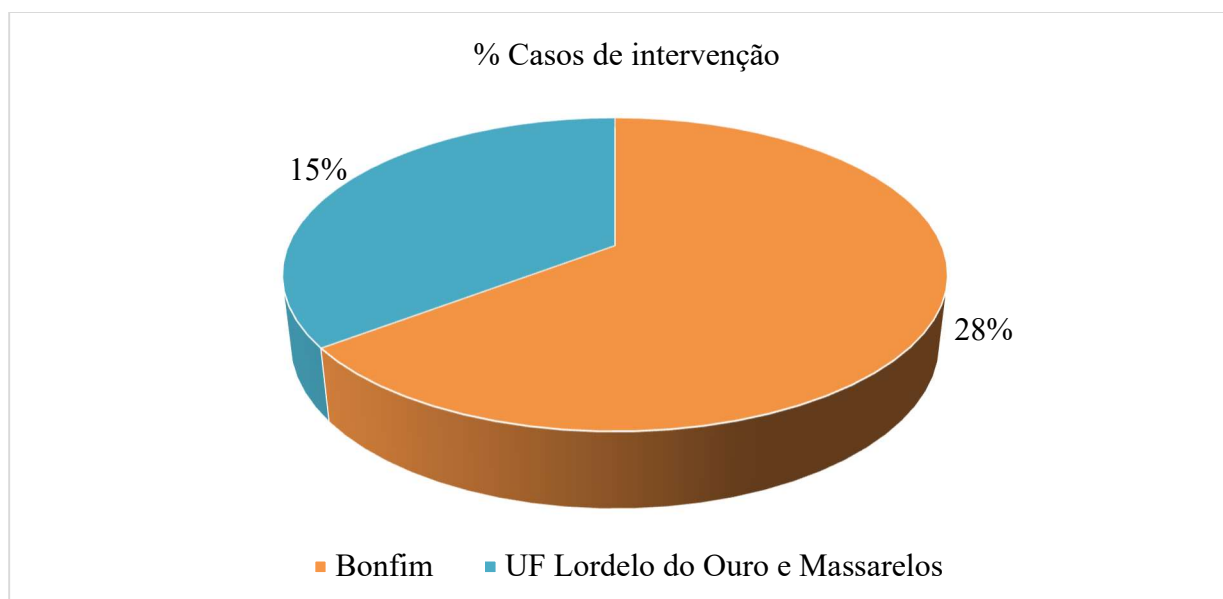
Neste capítulo e, após a caracterização das pessoas identificadas e diagnosticadas como estando em risco de isolamento social, serão abordadas as estratégias de intervenção que foram acionadas, bem como o que foi desenvolvido com o apoio dos parceiros territoriais locais. Será, também, analisado um conjunto de procedimentos que a Gestão de Caso deveria ter seguido.

Como já mencionado anteriormente, para melhor compreender as fragilidades desta população, foram definidos critérios de risco, primordialmente focados no risco de isolamento social, sobretudo, e ainda quando associado a outras condições conducentes a uma vulnerabilidade acrescida dos sujeitos: risco de isolamento social extremo; risco de isolamento social e moderada ou total dependência nas atividades básicas da vida diária; risco de isolamento social e severa dependência nas atividades instrumentais da vida diária; risco de isolamento social e declínio cognitivo; risco de isolamento social e sintomatologia depressiva.

Espelhar-se-á, de seguida, a descrição dos casos considerados de intervenção prioritária (**n=62**) e que foram alvo de apresentação e discussão nas diferentes reuniões levadas a cabo nos contextos locais.

Assim, como se pode verificar no Figura 12 a percentagem de casos de intervenção é de 15% (n= 35) na UF de Lordelo do Ouro e Massarelos, e de 28% (n=27) na Freguesia do Bonfim, sendo nesta freguesia onde se encontra a maior percentagem de casos que necessitam de intervenção.

Figura 12: Percentagem (%) de Casos de Intervenção por Freguesia



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Neste sentido, foram realizadas reuniões nas Juntas de Freguesia, com os parceiros locais, objetivamente para apresentar e discutir os casos de intervenção identificados pela equipa do projeto. Assim, tentaram-se sensibilizar os parceiros locais para a adoção de um modelo de intervenção assente na figura do GC, à semelhança do que já se realiza em várias áreas do trabalho social, nomeadamente na juventude, na reinserção social, na infância e na deficiência. As exigências que se colocam em matéria de preservação da qualidade de vida dos mais velhos justificavam, em nosso entender, que esta metodologia de trabalho, profícua, mas difícil de implementar, seja progressivamente disseminada em Portugal (Guedes et al., 2019).

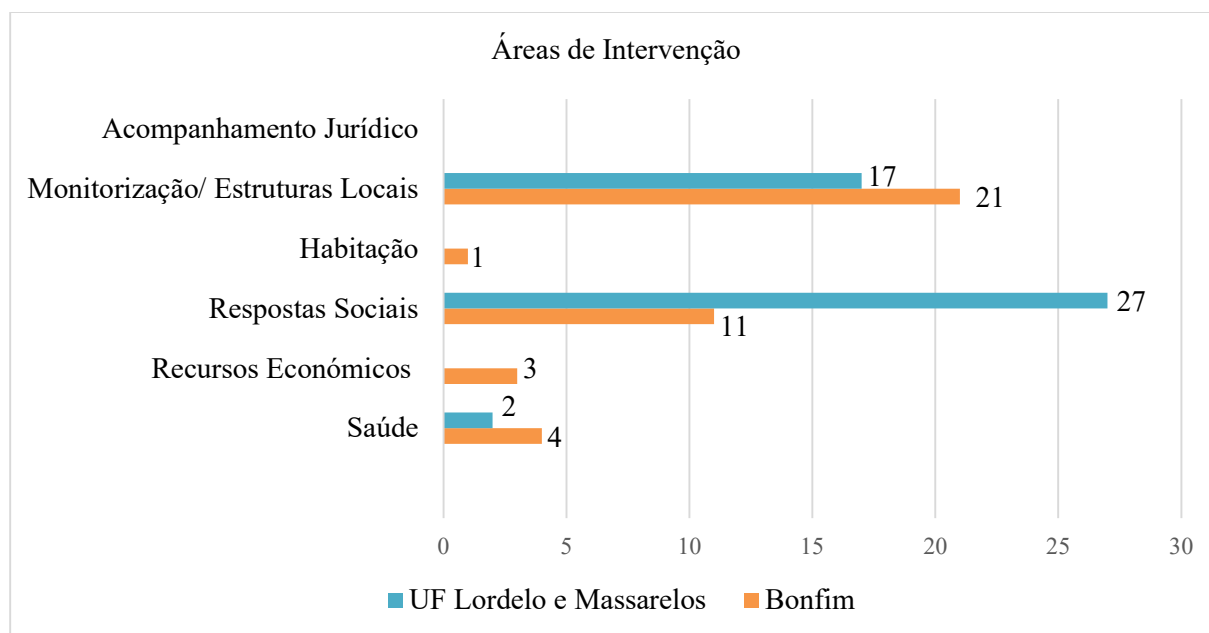
Com o ensejo de que as situações pudessem ser discutidas em grupo, com os parceiros locais e, desejavelmente, assumidas por GC que operam no campo social dos diferentes territórios, foram realizadas reuniões de discussão de casos nas distintas Juntas de Freguesia, sendo que a primeira reunião teve como objetivo apresentar o projeto aos profissionais presentes, conhecer as características do território, os recursos locais e as dinâmicas da Comissão Social das Freguesias. Nestas primeiras reuniões enfatizou-se a importância do GC e discutiram-se as mais-valias do modelo, com vista à elevação da qualidade de vida dos mais velhos, por via da otimização de respostas e serviços que favoreçam o seu bem-estar e respondam às suas múltiplas necessidades. Para tal, apelamos à solidariedade dos técnicos e agentes locais, já sobrecarregados pelas tarefas do seu intenso quotidiano profissional. Em algumas freguesias, em virtude das sinergias decorrentes da própria instituição, foi possível

desenvolver um trabalho de maior proximidade e pensar numa intervenção mais ajustada a cada caso (Guedes et al., 2019).

As reuniões posteriores tiveram como objetivo a apresentação dos casos de intervenção, tendo sido apresentados um total de **62** casos. Após a apresentação e discussão dos casos em reuniões de equipa multidisciplinar, foi delineado um plano de intervenção ajustado a cada situação. As intervenções foram diversificadas e tiveram por base cinco áreas, essencialmente, a área da saúde, respostas sociais, monitorização por parte das estruturas locais, recurso a apoios económicos, acompanhamento jurídico e habitação, como se pode verificar na Figura 13 (anexo 12).

Como é possível visualizar, as intervenções foram diversificadas, visando adaptar-se às necessidades dos idosos. Analisando o gráfico, podemos salientar que, na grande maioria, a monitorização pelas estruturas locais e a integração nas respostas sociais foram as estratégias de intervenção mais ajustadas às necessidades da população inquirida. Importa referir que esta monitorização baseou-se num acompanhamento de proximidade, por parte das instituições locais, com os idosos. Estas respostas surgiram da necessidade de acompanhamento de proximidade com os idosos, uma vez que alguns idosos necessitavam de apoio para a realização de tarefas diárias, como acompanhamento a consultas médicas e/ou acompanhamento ao supermercado, entre outras. Foram realizadas visitas domiciliárias e contactos telefónicos com o idoso ou familiares como forma de criar uma relação de proximidade, para que estes tivessem a perceção que há um profissional de referência que poderão contactar em caso de necessidade. Importa referir que, na maioria dos casos, a intervenção passou por mais do que uma área.

Figura 13: Áreas de intervenção



Fonte: Inquérito Porto. Importa-se, 2019

Neste sentido, o técnico deve trabalhar numa abordagem multidimensional na elaboração do diagnóstico, no desenho do projeto de vida e no acompanhamento do indivíduo. Assim, o técnico (GC) deve assumir o papel de elo de ligação/mediador entre a pessoa e a solução, facilitando e articulando com as diferentes entidades e serviços que acompanham o indivíduo neste processo, bem como o contexto e o meio onde este está inserido, planeando uma intervenção que poderá definir-se em diferentes modelos.

Na Junta de Freguesia do Bonfim foram realizadas cinco reuniões. As duas primeiras reuniões tiveram como objetivo apresentar o projeto e conhecer as características do território, bem como conhecer as dinâmicas da Comissão Social da Freguesia do Bonfim, tendo estado presentes técnicas da Junta de Freguesia e da Rede Local de Intervenção Social (doravante RLIS), elementos do ISSSP e Domus Social, e representantes das instituições locais.

A terceira reunião teve como objetivo apresentar os 27 casos de intervenção identificados, referentes aos bairros de Fernão de Magalhães e Duque de Saldanha. Nesta reunião ficou decidido quais os casos que cada técnica assumia, na lógica do GC. Este processo de Gestão de Caso permite ao técnico concentrar esforços para que, em conjunto com uma equipa de profissionais e com o indivíduo (utente), se planeie e desenvolva uma intervenção ajustada, permitindo oferecer um conjunto de serviços mais abrangentes e mais centrados no problema do indivíduo. O processo de Gestão de Caso permite que os problemas que emergem e que são decorrentes da fragmentação dos serviços sejam mais limitados, sendo que o técnico, GC, deve trabalhar numa abordagem multidimensional na elaboração do diagnóstico, no

desenho do projeto de vida, no acompanhamento do indivíduo e, quando possível, na sua autonomização face aos serviços de apoio existentes.

Na quarta reunião foram discutidos todos os casos que já estavam a ser alvo de intervenção na Freguesia do Bonfim, nos bairros de Fernão de Magalhães e Duque de Saldanha. Nomeadamente, por exemplo, num dos casos foi requerido um apoio social (complemento solidário para idosos). Foram realizadas visitas domiciliárias para acompanhar a evolução do estado de saúde de um idoso, levada a cabo uma articulação com os serviços de apoio domiciliário para ajustarem as dietas às restrições alimentares de alguns dos idosos e elaborado um plano de gestão orçamental doméstico para uma idosa. Algumas das intervenções dos casos sinalizados, referentes ao bairro Duque de Saldanha, ficaram por ser apresentadas, uma vez que a técnica responsável ainda não tinha tido oportunidade de realizar a visita domiciliária, ficando agendada a apresentação dos mesmos para a reunião seguinte. Durante esta reunião, ainda nos foi facultada informação respeitante aos recursos existentes nesta freguesia.

A última reunião realizada nesta freguesia teve como objetivo a partilha de informação relativa às intervenções realizadas, nomeadamente, as que faltavam do bairro Duque de Saldanha. Como resultado das intervenções, houve a integração de idosos em projetos de voluntariado, como o “Tricotar no Bonfim” e a instalação do programa de teleassistência. Foram, ainda, apresentadas novas informações referentes a casos que já vinham a ser alvo de intervenção.

No que se refere à UF de Lordelo do Ouro e Massarelos foram realizadas 4 reuniões, em que estiveram presentes técnicas da Junta de Freguesia e RLIS, elementos do ISSSP e da Domus Social, e a responsável pelo Programa de Apoio à Pessoa Idosa (doravante PAPI). Este programa de apoio tem como objetivo o acompanhamento dos idosos da freguesia, em que prestam, por exemplo, apoio na entrega de compras na casa do idoso e acompanham a consultas médicas. A primeira reunião prendeu-se com a necessidade de apresentar o projeto e perceber quais as respostas sociais existentes para a população idosa.

Na segunda reunião foram apresentados 34 casos de intervenção, 13 deles do bairro Dr. Nuno Pinheiro Torres, 2 do Agrupamento Habitacional da Pasteleira, 1 caso do bairro de Lordelo, do bairro da Mouteira foram apresentados 6 casos e 12 referentes ao bairro da Pasteleira. Alguns dos casos apresentados eram do conhecimento das técnicas que já estavam a acompanhar as situações, nomeadamente, um casal do bairro Dr. Pinheiro Torres, a quem foi apresentada a proposta de Serviço de Apoio Domiciliário (doravante SAD) e Centro de Dia, tendo esta sido recusada. O senhor alegou ter condições para realizar as tarefas e ainda ter apoio de uma sobrinha, que segundo o mesmo *“vem uma vez por semana e dá um jeito à casa”*. No

entanto, é de salientar que no dia da aplicação do inquérito a habitação encontrava-se desorganizada e tinha odor a urina. A senhora padecia da doença de Alzheimer, tendo sido o caso sinalizado ao centro de saúde. No entanto, e após outras tentativas por parte da técnica, o casal mostrou-se sempre reticente ao apoio. Esta dificuldade foi sentida ao longo da intervenção pelos técnicos das juntas de freguesia e instituições da comunidade. Ao longo do projeto alguns idosos foram partilhando que não se sentiam à-vontade com os técnicos, não tinham boas referências das instituições e dos serviços prestados, sendo que alguns deles experimentaram os serviços, acabando por desistir deles. Ou seja, consideravam que eram respostas tipificadas e que não iam ao encontro das suas necessidades e interesses. Por exemplo, ouvimos várias vezes *“para estar sentado a olhar para a televisão estou na minha casa”, “as pessoas que lá estão não têm os mesmos gostos do que eu e as meninas (técnicos/auxiliares) não vão fazer atividades só para mim”*; quando não tinham possibilidade de se deslocar e precisavam de transporte *“tenho que ir no horário da carrinha e gosto de estar mais um bocadinho na cama e fazer as coisas ao meu ritmo”*. Tendo em conta estes relatos, podemos concluir que as respostas sociais tipificadas não vão, atualmente, ao encontro das necessidades das pessoas idosas, levando-nos a questionar o futuro das intervenções que passam por estas mesmas respostas.

O caso de intervenção do bairro de Lordelo e um dos casos do bairro da Mouteira também já eram acompanhados pelas técnicas da Junta de Freguesia. As profissionais conheciam, ainda, dois dos casos do bairro da Pasteleira, sendo que num dos casos a idosa já tinha sido integrada no Centro Social da Arrábida e no outro já tinham realizado desinfestação e higienização habitacional. Os casos sinalizados e que não eram do conhecimento das técnicas foram assumidos pelas mesmas, na lógica do GC.

Durante esta reunião foram, ainda, trocadas algumas impressões sobre vários assuntos, nomeadamente, o fenómeno do risco de isolamento social e como este afeta a população idosa. Abordou-se o tema dos cuidadores informais, as leis que iriam entrar em vigor e o estatuto do cuidador informal. Relativamente à importância do SAD, abordou-se a forma como atuam e prestam o serviço, pois seria relevante que este não descurasse a importância da criação da relação de proximidade com os beneficiários.

A terceira reunião serviu para receber o *“feedback”* de 13 casos, 5 do bairro Dr. Pinheiro Torres, 6 do bairro da Pasteleira, 1 do Agrupamento Habitacional da Pasteleira e novas informações do caso do bairro de Lordelo. Foi apresentado um novo caso de intervenção, do bairro do Aleixo. Mas, uma vez que já tinha sido enviada a informação para a RLIS, aquando da realização do inquérito, a técnica da RLIS já tinha realizado visita domiciliária e pôde

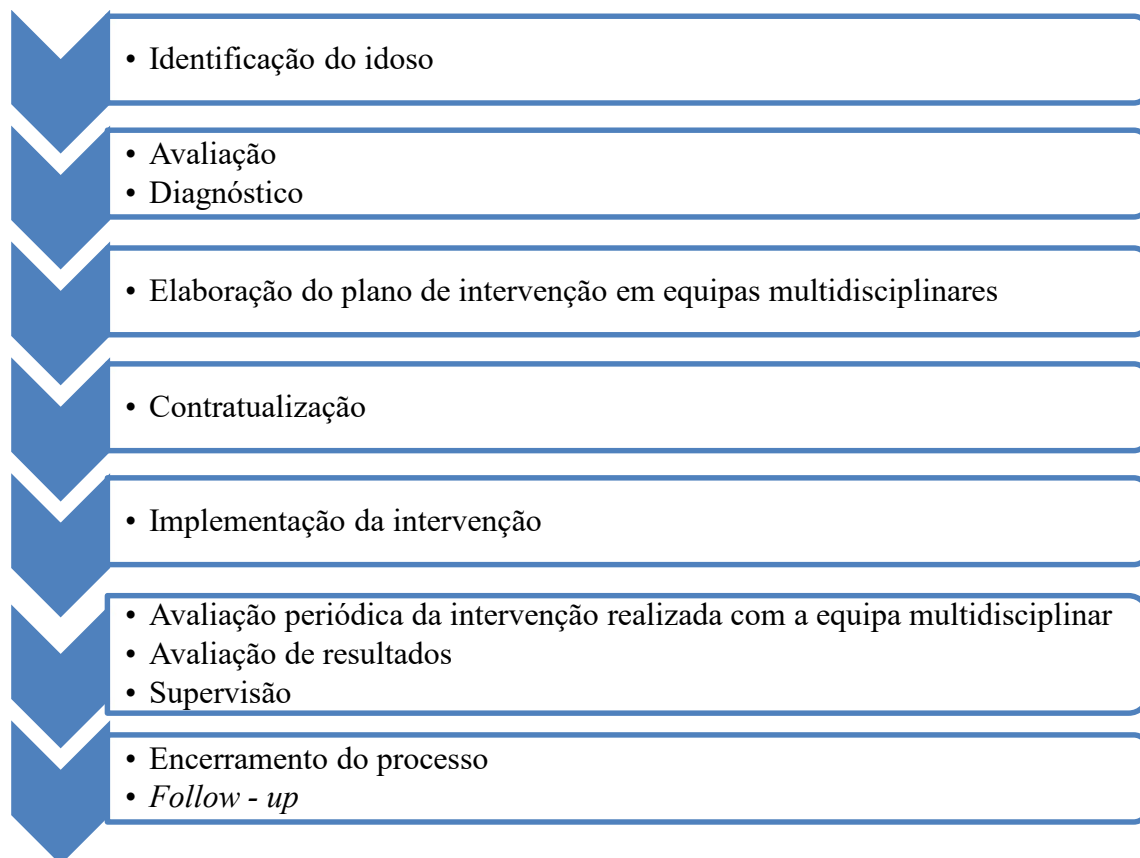
fornecer-nos já novas informações. Esta partilha de informação permitiu perceber que, nos casos em que houve alguma reticência por parte dos idosos em aceitar ajuda e que apesar de tudo ainda tinham alguma capacidade, a intervenção não primou pela tentativa de criação de uma relação, ou seja, havia o sentimento de desinteresse, resignação em relação à situação. O que denota que o papel de GC ainda não é desenvolvido de forma efetiva e com o compromisso que está associado a esta função.

A última reunião tinha como objetivo abordar todos os casos, de forma a perceber como estavam a ser acompanhadas as situações e que tipo de intervenções tinham sido realizadas até ao momento. No entanto, fomos confrontados com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, que a determinada altura dificultou a partilha de informação em relação à intervenção realizada em cada caso. Apenas conseguimos saber que um número de X idosos tinha sido intervencionado em determinada dimensão, ou seja, não foi possível saber quem e o que foi feito em cada caso especificamente. A título de exemplo, foi possível saber que 3 integraram as respostas sociais da comunidade (não sabendo quem, nem que respostas, concretamente).

2. Procedimentos necessários à intervenção com recurso à Gestão de Caso

Neste ponto serão abordados os procedimentos que a Gestão de Caso deveria ter seguido durante o processo de intervenção desenvolvido com os parceiros do território local.

Figura 14: Procedimentos da Gestão de Caso



Fonte: Elaboração própria, adaptado de NASW (2013)

Como primeiro momento temos a identificação do idoso: no projeto “Porto. Importa-se” esta identificação foi facultada pela Domus Social. Foi-nos entregue uma listagem com todos os idosos que eram alvo do projeto. Após esta identificação foi realizada uma avaliação, através da aplicação do protocolo de recolha de informação. Este protocolo, como já referido anteriormente, abrange várias dimensões da vida do idoso, de forma a ser o mais abrangente e completo possível, permitindo assim elaborar um diagnóstico social. O diagnóstico representa uma das fases mais importantes do processo de intervenção, pois é o alicerce para a elaboração e planificação da intervenção, bem como a identificação dos recursos (Viscarrett, 2007).

Importa relembrar que foi feito um diagnóstico inicial, tendo por base a informação recolhida no inquérito, e posteriormente este diagnóstico era discutido e complementado nas reuniões com os parceiros/entidades envolvidas no projeto, visto que, por vezes, os casos já

eram conhecidos e acompanhados por outros organismos, permitindo assim um conhecimento mais profundo da situação em causa.

No que se refere à contratualização da intervenção, no modelo de Gestão de Caso, verifica-se que não é uma prática nesta área, não existia nenhum documento formal de contratualização. Esta prática não parece estar enraizada nas instituições envolvidas.

Já no plano da implementação da intervenção, esta foi sendo realizada, sempre que possível, já que em muitos momentos houve resistência por parte dos idosos e das suas famílias. Isto poderá dever-se ao facto de não haver uma contratualização da intervenção, como referido acima.

No que concerne à avaliação periódica da intervenção realizada, não foi possível verificar, no decurso do projeto, a efetividade e os resultados da mesma, devido ao facto de ter havido dificuldades na partilha de informação, tendo sido alegada a Lei Geral da Proteção de Dados Pessoais, bem como o facto do projeto ter findado e por esse motivo não ter havido mais conhecimento sobre os casos de intervenção.

Por fim, relativamente ao encerramento do processo ou *follow-up*, verificou-se que estes se deviam ao facto de os idosos negarem qualquer tipo de apoio por parte das instituições, e não por deixarem de necessitar de ajuda dos serviços. Noutros casos, não existiu *follow-up* devido ao falecimento dos idosos.

V. Discussão de Resultados

Os dados obtidos nesta dissertação referem-se a um universo de 332 pessoas, não sendo possível inquirir o total da amostra por motivos distintos: não quiseram responder às questões, nem participar no projeto; faleceram no decorrer dos dois anos de trabalho de terreno; não foi possível contactar por nunca abrirem a porta de casa e/ou não compareceram a atendimentos na Domus Social e entregarem a chave da casa no decorrer do processo, entre outras razões.

Deste universo foram identificados **62 casos** de intervenção, 35 casos na UF de Lordelo do Ouro e Massarelos e 27 casos na Freguesia do Bonfim. Nos casos de intervenção identificados havia a necessidade de atuar em várias dimensões da vida da pessoa, desde a área da saúde, respostas sociais, habitação, acesso a recursos económicos e monitorização. Conforme os dados apresentados anteriormente, pode verificar-se que, em ambas as freguesias seleccionadas para esta dissertação, são as dimensões da Monitorização/Estruturas Locais (UF Lordelo do Ouro e Massarelos $n=17$; Freguesia do Bonfim $n=21$) e Respostas Sociais (UF Lordelo do Ouro e Massarelos $n=27$; Freguesia do Bonfim $n=11$) onde recaem o maior número de casos de intervenção. No entanto, não há informação de como estes processos foram geridos. Do que foi possível saber durante as reuniões nas juntas de freguesias a Monitorização realizada pelas Estruturas Locais era baseada em contactos telefónicos e visitas não planeadas no tempo, ou seja, não havia calendarização nem protocolo de atuação. No que concerne aos casos orientados para as Respostas Sociais, de uma forma abrangente, foi requerido algum tipo de apoio ao nível do SAD, nomeadamente, alimentação e higiene do indivíduo e/ou dos espaços. Assim, e para concluir, destas reuniões pode-se constatar que não há um protocolo de atuação para a mesma situação, ainda que nos falte informação sobre as intervenções, foi notório que os modos de atuação diferem de freguesia para freguesia, e até mesmo de técnico para técnico, uma vez que o responsável pelo caso nem sempre era um técnico da junta de freguesia, mas de outra entidade como, por exemplo, da RLIS. Logo, estando noutro organismo/entidade, os procedimentos da organização eram díspares.

Perfil da população em análise

Esta amostra é constituída, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino (69.3%), em que mais da metade da população (57.9%) encontra-se no escalão etário dos 80 e mais anos. No que se refere à composição do agregado familiar, verifica-se que mais de metade dos inquiridos vivem sós (57%) e destaca-se que 45.5% é viúva/o. Esta tendência tem vindo a evidenciar-se, como refere Aboim (2020), visto que, comumente, ao longo do processo de

envelhecimento passa-se de uma família nuclear para uma vida a dois e, posteriormente, a uma vida a sós. Se olharmos para os dados dos Censos de 2011, verifica-se que estes valores eram significativamente menores. No que se refere ao Grande Porto, 18.4% da população com 65 ou mais anos vivia sozinha, como podemos verificar na Tabela 10 (INE, 2020).

Tabela 10: População com 65 ou mais anos a residir só

Designações	População residente	População residente total com 65 ou mais anos	%	Alojamentos com 1 pessoa com 65 ou mais anos	%
Portugal	10562178	2010064	19,0%	399174	19,9%
Norte	3689682	631439	17,1%	108189	17,1%
Grande Porto	1287282	213533	16,6%	39222	18,4%

Fonte: INE – Censos 2011

Num estudo publicado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (Bandeira et al., 2014), com uma amostra de $n=1000$ indivíduos, constata-se que 38.0% ($n=380$) vive exclusivamente em casal e 20.1% ($n=201$) vive sozinho. Assim, neste estudo, verifica-se que um quinto dos inquiridos vive só, sendo a principal causa a viuvez, pelo que as mulheres estão muito mais representadas neste quadro de vida do que os homens. Resultados de outros estudos também revelam que as mulheres idosas viúvas apresentam recursos sociais mais vulneráveis (Pimentel, Afonso, Monteiro e Preto, 2018).

No entanto, comparando com dados mais recentes obtidos no estudo desenvolvido pela Guarda Nacional Republicana (doravante GNR), no âmbito dos Censos Sénior 2016, podemos verificar que estes valores têm vindo a aumentar e já são semelhantes ao dados obtidos nesta dissertação, já que no estudo realizado pela GNR, da totalidade dos idosos identificados, 60% vivem sós (Guarda Nacional Republicana, 2020). Analisando os dados dos últimos oito anos (2012/2019), apresentados na Tabela 11, verifica-se que esta tendência continua a aumentar: há cada vez mais idosos a viver sós, o que corrobora os dados apresentados nesta dissertação, ou seja, a população inquirida a viver só que é apresentada neste trabalho está a acompanhar o crescimento verificado a nível nacional.

Tabela 11: Percentagem de idosos a viver sós no total das famílias

Anos	65 ou + anos em % do total de agregados	65 ou + anos em % do total de agregados unipessoais
2012	10,4	53,4
2013	10,5	53,1
2014	10,9	52,1
2015	11,4	52,8
2016	11,7	54,0
2017	12,0	54,4
2018	12,3	54,1
2019	12,4	54,9

Fonte: Pordata, 2020

No que se refere ao grau de escolaridade, os resultados mostram que mais de metade da população (56.8%) completou o 1º CEB (ensino primário), dados semelhantes ao do estudo realizado pelo CEPCEP (2012), em que 50% dos entrevistados tem o ensino básico. E quase a totalidade dos idosos (99.4%) exerceu uma atividade remunerada, o que sustenta o facto de quase a totalidade das fontes de rendimento do agregado (96.1%) advirem da pensão de reforma/pensão de velhice. No entanto, é de realçar que 35.2% da população inquirida auferem rendimentos abaixo dos 499€ e, dos quais, 5.9% sobrevive com valores iguais ou inferiores a 300€.

Segundo o estudo realizado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (Moreira, Azevedo, Manso e Nicola, 2019) o valor médio mensal, em 2016, da pensão de velhice da Segurança Social, era de 366,53€, sendo significativamente mais baixo que o valor médio mensal pago pela Caixa Geral de Aposentações, que se situava nos 935,64€. O que também sugere que os trabalhadores da Caixa Geral de Aposentações eram mais altamente qualificados, já que aqui estão inseridas carreiras como professores, médicos, etc. Estima-se, ainda, que o risco de pobreza entre os idosos pensionistas com 65 e mais anos deva aumentar, já que a percentagem de pensionistas que vivem com rendimentos inferiores a 60% do valor mediano do rendimento disponível da população deverá crescer 9.5%, em 2020, para 15.5%, em 2070.

No âmbito da investigação realizada por Rodrigues, Figueiras e Junqueira (2016) sobre as dimensões da pobreza, os autores referem, ainda, que temos que ter em consideração não só os recursos monetários, mas também os níveis de consumo. Ou seja, ser pobre não é só a falta de rendimentos é, também, a incapacidade de aceder a bens e serviços que permite fazer parte da sociedade em que se está inserido, nomeadamente, por exemplo: a capacidade de assegurar o pagamento imediato de uma despesa; a capacidade para manter a casa adequadamente aquecida; o atraso em pagamentos de rendas, os encargos ou despesas correntes; a capacidade

de realizar uma refeição de carne ou peixe pelo menos de 2 em 2 dias; a capacidade para pagar uma semana de férias por ano fora de casa, etc.

Deste modo, a falta de investimentos em novas medidas de política social, nos últimos anos, são um fator simultâneo de fragilidade social e empobrecimento da população (Rodrigues et al., 2016).

Da análise dos dados obtidos através da aplicação da Escala de Rede Social de Lubben, verifica-se que 33.5% dos indivíduos (n=108) encontra-se em risco de isolamento social. Quando analisados os dados da Escala de Rede Social de Lubben, verifica-se que 3.4% (n=11) dos idosos têm um *score* ≤ 6 pontos (designada pela equipa como Risco Severo de Isolamento Social), ou seja, a sua rede social é substancialmente reduzida ou nula, em alguns dos casos. Sendo o envelhecimento da população um fenómeno cada vez mais preocupante na nossa sociedade e, quando associado ao risco de isolamento social, torna-se imperativo que estejamos ainda mais atentos ao fenómeno de forma a tentar que este não seja exponenciado nos próximos anos.

Ainda no seguimento das relações significativas, o presente estudo mostra que o facto de não ter confidente é um fator preponderante no risco de isolamento. Já que os dados evidenciam que 58.3% (n=14) das pessoas que estão em risco de isolamento referem não ter um confidente. No que respeita ao risco de isolamento, este estudo permite verificar que, das pessoas isoladas, 46.4% (n=26) mencionam experimentar *Muitas Vezes* ou *Sempre* o sentimento de solidão. Por fim, e ainda no seguimento do sentimento de solidão, quando relacionamos o “sentir-se sozinho” com o facto de ter tido filhos, os dados apresentados neste trabalho mostram-nos que 40% (n=107), não obstante terem tido filhos, dizem sentir-se sozinhos.

Uma vez que o risco de isolamento é uma realidade cada vez mais presente, têm surgido um pouco por todo o país vários projetos de combate ao isolamento como, por exemplo, o projeto “A Vida Vale”, que tem como objetivo combater o isolamento social dos idosos residentes no Concelho de Odemira. Neste projeto foram identificados 980 idosos que vivem em situação de isolamento social e destes, 250 são acompanhados regularmente. O projeto tem dois eixos: por um lado realizam visitas domiciliárias, sendo estas levadas a cabo por um psicólogo clínico em que a sua avaliação recai mais ao nível da saúde mental, até porque este concelho tem uma estratégia de combate ao suicídio. O segundo eixo centra-se na animação comunitária, os idosos reúnem-se para realizarem atividades e jogos de estimulação, há partilha das suas dúvidas e das suas preocupações. Importa salientar que há articulação e partilha de informação entre o projeto, a GNR e a Unidade Móvel de Saúde de Odemira, para que todos

tenham conhecimento das visitas realizadas e qual a prioridade que deve ser dada a cada caso (Fundação Calouste Gulbenkian, 2020).

Já no Porto, uma vez que há um número maior de pessoas identificadas em isolamento social, surgiram vários projetos com o objetivo de combater o isolamento social e a solidão dos idosos, como é o caso do “Abraço Amigo”. Este projeto é realizado em articulação com várias entidades, nomeadamente, Santa Casa de Misericórdia do Porto, Junta de Freguesia do Bonfim, UF Lordelo do Ouro e Massarelos e Junta de Freguesia de Paranhos. Consiste na realização de visitas domiciliárias, regulares, feitas por um grupo de voluntários e têm como finalidade estar com os idosos, ouvir as suas histórias e, após a construção da relação, trabalham outros eixos, como ajuda na toma de medicação, na aparência, na ajuda na reabilitação habitacional e na intervenção social, estimulação cognitiva e acompanhamento psicológico. Neste projeto são acompanhados cerca de 50 idosos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2020).

Um outro projeto existente no concelho do Porto e em alguns dos concelhos circundantes é o “Chave de Afetos”, da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que abrange a população com mais de 65 anos, sem retaguarda familiar (inexistente ou deficitária), com algum grau de dependência e com rendimentos abaixo do salário mínimo nacional. Este projeto assenta em três eixos complementares, tais como, sinalização às entidades da comunidade, IPSS, Juntas de Freguesias e PSP. Tem um programa de teleassistência em que é instalado o equipamento na habitação do idoso; caso ele necessite é só acionar o sistema e serão tomadas as medidas necessárias. Por fim, usufruem de um acompanhamento, em que são feitas visitas domiciliárias por voluntários. Este projeto abrange 180 pessoas em vários pontos da cidade e o tempo de permanência situa-se entre 3 a 4 anos. Avaliam se há um aumento da frequência de contactos e de socialização por parte dos idosos, melhorias no sentimento de segurança e a teleassistência alerta para a tomada medicamentosa, tendo benefícios ao nível da saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2020).

A investigação tem-nos mostrado que as redes sociais têm um impacto no processo de envelhecimento, uma vez que estas vão sofrendo clivagens ao longo dos tempos, devido aos processos de transição como a reforma, a viuvez e, nomeadamente, situações de saúde que causam maior dependência na pessoa idosa (Guadalupe e Cardoso, 2018). Milne et al. (2020) salientam a importância de apoiar os idosos durante estes processos de mudança, e acreditam que este trabalho deve ser desenvolvido pelo AS na área da gerontologia, já que podem prevenir muitas complicações que surgem, nomeadamente a falta de apoio social, o aparecimento de problemas mentais. Ou seja, contribuindo para que o processo de transição seja menos doloroso e propenso a despoletar outros problemas.

No contexto sociocultural português, a família ainda continua a ser uma fonte primordial de apoio informal. Até porque o atual Código Civil Português veio salvaguardar a proteção dos idosos associando à vinculação da parentalidade os deveres de auxílio, assistência, respeito, entre outros (Guadalupe e Cardoso, 2018).

Ainda que viver só não seja sinónimo de solidão ou isolamento social, é importante estar atento a estes factos e saber como os idosos experienciam estes eventos. O empobrecimento das relações sociais e a falta de apoio por parte da rede resulta em redes precárias, conduzindo a uma vida social menos participativa, o que muitas das vezes acaba conduzindo ao isolamento e tem reflexos na saúde mental e física dos indivíduos (Villaverde et al., 2013; Bandeira et al., 2014).

Quando relacionamos a Escala de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) com o Índice de Barthel (Sequeira, 2007) verifica-se que 57.1% dos que se encontram em risco de isolamento apresentam uma moderada/severa/total dependência na realização das atividades básicas de vida diária. Já no que concerne ao relacionamento do risco de isolamento, Escala Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012), com as atividades instrumentais da vida diária, Índice de Lawton (Sequeira, 2007; Lawton e Brody, 1969) verifica-se que 38.5% das pessoas isoladas têm severa dependência na realização das tarefas instrumentais.

Estas limitações/dificuldades na realização das atividades, quer básicas quer instrumentais da vida diária, levam a que os idosos necessitem de apoio. Apoio este que se torna ainda mais essencial quando estão isolados e, muitas das vezes, sem qualquer retaguarda familiar/vizinhança ou institucional.

De acordo com os dados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde do INE (2020) cerca de 458 mil dos 2.1 milhões de idosos com 65 ou mais anos mencionaram dificuldades nas atividades relacionadas com o arranjo pessoal, tanto nas AVD's como nas AIVD's, pois consideram que são as que requerem mais esforço físico. Zainab e Naz (2017, cit in Pimentel et al., 2019) mencionam haver uma correlação positiva entre a independência nas atividades da vida diária, o bem-estar percebido pelo idoso e o fortalecimento da rede de suporte social.

Quando relacionamos os idosos que se encontram em risco de isolamento com a forma como avaliam a sua saúde, o presente estudo revela que 39.2% dos isolados têm uma perceção negativa da sua saúde. A perceção subjetiva do idoso sobre a sua saúde poderá não ter implicações no risco de isolamento, no entanto, os estudos mostram que uma avaliação negativa da saúde está diretamente relacionada com a depressão (Almeida, Caromano e Batista, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a prevenção do isolamento social é

fundamental para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo (World Health Organization, 2020).

Assim, analisando o risco de isolamento social tendo como instrumento a Escala de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012), quando relacionado com o Teste de Declínio Cognitivo (6CIT) (Apóstolo et al., 2017), verifica-se que, do total das pessoas em isolamento social, 46% (n=40) apresentam declínio cognitivo. No que diz respeito ao risco de isolamento social, avaliado pela Escala de Rede Social de Lubben (Ribeiro et al., 2012) e quando relacionado com a Escala de Depressão Geriátrica (Apóstolo, 2012), 50% apresenta sintomatologia depressiva e 45.7% apresenta provável depressão, o que leva a concluir que o risco de isolamento social é um preditor de sintomatologia depressiva.

Como tem sido referido ao longo deste capítulo, existe uma panóplia de fatores que influenciam a vida das pessoas idosas, além das alterações que as redes sociais (familiares, amigos, vizinhança) sofrem ao longo da vida, as alterações ao nível físico, da saúde, o declínio cognitivo, a sintomatologia depressiva, entre outras questões, o que leva a que o sujeito tenha mais dificuldades, já que se torna mais dependente e com limitações na mobilidade (Assis, 2004). Todos estes fatores contribuem para que a sua interação na vida social seja mais restrita, o que acaba por contribuir para a situação de isolamento social. Existem evidências, ao nível da saúde mental, que as intervenções que têm como principal objetivo fortalecer as redes de suporte social, melhorando assim a sua qualidade, trazem benefícios na prevenção de sintomatologia depressiva nos idosos (Santini et al., 2016, cit in Pimentel et al., 2019).

Litvoc e Brito (2004) referem que a rede de suporte social, nomeadamente a família, é fundamental no apoio afetivo, emocional e material, além de contribuir para a manutenção da interação social do idoso, contribuindo para a manutenção das funções cognitivas e bem-estar psicológico, já que oferece ao idoso um certo grau de independência e autonomia, proporcionando um envelhecimento bem-sucedido (Gomes e Mata, 2012).

A intervenção com Gestão de Caso

Um total de 62 idosos, considerados casos prioritários de intervenção, foram alvo de intervenção com Gestão de Caso. Estes casos distribuem-se pelas freguesias do Bonfim e UF de Lordelo do Ouro e Massarelos.

Na maioria dos casos, a intervenção passou por mais do que uma área de intervenção. A monitorização pelas estruturas locais e as respostas sociais foram as estratégias de intervenção mais ajustadas às necessidades da população inquirida.

Esta experiência permitiu sistematizar um processo de trabalho no âmbito da Gestão de Caso aplicada à Gerontologia Social.

Verificou-se não existir, habitualmente, uma contratualização formal deste tipo de intervenção. Esta prática não parece estar enraizada nas instituições, apesar de ser uma prática defendida por vários autores, no entanto, quando se trabalha com populações que resistem à intervenção por parte das entidades, a existência de um vínculo formal parece ser uma mais-valia. Importa que esta contratualização seja um processo em que haja uma visualização clara de quais os objetivos que se pretende alcançar (Santos, 2012).

No plano da implementação da intervenção, observou-se também alguma resistência por parte dos idosos e das suas famílias. Isto poderá dever-se ao facto de não haver uma contratualização da intervenção, como referido acima. No entanto, também importa referir que, por vezes, a intervenção segue um formato muito tipificado e fragmentado, ou seja, não tem em atenção as especificidades da pessoa. O que leva a concluir que a intervenção realizada não assenta numa intervenção baseada no modelo de Gestão de Caso.

No que concerne à avaliação periódica da intervenção realizada, não foi possível verificar, no decurso do projeto, a efetividade e os resultados da mesma. O que leva a questionar se será realizada de uma forma formal, seguindo critérios de avaliação para a análise de resultados. Nomeadamente, por exemplo, a limitação dos recursos sociais e financeiros, a motivação e/ou limitações do idoso, a avaliação dos próprios serviços, o que poderia minimizar a fragmentação dos sistemas, promovendo uma maior eficiência dos serviços prestados (NASW, 2013).

Hughes et al. (2018) consideram que os elementos centrais para a intervenção envolvem o treino/formação, a contratualização, a avaliação, o planeamento da intervenção, a monitorização, o acompanhamento e a avaliação. Unguru (2017) considera que a supervisão é uma etapa de extrema importância, já que permite garantir a qualidade dos serviços prestados. Ainda segundo a autora, esta permite uma melhoria de competências, orientação metodológica, visando a orientação profissional na definição de estratégias de intervenção.

Por fim, relativamente ao encerramento do processo ou *follow-up*, verificou-se que estes se deviam ao facto de os idosos negarem qualquer tipo de apoio por parte das instituições, e não por deixarem de necessitar de ajuda dos serviços. Noutros casos, o processo foi encerrado devido ao falecimento dos idosos.

Podemos concluir que o modelo de Gestão de Caso exige uma dinâmica de coordenação e cooperação dos serviços prestados, estando subjacente uma orientação para os resultados e para a mudança.

Limitações do estudo

Este trabalho de dissertação apresenta algumas limitações. Este estudo foi realizado com uma amostra cuja seleção não obedeceu a regras de garantia de representatividade da população do Porto, não sendo uma amostra probabilística. Logo, os resultados poderão não ser generalizados.

Existem ainda algumas fragilidades ao nível da intervenção. Houve pouca informação sobre a intervenção realizada, isto deveu-se a circunstâncias inerentes ao projeto, uma vez que este findou, tendo sido os casos entregues às várias entidades, e por esses motivos não houve mais a partilha de informação. Isto sugere que a Gestão de Caso não é uma prática em Portugal, nota-se que há falta de articulação e partilha entre os diversos profissionais, por diversos fatores, o que pode levar a que a intervenção não seja a mais ajustada às necessidades do indivíduo. Daí a necessidade de esta informação e partilha ser assumida por um técnico, de forma a que a informação não se vá dissipando pelas diferentes entidades e profissionais que acompanham o idoso. Outra fragilidade associada a esta falta de informação, foi o facto de alguns técnicos se terem baseado na Lei Geral da Proteção de Dados Pessoais para não dar *feedback* sobre as intervenções realizadas. Outro aspeto prende-se com a falta de estudos na comunidade na área da Gestão de Caso no envelhecimento. Os estudos falam no risco de isolamento social nos idosos, mas não há dados sobre a intervenção e sobre o trabalho do GC nesta área.

Por fim, outro aspeto importante é que as recolhas e avaliações foram feitas por diferentes investigadores, o que pode levar a um enviesamento dos dados. No entanto, este potencial viés foi minimizado pelo seguimento do protocolo elaborado pela equipa do projeto.

Conclusão

A população mundial está a envelhecer. Ainda que a família continue a representar um lugar de aconchego e identidade e seja um elemento socializador fundamental, as dinâmicas pelas quais as estruturas familiares têm vindo a sofrer, vêm colocar novos desafios em termos de necessidades sociais. Torna-se emergente a criação de novas respostas que visem a promoção e o bem-estar da população idosa.

Neste sentido, no futuro, a atribuição obrigatória de um GC seria uma mais-valia, por exemplo, a partir da idade da reforma. Assim, garantíamos que todos os idosos estariam identificados e teriam um profissional de referência a quem podiam recorrer e, ao técnico, caberia a responsabilidade de acompanhar o idoso ao longo do seu processo de envelhecimento. Claro que, a periodicidade deste acompanhamento teria que ser avaliada de pessoa para pessoa, e de acordo com as suas necessidades, se haveriam pessoas que precisariam de um acompanhamento mais próximo, com certeza, também haveriam pessoas que são totalmente autónomas e têm retaguarda familiar que as protege. Mas se a qualquer momento houver necessidade de ajuda sabem que têm um profissional a quem podem recorrer. No fundo, o profissional atuaria numa lógica de “médico de família” - passaria a existir um GC. Apesar da informação existente, nem sempre esta chega a todos ou está disponível para todos, seja por desconhecimento dos apoios e direitos existentes, ou por vergonha em perguntar/solicitar.

Para concluir, aponto algumas hipóteses de intervenção e de melhoria, nomeadamente, a existência de uma avaliação multidimensional, por exemplo uma vez por ano e, posteriormente, em função da necessidade de cada indivíduo. Um outro elemento que seria importante seria a criação de um protocolo de intervenção, que guie intervenções futuras, para que todos os profissionais sigam a mesma linha orientadora de intervenção, salvaguardando sempre as especificidades de cada caso.

Bibliografia

- Aboim, S. (22 de setembro de 2020). *Evolução das estruturas domésticas*. Obtido de Scielo Portugal: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n43/n43a02.pdf>
- Almeida, M., Caromano, F., & Batista, M. (2016). Programa de orientação com ênfase em práticas de autocuidado para motoristas idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Vol.19(2), 303-311.
- Alzheimer Portugal. (6 de julho de 2020). *Alzheimer Portugal*. Obtido de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/defice-cognitivo-ligeiro>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Apóstolo, J., Paiva, D., Silva, R., Santos, E., & Schultz, T. (2017). Adaptation and Validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 1-6.
- Assis, M. (2004). Aspectos sociais do envelhecimento. Em A. Saldanha, & C. P. Caldas, *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 11-21). Rio de Janeiro: Interciência.
- Azeredo, Z., & Afonso, M. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Vol. 19(2), 313-324.
- Balard, F., Gely-Nargeot, M.-C., Corvol, A., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2016). Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BMC Health Services Research*, 1-10.
- Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Piramide.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em P. Baltes, & M. Baltes, *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Bandeira, M. (1996). *Demografia e Modernidade: Família e Transição Demográfica em Portugal*. Lisboa: INCM – Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M., & Moreira, M. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa: 1950-2011 Evolução e Perspectivas*. Lisboa: FFMS.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., . . . Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ- Vol. 316*, 1348-1351.
- Candeias, A., & Simões, E. (1999). Alfabetização e escola em Portugal no século XX: Censos Nacionais e estudo de caso. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 163-194.
- Canesqui, A., & Barsaglini, R. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114.

- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- CEPCEP- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa.
- CMSA. (6 de abril de 2019). *Case Management Society of America*. Obtido de Case Management Society of America.
- Coleman, J. (2002). Aging and disability demand extended model of case management in SHMOs, PACEs, and HMO. *The Case Manager*, vol.13(1), 28-30.
- Cornwell, B., Schumm, L., Laumann, E., & Graber, J. (2009). Social Networks in the NSHAP Study: Rationale, Measurement, and Preliminary Findings. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 47-55.
- Corvol, A., Moutel, G., & Somme, D. (2012). La Gestion de Cas en G rontologie. *M decine/Sciences*, 28, 321-324.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Durkheim, E. (1964). *The division of labor in Society*. New York: Free Press Paperbacks.
- Etheridge, F., Couturier, Y., H l ne, T., Olivier, S.-J., & Somme, D. (16 de dezembro de 2009). Is the Prima- France galsse half-full or half-empty? The emergence and management of polarized views regarding an integrative change process. *International Journal of Integrated Care*, Vol.9, 1-11.
- Fernandes, A. (1994). Dinâmicas familiares no mundo atual: harmonias e conflitos. *Análise Social*, XXIX (129), 1149-1191.
- Fernandes, A. (2001). Velhices, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, problemas e práticas*, Vol.36, 39-52.
- Fink- Samnick, E. (2016). Title Protection for Professional Case Management: Social Work's Intricacies and Opportunities. *Professional Case Management*, Vol. 21(4), 201-206.
- Fink-Samnick, E. (2019). Social Work: The Power of Case Management's Interporfessional Wokforce. *Professional Case Management*, Vol.24(6), 320-322.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso:sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, Vol.IV(4), 41-49.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (28 de setembro de 2020). *Ageing Place*. Obtido de Boas Práticas de Ageing in Place: <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>
- García, T., & Romero, L. (2005). Naturaleza, filosofía, valores y principios del Trabajo Social con casos. Em T. García, *Trabajo Social con casos* (pp. 35-38). Madrid: Alianza Editorial.

- Gomes, M., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. Em F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos* (pp. 163-173). Viseu: Psicosoma.
- Guadalupe, S., & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Revista Sociedade e Estado*, Vol. 33(1), 213-248.
- Guarda Nacional Republicana. (23 de setembro de 2020). *GNR*. Obtido de Operação Censos Sênior 2016: <https://www.gnr.pt/noticias.aspx?linha=12943>
- Guedes, J., Granja, B., Magalhães, C., Alves, H., Sousa, L., Silva, M., . . . Almeida, S. (2019). *Projeto Porto.Importa-se: Relatório de Análise de Dados*. Senhora da Hora/Matosinhos: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Hammerschmidt, K., & Santana, R. (2020). Saúde do Idoso em Tempos de Pandemia Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 1-10.
- Hammond, F., Gassaway, J., Abeyta, N., Freeman, E., Primack, D., Kreider, S., & Whiteneck, G. (2012). Outcomes of social work and case management services during inpatient spinal cord injury rehabilitation: The SCIREhab project. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, Vol.35(6), 611-623.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 1-8.
- Huber, D. (2002). The Diversity of Case Management Models. *Lippincott's Case Management*, 7(6), 212-220.
- Hughes, A., Woodward, A., Fritz, M., & Reeves, M. (2018). Improving stroke transitions: Development and Implementation of a social work case management intervention. *Social Work in Health Care*, 95-108.
- INE. (2017). Instituto Nacional de Estatística. *Destaque - Informação à Comunicação Social; Projeções da População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE. Obtido de Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (18 de novembro de 2020). *Destaque- Informação à comunicação social*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística: <file:///C:/Users/HP/Downloads/31ProjPop2018-2080.pdf>
- INE. (06 de junho de 2020). *INE*. Obtido de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0004218&selTab=tab0
- INE. (23 de setembro de 2020). *INE*. Obtido de Censos 2011: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- INE. (29 de setembro de 2020). *INE*. Obtido de Inquérito Nacional de Saúde 2014: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

- Instituto Nacional de Estatística-INE. (2019). Estatísticas Demográficas. *Estatísticas Demográficas 2018*, 1-179.
- Ivery, J. (2008). Balancing Priorities in Gerontological Social Work. *The Gerontologist*, Vol. 48(6), 844-847.
- Johnson, P., & Rubin, A. (1983). Case management in mental health: a social work domain? *Social Work*, 49-55.
- Kirkpatrick, I., Hoque, K., & Lonsdale, C. (2019). Client organizations and the management of professional agency work: The case of English health and social care. *Wiley*, Vol.58, 71-84.
- Landeiro, F., Leal, J., & Gray, A. (2016). The impact of social isolation on delayed hospital discharges of older hip fracture patients and associated costs. *Osteoporosis International*, Vol.27(2), 737-745.
- Lawton, M., & Brody, M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, Vol. 9(3), 179-186.
- Lenoir, R., Pinto, L., Champagne, P., & Merllié, D. (1990). *Initiation a la Pratique Sociologique*. Paris: Dunot.
- Litvoc, J., & Brito, F. (2004). Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. *Resenhas Book Reviews*, 226.
- Lopes, R., Lopes, M., & Camara, V. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *RBCEH*, N.3(6), 373-381.
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations . *Family & Community Health*, 11, 42-52. Obtido de Brandeis University: https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS_website_PDF.pdf
- Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium - ISPV*, Vol.31, 128-134.
- Melo, S., Guedes, J., & Ribeiro, Ó. (2020). Combater o isolamento dos idosos. Em I. Machado, & S. Melo, *Cadernos da Pandemia: (Re)Inventar a Intervenção Social em Contexto de Pandemia*, Vol.4 (pp. 33-41). Porto: Instituto de Sociologia da Universidade do Porto.
- Milne, A., Sullivan, M., Tanner, D., Richards, S., Ray, M., Lloyd, L., . . . Phillips, J. (24 de outubro de 2020). *Social work with older people: a vision for the future*. Obtido de Semantic Scholar: <https://www.semanticscholar.org/paper/Social-work-with-older-people%3A-a-vision-for-the-Milne-Sullivan/649d0e76d66fe633a3a0f70f79ba36192be54de1>
- Moreira, A., Azevedo, A., Manso, L., & Nicola, R. (2019). *Sustentabilidade do sistema de pensões português*. Lisboa: FFMS.
- Morrow-Howell, N. (1992). Clinical Case Management: The Hallmark of Gerontological Social Work. *Journal of Gerontological Social Work*, 18, 119-131.

- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public: étude sur la representation sociale de la Psychanalyse*. Paris: Press Universitaires de France.
- NASW - National Association of Social. (2013). *Nasw Standards for Social Work Case Management*. Washintong: SocialWorkers.org.
- NASW. (20 de abril de 2019). *National Association of Social Workers*. Obtido de National Association of Social Workers:
<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=acrzqmEfhlo%3D&portalid=0>
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXV*, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Payne, M. (2014). Redes Sociais em Serviço Social. Em M. I. Carvalho, & C. Pinto, *Serviço Social: Teorias e Práticas* (pp. 181-204). Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Pereira, M., Oliveira, L., Costa, C., Bezerra, C., Pereira, M., & Santos, C. (2020). A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development, Vol. 9*(7), 1-37.
- Pimentel, M., Afonso, C., Monteiro, A., & Preto, L. (2018). El deterioro de los recursos sociales de las mujeres ancianas: reflexiones sobre viudedad y conyugalidad. *Prisma Social, Vol. 21*, 28-42.
- Pimentel, M., Fernandes, H., Afonso, C., & Bastos, A. (2019). Importance of social network for the successful aging and health of the elderly. *Journal of Aging and Innovation*, 68-84.
- Piovezan, M., & Bestetti, M. (2012). O Gerontólogo como gestor de casos: simulação de experiências em estudos distintos e específicos. *Revista Kairós Gerontologia, 15* (8), 201-216.
- PORDATA. (29 de setembro de 2020). Agregados domésticos unipessoais de indivíduos com 65 ou mais anos em % do total de agregados. Matosinhos, Porto, Portugal.
- PORDATA. (06 de junho de 2020). *Pordata*. Obtido de Pordata:
<https://www.pordata.pt/Portugal/Limiar+de+risco+de+pobreza-2167>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2013). *Manual de investigação em Ciências Sociais, 6ª edição*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, Ó., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Susana, B., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia, Vol. 15*(1), 217-234.
- Robertis, C. (2005). *Metodologia de La Intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.

- Rodrigues, C., Figueiras, R., & Junqueira, V. (2016). *Desigualdade do rendimento e pobreza em Portugal*. Lisboa: FFMS.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editoras.
- Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case Management. What it is and how it can best be implemented. *The King's Fund*, 1-32.
- Rubin, A. (1986). Case management. Em A. Minahan, *Encyclopedia of Social Work* (pp. 212-222). New York: Springer.
- Sandberg, M., Kristensson, J., Midlov, P., & Jakobsson, U. (2015). Effects on healthcares utilization of case management for frail older people: A randomized controlled trial (RCT). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 60, 71-81.
- Santos, C. (2012). Organização de prática profissional do serviço social em modelos de intervenção. *Repositório das Universidades Lusíada*, Vol. 39, 123-144.
- Santos, C., Albuquerque, C., & Almeida, H. (2013). Gestão de caso e mediação social: abordagens, processos e competências cruzadas na agenda do conhecimento em serviço social. *Serviço Social: Mutações e Desafios*, 15-63.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, lda.
- Silva, A. (1986). A ruptura com o senso comum nas Ciências Sociais. Em A. Silva, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 29-53). Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, S., & Pinto, M. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Somme, D., Hebert, R., Bravo, G., Blanchard, F., & Saint-Jean, O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experimente. *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-13.
- Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M. A., . . . Stampa, M. (2014). Prise de position de la Société française de géreatrie et gérontologie sur le concept d'intégration: texte intégral Deuxième partie. *Gereatr Psychol Neuropsychiatr*, Vol. 12 (2), 123-130.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Lisboa: Âmbar.
- Stewart, M., Georgiou, A., & Westbrook, J. (2013). Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 13, 1-14.
- Unguru, E. (2017). Appreciative methods in social work. *Postmodern Openings*, Vol. 8(1), 123-139.
- Villaverde Cabral, M., & Ferreira, P. (2014). *Envelhecimento Ativo Em Portugal - Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: FFMS.

- Villaverde Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: FFMS.
- Viscarrett, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Waite, L., & Cornwell, E. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 1-23.
- World Health Organization. (30 de setembro de 2020). *WHO*. Obtido de Active Ageing: A Policy Framework: We gratefully acknowledge the support provided by Health Canada. UNFPA contributed to the printing of the brochure through the Geneva International Network on Ageing (GINA).

Apêndices

Apêndice 1: Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que fui informado(a) que o inquérito a que me proponho responder tem como objectivo o levantamento municipal/habitacional das necessidades das pessoas idosas isoladas, com mais de 70 anos, e casais isolados, com mais de 75 anos.

Este projecto está a ser desenvolvido através de uma parceria entre a Domus Social - EM e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Declaro que tomei conhecimento, deste modo, do objectivo do inquérito, dos principais temas a que deverei responder e da duração prevista.

Fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que aplicam o inquérito. Garantem-me total anonimato dos dados a serem tratados.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização do inquérito que me foi proposto.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Apêndice 2: Inquérito “Porto.Importa-se”

Inquérito_PORTO. IMPORTA-SE



Este inquérito tem como objectivo o levantamento municipal/habitacional das necessidades das pessoas idosas isoladas, com mais de 70 anos, e casais isolados, com mais de 75 anos.

Este projecto está a ser desenvolvido através de uma parceria entre a Domus Social - EM e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Garantimos total anonimato dos dados recolhidos.

Estes serão utilizados apenas para fins estatísticos.

Existem 117 perguntas neste inquérito

Questão de triagem

[] Quem responde ao inquérito? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ O próprio - sem ajuda
- ☐ O próprio - com ajuda
- ☐ Família
- ☐ Outros - sem laço familiar

Identificação do Inquiridor

[]Nº do inquérito:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Código do inquiridor:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Nome do inquiridor:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Bairro:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Código do Bairro:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Rua:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Bloco:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Entrada:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Nº da porta:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Telefone:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Nº de deslocações:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Data da deslocação 1:

Por favor, digite uma data:

[]Data da deslocação 2:

Por favor, digite uma data:

[]Data da deslocação 3:

Por favor, digite uma data:

[]Código do inquirido:

Neste campo apenas pode ser introduzido um inteiro.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

0. INTRODUÇÃO

[]

0.1 - Estado da habitação

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Ocupada
- ☐ Desocupada

[]

0.2 - Onde se encontra o arrendatário?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Alternativa habitacional
- ☐ Casa de familiares (temporário)
- ☐ Institucionalizado em lar (temporário)
- ☐ Institucionalizado em lar (permanente)
- ☐ Internado em Unidade Cuidados Integrados
- ☐ Hospitalizado
- ☐ Falecido
- ☐ Outro

[]0.3- Quem atesta a informação prestada?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Vizinhos
- ☐ Familiares
- ☐ Gestor de entrada
- ☐ Centro Social
- ☐ Polícia
- ☐ Outro

[]Observações:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

[]

1.01. Nome:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]1.02. Idade

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]1.03. Sexo

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

[]1.04. Refira o seu grau de escolaridade:

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler e escrever (sem ter completado o ensino primário)
- ☐ Ensino Primário/1º CEB completo
- ☐ Ensino Preparatório/2º CEB
- ☐ Ensino Sec. Unif./3º CEB (antigo 7º, 8º e 9º anos)
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Médio (Ex: antigos enfermeiros ou professores primários)
- ☐ Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura/Mestrado/Doutoramento)

[]1.05. Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

[]1.06. Profissão principal *(perguntar de forma detalhada a todos os que exerceram profissão):*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '25 [S1p105]' (1.05. Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Código Nacional de Profissões - 5 dígitos

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '25 [S1p105]' (1.05. Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Nota: caso não se aplique, deixe em branco

[]Código Nacional de Profissões - 1 dígito

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '25 [S1p105]' (1.05. Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Nota: caso não se aplique, deixe em branco

2. CARATERIZAÇÃO FINANCEIRA

[]2.01. Refira as principais fontes de rendimento do agregado:

Selecione no máximo 3 respostas

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Trabalho
- ☐ Subsídio de doença, acidente
- ☐ Rendimento Social de Inserção
- ☐ Complemento solidário para idosos
- ☐ Outros subsídios/apoios estatais
- ☐ Pensão de Reforma/Pensão de Velhice
- ☐ Pensão social de velhice
- ☐ Pensão de viuvez (regime não contributivo)
- ☐ Pensão de sobrevivência (regime contributivo)
- ☐ Pensão de invalidez
- ☐ Ajudas de amigos e/ou vizinhos
- ☐ Ajudas de familiares
- ☐ Outros rendimentos (ex.: juros, poupanças...):

MÁXIMO 3 OPÇÕES

[]2.02. Refira o valor dos rendimentos do agregado (Não perguntar ao inquirido – retirar informação da Domus):

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Até 300 euros
- ☐ De 301€ a 499€
- ☐ De 500€ a 699€
- ☐ De 700€ a 899€
- ☐ De 900€ a 1499€
- ☐ ≥1500€

[]2.03. O seu rendimento mensal cobre as suas despesas?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

[]2.04. Tem despesas mensais com:

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Água
- ☐ Electricidade
- ☐ Gás
- ☐ Medicamentos/Tratamentos médicos
- ☐ Supermercado
- ☐ TV/Internet/Telefone
- ☐ Outras despesas

[]2.05. Tem dívidas de pagamento:

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Água
- ☐ Electricidade
- ☐ Gás
- ☐ Medicamentos/Tratamentos médicos
- ☐ Supermercado
- ☐ TV/Internet/Telefone
- ☐ Outras despesas

[]2.06. Qual o montante total em dívida?

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Água' ou 'Supermercado' ou 'Medicamentos/Tratamentos médicos' ou 'Gás' ou 'Electricidade' ou 'TV/Internet/Telefone' ou 'Outras despesas' na pergunta '33 [S2p205]' (2.05. Tem dívidas de pagamento:)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

euros

3. RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos

(QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS-PT, Recursos Sociais)
(Fillenbaum& Smyer, 1981; Rodrigues, 2007)

[]3.03. Qual é o seu estado civil?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Solteiro/a
- ☐ Casado/a - união de facto
- ☐ Viúvo/a
- ☐ Divorciado/a ou separado/a
- ☐ NS/NR

[]3.02. Quem vive consigo na sua casa?

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Vive sozinho/a
- ☐ Cônjuge
- ☐ Filhos/as
- ☐ Netos/as
- ☐ Pais ou sogros
- ☐ Irmãos e/ou cunhados
- ☐ Outros familiares
- ☐ Amigos
- ☐ Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)
- ☐ Outros. Especificar::

[]3.03. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las nas suas casas?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[[3.04. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[[3.05. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[[3.06. Tem alguém em quem possa confiar?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ NS/NR

[[3.07. Sente-se sozinho/a?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Muitas vezes/Sempre
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Quase nunca/Nunca
- ☐ NS/NR

[[3.08. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ NS/NR

[]3.09. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (refere-se a ajuda social, não económica)

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ NS/NR

[]**3.10. Se respondeu SIM na pergunta anterior, há alguém que possa cuidar de si?**

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 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

[]**3.11. Se respondeu SIM na pergunta 3.9, quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)**

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Cônjuge
- ☐ Irmão
- ☐ Filhos/as
- ☐ Netos/as
- ☐ Outro parente
- ☐ Amigo
- ☐ Outro:

[]3.12. Teve filhos?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

[]3.13 - Quantos filhos teve?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

(ESCALA DE REDE SOCIAL DE LUBBEN - 6 (LSNS-6) –(Lubben, 1988; adaptada por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl, 2012)

[]

No que diz respeito à sua família, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc.

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
Quanto familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(ESCALA DE REDE SOCIAL DE LUBBEN - 6 (LSNS-6) –(Lubben, 1988; adaptada por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl, 2012)

[]

No que diz respeito aos seus amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivam na sua vizinhança...

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
Quanto amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(ESCALA DE REDE SOCIAL DE LUBBEN - 6 (LSNS-6) –(Lubben, 1988; adaptada por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl, 2012)

4. CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO E SEGURANÇA

[]4.01. Qual o piso da sua habitação (a responder pelo inquiridor):

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ R/Chão
- ☐ 1º andar
- ☐ 2º andar
- ☐ 3º andar
- ☐ 4º andar
- ☐ 5º andar
- ☐ Outro

[]4.02. Há quantos anos vive na casa onde reside?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]4.03. Vive numa casa:

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ T1
- ☐ T2
- ☐ T3 ou mais

[]4.04. Qual o grau de dificuldade que sente para entrar/sair da sua residência?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Muita dificuldade
- ☐ Alguma dificuldade
- ☐ Pouca dificuldade
- ☐ Nenhuma dificuldade

[]4.05. Indique se tem, na sua residência:

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Eletricidade	☐	☐
Aquecimento, aquecedores, ventoinha ou ar condicionado	☐	☐
Gás	☐	☐
Água canalizada	☐	☐
Água quente	☐	☐
Casa de banho completa	☐	☐
Saneamento	☐	☐
Televisão	☐	☐
Telefone/telemóvel	☐	☐

[]4.06. Na sua opinião, quais as vantagens de viver neste bairro?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]4.07. Ao residir neste bairro, de que sente mais falta?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]4.08. Qual a perceção que tem acerca da sua segurança?

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

1= Totalmente inseguro	2	3	4	5	6	7	8	9	10= Totalmente seguro
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[]4.09. Diga o que mais contribui para esse sentimento?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

4.10. Relativamente à habitação, indique o seu grau de qualidade nos seguintes aspetos

(a preencher pelo inquiridor)

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1= Muito Bom	2	3	4	5= Muito Mau
Estado geral da habitação	☐	☐	☐	☐	☐
Luminosidade	☐	☐	☐	☐	☐
Estado de conservação	☐	☐	☐	☐	☐
Condições de arejamento/cheiros	☐	☐	☐	☐	☐
Isolamento térmico	☐	☐	☐	☐	☐
Dimensão	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene	☐	☐	☐	☐	☐

[]4.11. A residência necessitaria de melhorias através de obras?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

[]4.12. Se sim, que tipo de melhorias?

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Adaptação da casa de banho (barras de apoio, polibã, etc.)
- ☐ Aumento do espaço do quarto
- ☐ Alargamento das portas
- ☐ Isolamento térmico
- ☐ Aplicação de piso antiderrapante
- ☐ Outro(s). Qual(ais)?:

(assinale todas as opções que achar necessário)

[4.13. Que tipo de transporte utiliza com mais frequência nas suas deslocações diárias?

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Diariamente	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Anualmente	Nunca	NR/NS/NA
Automóvel privado (como condutor)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Automóvel privado (como passageiro)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autocarro/camioneta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Táxi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bicicleta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motorizada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comboio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Metro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A pé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulância	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transporte da Junta de Freguesia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transporte de uma instituição/associação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[]

4.14. Observações gerais do inquiridor/investigador

(ex: negligência do espaço; autonegligência)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

5. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ÍNDICE DE BARTHEL

Refira se consegue realizar as seguintes Atividades Básicas da Vida Diária

(Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

[]

5.1 - Refira se consegue realizar as seguintes Atividades Básicas da Vida Diária (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

ÍNDICE DE BARTHEL

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

Alimentação

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 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

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 10= Totalmente independente (ex.: Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos)
- ☐ 5= Necessita de alguma ajuda (ex.: Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)
- ☐ 0= Dependente

[]

Banho

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 5= Totalmente independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)
- ☐ 0= Dependente

[]

Higiene Corporal

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 5= Totalmente independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)
- ☐ 0= Dependente

[]Utilizar a Casa de Banho

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 10= Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)
- ☐ 5= Necessita de Ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se sozinho e ajustar a roupa)
- ☐ 0= Dependente

[]Controlo Intestinal

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 10= Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de clisteres, fá-lo sozinho)
- ☐ 5= Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para clisteres)
- ☐ 0= Incontinente fecal

[]Controlo Vesical

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 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

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 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

[]

Transferência Cadeira-Cama

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 15= Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)
- ☐ 10= Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão)
- ☐ 5= Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)
- ☐ 0= Dependente

[]

Deambulação

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ 15= Independente (Caminhada pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, 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 Barthel

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

5.2 - Refira se consegue realizar as seguintes Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007):**ÍNDICE DE LAWTON**

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

Cuidar da Casa

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Cuida da casa sem ajuda
- ☐ Faz tudo excepto o trabalho pesado
- ☐ Só faz tarefas leves
- ☐ Necessita de ajuda para todas as tarefas
- ☐ Incapaz de fazer alguma coisa

[]Lavar a roupa

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Lava a sua roupa
- ☐ Só lava pequenas peças
- ☐ É incapaz de lavar a sua roupa

[]Preparar a comida

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Planeia, prepara e serve sem ajuda
- ☐ Prepara se lhe derem os ingredientes
- ☐ Prepara pratos pré-cozinhados
- ☐ Incapaz de preparar as refeições

[]Ir às compras

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Faz as compras sem ajuda
- ☐ Só faz pequenas compras
- ☐ Faz as compras acompanhado
- ☐ É incapaz de ir às compras

[]Uso do Telefone

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Usa-o sem dificuldade
- ☐ Só liga para lugares familiares
- ☐ Necessita de ajuda para o usar
- ☐ Incapaz de usar o telefone

[]Uso de Transporte

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Viaja em transporte público ou conduz
- ☐ Só anda de táxi
- ☐ Necessita de acompanhamento
- ☐ Incapaz de usar o transporte

[]Uso do dinheiro

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Paga as contas, vai ao banco, etc.
- ☐ Só em pequenas quantidades de dinheiro
- ☐ Incapaz de utilizar o dinheiro

[]Responsável pelos medicamentos

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Responsável pela sua medicação
- ☐ Necessita que lhe preparem a medicação
- ☐ Incapaz de se responsabilizar pela medicação

[]Total AIVD

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

5.3 - Se necessita de apoio para as seguintes tarefas, indique quem lhe presta esse apoio (indicar nome / parentesco):**(Se não necessita, passar à questão seguinte)**

Introduza comentários apenas quando escolher uma resposta

Por favor, selecione todas as que se aplicam e forneça um comentário:

- ☐ Cuidados pessoais (alimentação, vestir e despir, higiene pessoal)
- ☐ Locomoção (transferências, subir e descer escadas)
- ☐ Higiene habitacional (limpeza doméstica, tratamento de roupas)
- ☐ Toma de medicamentos
- ☐ Gestão financeira (banco, pagamentos, etc.)
- ☐ Gestão das tarefas domésticas (compras, burocracias)
- ☐ Acompanhamento (consultas médicas, serviços)
- ☐ Apoio emocional (companhia)
- ☐ Apoio financeiro
- ☐ Supervisão (cuidados prestados, emergências)

[]5.4. Necessita da ajuda de um dispositivo de apoio ou prótese que atualmente não tenha?Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

[]5.4.1. Se sim, refira qual(ais):**Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:**

A resposta for 'Sim' na pergunta '88 [S5p54]' (5.4. Necessita da ajuda de um dispositivo de apoio ou prótese que atualmente não tenha?)

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Bengala ou tripé
- ☐ Muletas
- ☐ Cadeira de rodas
- ☐ Prótese auricular
- ☐ Dentadura
- ☐ Óculos
- ☐ Outra. Especifique::

--

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE

[]6.1. Tem um centro de saúde ou outro serviço de saúde de referência?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
☐ Não

[]6.2. Tem médico de família ou outro que a acompanhe regularmente?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
☐ Não

[]6.3. Toma algum tipo de medicamento(s)?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
☐ Não

[]6.3.1. Quantos medicamentos toma por dia?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]

6.4. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Muito boa
☐ Boa
☐ Regular
☐ Má
☐ Muito má
☐ Não vê (cego)
☐ NS/NR

[]

6.5. Como está a sua audição? (sem ajuda)Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Má
- ☐ Muito má
- ☐ Não ouve (surdo)
- ☐ NS/NR

[]6.6. De um modo geral, como avalia a sua saúde?Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Excelente
- ☐ Boa
- ☐ Aceitável
- ☐ Má
- ☐ Muito má

[]6.7. Quantas refeições faz por dia?Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Uma refeição
- ☐ Duas refeições
- ☐ Três ou mais refeições

[]6.8. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) consome por dia?Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Menos de 3 copos
- ☐ Três a cinco copos
- ☐ Mais de 5 copos

[]6.9. Relativamente a hábitos alimentares, consome:

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)	☐	☐
Duas ou mais porções semanais de leguminosas e/ou ovos	☐	☐
Carne, peixe ou aves todos os dias	☐	☐
Duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas (saladas, sopas, legumes)	☐	☐
Três ou mais pães por dia	☐	☐

[]6.10. Fuma tabaco (cigarros, charutos, cachimbo, etc.)?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

[]6.11. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não bebe

[]6.12. Observações:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]6.13. Agora vamos fazer-lhe algumas perguntas para ver como está a sua memória e a sua atenção/concentração. Tente responder o melhor que conseguir.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

(Teste de declínio cognitivo de 6 itens, Kigshill version, 2000; Apóstolo et al., 2017)

[]6.13.1. Em que ano estamos?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Correto = 0 pontos

Incorreto = 4 pontos

[] 6.13.2. Em que mês estamos?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Correto = 0 pontos

Incorreto = 3 pontos

[]

Peça à pessoa que memorize uma frase com um endereço de 5 componentes.

Ex.:

- | | |
|-----------|-----------------------------|
| 1. | António, |
| 2. | Silva, |
| 3. | nº 42, |
| 4. | Avenida da Boavista, |
| 5. | Porto. |

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]**6.13.3. Que horas são (aproximadamente)?**

[A pessoa não pode ver as horas num relógio – margem de erro 1 hora]

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Correto = 0 pontos

Incorreto = 3 pontos

[] Conte na ordem inversa de 20 para 1.

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Correto = 0 pontos

1 erro = 2 pontos

>1 erro = 4 pontos

[] Diga os meses do ano na ordem inversa.

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Correto = 0 pontos

1 erro = 2 pontos

>1 erro = 4 pontos

[] Repita a frase com o endereço.

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Correto = 0 pontos

1 erro = 2 pontos

2 erros = 4 pontos

4 erros = 8 pontos

Tudo errado = 10 pontos

[] Score total (teste de declínio cognitivo)

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]Agora vamos fazer-lhe algumas perguntas sobre como se tem sentido na última semana.

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Está satisfeito com a sua vida?	☐	☐
Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	☐	☐
Sente a sua vida vazia?	☐	☐
Fica muitas vezes aborrecido(a)?	☐	☐
Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	☐	☐
Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	☐	☐
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	☐	☐
Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	☐	☐
Prefere ficar em casa em vez e sair e fazer coisas novas?	☐	☐
Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	☐	☐
Pensa que é muito bom estar vivo?	☐	☐
Sente-te inútil?	☐	☐
Sente-se cheio(a) de energia?	☐	☐
Sente que para si não há esperança?	☐	☐
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o senhor(a)?	☐	☐

(**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA** - Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

7. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAIS

[7.1 - Neste momento está a ser apoiado por algum serviço ou instituição da comunidade?

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Serviço de Apoio Domiciliário
- ☐ Centro de dia
- ☐ Junta de Freguesia
- ☐ Outra instituição. Qual?:

[7.2 Refira se nos últimos seis meses, participou em alguma das seguintes atividades ou serviços.

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Atividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia?	☐	☐
Programa de exercício físico organizado por alguma instituição, Junta de Freguesia ou Câmara Municipal?	☐	☐
Curso de educação de adultos ou de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si?	☐	☐
Eventos religiosos?	☐	☐

[7.3 Acha que necessita ou gostaria de participar neste tipo de atividades ou serviços?

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Atividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia?	☐	☐
Programa de exercício físico organizado por alguma instituição, Junta de Freguesia ou Câmara Municipal?	☐	☐
Curso de educação de adultos ou de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si?	☐	☐
Eventos religiosos?	☐	☐

[7.4 - Se existisse nas suas proximidades um dos seguintes projectos, refira aquele(s) em que gostaria de participar:

Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Um centro de dia onde pudesse encontrar pessoas e conviver
- ☐ Uma universidade sénior
- ☐ Uma associação recreativa e cultural
- ☐ Um grupo consultivo de seniores na freguesia
- ☐ Um projecto de voluntariado
- ☐ Não tem interesse em participar.
- ☐ Outro. Qual?:

MAXIMO 3 OPÇÕES

[]7.5 – Se no futuro a família não tiver condições de cuidar de si e vier a necessitar de ajuda, qual destas possibilidades pondera:

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ O internamento num lar de idosos
- ☐ Recorrer ao apoio de um serviço de apoio domiciliário, permanecendo em casa
- ☐ Viver em casa de um familiar, recebendo serviços de apoio domiciliário
- ☐ Ir viver para uma família de acolhimento
- ☐ Outra solução. Qual?

Muito obrigado pela sua participação!

Submeter o seu inquérito
Obrigado por ter concluído este inquérito.

Anexos

Anexo 1: Caraterização dos escalões etários dos inquiridos

Escalões Etários	N	%
< 80 anos	139	42,1
>= 80 anos	191	57,9
Total	330	100,0

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	330	70	96	80,82	5,903
Valid N (listwise)	330				

Anexo 2: Caraterização do Sexo dos indivíduos inquiridos

		N	%
Válido	Masculino	102	30,7%
	Feminino	230	69,3%
	Total	332	100,0%

Anexo 3:Caraterização do grau de escolaridade dos inquiridos

		N	%
Válido	Não sabe ler nem escrever	36	11,0%
	Sabe ler e escrever (sem ter completado o ensino primário)	78	23,7%
	Ensino Primário/1º CEB completo	187	56,8%
	Ensino Preparatório/2º CEB	11	3,3%
	Ensino Sec. Unif./3º CEB (antigo 7º, 8º e 9º anos)	13	4%
	Ensino Secundário	2	0,6%
	Ensino Médio (Ex: antigos enfermeiros ou professores primários)	2	0,6%
	Total	329	100%

Anexo 4: Teve um trabalho remunerado ao longo da vida

		N	%
Válido	Sim	327	99,4%
	Não	2	0,6%
	Total	329	100,0%

Anexo 5: Principais fontes de rendimento do agregado familiar

		N	%
Refira as principais fontes de rendimento do agregado	Trabalho	2	0,6%
	Subsídio de doença, acidente	0	0,0%
	Rendimento Social de Inserção	0	0,0%
	Complemento solidário para idosos	11	3,3%
	Outros subsídios/apoios estatais	9	2,7%
	Pensão de Reforma/Pensão de Velhice	317	96,1%
	Pensão social de velhice	5	1,5%
	Pensão de viuvez (regime não contributivo)	41	12,4%
	Pensão de sobrevivência (regime contributivo)	97	29,4%
	Pensão de invalidez	11	3,3%
	Ajudas de amigos e/ou vizinhos	0	0,0%
	Ajudas de familiares	1	0,3%
	Outra	0	0,0%
	Total	330	100,0%

Anexo 6: Refira o valor dos rendimentos do agregado familiar

		N	%
Válido	Até 300 euros	14	5,9%
	De 301€ a 499€	70	29,3%
	De 500€ a 699€	64	26,8%
	De 700€ a 899€	46	19,2%
	De 900€ a 1499€	43	18,0%
	≥1500€	2	0,8%
	Total	239	100%

Anexo 7: Qual é o seu estado civil

		Frequência	%
Válido	Solteiro/a	30	9,0%
	Casado/a - união de facto	126	38,0%
	Viúvo/a	151	45,5%
	Divorciado/a ou separado/a	25	7,5%
	Total	332	100,0%

Anexo 8: Quem vive consigo na sua casa

		N	%
Quem vive consigo na sua casa	Vive sozinho/a	188	57,0%
	Cônjuge	122	37,0%
	Filhos/as	16	4,8%
	Netos/as	7	2,1%
	Pais ou sogros	0	0,0%
	Irmãos e/ou cunhados	0	0,0%
	Outros familiares	3	0,9%
	Amigos	0	0,0%
	Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)	3	0,9%
	Total	330	100,0%

Anexo 9: Escala de Rede Social de Lubben - EL

		N	%
Válido	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	214	66,5%
	Com Risco de Isolamento Social (< 12)	108	33,5%
	Total	322	100,0%

Anexo 10: Escala de Rede Social de Lubben – Risco Severo – EL

		N	%
Válido	Risco/Sem Risco de Isolamento Social (≥ 6)	311	96,6%
	Com Risco Severo de Isolamento Social (< 6)	11	3,4%
	Total	322	100,0%

Anexo 11:” Tem alguém em quem possa confiar” cruzado com a Escala de Rede Social de Lubben

		Tem alguém em quem possa confiar?			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Escala de Rede Social de Lubben – EL	Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	10	41,7%	203	68,6%
	Com Risco de Isolamento Social (<12)	14	58,3%	93	31,4%
Total		24	100%	296	100%

Anexo 12: Áreas de intervenção

Freguesia/Bairros	Saúde	Recursos Económicos	Respostas Sociais	Habitação	Monitorização/ Estruturas Locais	Acompanhamento Jurídico
Bonfim	4	3	11	1	21	
UF Lordelo do Ouro e Massarelos	2		27		17	