

## Introdução

O presente Relatório de Estágio inseriu-se no plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Serviço Social, da área de Segurança Social, ministrado pelo Instituto Superior Miguel Torga.

O campo institucional onde decorreu este estágio foi a Associação Nacional de Apoio ao Idoso. Este encontrou-se a decorrer sob a orientação da Dr.ª Sónia Vinagre e sob supervisão da Dr.ª Isabel Freire (Estágio I) e da Mestre Sónia Santos (Estágio II).

O Estágio apresenta-se como uma instância pedagógica, um treino de carácter técnico e social que permite aplicar conhecimentos teóricos, através da vivência em situações reais de actividade da futura profissão.

A Associação Nacional de Apoio ao Idoso (ANAI) é uma Instituição sem fins lucrativos que visa actuar no domínio da solidariedade social com sede em Coimbra. Tem como objectivo fundamental retardar o envelhecimento e minimizar situações de isolamento e solidão da pessoa idosa. (Apêndice 1: Caracterização Institucional)

A problemática de investigação apresenta-se com a seguinte pergunta de partida: **“De que modo é que o papel desempenhado pelo Centro de Dia da ANAI contribui para a integração do idoso na comunidade local?”**.

Um outro aspecto que é importante focar nesta breve problematização do conceito de integração social do idoso o facto da rede social referir-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transaccionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa idosa na comunidade.

No que se refere às redes sociais de apoio, estas desempenham um papel podendo ser consideradas como “ forças sociais no ambiente natural, que contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, à forma como as suas ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema.” (Gotlieb citado por Paul, 1997).

Este relatório é constituído por quatro capítulos. O primeiro capítulo abrange a intervenção na A.N.A.I. no âmbito do Serviço Social, ou seja, é uma reflexão crítica acerca do Serviço Social. No capítulo segundo encontra-se o enquadramento teórico com a relação entre conceitos, nomeadamente: o envelhecimento; a qualidade de vida; as redes sociais; exclusão social e a pobreza; solidão e isolamento social. O capítulo

terceiro é composto pela metodologia de investigação que foi efectuada e no quarto capítulo encontra-se a apresentação dos resultados com a consequente caracterização da amostra; análise dos resultados, discussão dos resultados. No quinto capítulo faremos a conclusão à nossa investigação.



## Capítulo I -Intervenção na ANAI no âmbito do Serviço Social

A prática do Serviço Social na ANAI remonta ao período da sua constituição, a 12 de Julho de 1994, desenvolvendo um papel fundamental no que se refere à formação e implementação de respostas sociais. Esta intervenção é efectuada ao nível dos Utentes, da Família e Comunidade, procurando dar resposta deste modo, às suas necessidades humanas e sociais.

A existência de serviços diversificados implica respostas diversificadas. Por conseguinte, cabe ao Serviço Social fazer articulações com ou entre serviços e instituições, assegurando o complemento de satisfação de necessidades humanas e sociais.

A prática profissional do Serviço Social deve ser situada no contexto das relações sociais concretas de cada sociedade, incluindo na sua configuração os “resultados” do movimento histórico, da dinâmica da sociedade, num determinado momento e numa dada conjuntura.

Deste modo, o Serviço Social institui-se como uma prática profissional de controlo e de regulação social, mas tem vindo a afirmar-se tanto em contexto de normalização e integração social, como de luta pela liberdade dos homens e pela valorização da cidadania, assumindo diferentes perspectivas consoante a dimensão interventora (a nível macro e micro) e o perfil sócio-profissional do Assistente Social. Procura provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento. (IDÁNEZ, Maria José Aguilar). *“Os Assistentes Sociais procuram trabalhar em prol do bem-estar e da realização pessoal das pessoas, na procura de maior justiça social”* (IDÁNEZ, Maria José Aguilar.2001:37).

Verifica-se como experiência de estágio, que a realidade apresenta-se com novas interrogações, com novos problemas, daí a necessidade de se conhecer o melhor possível a realidade onde se vai intervir.

É função de qualquer Técnico de Serviço Social, informar os utentes/família sobre os seus direitos e políticas sociais. Deste modo, cabe ao Técnico de Serviço Social, informar os utentes sobre as políticas para a população idosa, e de todos os direitos que lhe assistem.

**FALEIROS**, Vicente Paula (1997) reforça a importância desta função do Técnico de Serviço Social, dado referir que o acesso às políticas sociais básicas, por parte dos utentes que recorrem ao serviço social, depende de condições mínimas de informação, apresentação pessoal, transporte, capacidade de falar, de requerer, entender todo o processo Institucional, obter documentos, elaborar recursos das decisões.

Desta forma, é necessário fortalecer os utentes e isso implica um trabalho social nas mediações da informação correcta, do encaminhamento, do esclarecimento sobre o funcionamento da Instituição, da defesa do utente perante dadas recusas e direitos que lhe assistem. É necessário que o Técnico de Serviço Social intervenha e participe nas políticas sociais, que são o campo de intervenção da acessibilidade, apoio e acompanhamento dos utentes. Porque, considerando-se hoje um agente importante na promoção do bem-estar, do auto-conhecimento e valorização individual e colectiva, pode e deve contribuir com os seus conhecimentos teóricos, com os seus métodos de trabalho e competências profissionais, para a definição e concretização de mais políticas sociais.

Na ANAI, o Técnico de Serviço Social, intervém e participa nas políticas sociais, visto que os idosos utentes têm na sua maioria baixas qualificações escolares, sendo indispensável esclarecer e informar sobre os seus direitos e deveres cívicos. As funções do Serviço Social na ANAI também abrange a organização de actividades de carácter sócio-cultural, recreativo e terapêutico-ocupacional, de maneira a combater a solidão, o isolamento e a inactividade física e mental dos idosos. Por conseguinte, cabe ao Técnico Superior de Serviço Social da ANAI, as seguintes funções: Atendimento de utentes; Visitas Domiciliárias; Estudo de casos; Planeamento de acções destinadas à população beneficiária dos serviços; Articulação com outras instituições ou entidades oficiais/particulares; Encaminhamento para outros serviços, em situações pontuais; Elaboração de relatórios sociais; Elaboração de cálculos de comparticipação dos utilizadores dos serviços; Elaboração e implementação de projectos que promovam as relações inter-geracionais; Participação na preparação e planificação de projectos para acções de formação; Estudo e avaliação das necessidades; Acompanhamento das acções desenvolvidas e análise do grau de satisfação dos seus frequentadores.

Na ANAI, pretende-se que o Técnico de Serviço Social atinja os seguintes objectivos: promover a colaboração com o Serviço Social de outras instituições; elaborar o diagnóstico social das diversas situações problemáticas (levantamento de

situações e necessidades de natureza socio-económica e as resultantes do isolamento e da solidão, de certo tipo de doenças, de problemas familiares, de degradação da habitação); analisar com os utentes os problemas envolventes e a solução existente de forma a criar as respostas adequadas à situação; encaminhar para as entidades competentes os casos para os quais a instituição não tem capacidade de resposta; evitar a institucionalização da pessoa idosa disponibilizando equipas de auxiliares de família preparadas para a prestação de serviços que apoiem, no domicílio, a pessoa idosa e os familiares, respondendo às necessidades básicas do quotidiano; desenvolver programas promocionais de um estilo de vida activo e saudável, superando o estereótipo negativo que o fenómeno do envelhecimento frequentemente acompanha; incentivar a consolidação de novos contactos geracionais e inter-geracionais fomentando a continuidade e a manutenção de um “projecto de vida”; identificar as necessidades e procurar accionar os recursos e serviços existentes na comunidade para atender à satisfação das necessidades reais dos destinatários; abrir canais de comunicação e estabelecer “feedback” entre as famílias e a população utente e as instituições; organizar um ficheiro de procura de serviços no qual constem elementos caracterizadores da situação económica dos agregados familiares.

Contudo, o trabalho a desenvolver não se restringe aos objectivos atrás explicitados, na medida em que, o Assistente Social será cada vez mais confrontado com novas exigências, quer em termos teóricos e metodológicos, quer no seu desempenho profissional, implicando por isso uma atenta e permanente actualização para ir ao encontro do esperado, tanto da parte do utente que a ele recorre bem como da Instituição na qual realiza o seu trabalho. Uma vez que dentro da instituição desenvolve uma função de mediação entre os objectivos desta e dos utentes que procuram respostas para os seus problemas, reside neste ponto o eterno problema da dicotomia entre o saber profissional e o poder Institucional (**FALEIROS**, Vicente Paula.1985). Assim, compete ao Assistente Social estudar e aplicar estratégias de acção e formas de sensibilização em diálogo com a Instituição que detém o poder de decisão. Acrescentando ainda que, as Instituições têm uma clara tendência para se limitarem ao conjunto das respostas típicas abrangidas pelos acordos de cooperação e raramente são valorizadas actividades não incluídas no âmbito das valências tradicionais. Este facto poderá empobrecer o trabalho a desenvolver, não potenciando novas formas de interligação entre a sociedade e o individuo, contribuindo para uma regidificação institucional. Em relação à prática

profissional da Técnica Superior de Serviço Social na Instituição, acresce referirmos que, face à actual conjuntura do mercado de trabalho, será de todo pertinente referir que a valorização dos objectivos profissionais em confronto com os objectivos institucionais, não será a melhor estratégia para ampliar ou alterar os objectivos institucionais e pessoais, além de comportar demasiados riscos. Verifica-se, por isso, um certo pragmatismo da Assistente Social no exercício da sua actividade, na medida em que, numa época de instabilidade e precariedade laboral, procura compatibilizar os seus projectos e objectivos profissionais com os da Instituição. Se por um lado é importante que o profissional seja activo na promoção de estratégia adequadas à realidade em que se insere a Instituição que representa, não é menos verdade que tal actividade pode chocar com os princípios orientadores da Instituição. Assim, este pragmatismo não é sinónimo de incompetência, falta de ambição profissional e muito menos desrespeito pelos princípios éticos que devem nortear a sua prática profissional, mas tão só um ajustamento necessário que nem sempre conduz aos resultados mais desejados por ambas as partes.

Desta forma na ANAI, o desafio da Técnica incide na mediação desta correlação de forças existentes, no sentido de facilitar o acesso da população ao saber decidir sobre ela mesma, aos recursos disponíveis e ao poder de decisão. Contudo, a condição de assalariada da Assistente Social, faz com que não possa ignorar e suprimir todos os constrangimentos e limites institucionais, e compreender algumas particularidades da sua prática profissional.

**FALEIROS**, Vicente Paula (1997), apesar de reconhecer os constrangimentos institucionais, não deixa de repartir algumas críticas entre o poder institucional e os Assistentes Sociais enquanto intérpretes/representantes desse poder.

Algumas críticas são verificáveis na prática ao nível do atendimento, no qual é possível constatar que os Técnicos essencialmente por constrangimento de ordem institucional e política desempenham um papel de inquiridores fiscais, ou ainda, “*de um juiz rigoroso da pobreza dos beneficiários*”, como lhe chama **IAMAMOTO**, Marilda V. (1998:161). Todavia, sabemos que este é um problema dificilmente contornável, dado que, os recursos das instituições são escassos, o que implica uma rigorosa triagem dos possíveis utentes.

No entanto, **FALEIROS**, Vicente Paula (1997) critica esta prática, referindo que, como autoridade profissional, o Técnico muitas vezes acaba por impor à pessoa

que busca a atenção para o seu problema, a análise (diagnóstico) e a solução que ele encontra, previamente estabelecida, à luz dos valores e parâmetros estabelecidos.

O utente é colocado numa posição passiva, em que se não aceita as regras que lhe apresentam é excluído dos benefícios possíveis. Se aceita as normas da Instituição é socialmente excluído, porque ao ser institucionalizado utente, é classificado de acordo com as características físicas, psicológicas e sociais. Para usufruir das respostas da Instituição, acaba por ser controlado económica e socialmente por esta.

Com efeito, as Instituições são criadas como mecanismos reguladores das crises do desenvolvimento capitalista em todos os níveis, e que se mostram preocupadas com o bem-estar da população. Mas acabando por perceber que, *“por detrás desta face humanista esconde-se o uso da violência, pela busca do consentimento, da aceitação, numa série de mediações organizadas para convencer, moldar, educar a compreensão e a vontade das pessoas necessitadas.”* (FALEIROS, Vicente Paula.1997).

Neste sentido, e atendendo aos aspectos anteriormente salientados, percebe-se que o exercício do Serviço Social requer um permanente questionamento, tanto na sua componente teórica (resultado do olhar atento à realidade social ) como na sua componente prática, a qual deverá estar imbuída desta reflexão priorística.





## Capítulo II – Especificidades do contexto de vida dos idosos

### 1) Envelhecimento

O envelhecimento pode ser compreendido como o resultado da transição do tempo ou como o procedimento cronológico pelo qual um indivíduo se torna mais velho. Esta tradicional descrição tem sido afrontada pela sua naturalidade.

Rosangela Machado diz-nos que o ser humano se caracteriza por um processo biopsicossocial de metamorfoses, ocorridas ao longo da existência, suscitando uma diminuição progressiva de eficiência de funções orgânicas (biológica), criação de novo papel social que poderá ser categórico ou restritivo de acordo com os valores sociais e culturais do grupo ao qual o idoso pertence (sócio-cultural); e pelo cariz psíquico visto tanto pela sociedade quanto pelo próprio idoso (psicológico). O envelhecimento do ser humano seria o processo de deterioração dos sistemas com o tempo, possibilitando assim a presença de filosofias “anti-envelhecimento” e mesmo de interferências, com o intuito de maquilhar ou impedir o envelhecimento, descurando que, o envelhecimento é um processamento inabalável e irreversível. O envelhecimento é uma parte importante de todas as sociedades humanas, incidindo as mutações biológicas, mas também as combinações sociais e culturais. Desde tempos que remontam ao passado que a problemática do envelhecimento tem sido assunto do pensar filosófico, recordando Platão, para quem toda a *"filosofia é uma meditação relacionada com a morte"*.

O envelhecimento não tem sido encarado ao longo dos séculos da mesma maneira. O seu conceito tem sofrido grandes transformações na forma de ser percebido e sentido, alternando estas de acordo com diferentes culturas e diferentes crescimentos das comunidades. De facto, envelhecer há 50 anos atrás não constituía um problema; era considerado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como a utilização e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era discrepante daquela que se tem hoje (Costa, 1999). É nesta dinâmica que os procedimentos e percursos de envelhecimento conduziram às diferentes alterações ocorridas. São várias as consequências do Envelhecimento Populacional, com uma evidente menor população activa (que desconta para a

segurança social), e uma maior população inactiva (que recebe reformas da segurança social), contribuindo para uma menor competitividade económica, mas mais importante ainda, para o declínio da População.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente, 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. (OMS, 2005: p.8). É necessário reflectir sobre os impactos do envelhecimento demográfico das populações e sobre as profundas mudanças que, simultaneamente, têm vindo a ocorrer nas sociedades industriais modernas, como é a nossa; necessitamos, pois, de permanente pesquisa e discussão (FERNANDES, Ana Alexandra, 1997).

O envelhecimento das populações tem tendência a acentuar-se não só no topo da pirâmide etária com o aumento dos mais velhos, mas também na base com o aumento dos mais novos. Esta “involução demográfica” enquadra-se na tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e, a seu tempo, da população mundial, contribuindo desse modo para o agravamento do desequilíbrio intergeracional.

*“A grande questão que se nos coloca ao escrevermos sobre o envelhecimento foi compreender um pouco mais a dinâmica da velhice, partindo do pressuposto de que há claramente velhices bem e mal sucedidas. Nesta perspectiva o problema de ordem prática tem a ver com a institucionalização do idoso e as respostas que a sociedade deveria implementar para melhorar a sua qualidade de vida.”* (PAÚL, Maria Constança, 1997:152).

É de referenciar que a deficiência tem vindo a ocupar cada vez mais espaço nas políticas públicas portuguesas. Isto acontece como resultado do envelhecimento demográfico e é o reconhecimento de que a deficiência não é algo inesperada, mas uma experiência que faz parte da vida de uma grande quantidade populacional.

Uma das barreiras que urge derrubar é a que diz respeito à terminologia correcta a usar quando se discutem os vários graus de deficiência.

As políticas sociais para os deficientes procuram definir com clareza a deficiência, uma vez que os idosos são os que compõem a maior parte do universo dos portadores de deficiência. Dado o cruzamento entre deficientes e idosos, as teorias

políticas do modelo social da deficiência são uma grande fonte de diálogo e inspiração para políticas de bem-estar para os idosos.

O modelo social da deficiência surge na década de 1960, no Reino Unido, em reacção às abordagens biomédicas. A deficiência não deve ser entendida como um problema social, mas sim como uma questão social, na ideia base do modelo social, devendo a sociedade prever e ajustar-se à diversidade de deficiências.

Para o modelo médico lesão leva à deficiência, para o modelo social sistemas sociais levam pessoas com lesões à deficiência. Com isto os vários critérios estabelecem os limites da deficiência, uns temporários, outros definitivos.

Segundo Oliver (1990), todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social, não importando se as restrições acontecem em consequência de ambientes inacessíveis, de noções questionáveis de inteligência e competência social.

Desta forma, uma sociedade que se tem mostrado fortemente associada à figura da pessoa dependente, que vive à margem em asilos, hospitais e outras instituições, tirando a capacidade destes indivíduos exercerem a sua autonomia, tornando-os cada dia, mais dependentes. Contudo, sabe-se que as pessoas idosas apresentam risco potencial no que se refere à perda das suas capacidades funcionais e/ou mentais, o que pode determinar dependência parcial ou total tanto de idosos, como de deficientes idosos ou não, para a realização de tarefas da sua vida quotidiana.

Neste sentido, o Serviço Social tem um papel fulcral na medida em que pode, da melhor maneira possível, minorar se não todos, mas pelo menos o maior número possível, dos problemas que esta população apresenta, sendo que o Centro de Dia constitui-se numa notável resposta dirigida especialmente a este tipo de população.

### **1.1. – Saúde e o Envelhecimento: Envelhecimento Activo**

A palavra Saúde deriva da raiz latina sanus que significa são. Segundo a Organização Mundial de Saúde, Saúde “*é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”. Esta definição, largamente divulgada, está longe de provocar unanimidade. É raro uma pessoa estar ao mesmo tempo de perfeita saúde e num estado completo de bem-estar físico, mental e social.

A mais recente abordagem à definição de saúde é a de Dunne: descreve a Saúde como um “estado que permite a uma pessoa funcionar com o seu potencial máximo, num determinado aspecto específico”. Esta noção veicula o aspecto da permanente adaptação do sujeito a todos os níveis. É realista, global, dinâmica e é válida para todas as idades. O conceito de Saúde modificou-se nos últimos anos e, actualmente, estar com saúde não significa somente não estar doente. Insiste-se mais nos aspectos positivos de um corpo e espíritos libertos, a par de um desenvolvimento pessoal para uma melhor qualidade de vida.

Na actualidade surge um novo conceito que associa o envelhecimento e as questões da saúde: o envelhecimento activo. Partindo dos dados demográficos, os quais apontam para a existência em 2025 de cerca de um terço da população mundial ter acima dos 65 anos de idade, a OMS tem procurado desenvolver novas abordagens a uma

## **2) Qualidade de vida**

Podemos dizer que a qualidade de vida é uma percepção global da vida pessoal, para a qual contribuem inúmeros domínios e componentes. Por conseguinte, é uma variável com características diversas: é multifactorial, é uma medida de percepção pessoal, varia com o contexto temporal e social e é subjectiva. É multifactorial, uma vez que tem em conta domínios como o psicológico, o físico e o funcional e ainda o funcionamento social. Sendo uma medida de percepção pessoal, é uma medida que não é estável porque é susceptível de mudar com o tempo, e por isso requer uma avaliação muito cuidada (RIBEIRO, José Luís Pais, 1995:78). Resumindo, qualidade de vida é um conceito global e unificador e refere-se geralmente a um estado de saúde ideal.

### 3) Redes sociais

A rede social refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transaccionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa idosa na comunidade.

No que se refere às redes sociais de apoio, estas desempenham um papel podendo ser consideradas como “ forças sociais no ambiente natural, que contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, à forma como as suas ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema.” (Gotlieb citado por Paul, 1997)

No que diz respeito ao acolhimento e acompanhamento da população dependente, encontramos dois tipos de resposta distintos: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. Nas redes de apoio formal podemos inserir os serviços estatais de Segurança Social, os Centros de Saúde, os Hospitais e os serviços organizados pelo poder local em áreas restritas ao concelho ou freguesia, com o intuito de apoiar a população, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia.

As redes de apoio informal subdividem-se em dois grupos: as constituídas pela família e as constituídas pelos vizinhos e pelos amigos. O papel das redes familiares é conhecido, e nele acentuou, desde sempre, o apoio necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é a mesma. Com a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais fácil, a que não é alheio, entre outros aspectos, o trabalho feminino fora do lar e a própria limitação das habitações. As redes de apoio informal, constituídas pelos amigos e vizinhos do dependente desempenham um papel preponderante relativamente ao apoio emocional, mas também na ajuda instrumental mas mais em situações de ausência de familiares.

“A distinção entre ajuda recebida e prestada é outro elemento importante para perceber a evolução da reciprocidade das relações ao longo da vida. A quantidade de apoio recebido versus prestado alterar-se-á, esperando-se que o dependente receba mais apoio do que o que fornece aos outros”. (PAÚL, Maria Constança, 1997)

A família é o suporte e o lugar privilegiado para o indivíduo em situação de dependência. Quando está implícita a sua saúde, é geralmente na família que procura apoio, carinho e assistência necessária para a sua reabilitação.

### **3.1. – Redes primárias e redes secundárias**

“Os conceitos de rede primária e de rede secundária assentam basicamente no tipo de vínculos relacionais existentes entre os membros da rede social, embora muitos outros aspectos os distingam” (ABREU, Sónia, 2000).

As redes primárias referem-se, de uma forma geral, a “um conjunto natural de indivíduos em interacção uns com os outros (...) que formam a trama de base na sociedade e o meio de inserção do indivíduo” (Guédon, citado por Abreu, Sónia, 2000). Segundo LACROIX, J.L. (1990) a rede primária é composta por “indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional”. Os vínculos de uma rede primária são fundamentalmente de cariz afectivo, não existindo nenhum tipo de obrigação nem de formalidades na relação.

Neste tipo de redes existe o carácter dinâmico fundamental, uma vez que não tem a mesma configuração, modificando-se e flutuando com o tempo e com a mobilidade das relações inerentes aos próprios indivíduos. Estas possuem uma dimensão espaço-temporal, mudando de acordo com os contextos e com as circunstâncias, ou seja, segundo as escolhas e os constrangimentos sócio-pessoais, a selecção que se faz do leque das relações que nos são oferecidas (Guédon, citado por Abreu, Sónia, 2000).

No que concerne às redes secundárias, estas dizem respeito ao “conjunto de pessoas reunidas por uma mesma função, num quadro institucionalizado” (Blanchet e al., in Lacroix, J.L. 1990). Referindo-se às relações das instituições e organizações, por outras palavras remete-nos para os membros da nossa rede com os quais estabelecemos relações num contexto formal e com objectivos institucionais. O objectivo deste tipo de rede social é essencialmente o fornecimento de serviços.

#### 4) Exclusão social e pobreza

Estes dois conceitos surgem ligados, contudo a exclusão social é o seguimento conceptual teórico da pobreza. Segundo Bruto da Costa (2001), existiu um debate na década de 90 para conceptualizar e enquadrar duas abordagens ao conceito de exclusão social: a britânica, na qual são destacados os aspectos distributivos (pobreza) e a francesa, que incide mais nos aspectos relacionais (exclusão social). É claro que uma corrente não descarta os aspectos da outra, contudo, dão uma particular preponderância no seu conceito. Na actualidade, o conceito exclusão social veio substituir o conceito de pobreza, sem que se tenha chegado a consensos (Bruto da Costa, 2001), estando já presente no léxico institucional da União Europeia. No entanto, poder-se-à dizer que a pobreza é o lado mais saliente do conceito de exclusão social (RODRIGUES, E. V. et al, 1999).

A Exclusão Social é de complexa definição e tem que ser compreendido de forma multidimensional, pois engloba diversos domínios da sociedade.

De acordo com Alfredo Bruto da Costa (2004) existem vários tipos de exclusão social:

- Tipo Económico: Trata-se de um tipo de exclusão caracterizada por falta de recursos e consequentemente más condições de vida, baixos níveis de instrução e qualificação profissional e emprego precário.
- Tipo Social: *“É uma situação de privação do tipo relacional, caracterizada pelo isolamento, por vezes associada à falta de auto-suficiência e autonomia pessoal. (...) Este tipo de exclusão pode não ter qualquer relação com a falta de recursos, e resultar do estilo de vida de familiares e amigos, da falta de serviços de bem-estar (welfare), ou de uma cultura individualista e pouco sensível à solidariedade” (Ibidem, 2004:22).*
- Tipo Cultural: Este tipo de exclusão deve-se a factores de ordem cultural. *“Como se sabe, fenómenos como o racismo, a xenofobia ou certas formas de nacionalismo podem, só por si, dar origem à exclusão social de minorias étnico-culturais” (Ibidem, 2004:22).*
- De Origem Patológica: Factores patológicos de natureza mental podem estar na causa de situações de exclusão:



*“Por vezes, as rupturas familiares são originadas por problemas psicológicos ou mentais(...). Uma das causas da indigência na Europa está na mudança de política dos hospitais psiquiátricos, que passaram a privilegiar o tratamento ambulatorio de doentes anteriormente tratados em regime de internamento. Acontece que alguns desses doentes não têm casa ou, tendo-a, não são aceites pelos familiares, por terem comportamentos violentos que tornam insustentável a sua presença no lar” (Ibidem, 2004:23).*

- Por Comportamentos Auto-Destrutivos: *“Trata-se de comportamentos relacionados com a toxicodependência, o alcoolismo, a prostituição, etc. Também aqui, não raro, estas causas imediatas têm por detrás problemas de pobreza” (Ibidem, 2004:23).*

O conceito de **pobreza** está intimamente relacionado com o funcionamento e a organização da sociedade, com os estilos de vida e com a forma como o poder e a cultura estão estruturados. (CRESPO, António Pedro Albernaz e GUROVITZ, Elaine, 2002).

Alfredo Bruto da Costa (2004) define pobreza como uma *“situação de privação resultante da falta de recursos”*. O mesmo autor refere que entre privação e falta de recursos existe uma relação de causa e efeito, pois a privação traduz-se em más condições de vida, que normalmente afectam diversos domínios das necessidades básicas: alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidades de escolha, saúde e cuidados de saúde, educação, formação profissional, cultura, participação na vida social e política, etc.

No caso de algumas destas carências constata-se que umas originam as outras, *“como acontece, por exemplo, com as más condições de salubridade na habitação e o seu reflexo sobre a saúde, ou com o baixo nível de instrução e sua relação com o acesso à cultura” (COSTA, Alfredo Bruto, 2004:28).*

De um modo geral as situações de privação são caracterizadas por privações múltiplas, que vão afectando o pobre na sua personalidade. *“Modificam-se os hábitos, surgem novos comportamentos, alteram-se os valores, transforma-se a cultura,*

*ensaiam-se estratégias de sobrevivência, a revolta inicial vai cedendo o lugar ao conformismo, vai baixando o nível de aspirações, esbate-se a capacidade de iniciativa, enfraquece a auto-confiança, modifica-se a rede de relações, ocorre a perda de identidade pessoal” (COSTA, Alfredo Bruto, 2004:28).*

Desta forma o conceito de pobreza está estreitamente ligado com a exclusão social, pois o indivíduo cujos rendimentos se situam abaixo do limiar de pobreza não terá acesso aos sistemas de domínio económico, nem aos sistemas geradores de rendimentos, ao mercado de trabalho e conseqüentemente a falta de recursos limitará o acesso ao mercado de bens e serviços. O mesmo acontece no que diz respeito aos sistemas do domínio institucional, isto é, o acesso de uma família pobre aos serviços de saúde ou ao sistema educativo e de formação profissional, à habitação social, à justiça ou aos serviços públicos em geral será insatisfatório.

Nos centros urbanos as conseqüências da pobreza no domínio das relações sociais tornam-se mais graves, pois o facto de ser pobre conduzirá a um ciclo de convivência muito restrito circunscrito à família e aos vizinhos que vivam em condições semelhantes, muitas vezes a falta de condições de vida leva à ruptura das relações familiares e conseqüentemente à adopção de comportamentos auto-destrutivos, como o alcoolismo e em último caso, à situação de sem-abrigo.

O fenómeno da pobreza deve ser analisado tendo em conta as particularidades de cada sociedade, pois muitas vezes este é um fenómeno que persiste, não só durante o ciclo de vida de um determinado indivíduo, mas também, se reflecte na transmissão inter-geracional.

## **5) Solidão e Isolamento Social**

*“ A solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal” (PAÚL, Maria Constança, 1997:83).* A solidão surge portanto nesta perspectiva como a falta de alguma relação necessária.

Os factores demográficos que estão na base da solidão dos idosos são: esperança de vida mais longa; maior sobrevivência no grupo de pessoas com mais de 75 anos; as mulheres viverem mais tempo do que os homens; mais idosos que vivem sozinhos.

Falar do isolamento é acima de tudo falar de si, das suas relações com o mundo, das vicissitudes que podem desencadear-se e perdurar.

A situação de solidão e isolamento social traduzir-se-á como a inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio, determinante do stress e com consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos. (PAÚL, Maria Constança, 1997)

Nos contextos de vida em que o isolamento é um facto, em que a saúde e a situação económica estão fragilizados, onde a casa perde as referências e não oferece as condições necessárias, em que o acesso ao espaço público não é garantido, mesmo assim o desejo de se implicar e se integrar socialmente parece intacto. Todavia, estar isolado e sofrer de solidão não permite viver normalmente com os outros. As pessoas isoladas não têm os meios necessários para aceder à vida exterior, adaptar-se e acabar por relacionar-se com ela. As prioridades dos sistemas de protecção social e a solidariedade nacional nem sempre satisfazem o acesso de todos aos direitos de todos, pela mobilização de todos. Consequentemente, estas pessoas sentem bem a fragilidade do acesso aos seus direitos sociais.

Face à vivência negativa da imagem estigmatizada da pessoa idosa, do sentimento de rejeição ou de «não ser mais do que um doente» ou «que um processo», as pessoas levam-nos até ao que para elas é essencial: a consideração humana. Com efeito, os homens e as mulheres que encontramos põem os valores democráticos de atenção, solidariedade, justiça, compreensão, liberdade, respeito, escuta como garantias especiais para bem envelhecer. Além do mais, as pessoas idosas dizem que “a comunicação é a estratégia principal para romper com a solidão e que a sociedade deve permitir a cada um a possibilidade de se implicar nas relações e de se afirmar como se único”.

De acordo com Monk (PAÚL, Maria Constança, 1997), existem factores demográficos que estão na base da solidão dos idosos como resultado da diminuição das taxas de fertilidade e mortalidade em simultâneo. Por oposição, o apoio familiar é considerado de forma positiva por este autor, ao afirmar que os filhos e a família respondem admiravelmente às necessidades dos seus membros idosos, apesar das limitações da sua capacidade de ajuda, impostas pelas actuais circunstâncias de vida.

Os tipos de isolamento descritos por Bennett (PAÚL, Maria Constança, 1997) são: os isolados involuntários ou recentes, que por motivos que não controlam tornam-

se incapazes de manter o seu envolvimento social e sofrem uma diminuição acentuada dos seus níveis de funcionamento, entre eles o cognitivo; os isolados voluntários de longa data, que tiveram uma vida inactiva e pobre do ponto de vista social; os isolados precoces, que iniciaram o corte com a sua participação social em estádios precoces do seu desenvolvimento; os socialmente integrados.

Segundo Monk (PAÚL, Maria Constança, 1997) há ainda uma categoria particular de isolados que são os “invisíveis”. São pessoas que habitam em pensões baratas e degradadas ou quartos alugados e lutam para manter a sua independência a todo o custo, apesar dos seus baixos recursos. Os seus contactos sociais são mínimos e eles parecem não se incomodar com isso; mantêm um anonimato muito grande e correm o risco de se tornarem virtualmente invisíveis ao mundo externo.

## 6) Integração social

A OMS define a integração social como “a capacidade de um indivíduo participar e manter as relações sociais habituais” (www.who.int).

“Por integração social costumam designar-se os mecanismos através dos quais um grupo ou sociedade recebe um novo membro” (Boundoun, citado por Pinto, 1995). Através da integração exprime-se melhor o processo vivido por uma pessoa que quer vir a aceder à condição de participação plena numa organização ou sociedade.

“ A integração também não se reduz à simples acção de «ligar» alguém a um grupo ou comunidade” (Broundoun, citado por Pinto, 1995). Pode considerar-se que a integração é um processo mútuo, dado que a pessoa integra-se na sociedade e esta integra a pessoa, a pessoa está integrada na comunidade, na organização, numa rede de relações sociais e contactos indispensáveis.

Shalock destaca quatro áreas essenciais no processo de integração (citado por Afonso, 1997):

- **Vida no lar e na comunidade:** permite eleger, tomar decisões e controlar o ambiente; une os sistemas de apoio ao sujeito; potencia a utilização de apoios naturais como a família, amigos e vizinhos; foca a importância dos ambientes normalizados e integrados, as interacções sociais e as actividades na comunidade; enfatiza a associação família profissão e promove papéis e estilos de vida positiva;

- **Escola:** facilita a educação integrada; avalia as áreas básicas da actividade de vida; proporciona uma instrução baseada em elementos individuais; inclui co-alunos como apoios naturais; proporciona oportunidades e experiências baseadas na comunidade;

- **Emprego:** facilita o emprego, a capacidade profissional, as actividades vocacionais; acolhe colaboradores como apoios naturais e promove ambientes de trabalho estáveis e seguros que minimizam a insegurança e favorecem comportamentos positivos;

- **Saúde e bem – estar:** proporciona o bem-estar, enfatizando o bem-estar físico, a nutrição e estilo de vida saudáveis; maximiza a cobertura e acesso de serviços de saúde; proporciona a utilização de próteses para facilitar a mobilidade, comunicação e auto-ajuda e mantém os níveis mínimos de medicação.



### **Capítulo III – Metodologia de Investigação**

Segundo Quivy e Campenhout (1998), a identificação da problemática corresponde à primeira etapa do processo de investigação de trabalho. Para estes autores a melhor forma de iniciar um trabalho de investigação em Ciências Sociais consiste em enunciar o projecto sob a forma de pergunta de partida. Este serve de fio condutor da investigação, uma vez que nos ajuda a decidir, a descodificar e exprimir o mais exactamente possível o que se procura conhecer e compreender melhor.

Esta investigação substancia-se na seguinte questão de partida:

**De que modo é que o papel desempenhado pelo Centro de Dia da A.N.A.I. contribui para a integração do idoso na comunidade local?**

#### **1) Objectivos de Estudo**

Face ao tema da investigação: “os factores que contribuem para a integração social” procurou-se seguir um fio condutor pelo qual nos vamos guiar ao longo do processo de investigação.

O objectivo geral desta investigação prende-se com o estudo de modo a perceber os impactos que a instituição tem para na comunidade.

Tendo em conta o papel decisivo das relações que se estabelecem na instituição com a comunidade local e a importância que tem no seu desenvolvimento social, definem-se os seguintes objectivos para este estudo:

### **1.1. – Objectivos gerais:**

@ Analisar de que modo o Centro de Dia na Associação Nacional de Apoio ao Idoso contribui para a integração do idoso na comunidade local;

@ Identificar propostas no âmbito do Serviço Social.

### **1.2. – Objectivos específicos:**

@ Caracterizar a população utente e as suas necessidades;

@ Analisar as redes de sociabilidade do idoso com a família e comunidade;

@ Identificar o impacto da frequência do Centro de Dia nas redes de sociabilidade do idoso;

@ Identificar o grau de satisfação sobre a gestão dos serviços prestados no Centro de Dia.

## **2) População-alvo da pesquisa**

O universo da pesquisa é constituído por 25 utentes do Centro de Dia, previamente considerados apenas os utentes com sessenta e cinco anos ou mais, resultando numa amostra com um total de 20 utentes, sendo que 15 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Contudo, apenas 18 inquéritos foram considerados válidos para tratamento estatístico.

Por conseguinte, a amostra é constituída por 90% da população alvo da pesquisa e conta 18 utentes, sendo que 13 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

Promovemos o diálogo com os utentes com quem tal foi possível, para colher o máximo de informação que permitiu ajuizar e examinar com mais profundidade as reais situações e circunstâncias que se vivem.

O inquérito foi aplicado nas instalações da A.N.A.I.



### 3) Instrumentos Metodológicos

No que se refere ao **tipo de pesquisa** optámos por uma pesquisa do tipo descritiva, dado que este tipo de estudos implicam a descrição de um fenómeno, o registo, a análise e a interpretação do mesmo num dado espaço e tempo. Pretendeu-se desta forma fazer uma aproximação ao problema para compreendê-lo e interpretá-lo.

Quanto à **metodologia** utilizada, esta é, predominantemente, mista. Isto porque, atende-se, simultaneamente quer à metodologia quantitativa quer à metodologia qualitativa. No que se refere à metodologia quantitativa, de forma a complementar as leituras efectuadas e no sentido de perceber determinados aspectos da temática, optou-se por recolher informações através das pessoas em estudo, utilizando o tratamento estatístico dos dados.

Para este trabalho optou-se também por uma metodologia qualitativa, visto que comporta uma revisão bibliográfica e documental, que consiste na recolha de informação que nos elucidará sobre a temática em estudo e se encontra dentro das técnicas documentais. Esta metodologia também abrange a observação directa e indirecta que se encontra inserida nas técnicas não documentais.

#### 3.1. - Técnicas

A análise documental realizou-se com o recurso à legislação, regulamento interno e estatutos.

A pesquisa bibliográfica ocorreu, através da consulta a livros, jornais, artigos de revistas periódicas, com a finalidade de recolher diversas opiniões, conceitos e teorias sobre a problemática em estudo, que permitissem o confronto e aprofundamento dos nossos conhecimentos teóricos. A consulta de bibliografia e de documentos é de todo relevante porque permite ao pesquisador o contacto directo com as fontes escritas e concomitantemente uma análise em profundidade, pelo que foi uma prática constante neste processo de pesquisa.

No presente estudo, utilizou-se como temas centrais: envelhecimento; saúde; qualidade de vida; redes sociais; exclusão social e pobreza; solidão e isolamento social; integração social. Por sua vez, recorreu-se a diversos autores, sendo os principais: Alfredo Bruto da Costa, Ana Alexandra Fernandes, Maria Constança Paúl, Sónia Abreu, Conceição Pinto, Silva Relvas.

Recorreu-se também às **técnicas não documentais**, mediante a observação indirecta e directa, uma vez que permitem observar e analisar determinados conteúdos que possam ser mais subjectivos e não facilmente medidos.

**A observação indirecta** é aquela em que *“o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação procurada. Ao responder às perguntas, o sujeito intervém na produção de informação”*(QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, Luc Van: 2005.164). Foi aplicada aos utentes através do instrumento de observação: questionário. A administração dos questionários foi indirecta uma vez que o investigador (estagiária) preencheu o questionário a partir das respostas fornecidas pelo inquirido. Teve em atenção as possíveis limitações da população-alvo, tais como: analfabetismo, limitações físicas, entre outras. É de mencionar que utilizou questões de resposta semi-aberta e questões de resposta fechada. Os inquéritos foram aplicados nas instalações da Associação Nacional de Apoio ao Idoso.

**A observação directa** é aquela em que *“o próprio investigador procede directamente à recolha de informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados. Apela directamente ao seu sentido de observação.”* (QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, Luc Van: 2005.164). Foi concretizada nos atendimentos, nas informações, nos convívios, nas festas temáticas, nos passeios culturais, nas sessões informativas.



## Capítulo IV – Análise dos dados

### 1) Apresentação dos resultados

Uma vez recolhidos os dados, a partir da aplicação do questionário à amostra seleccionada e após o seu tratamento estatístico, é possível, agora, proceder à sua organização e sistematização em quadros.

O objectivo da apresentação dos dados em quadros é permitir uma leitura clara e objectiva dos mesmos.

#### 1.1. – Caracterização da amostra

##### Variáveis Sócio-demográficas:

##### Sexo

Conforme se verifica no quadro 1, a distribuição dos idosos, em relação ao género é heterogénea, sendo maioritariamente do sexo feminino (72.2%).

**Quadro 1** – Distribuição da amostra por sexo

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Masculino	5	27,8
Feminino	13	72,2
<b>Total</b>	18	100,0

**Fonte:** Apêndice II: Questionário

##### Idade

Os participantes mostram idades entre os 65 e 88 anos, perfazendo uma média de idades de 75.56 (DP=6.03). A maioria dos idosos tinha menos de 75 anos (55,6%), seguindo-se, com 38,8% aqueles que tem idades entre os 75 e os 85 anos. De referir que

o grupo etário de idosos com idades iguais ou superiores a 86 anos é o menos representativo (5,6%).

**Quadro 2 – Distribuição da amostra por idade**

Idade	Frequência	Percentagem
<75 anos	10	55.6
75 - 85 anos	7	38.8
86 anos	1	5.6
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

$\bar{X} = 75.56$ DP = 6.032 Md =73.50 Mo=73 Min= 65 anos Máx= 88 anos
---

### Estado Civil

No que se prende com o estado civil (quadro 3), a situação mais frequente é a viuvez (44.4%), seguida da situação de divórcio (27.8%). Também se registam casos de utentes actualmente solteiros (16.7%) e casados (11.1%).

**Quadro 3 – Distribuição da amostra por estado civil**

	Frequência	Percentagem
Solteiro	3	16.7
Casado	2	11.1
Divorciado	5	27.8
Viúvo	8	44.4
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

### Habilitações Literárias

Em termos de habilitações literárias verifica-se, no geral, baixos níveis de escolaridade (Quadro 4). A maioria possui o 1.º ciclo do Ensino Básico completo (55.6%), existindo utentes que não sabem ler nem escrever (22.2%), sendo que alguns deste grupo conseguem assinar o seu nome. Também se contam utentes com o 2.º ciclo do Ensino Básico completado ou que detêm um curso de nível médio.

**Quadro 4** – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

	Frequência	Porcentagem
Não sabe ler nem escrever	1	5.6
Apenas sabe assinar	3	16.7
1.º Ciclo do Ensino Básico	10	55.6
2.º Ciclo do Ensino Básico	2	11.1
Curso médio	2	11.1
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

### Situação económica

A situação económica dos utentes (quadro 5) foi tida em conta no que concerne às actividades profissionais anteriormente empreendidas, e os modos de subsistência veiculados neste grupo. A este nível, foi possível concluir que a totalidade da amostra já teve uma actividade remunerada. Quanto a este aspecto, e com base na observação do quadro seguinte, verifica-se uma grande variabilidade das actividades exercidas.

**Quadro 5** – Actividade profissional

	Frequência
Acompanhamento de idosos	1
Actividades comerciais	3
Construção Civil	1
Costureira	2
Empregada doméstica	1
Função pública	1
Indústria Hoteleira	1
Massagista desportivo e esteticista	1
Metalurgia	1
Operador fabril	3
Pintor	1
Serviços administrativos	2
Total	18

Fonte: Apêndice II: Questionário

### Tipo de Pensão Recebida

Considerando os meios de subsistência, apenas um respondente não vive de pensões, mas sim de rendas. Todos os restantes vivem exclusivamente das pensões que recebem (77.8%), ou acumulam-nas com rendas ou ajuda de familiares (16.7%). Com a observação do Quadro 6, constata-se que, das pensões recebidas, as mais frequentes são “Pensão de velhice”, “Pensão de invalidez” ou a “Reforma”.

**Quadro 6 – Tipo de pensão recebida**

	Frequência	Porcentagem
Pensão de velhice	5	25.0
Pensão social de velhice	1	5.0
Pensão de invalidez	5	25.0
Pensão social de invalidez	2	10.0
Pensão de sobrevivência	2	10.0
Reforma	5	25.0
Total	20	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

### Condições de habitação

Procurou-se conhecer as condições de habitação dos utentes, tendo em conta o tipo de contrato, de habitação e de qualidade dos seus locais de residência.

Analisando o tipo de contrato das habitações dos utentes, observa-se que a situação mais comum consiste na residência em casa arrendada (55.6%), seguida da residência em casa de familiares (22.2%), em casa própria (16.7%) e por fim em quarto arrendado (apenas 1 registo).

**Quadro 7 – Tipo de contrato de habitação**

	Frequência	Porcentagem
Casa própria	3	16.7
Casa de familiares	4	22.2
Casa arrendada	10	55.6
Quarto arrendado	1	5.6
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Atendendo à tipologia das habitações da amostra (quadro 8), constata-se que a maioria vive em apartamentos (55.6%). Com muito menos frequência contam-se os casos de utentes a habitar em moradias, em quartos alugados ou em partes ou anexos de casas.

**Quadro 8 – Tipo de habitação**

	Frequência	Percentagem
Moradia/vivenda	3	16.7
Quarto alugado	2	11.1
Apartamento/andar	10	55.6
Parte da casa	2	11.1
Anexos	1	5.6
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Ao nível de conforto e salubridade, foi possível observar que todos os participantes do estudo possuem água canalizada, esgotos, electricidade, gás, cozinha e casa de banho interior nas suas habitações, com a excepção de um único caso que não possuía gás e cozinha.

A grande maioria dos utentes parece estar satisfeito com o estado de conservação do seu local de habitação, visto que apenas 3 qualificaram de forma negativa (“mau estado”). Os restantes participantes, consideram a casa onde vivem com um razoável (38.9%), bom (33.3%) ou muito bom estado de conservação. Contudo, são mais de metade dos respondentes admitem ter dificuldades na casa onde vivem (64.7%). Reclamam de fracas condições de habitação (frequência = 5), de acessibilidades difíceis (frequência = 5) e de isolamento (frequência = 5).

### Condições de saúde

Procedeu-se à análise observando as condições de saúde dos participantes no estudo (quadro 9).

O grupo parece ser muito heterogéneo no que diz respeito ao modo como se sentem em termos de saúde. De facto metade dos sujeitos assinalam respostas positivas (50.0%), como “bem” ou “razoável” e a outra metade assinala respostas negativas como “instável” ou “mal” (50.0%).

**Quadro 9 – Como se sente em termos de saúde no seu dia-a-dia?**

	Frequência	Percentagem
Bem	2	11.1
Razoável	7	38.9
Instável	5	27.8
Mal	4	22.2
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário



Como é possível observar no quadro seguinte (quadro 10), as visitas ao médico também são realizadas para fins diversos, mas principalmente para consultas de controlo e rotina e para passar receitas.

**Quadro 10** – Distribuição da amostra por motivos para ir ao Médico

	Frequência	Percentagem
Visita o seu médico para controlo de rotina	12	32.4
Visita o seu médico para fazer exames anuais	9	24.3
Visita o seu médico para quando se sente doente	5	13.5
Visita o seu médico para passar receitas	11	29.7
Total	37	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

A frequência com que os utentes vão ao médico também varia entre o grupo, que assinalou todas as opções de resposta. A situação mais comum a este nível é ir ao médico um vez por mês (27.8%) e a menos comum será ir ao médico menos de uma vez por mês ou uma vez por ano (5.6%). Muitos dos respondentes não assinalam a frequência temporal admitindo ir ao médico sempre que acham necessário (22.2%).

**Quadro 11** – Distribuição da amostra por frequência de consulta ao Médico

	Frequência	Percentagem
Raramente	3	16.7
Menos de 1 vez por mês	1	5.6
1 vez por mês	5	27.8
De 3 em 3 meses	2	11.1
De 6 em 6 meses	2	11.1
1 vez por ano	1	5.6
Sempre que ache necessário	4	22.2
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

A grande maioria dos utentes vai ao médico sozinho (88.9%). Apenas se registam 2 casos entre o grupo que vão às consultas com os seus familiares. Estes dados não surpreendem se se considerar que 17 dos 18 respondentes consideram-se pessoas autónomas, apenas se regista uma excepção que se descreve como “dependente”. Ainda neste sentido, apenas uma minoria destes utentes (27.8%) considera existir algumas actividades que não conseguem fazer sozinhos.

No que concerne às actividades nas quais os utentes precisam de ajuda são registadas respostas a vários níveis. As actividades em que mais frequentemente os sujeitos precisam de ajuda são “apanhar um objecto do chão”, nas “deslocações” ou na “higiene da habitação”.

**Quadro 12** – Para que actividades precisa de ajuda?

Actividades	Frequência	Percentagem
Sentar-se, deitar-se, levantar-se	1	7.1
Apanhar um objecto do chão	4	28.6
Higiene pessoal	1	7.1
Vestir-se, despir-se	1	7.1
Alimentação	1	7.1
Deslocações	3	21.4
Higiene da habitação	2	14.3
Medicação	1	7.1
Total	14	100.0%

Fonte: Apêndice II: Questionário

### Redes de sociabilidade do idoso com a família e a comunidade

No âmbito deste trabalho, as redes de sociabilidade e apoio dos idosos foram tidas em especial pormenor (quadro 13) Em primeiro lugar procurou-se saber com que habitualmente o idoso vivia. Verifica-se neste ponto que a maioria do grupo inquirido vive sozinho, existindo apenas 4 que ora vivem com os seus filhos, ora vivem com o seu cônjuge ou outros, conforme o quadro seguinte.

**Quadro 13** – Com quem habitualmente vive?

	N	Percentagem
Sozinho	14	77.8
Filhos	2	11.1
Cônjuge	1	5.6
Outros	1	5.6
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Nos momentos que precisam de mais ajuda, os idosos maioritariamente acorrem aos seus filhos (80.0%), registando-se também a procura dos amigos (13.3%), para um caso em particular, da nora.

Atendendo à proximidade do relacionamento familiar, constata-se um panorama positivo. A maioria destes utentes mantém um contacto diário (42.9%) ou semanal

(35.7%) com a sua família. Residualmente, regista-se casos de um contacto quinzenal (7.1%) ou semestral (14.3%).

Efectivamente, pedindo aos sujeitos que qualificassem esse relacionamento, 88.2% caracteriza o relacionamento familiar como próximo, sendo que apenas 2 idosos o consideraram distante. São avançados os argumentos destes dois utentes, para um caso o relacionamento com a família não é próximo devido às distâncias geográficas entre os elementos (“*Porque a família está espalhada pelo país e estrangeiro*”), e para o outro surge de uma opção pessoal (“*Porque prefiro viver sozinho*”).

Ainda sobre o relacionamento familiar, foi colocada uma questão para recolher as percepções dos idosos quanto ao nível de preocupação que a família. Os resultados são congruentes com o que tem sido verificado a este nível: a maioria dos idosos sente que a família de preocupa muito com eles próprios (52.9%), 41.2% sente que se preocupa o necessário e apenas se regista um caso menos positivo ao perceber que a família se preocupa pouco consigo (5.9%).

Questionou-se também com que pessoas os idosos participantes no estudo se relacionam mais vezes no seu quotidiano. As opções mais consensuais entre o grupo (escolhidas por mais sujeitos) são os funcionários do centro de dia, a família e os utentes do centro de dia. Os amigos também têm algum destaque a este nível, sendo os vizinhos a opção menos vezes assinalada pelos participantes (Quadro 14).

**Quadro 14** – No seu dia-a-dia com quem se relaciona mais vezes?

	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
Funcionários do centro de dia	14	29.2
Família	11	22.9
Utentes do centro de dia	10	20.8
Amigos	8	16.7
Vizinhos	5	10.4
Total de respostas	48	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Sendo a solidão um dos aspectos mais preocupantes no trabalho com a terceira idade, procurou-se saber com que frequência os utentes são assaltados por sentimentos de solidão. Observando o Quadro 15 é possível constatar que a resposta mais comum do grupo é “nunca”, 44.4% dos inquiridos não se sentem sozinhos em nenhum momento do

seu dia-a-dia. Em segundo lugar figura a resposta antagónica, 22.2% da amostra parece sentir-se cozinha constantemente (“sempre”). Regista-se também respostas intermédias com a mesma expressão (“muitas vezes” e “algumas vezes”).

**Quadro 15 – Costuma sentir-se sozinho?**

	N	Percentagem
Nunca	8	44.4
Sempre	4	22.2
Muitas vezes	3	16.7
Algumas vezes	3	16.7
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

De todos os respondentes apenas quatro não acham que o centro de dia contribui no melhoramento das relações com a comunidade local. Em oposição temos a grande maioria que acredita da influência do centro nessas relações cujos argumentos foram organizados em termos do seu conteúdo e encontram-se sistematizados no quadro seguinte:

**Quadro 16 – De que forma o centro de dia contribui para melhorar as relações com a comunidade local?**

Motivos	N	Percentagem
Possibilita oportunidades de convívio	5	38,46
Melhora as relações pessoais fora do centro	3	23,08
Bom acolhimento	2	15,38
Entretenimento	1	7,69
Possibilidade de aprender coisas novas	1	7,69
Qualidade no atendimento	1	7,69
Total de respostas	13	100

Fonte: Apêndice II: Questionário

### **Relação com a comunidade local**

Seguidamente apresentaremos os resultados dos utentes do centro de dia que nos dão conta da sua relação com a comunidade local.

De acordo com as respostas dos nossos inquiridos, verificamos que praticamente a totalidade (94.4%) da amostra gosta de viver na freguesia da sua área de residência, à

excepção de um sujeito (5.6%) que revela não gostar. Quando se questionam os sujeitos sobre o porquê gostarem de viver na sua freguesia, cerca de metade da amostra (44.4%) aponta ser porque foi nesse local que construíram a sua vida, onde vivem há muitos anos. O segundo motivo mais saliente (27.8%) está relacionado com a qualidade de vida proporcionada na freguesia, e o terceiro motivo argumenta a simples razão de ser “*a sua terra*” (16.7%). O único utente que declara não gostar de viver na sua freguesia aponta como motivo a fraca qualidade de vida. (Quadro 17).

**Quadro 17** – Principais motivos para gostar/não gostar de viver na sua freguesia

	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
Porque está aqui há muito anos, foi aqui que construiu a sua vida	8	44.4
Boa qualidade de vida	5	27.8
É a sua terra	3	16.7
Fraca qualidade de vida	1	5.6
Porque tenho que gostar	1	5.6
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Outra questão de particular interesse relaciona-se com a percepção do que os utentes do centro de dia consideram faltar à sua freguesia. O aspecto mais vezes assinalado pelos idosos prende-se com os meios de segurança (25.6%), seguido por falta de equipamentos especificamente destinados às pessoas idosas (20.5%). Não deixa de ser interessante que, o terceiro motivo apontado seja a falta de contacto inter-geracional, que conta por 17.9% das respostas dos utentes. Estes idosos parecem estar interessados numa aproximação com gerações mais novas. Também se regista falta de equipamentos de saúde, condições em infra-estruturas básicas, espaços lúdicos e meios de entretenimento ou vias de acesso. Apenas um utente declarar não faltar nada na sua freguesia (Quadro 18).

**Quadro 18** – O que faz falta na Freguesia para pessoas idosas?

	N	Percentagem
Meios de segurança	10	25.6
Equipamentos especificamente destinados às pessoas idosas	8	20.5
Convívio inter-geracional	7	17.9
Equipamentos de saúde	4	10.3
Infra-estruturas básicas em condições	3	7.7
Vias de acesso	3	7.7
Espaços lúdicos e meios de entretenimento	3	7.7
Não falta nada	1	2.6
Total das respostas	39	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Foi também questionado aos utentes se participavam em actividades na sua freguesia. Os resultados indicaram que 83.3% dos inquiridos não participam e apenas três utentes declararam que sim (16.7%). Os que dizem participar nas actividades referem os encontros bíblicos, as sardinhas e passeios bem como jogar às cartas e dominó como aquelas nas quais se envolveram, conforme Quadro 19.

**Quadro 19** – Em que actividades costuma participar na sua freguesia?

	N	Percentagem
Encontros Bíblicos	1	5.6
Jogar às cartas e dominó	1	5.6
Passeios e sardinhas	1	5.6
NR	15	83.3
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Questionou-se, da mesma forma, que serviços conheciam na sua freguesia. Foram vários os serviços mencionados, sendo os mais conhecidos o “grupo religioso”, o “ginásio”, a “natação” e o “clube desportivo”, tal como podemos ver no quadro seguinte.

**Quadro 20** – Que serviços é que conhece na freguesia?

	N	Percentagem
Grupo de convívio religioso	6	17.1
Ginásio	4	11.4
Natação	4	11.4
Clube desportivo	4	11.4
Grupo coral	3	8.6
Associação recreativa	2	5.7
Grupo dança	2	5.7
Grupo de teatro	1	2.9
Grupo folclórico	1	2.9
Outro	8	22.9
Total	35	100,0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Para além das opções especificadas, os utentes referiram outros serviços disponibilizados na sua freguesia, nomeadamente as escolas, igrejas entre outros, especificados no quadro seguinte.

**Quadro 21** – Que outros serviços conhece na sua freguesia?

	N	Percentagem
Escola	4	25
Igreja	3	18,75
Câmara Municipal	2	12,5
Junta de freguesia	2	12,5
Cafés	1	6,25
Polícia	1	6,25
Posto de Saúde	1	6,25
CGD	1	6,25
ISMT	1	6,25
Total de respostas	20	100,0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Quanto aos hábitos de frequência dos utentes questionámos, isto é, a regularidade no contacto com o centro de dia, verifica-se que perto de metade da amostra refere ir todos os dias (44.4%), com 27.8% dos restantes utentes a mencionar a frequência de várias vezes por semana. Os restantes utentes dispersam-se entre as opções “semanalmente” e “ocasionalmente”, como se poderá constatar no Quadro 22:

**Quadro 22** – Regularidade no contacto no centro de dia

	N	Percentagem
Todos os dias úteis	8	44.4
Várias vezes por semana	5	27.8
Semanalmente	1	5.6
Ocasionalmente	4	22.2
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Mas tão importante como saber da sua frequência é saber o motivo porque frequenta o centro de dia, sendo que 72.2% dos utentes referem a procura de companhia, seguido pela qualidade do pessoal, mas com uma grande diferença percentual, 22.2%, tendo apenas um utente a mencionar outro motivo, neste caso, motivos de saúde, conforme Quadro 23:

**Quadro 23** – Qual é o principal motivo porque frequenta o centro de dia?

	N	Percentagem
Procura de companhia	13	72.2
Qualidade do pessoal	4	22.2
Saúde	1	5.6
Total	18	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Caracterizando um pouco mais a nossa amostra, procurou-se conhecer o modo como os utentes ocupavam os seus tempos livres. De acordo com o Quadro 24, é possível observar que ver televisão consiste na actividade mais vezes mencionada pelos utentes (88.9%), seguida pelo conversar com amigos (83.3%), bem como passear (72.2%), ler (66.7%) e fazer trabalhos domésticos (61.1%). O centro de dia surge apenas como a quinta actividade mais referida (55.6%), conforme quadro seguinte:



**Quadro 24** – Como costuma ocupar os seus tempos livres?

	N	Percentagem
Ver TV	16	17.2
Conversar com os amigos	15	16.1
Passear	13	14.0
Ler	12	12.9
Trabalhos domésticos	11	11.8
centro de dia	10	10.8
Escrever	8	8.6
Rendas/bordados/costura	5	5.4
Outros	2	2.2
Trabalhos agrícolas	1	1.1
Total	93	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Dentro das outras actividades referidas, foram mencionadas ainda (na opção “outros”) “*dançar e cantar*” e “*visitar os desprotegidos da freguesia*”.

Em relação às actividades desenvolvidas no centro de dia, as mais populares, parecem ser “as festas temáticas” e os “passeios culturais” (83.3%) seguidas dos “convívios” (77.8%) e das “sessões informativas”. Entre a amostra ainda se regista a participação em outras actividades, com menor expressão, tal como se pode constatar mediante a observação do Quadro 25.

**Quadro 25** – Actividades que frequenta no Centro dia.

	N	Percentagem
Passeios culturais	15	20.8
Festas temáticas	15	20.8
Convívios	14	19.4
Sessões informativas	13	18.1
Hidroginástica	5	6.9
Leitura e escrita	3	4.2
Rendas e bordados	3	4.2
Cerâmica	2	2.8
Pintura	1	1.4
Costura	1	1.4
Total	72	100.0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Quando questionados sobre que outras actividades gostariam de frequentar além das mencionadas, os utentes referiram muito insistentemente actividades relacionadas com a dança, nomeadamente: “*danças de salão*”, “*danças de folclore*”, “*música portuguesa*”. Outras sugestões interessantes foram apresentadas tal como se poderá verificar no quadro seguinte.

**Quadro 26** – Gostaria de frequentar outras actividades além das referidas?

	Frequência	Percentagem
Danças de Salão	6	31,58
Danças de folclore	4	21,05
Música Portuguesa	2	10,53
Centro de massagens;	1	5,26
Danças Populares	1	5,26
Coro	1	5,26
Cantar à desgarrada	1	5,26
Grupo de cânticos	1	5,26
Pintura em tecido	1	5,26
Viagem ao Algarve	1	5,26
NR	6	-
Total	19	100,0

Fonte: Apêndice II: Questionário

Decidimos também questionar os utentes se sabiam se o centro de dia de desenvolvia alguma actividade em parceria com outras instituições. A esmagadora maioria mencionou que sim (88.9%) com apenas dois utentes a declarar o seu desconhecimento (11.1%). As actividades mencionadas a esse nível foram a “Hidroginástica” (53.85%), “Ginástica” (34.78%), e “Natação” (4.35%).

Diversas foram as questões colocadas aos utentes de modo a ter-se uma ideia do seu nível de satisfação para com o centro de dia. As respostas, na esmagadora maioria, indicaram que os utentes estão satisfeitos com os serviços prestados, à excepção de alguns aspectos. Num primeiro momento referimos os aspectos que os utentes referem estar unanimemente satisfeitos, e num segundo, são referidos os que também surgem utentes insatisfeitos e quais os parâmetros que reflectem essa insatisfação.

A totalidade dos utentes refere estar satisfeitos com os equipamentos que lhes são facultados bem como com as condições de higiene dos mesmos e das respectivas

instalações. Consideram que a mensalidade aplicada pelo Centro de dia se justifica pelo serviço que lhes é prestado, sendo que sabem sempre a quem se dirigir para obter informações quando as necessitam.

Referem que são sempre bem atendidos pelos responsáveis pelo centro de dia, nos contactos que estabelecem com os mesmos, e que o acesso à área de atendimento do centro de dia é fácil. Mencionam existir um espaço para receber os utentes e/ou família e que o espaço de atendimento oferece boas condições de acolhimento. No que diz respeito às questões da alimentação, referem estarem satisfeitos com os horários a que são servidas, bem como com a sua boa apresentação. Mencionam que lhes é fornecida dieta tendo em conta as indicações médicas e que a alimentação da ANAI é de qualidade, sendo que o segundo prato é sempre variado, acompanhado por sobremesa que é sempre fresca, variada e de acordo com a época. O último aspecto que reúne a satisfação de todos os utentes é horário de funcionamento do centro de dia.

Todavia, existem parâmetros que revelam existir situações que não preenchem a satisfação de todos os utentes, onde, em todos eles, um dos utentes refere não estar satisfeito, enquanto os restantes utentes mencionam estarem satisfeitos, nomeadamente nas seguintes questões: satisfação com o respeito dos seus ritmos aquando da prestação dos cuidados, no respeito da privacidade e intimidade de todos os utentes ou na disponibilidade dos colaboradores da equipa do centro. Apenas 1 utente não recomendaria o serviço se lhe solicitarem.

Contudo, apesar desta aparente total satisfação de todos os utentes, quando questionados se, perante a possibilidade de mudar de serviço, 33.3% diz que o fariam, e os restantes 66.7% dizem que não o fariam. Como não foi perguntado o que os levaria a mudar de serviço, ficamos sem saber dos motivos dessa “insatisfação” que contrasta em certa medida com os resultados acima mencionados.

Como última questão colocada aos utentes, pretendeu-se saber qual a razão principal que os levou a inscrever-se no serviço. Apenas quatro motivos foram assinalados, de um total de 8 possíveis respostas. O motivo mais saliente foi o sentimento de solidão (33.3%), seguido pela necessidade de conviver com outras pessoas (o que, no fundo, é um outro modo de evitar a solidão) e porque lhes foi recomendado (ambos com 27.8%). Com menor expressão, alguns utentes apresentaram como motivo o facto do serviço se encontrar próximo do local onde habitam.

Em certa medida estes últimos resultados sugerem que o que os levou a inscreverem-se no serviço foi a solidão ou uma acção para promover a sua ausência, relembrando este aspecto como um dos mais importantes quando se trata de disponibilizar um serviço a esta população.

## **1.2. Discussão dos resultados**

O presente trabalho assenta em dois objectivos principais: um de carácter mais geral e um mais específico. No que ao primeiro objectivo diz respeito, pretendia-se dar conta dos contributos que o Centro de Dia da ANAI promove na comunidade local, especificamente junto da sua população de utentes, e identificar propostas no âmbito do Serviço Social que possam reforçar o actual serviço prestado, contribuindo para uma maior proximidade entre os utentes e a Instituição. Estes objectivos mais gerais não são cumpridos sem que primeiramente dêmos conta dos objectivos mais específicos que orientaram o presente trabalho, a saber: caracterizar a população de utentes e as suas necessidades, análise das redes de sociabilidade do idoso com a sua família e comunidade, identificação do impacto da frequência do centro de dia nas redes de sociabilidade nas redes do idoso e identificação do grau de satisfação com a gestão dos serviços prestados no Centro de Dia da ANAI.

De acordo com os dados anteriormente apresentados, verificou-se que os utentes do Centro de Dia são na esmagadora maioria mulheres, isto é, com apenas 1/4 dos utentes homens, com aproximadamente metade dos utentes a ter menos de 75 anos (alguns na faixa etária dos 40 anos) e os restantes a ter idades superiores a 75 anos, vivendo essencialmente das suas reformas.

Apresentam um nível de escolaridade muito baixo, com apenas 22% dos utentes a terem o 2º ano do ensino básico, e 11% com ensino médio. Os restantes 66.6% não sabem ler ou têm apenas o 4º ano de escolaridade. Estes dados mostram alguma fragilidade deste grupo social na medida em que, nos dias de hoje, a questão da literacia impõe-se como modo de articular o enorme e complexo nível de informação, o que no caso dos idosos os expõe aos chamados “contos do vigário”, não porque sejam pessoas com incompetências cognitivas, mas porque não são capazes de articular convenientemente a informação disponível. Sugeria-se a criação de algum tipo de

gabinete que possa ajudar os utentes a organizar informação mais adequada para os seus propósitos, de modo a estarem menos expostos a situações potencialmente prejudiciais.

Quanto à percepção que têm sobre o seu estado de saúde, cerca de 90% mencionam ser razoável, instável ou má, e apenas 11.1% percebem como boa. Se pensarmos que a qualidade de vida é uma medida que engloba a percepção que os sujeitos fazem da sua condição psicológica e física, poderemos inferir que a presente amostra não percebe ter uma boa qualidade de vida. Esta assumpção é ainda consubstanciada pelo facto de os utentes terem condições económicas precárias, na medida em que vivem essencialmente das suas reformas ou de ajudas familiares (o que para o presente trabalho e de acordo com a tabela de profissões anteriormente exercidas, poderemos inferir que as reformas/pensões de que beneficiam serão baixas), o que reforça ainda mais a fragilidade das suas condições sociais. De referir ainda que a generalidade da amostra vive em casas com condições mínimas de habitabilidade, contudo, cerca de um terço dos utentes vive em quartos alugados, numa parte de casa e até mesmo em anexo de casa. Estes dados vêm reforçar a exposição dos utentes a factores que não contribuem para uma estabilidade emocional e para uma melhor vivência desta sua fase da vida. Sendo evidente que tal situação não faz parte das valências a promover pela Instituição, também é verdade que a mesma não deve deixar de nos levar a olhar com particular atenção para a população a quem a ANAI direcciona os seus serviços.

Quanto à regularidade com que mantêm contactos com o seu médico, esta revela-se escassa, o que em parte contradiz os resultados da percepção que têm sobre a sua condição de saúde. No entanto, cerca de 90% referem que vão sozinhos às consultas, revelando deste modo alguma mobilidade na realização desta tarefa. Quando questionados sobre o tipo de tarefas para as quais mencionam precisar de ajuda destaca-se o apanhar objectos do chão e as deslocações. Além destas, são referidas o vestir-se, alimentação, medicação, sentar, deitar-se, todas com um dos utentes assinalar dificuldades nesta área. Estes dados devem servir de alerta para a progressiva dificuldade sentida pelos utentes da Instituição nas suas tarefas diárias, começando já a delinear estratégias de serviços adequados a esta situação. Estes aspectos até agora salientados enquadram-se, em parte, os utentes nos “isolados invisíveis” mencionados por Paul (1997), isto é pessoas que fazem um esforço para se manterem autónomos, tendo baixos recursos, habitando em casas com alguma precaridade, nomeadamente

quartos alugados, pensões. Se não podemos falar de idosos totalmente isolados ou excluídos, não é menos verdade que apresentam particularidades que em muito os expõem a algumas situações de risco.

De salientar que os utentes mencionam a falta de meios de segurança, de equipamentos específicos para as pessoas idosas, bem como de convívio intergeracional, entre outros. Quanto aos meios de segurança, esta percepção poderá advir de um sentimento de insegurança, em certa medida é característico de uma condição mais frágil que não lhes permite responder de modo mais adequado perante uma situação ameaçadora. Além do mais, a maioria dos utentes vive numa zona carenciada da cidade, na qual estão presentes franjas da sociedade, que poderão ver nos idosos um alvo fácil na obtenção do que procuram. Estes resultados poderão levar a instituição a promover alguma política de proximidade entre os idosos e a Polícia de Segurança Pública, ou, na eventualidade de a PSP não dispor de meios ajustados para disponibilizar tal serviço, ter a ANAI um tipo de serviço alternativo que sirva para estabelecer uma ligação entre a PSP e o utente, combatendo uma eventual sensação de insegurança.

No que se refere aos equipamentos, os utentes sentem alguma exclusão, na medida em que, exceptuando o Centro de Dia, não existe uma oferta adequada e dirigida, que até certo ponto lhes limita as opções de actividades diárias, contribuindo para uma vivência menos rica e preenchida. Esta situação ultrapassa as valências do Centro de Dia; no entanto sugerimos que, de modo a colmatar ou diminuir esta fragilidade, de âmbito municipal, a ANAI continue a reforçar as diferentes actividades promovidas, salientando a sua preponderância na actual vivência dos seus utentes. Já no que se refere ao convívio intergeracional, esta referida ausência revela uma vontade de não circunscreverem os seus contactos a pessoas da sua faixa etária, denotando uma abertura a outras vivências bem como uma disponibilidade mental e algum vigor cognitivo para se descentrarem das suas realidades vividas e manterem-se actualizadas. Este aspecto sugere que se deveriam fomentar estes contactos, contribuindo para que experiências actuais e passadas possam ser partilhadas, resultando numa maior aproximação entre gerações que em muito enriquece e precisa a nossa sociedade. Os idosos não se sentem velhos, são os restantes membros da sociedade que os colocam nessa prateleira. Querem sentir-se úteis e mostram-se prestáveis. Caberá à ANAI potenciar esta vontade.

Procurou-se saber de que forma a solidão tinha impacto na vida dos utentes do Centro de Dia, por ser este um dos aspectos mais preocupantes no trabalho com a terceira idade. Foi possível constatar que os idosos não se percebem como sofrendo de solidão, já que para cerca de metade da amostra, nunca se sentem sós, com 22% a referir que se sentem sempre sós. Estes resultados surgem-nos como ambíguos, já que a literatura menciona ser este um dos aspectos mais presentes na vida dos idosos. Por um lado, percebe-se os efeitos que a presença no Centro de Dia tem no atenuar do isolamento social; por outro lado, e tendo como referencia os utentes que mencionam sentirem-se sós, os dados sugerem que a solidão paira no ar dos que dizem que não senti-la. Se o suporte social promovido pelo Centro de Dia deixar de estar presente nas suas rotinas diárias, é bem possível que fiquem mais expostos a tal sintoma.

De acordo com o segundo objectivo específico, foi possível analisar as redes de sociabilidade do idoso, nomeadamente entre a sua família e a comunidade na qual está inserido. Este propósito procura perceber como se organizam as redes primárias e as redes secundárias do idoso, de modo a perceber as suas fragilidades e pontos nos quais o Centro de dia poderá minorar essas fraquezas.

No que às redes primárias diz respeito, verifica-se que os idosos têm uma rede relativamente próxima e presente. Contudo, algumas respostas revelam potenciais debilidades. Entre estas, os dados revelaram que a esmagadora maioria os idosos utentes do Centro de Dia (77.8%) vive só, sendo que apenas um utente vive com o cônjuge, e apenas cerca de 10% vivem com os seus filhos, sendo os restantes ou viúvos (8 utentes), ou divorciados (5 utentes) ou solteiros (3 utentes). Este aspecto suscita alguma preocupação e particular atenção, já que estes idosos enquadram-se nas características sociodemográficas anteriormente referidas por Paul (1997) como as mais prevalentes e condutoras a situações de solidão e isolamento social, lembrando que a presente amostra é composta essencialmente por utentes acima dos 65 anos de idade, vivendo sozinhos. Além do mais, as suas fragilidades económicas contribuem para esse isolamento, na medida, em que tendo poucos recursos económicos, os utentes da ANAI vêem circunscritos os seus circuitos de contacto social.

Contudo, e apesar de uma vivência diária mais solitária, característica actual nas grandes cidades, os utentes da ANAI referem que, perante a necessidade de recorrerem a alguma ajuda, é aos filhos (80%) e aos vizinhos (13.3%) que a solicitam. Perante esta aparente proximidade com a família, não devemos deixar de pensar que, sendo os

vizinhos as pessoas mais próximas num cenário a requer maior urgência de resposta, não são estes o elemento mais presente, revelando uma maior dependência do idoso face aos seus filhos, o que é por principio um bom sinal, mas que os expõe a dificuldades de resposta de ordem geográfica por parte dos seus filhos. Neste sentido, sugeria-se a realização de workshops, ou outro tipo de actividades, nomeadamente, a realização de algum tipo de festa na qual o idoso pudesse convidar um seu vizinho para que os laços sociais entre os utentes e os seus vizinhos possam ser reforçados. Deste modo, tanto o idoso, a sua família e as suas redes sociais primárias sairiam reforçadas.

No que à proximidade do relacionamento familiar diz respeito, os utentes do Centros de Dia mencionaram ter um relacionamento próximo(88.2%), com apenas dois idosos a referir terem um relacionamento mais distante, sendo que um destes utentes atribui responsabilidades a essa menor proximidade a factores geográficos. Reforçando estes dados, os utentes mencionam ainda que o contacto com a sua família é diário para cerca de metade dos idosos, e semanal para 35% da restante amostra. Além do mais, praticamente a totalidade dos utentes (94.1%) disseram que a sua família preocupa-se muito ou o necessário. Neste sentido, poderemos dizer que a rede primária dos utentes do Centro de Dia está presente nas suas vidas e é suficientemente próxima e contentora perante a possibilidade de acorrerem a uma necessidade dos idosos. Mas vemos espelhado nestes dados a actual ambivalência familiar e constrangimentos sociais, na medida em que, se as novas formas de comunicação (telemóveis e telefones) permitem um contacto bastante próximo, não é menos verdade que estes idosos vivem sozinhos, longe das suas famílias. Claro que é preferível este cenário a um no qual os utentes do Centro de Dia percebiam abandono e isolamento. Não é o caso. Contudo, vemos que os idosos parecem ser “corpos estranhos” na estrutura familiar, existindo uma paradoxal proximidade distante, isto é, próximo no contacto, mas distante geograficamente.

Não é menos verdade que nos dias de hoje caiu em “desuso” a vivência dos idosos com a família, dadas as dificuldades que tal implica, pensando apenas na questão de uma habitação que permita essa solução. No entanto, vemos reflectido nesta amostra a actual conjuntura, onde o idoso é mantido afastado da esfera familiar, sendo aquele que é visitado aos fins-de-semana. São diversos os motivos que promovem este panorama, desde sociais, económicos, bem como o contributo da perda de valorização da experiência pessoal. Ao serviço Social, enquanto actor societal, caberá mobilizar os seus esforços para que o enorme “capital” humano dos idosos não seja desperdiçado.



Numa era em que tudo é alvo de preocupação com a reciclagem, no que aos bens materiais diz respeito, deveríamos fazer o mesmo com noções mais abstractas (não materiais) mas muito mais ricas, já que partem da vivencia humana. Como diz um provérbio chinês: “Os mais velhos têm sabedoria; os mais novos têm tempo.”

### **Relação com a comunidade local**

De acordo com os dados já anteriormente apresentados, e no que às redes secundárias diz respeito, verifica-se que os utentes estão na totalidade satisfeitos por viverem na sua actual freguesia (com a excepção de um utente), tendo como motivos para tal o viverem já há muitos anos e foi onde construíram a sua vida, com utentes a revelarem a sua satisfação por viverem na actual freguesia porque esta lhes proporciona qualidade de vida. Estes resultados sugerem algum ajustamento de resposta, bem como de estilo de vida, já que anteriormente mencionaram faltar diversos equipamentos para idosos, descrevendo as suas casas como tendo fraca qualidade e que não lhes proporciona boa qualidade de vida (no que se refere ao ajustamento de resposta) e por mencionarem ter sido ali que fizeram a sua vida, inferindo-se que estão conformados e que não conheceram outra que lhes sirva de comparação (no que se refere ao ajustamento no estilo de vida). Contudo, reforçando uma ambivalência de resposta por parte dos idosos no que se refere à sua relação com a freguesia em que vivem, quando questionados sobre a participação em actividades promovidas pela sua freguesia, 83% dos utentes disseram que não participavam, demonstrando deste modo que, apesar de existir uma ligação afectiva ao local onde vivem, não existe uma grande participação cívica da sua parte.

Poderemos sempre pensar que estes resultados sugerem que as actividades promovidas pela freguesia não se ajustam ao que os idosos procuram, ou que a existir, elas são pouco presentes de modo a que ao responderem a estas questões pudessem mencionar que participavam. Contudo, existem três idosos que mencionam participar em actividades promovidas pela freguesia, nomeadamente: encontros bíblicos, sardinhas, e passeios. Verifica-se, com estas respostas, uma tendência já manifestada pelos utentes do Centro de Dia, aquando da recolha de dados pela autora do presente trabalho, na qual se percebe que procuram actividades que ocorram ao ar livre, nomeadamente passeios, entre outros. Assim, sugere-se que sempre dentro das

possibilidades do Centro de Dia, sejam programadas actividades de passeio, na medida em que, os idosos, apesar das suas debilidades físicas, desejam aproveitar para conhecer e experienciar o que não lhes foi possível durante uma vida de trabalho. Além do mais, promover actividades circunscritas a espaços interiores podem contribuir para um aumento de uma sensação de não fruição dos seu dia-a-dia, tornando-o monótono e repetitivo, algo que não procuram, apesar da idade.

De mencionar que os utentes do Centro de Dia referiram conhecer diferentes valências e serviços disponibilizados na sua freguesia, donde, a sua presença pode estar a contribuir para as respostas encontradas que revelavam satisfação por viver na actual freguesia. Contudo, foram poucos os utentes que referiram existir uma parceria entre a freguesia e a ANAI na promoção de actividades. Sugere-se uma maior divulgação ou uma maior intensificação das actividades promovidas. Atendendo aos resultados agora salientados, podemos verificar a presença efectiva de redes secundárias na comunidade dos utentes do Centro de Dia e que estas se fazem sentir com algum impacto na vida dos mesmos.

No que ao impacto que a frequência do Centro de Dia tem nas redes de sociabilidade dos idosos utentes, os resultados indicaram serem favoráveis. Verifica-se metade dos utentes vão frequentam todos os dias o Centro de Dia, e que 28% o fazem várias vezes por semana, sendo que para 2/3 da amostra menciona que essa presença regular se deve à possibilidade de ter companhia, bem como de considerar que os funcionários são de qualidade. Entre outras respostas dadas pelos idosos, gostaríamos de salientar que é referido que o Centro de Dia melhora as suas relações fora do círculo do Centro, o que reflecte um pacto claramente positivo que o Centro tem nas suas vidas. Outras questões ficaram por colocar, nomeadamente, explorar este impacto ou esfera de influencia que o Centro tem para lá das actividades exercidas em contexto institucional. Será ainda importante relembrar que actividades são mais populares: as festas temáticas, os passeios, sessões informativas e convívios. Quanto às sessões, reforça o já sugerido anteriormente, nomeadamente a possibilidade de se criar um gabinete de apoio no esclarecimento de questões mais complexas no acesso a determinados bens ou serviços. No que se refere às restantes actividades, percebe-se que os idosos não gostam de actividades rotineiras ou mais maçadoras, mas que pretendem ou buscam outras que os envolvam activamente, sugerindo a realização de danças de salão, danças folclóricas e de música portuguesa. No que estas actividades diz respeito, nem sempre a ausência de

fundos poderá objectar a sua realização. Por vezes a disponibilidade da Instituição na realização de projectos de voluntariado que envolva jovens permite o estabelecimento de contacto inter-geracional (desejado pelos utentes) e possibilita espaço para que estes projectos possam ser postos em prática por quem deseja promove-los. Por vezes é só uma questão de contactos e de mobilizar vontades.

Pretendeu-se averiguar da satisfação sobre a gestão dos diferentes serviços prestados pelo Centro de Dia. Para tal colocadas diferentes questões, e as respostas foram na totalidade satisfatórias, isto é, em todas as questões, os utentes da ANAI estão satisfeitos com os diferentes serviços prestados. Contudo, estes resultados devem ser lidos com algum cuidado, na medida em que factores relacionados com desejabilidade social podem estar a enviesar as respostas dos idosos. Sendo uma amostra pequena, e sabendo que a técnica de serviço social era quem estava a colocar as perguntas, é possível que alguma insatisfação sentida possa não ter sido traduzida para as respostas. Por outro lado, dada a esmagadora maioria dos utentes mencionar estar satisfeitos, é possível que essa tendência seja mais real do que o inverso. Diversas foram as questões colocadas aos utentes de modo a ter-se uma ideia do seu nível de satisfação para com o centro de dia. Além do mais, quando questionados sobre o motivo que os levou a inscrever-se no Centro de Dia

No entanto, um dado deve ser lido com atenção. Apesar desta “total” satisfação, quando questionados sobre a possibilidade de mudar de serviço, um terço da amostra diz que o faria. Isto é, existem factores que não foi possível depreender nesta investigação que esta na génese deste resultado. Mesmo que 2/3 da amostra mencionar que não mudaria de serviço, os restantes diz que sim perante essa possibilidade. A pergunta fica no ar: que motivos têm os utentes que os leva a dizer que estão plenamente satisfeitos com os serviços prestados e depois dizem que mudariam se tivessem a possibilidade?

Questão interessante foi a colocada aos utentes, para saber qual a razão principal que os levou a inscrever-se no serviço. Eram oito as hipóteses possíveis, contudo apenas quatro foram assinaladas, com particular destaque para o sentimento de solidão, seguido pela necessidade de conviver com outras pessoas. Só residualmente referiram ter se inscrito pelo facto de o Centro de Dia ser perto da sua residência e porque lhes foi recomendado. Estes dados sugerem diferentes perspectivas. Em primeiro lugar, vem reforçar o papel preponderante que uma instituição com a matriz da ANAI tem ou pode

ter na promoção da qualidade de vida dos idosos. Claro que não se trata de qualidade de vida no sentido físico, mas sim psicológico, já que o bem-estar promovido contribui para uma vivência da terceira idade mais saudável mentalmente. Além do mais, alarga o espectro da rede social dos idosos, promovendo interações pessoais e impede que os utentes fiquem por suas casas, isolados, o que em nada contribuirá para esse bem-estar. Por outro lado, os resultados mostram que existe algum trabalho a desenvolver ao nível da divulgação do Centro de Dia, já que apenas 1/3 da amostra menciona que lhe foi recomendada a sua inscrição. Uma vez mais sugere-se actividades temáticas que promovam a vinda de outras pessoas da rede social do idoso até ao Centro, resultando daí boas práticas de divulgação para a ANAI, além de reforçar o destaque e impacto que já tem na vida dos seus utentes.

Atendendo aos dados agora salientados, percebemos que a idade sénior tem várias particularidades. Os resultados encontrados reflectem o que a literatura salienta desde à muito. Mesmo com as suas nuances regionais, foram encontrados resultados que apontam para a existência de situações que expõem os idosos do Centro de Dia à exclusão, à solidão, a falta de conhecimentos sobre os seus direitos. Mostram também que, apesar da sua idade, os seniores idosos têm massa crítica, apesar de, no presente caso, tenderem a ser pouco exigentes e serem mais conformistas. Contudo, convém relembrar as suas sugestões e continuar a fomentar actividades que os estimulem, bem como ter presentes suas particularidades e necessidades mais específicas.

## Conclusão

Na realização do presente trabalho, com especial incidência na sua vertente de investigação, estão presentes algumas limitações, que apenas nos permitiram analisar os resultados encontrados em função da amostra recolhida.

Uma das limitações prende-se com o tamanho da nossa amostra, de apenas 18 utentes, o que não nos permite fazer generalizações. Tal representatividade deveu-se exclusivamente ao numero de utentes disponíveis para responder ao nosso questionário, no Centro de Dia da ANAI. Não foi nossa ambição pretender olhar para a total “realidade” vivida pelos idosos na actualidade, mas sim efectuar um retrato da realidade vivida numa cidade como Coimbra. Curiosamente, os resultados encontrados estão de acordo com a dimensão da cidade, uma vez que, não sendo uma aldeia, Coimbra não é uma grande metrópole, como Lisboa ou Porto. Assim, se por um lado já se encontram sinais de que mostram alguma debilidade quanto às redes primárias e secundárias, por outro, ainda não é um cenário totalmente desértico quanto à presença (relativamente) efectiva destas redes.

Outra limitação da presente investigação está relacionada com o enviesamento da nossa amostra, no que ao género diz respeito. Isto é, a esmagadora maioria dos respondentes são mulheres; lembrando que as questões colocadas no nosso questionário pretendiam aceder a percepções sobre vários aspectos do quotidiano dos idosos, temos então que, parte dessas respostas são dadas por um prisma mais feminino. São diversas as investigações que mencionam a existência de diferenças de género ao responder sobre determinada temática, logo, seria interessante conhecer, em futuras investigações, como se compõem as redes primárias dos idosos masculinos e femininos e quais as consequências dessas eventuais diferenças encontradas. Será que os homens estão mais expostos à solidão e à exclusão social? Ou serão as mulheres? O que está na génese dessa eventual diferença?

Além destas propostas para futuras investigações, outras questões se nos colocam: Será que existem diferenças na vivencia e redes sociais dos idosos, entre um meio mais rural e um meio mais urbano? Como se caracterizam? Em que se distinguem?

As respostas a estas questões levarão a que parte da “realidade” caleidoscópica vivida pelo idoso possa ser apreendida, de modo a que futuras políticas sociais possam

responder a diferentes ritmos e necessidades. Só com um correcto escrutínio do que é na actualidade ser idoso poderá levar a que se compreenda cada vez melhor que não existe essa figura estática, facilmente rotulada em função de rendimentos mensais ou outros parâmetros materiais. Existem rostos e corpos que sustentam pessoas, com passados, riquezas interiores, aprendizagens únicas. Além do mais, a dignidade humana não é reduto exclusivo dos que se “botoxizam”, tanto externa como internamente. Ela é também da pessoa com cabelos brancos, de rugas profundas no rosto, que por vezes se esquece e repete as suas histórias. Ela é da pessoa que vagarosamente se passeia com a ajuda da sua bengala e que na sua natural incapacidade física só procura que não a negligenciem. Façamos, em Serviço Social, com que a expressão “esperança de vida” dê lugar a si mesma, na sua mais genuína e verdadeira aceção.

## Bibliografia

**ABREU**, Sónia (2000), *Singularidades das redes e redes da singularidade*, Coimbra. Tese de Mestrado em Família e Redes Sociais, Instituto Superior Miguel Torga.

**AFONSO**, José António (1997). *O Ensino Especial, Pais Deficientes e Organizações*. Vila Nova de Gaia, Estratégias Criativas.

**ANDER-EGG**, Ezequiel, **IDANEZ**, Maria José Aguilar (1999). *Como elaborar um projecto*, guia para desenhar projectos sociais e culturais. Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social.

**BAPTISTA**, Myrian Veras (2001). *A investigação em Serviço Social*. Lisboa - São Paulo. CPIHTS.

**CAMPOS**, F. (2002). *Uma perspectiva para a formação pessoal e social dos alunos de uma escola secundária*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

**BERGER**, Louise, **MAILLOUX-POIRIER**, Danielle (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, LUSODIDACTA.

**COSTA**, Alfredo Bruto (2004). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2ª edição.

**CRESPO**, António Pedro Albernaz, **GUROVITZ**, Elaine (2002). *A POBREZA COMO UM FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL*. *RAE-eletrônica*, Volume 1, Número 2, jul-dez/2002. <http://www.rae.com.br/artigos/1178.pdf>.

**DUNNE**, H.L. (1973). *Hight level wellness, Thorofare*, Nova Scotia, Charles S. Black Editor.

**FALEIROS**, Vicente Paula (1985). *Saber profissional e Poder Institucional*. São Paulo. Cortez Editora.

**FALEIROS**, Vicente Paula (1997). *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo. Cortez Editora.

**FERNANDES**, Ana Alexandre (1997). *Velhice e Sociedade*; Oeiras, Celta.

**GIL**, António Carlos (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*., S. Paulo, Editora: Atlas, 5ª edição.

**IAMAMOTO**, Marilda Vilela (1998). *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo. Cortez Editora.

**IDÁNEZ**, Maria José Aguilar (2001). *A acção Social a nível municipal*. 6ª Edição. Fundação Bissaya Barreto. Coimbra.

**LACROIX**, J.L. (1990), *L'individu, sa famille et son réseau: les thérapies familiales systémiques*, Paris, ESF.

**MOREIRA**, Carlos Diogo (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

**NAZARETH**, J.M. (1999). “Envelhecimento demográfico e Relação entre gerações”. *Revista Educação e Cultura*. vol. III. nº 2.P.P.PC.M.C.M.: Colégio dos Carvalhos.pp.239-251.

**OLIVEIRA**, Maria da Luz et al. (1992), *Sociologia*, Porto: Porto Editora.

**Organização** Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. [.http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf).

**PAÚL**, Maria Constança (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, Família e Meio ambiente*. Livraria Almedina, Coimbra.

**PINTO**, A, Conceição (1995), *Sociologia da Escola*, Mac Graw Hill.



**QUIVY, Raymond et CAMPENHOUDT, Luc Van** (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva

**RELVAS, Silva** (2004), *O ciclo da família*, Porto, Edições Afrontamento.

**RIBEIRO, José Luís Pais** (1994). “Psicologia da Saúde, Saúde e Doença”, In *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*, Braga: Associação de Psicólogos Portugueses.

**RODRIGUES, E. V et al** (1999). “A Pobreza e a exclusão social: teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal”, *Sociologia*, n.º 9, Porto, FLUP.

**SANTOS, Purificação Fernandes Custódio** (2000). *A depressão no idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Quarteto Editora, Coimbra

#### **Legislação:**

Decreto de lei nº 248/ 97 de 19 de Setembro, criação da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade

Lei de Bases da Segurança Social (Lei nº 4 de 16 de Janeiro de 2007)

Constituição da República Portuguesa. Porto Editora

Convenção colectiva de trabalho nº 29/2007 de 1 de Março de 2007

#### **Documentação da Instituição:**

Estatutos da A.N.A.I. (2006)

Regulamento

#### **Pesquisa electrónica:**

[www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt) (Pensão de velhice, pensão social de velhice), consultado em 27 de Março de 2008

[www.rutis.org](http://www.rutis.org) consultado em 29 de Março; 5 de Abril de 2008

[www.socialgest.pt](http://www.socialgest.pt) consultado em 6 de Abril de 2008

[www.ine.pt](http://www.ine.pt) consultado em 30 de Março de 2008

[www.cm-coimbra.pt](http://www.cm-coimbra.pt) consultado em 2 de Abril de 2008

[www.min-edu.pt](http://www.min-edu.pt) consultado em 4 de Abril de 2008

[www.cpihts.com](http://www.cpihts.com) consultado em 8 de Maio de 2008

[www.apfn.com.pt/Boletim/11/envelhecimento.htm](http://www.apfn.com.pt/Boletim/11/envelhecimento.htm) consultado em 11 de Maio de 2008

[www.personal.telefonica.terra.es/web/medellinbadajoz/sociologia/El\\_Cuestionario.pdf](http://www.personal.telefonica.terra.es/web/medellinbadajoz/sociologia/El_Cuestionario.pdf)  
consultado em 15 de Maio de 2008

[www.anai.pt](http://www.anai.pt) consultado em 22 de Maio de 2008

[www.docentes.ismt.pt/~margarida\\_pocinho/normas\\_monográficas.doc](http://www.docentes.ismt.pt/~margarida_pocinho/normas_monográficas.doc) consultado em 5  
de Abril de 2008

[www.who.int](http://www.who.int) consultado em 26 de Maio de 2008

.