

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

LICENCIATURA EM SERVIÇO SOCIAL

SERVIR MELHOR O IDOSO:

Serviço permanente de Apoio Domiciliário ao Idoso.

ANAI – Associação Nacional de Apoio ao Idoso.

Laize Domingos Pecixe

Supervisora de Estágio: Professora Doutora Clara Cruz Santos

Orientadora de Estágio: Dra. Sónia Vinagre

Coimbra, ano lectivo 2012/2013



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

LICENCIATURA EM SERVIÇO SOCIAL

SERVIR MELHOR O IDOSO:

Serviço permanente de Apoio Domiciliário ao Idoso.

ANAI – Associação Nacional de Apoio ao Idoso.

Laize Domingos Pecixe

Coordenadora de Estágios: Professora Doutora Clara Santos

Coordenadora de Licenciatura: Professora Doutora Helena Neves Almeida

Coimbra, ano lectivo 2012/2013



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos:

Para ti, Mãe vai o meu maior agradecimento. Por me transmitires essa tua força e por me apoiares incondicionalmente. Por estares longe mas sempre bem perto e bem presente no meu coração e na pessoa que hoje sou... Obrigada! Espero que sintas muito orgulho!

Os meus sinceros agradecimentos ao Marciano por me apoiar e acreditar em mim!

Ao meu Irmão, pela força e apoio.

Agradeço-te a ti, Edimercio, por seres tudo de bom. Pelo teu constante amor, paciência e companheirismo, obrigada... Que a tua força, incentivo e perseverança consigam sempre motivar-me para continuar a caminhar.

À minha amiga Ana, o meu especial obrigada. Sem ti não teria conseguido chegar ao fim desta difícil jornada!

Aos meus amigos que sempre me acompanharam neste desafio, obrigada!

Gostaria, ainda, de demonstrar o meu profundo agradecimento à Professora Doutora Clara Cruz Santos, ao tempo disponibilizado, apoio, orientação e contribuição na realização deste Estágio e Relatório.

Gostaria igualmente, de agradecer à Professora Doutora Cristina Pinto, e à Professora Doutora Helena Almeida, a oportunidade para convosco aprender, observar e ter uma visão concreta, objetiva e prática, sobre os níveis da profissão e do apoio prestado. Por tudo isto, fico muito grata!

À Dr.^a Sónia Vinagre o meu especial obrigada pela partilha de saberes, pela força e apoio dedicados! Obrigada por me conhecer e entender para além do perfil profissional! O meu sincero obrigada. Será sempre a minha referência!

Ainda, o meu obrigado a toda a equipa da ANAI. Em especial ao Professor Doutor José Ribeiro Ferreira, à Dr.^a Normélia Dias, e ao Coronel Ribeiro de Almeida, por não se esquecerem de mim e por sempre me integrarem tão bem. Obrigada pela partilha e pela aceitação.

Queria também referir a disponibilidade por parte do serviço de SAD da ANAI, pela constante abertura a carinho, pela imensa disponibilidade e dedicação. Um especial obrigado aos utentes que contribuíram para a realização deste trabalho!

”Quando te chamarem
velho, tu sorri, dá graças a Deus,
por que te encontras ainda entre
os jovens, que não sabem se
chegarão a tua idade.”

Ivelda Cabral, 1989

(Português)

Si bu tchomadu bedjoti,
rii, gardisi Deus, pabia bu sta
inda na metadi di jovens, ku ka
sibi inda kuma elis tambi e na
bin bedju.

Adaptado de Ivelda Cabral, 1989

(Crioulo Guineense)



Índice

Agradecimentos	
Dedicatória	
Introdução.....	1

Parte I

Capítulo I

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E SEUS SERVIÇOS

1. – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-INSTITUCIONAL:

1.1. Origem e Evolução.....	3
1.2. Objetivos e Atribuições.....	5
1.3. População-alvo.....	6
1.4. Respostas Sociais da ANAI.....	6
1.5. Recursos disponíveis.....	11
1.6. Articulação interinstitucional.....	12
1.7. Projetos desenvolvidos.....	14

Capítulo II

A PROBLEMÁTICA SOCIAL DE ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

1. – A TERCEIRA IDADE E O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD):

1.1. A Terceira Idade nas Sociedades atuais.....	16
1.2. Ser Idoso.....	18
1.3. Estereótipos sobre o Envelhecimento.....	20
1.4. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) como Resposta ao Idoso.....	23
1.5. Contornos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).....	25

Parte 2

Capítulo I

ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL DO ESTÁGIO

1. – O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE INTERVENÇÃO	31
2. – O SERVIÇO SOCIAL NA ANAI	34

Capítulo II

ACTIVIDADES DO ESTÁGIO

1. – ESTUDOS DE CASO:

Estudo de Caso 1	38
Estudo de Caso 2	45

2. – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

2.1. O Magusto	50
2.2. A Festa de Natal	51
2.3. Pesquisa qualitativa	52
2.3.1. Levantamento das necessidades de SAD aos fins-de-semana e feriados	53
2.3.2. Análise da <i>híper-frequentação</i> dos idosos nos CS de Coimbra	64
2.5. Cronograma	68

Conclusão	69
-----------------	----

Bibliografia	72
--------------------	----

Anexos	74
--------------	----

Índice de Quadros

Quadro 1– Dimensão e evolução dos equipamentos sociais para o idoso	27
Quadro 2 – Funções do Serviço Social na ANAI	34
Quadro 3 – Grelha de análise das entrevistas	65

Índice de Figuras

Figura 1: Edifício Central da ANAI.....	3
Figura 2: Organograma da ANAI.....	4
Figura 3: Atividades disponíveis na Oficina do Idoso (OFICI) da ANAI.....	9
Figura 4: Parceiros da ANAI.....	13
Figura 5: Sociograma da ANAI.....	14
Figura 6: Genograma - Caso 1.	41
Figura 7: Mapa de Rede - Caso 1.	43
Figura 8: Genograma - Caso 2.	46
Figura 9: Mapa de Rede - Caso 2.....	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da População-alvo do SAD da ANAI	6
Tabela 2 – Amostra por Idade.....	53
Tabela 3 – Amostra por sexo.....	53
Tabela 4 – Amostra por Estado Civil.....	54
Tabela 5 – Habilitação Literárias dos inquiridos.....	54
Tabela 6 – Situação profissional dos inquiridos.....	55
Tabela 7 – Regime de ocupação da habitação.....	56
Tabela 8 – Vias de acesso á habitação	56
Tabela 9 – Condições da habitação	56
Tabela 10 – Como se sente habitualmente em termo de saúde	57
Tabela 11 – Níveis de autonomia.....	57
Tabela 12 – Saídas á rua em fim-de-semana.....	58
Tabela 13 – Com que costuma sair.....	58
Tabela 14 – Onde vai quando sai ao fim-de-semana.....	58
Tabela 15 – Meio de transporte utilizado.....	59
Tabela 16 – Visitas a familiares.....	59
Tabela 17 – Com quem vive habitualmente.....	59
Tabela 18 – Relação familiar.....	60
Tabela 19 – Convívio com outros.....	61
Tabela 20 – Equipamentos e serviço usados.....	61
Tabela 21 – Satisfação com os serviços	62
Tabela 22 – Motivo porque recorre ao serviço.....	62
Tabela 23 – Até que horas gostaria que houvesse ASD.....	62
Tabela 24 – Que serviços de ASD gostaria de ter.....	62
Tabela 25 – Acha importante o SAD aos fins-de-semana e feriado.....	63
Tabela 26 – SAD na relação custo-alargamento da oferta.....	63
Tabela 27 – Que serviço iria requerer.....	64

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANAI	Associação Nacional de Apoio ao Idoso
Dr. ^a	Doutora
CMC	Câmara Municipal de Coimbra
CS –	Centro de Saúde
ESEC	Escola Superior de Educação de Coimbra
ESJF	Escola Secundária José Falcão
CDSSSC -	Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra
ESEC	Escola Superior de Educação de Coimbra
FEDP	Fundação EDP
ISMT.....	Instituto Superior Miguel Torga
RSA	Restaurante “Sabor e Arte”
SBC -.....	Sindicato dos Bancários do Centro
STEGCGD.....	Sindicato dos Trabalhadores das Empresas do Grupo Caixa Geral de Depósitos
SC.....	Solum Clinic

Introdução:

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no ano letivo 2012/13, no âmbito do estágio curricular do último ano da licenciatura de Serviço Social, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC).

O estágio decorreu na Associação Nacional de Apoio ao Idoso (ANAI), entre 17 de Setembro de 2012 e 16 de Janeiro de 2013, e o Relatório de Estágio teve como temática a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Foi definido que a estagiária deveria permanecer ligada ao contexto das valências da Oficina do Idoso (OFICI), Centro de Dia (CD) e SAD, não deixando de ter livre contacto e conhecimento sobre as dinâmicas e ações dentro dos demais serviços e respostas da ANAI.

No tão esperado cruzamento entre a teoria e o contexto da prática, os objetivos do estágio foram ao encontro de novas aprendizagens relativas à prática profissional do Assistente Social, por meio da observação e participação nas atividades do Serviço Social da ANAI. No contexto institucional, a orientação do estágio foi realizada pela Dra. Sónia Vinagre, sempre sob constante supervisão e articulação da Professora Doutora Clara Cruz Santos (FPCEUC).

O relatório “SERVIR MELHOR O IDOSO: Serviço permanente de Apoio Domiciliário ao Idoso” tem como base a pertinente questão do possível alargamento do SAD da ANAI aos períodos de fins-de-semana e feriados. Enquanto estagiária, propus-me elaborar um trabalho, traçando objetivos e delineando métodos e técnicas para a sua concretização.

A etapa da investigação consistiu, no decurso do estágio, na elaboração e realização de questionários aos utentes atuais do SAD da ANAI. O intuito foi o de conseguir fazer um estudo transversal sobre a necessidade de SAD em fins-de-semana e feriados. Para além dos questionários (método quantitativo), elaborou-se e realizou-se duas entrevistas (métodos qualificativos) às Assistentes Sociais dos Centros de Saúde de Celas e Centro de Saúde Norton de Matos (Coimbra), de forma a perceber se podemos falar de uma *hiper-frequentação* dos idosos nas unidades de Centro de Saúde, avaliando quais são os principais motivos que os levam a estas unidades de saúde, que tipo de

encaminhamento é feito e, finalmente, a sua opinião sobre um possível alargamento dos serviços nas instituições locais, em geral.

Ao enquadramento teórico, onde se definirão conceitos e explorarão conteúdos ligados à terceira idade, juntar-se-ão, portanto, resultados que permitirão retirar algumas conclusões empíricas.

Relativamente aos conteúdos e estrutura, o Relatório Final subdividir-se-á em duas grandes partes.

Na Parte I, o Capítulo I caracterizar-se-á o contexto do estágio, com recurso à caracterização da instituição e seus serviços. O Capítulo II desenvolve-se em torno da problemática social de enquadramento do estágio – o SAD para a Terceira Idade.

Na Parte II, o Serviço Social é explorado no Capítulo I, numa perspetiva evolutiva até à atualidade da necessidade de servir melhor o idoso e, ainda, de encontro à sua prestação na ANAI. Por fim, o Capítulo II da Parte II reflete as atividades concretizadas pela estagiária ao longo do seu percurso dos cinco meses de estágio na ANAI.



Parte I

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E SEUS SERVIÇOS

1. – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-INSTITUCIONAL:

1.1. - Origem e Evolução

- **NOME:** Associação Nacional de Apoio ao Idoso – ANAI.

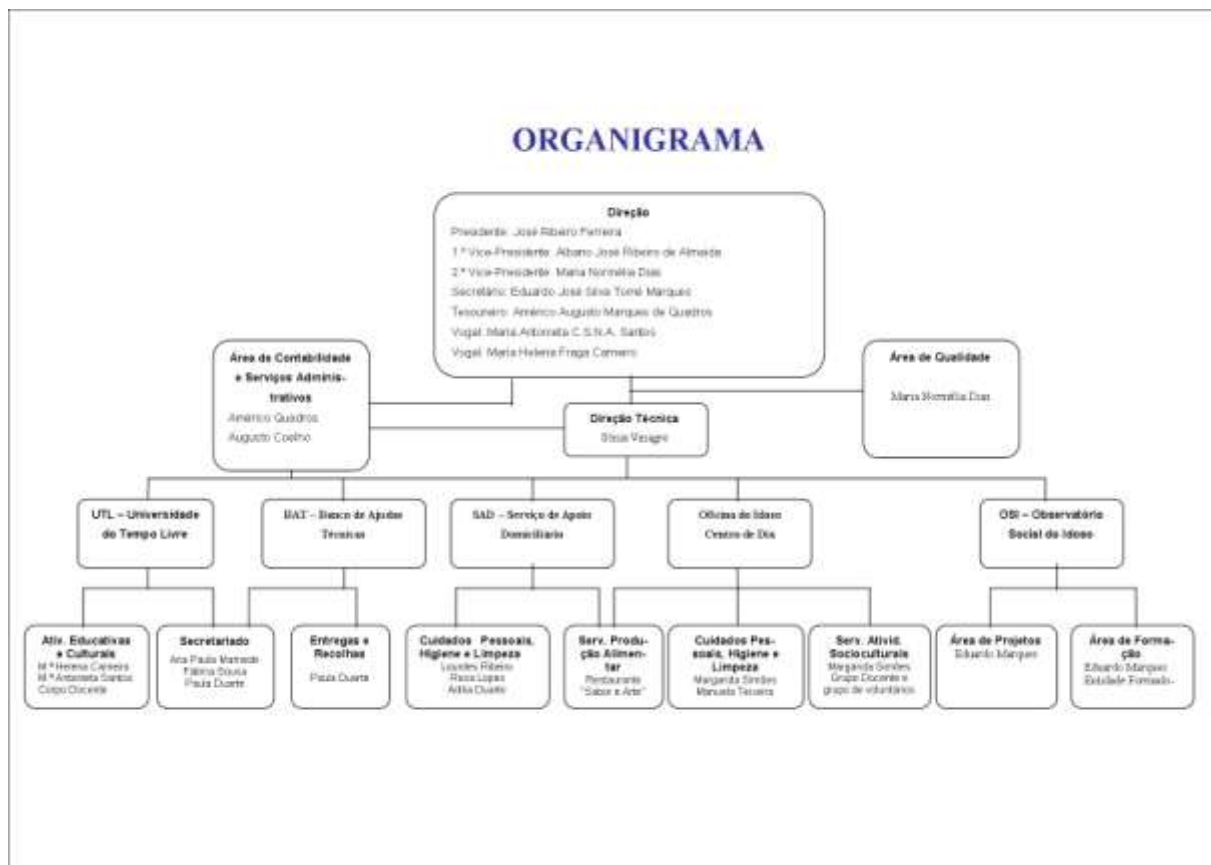


Figura 1: Edifício Central da ANAI.

- **ENDEREÇO:** Rua Ladeira do Carmo, Cerca de S. Bernardo 3000-097 Coimbra.
Freguesia de Santa Cruz, Coimbra.
- **TELEFONE:** 239826030 / 239827412.
- **TELEMÓVEL:** 969831538.
- **FAX:** 239826030.
- **ENDEREÇO ELETRÓNICO (EMAIL):** anaigeral@sapo.pt
- **WEB SITE:** www.anai.pt

- **ENTIDADE RESPONSÁVEL:** O Presidente da Direção (2011/2013),
Exmo. Professor Doutor José Ribeiro Ferreira.
- **ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO:** Os Estatutos prevêm uma estrutura que visa adequar-se aos objetivos da associação. A ANAI apresenta o organograma dos departamentos existentes na sua hierarquia e articulação, estruturas que facilitam o funcionamento, sem afetar a dinâmica da evolução dos contextos sociais envolventes. São órgãos da Associação: A Assembleia-Geral, a Direção, o Conselho Fiscal e, facultativamente, o Conselho Geral (*in* Capitulo III, art.º 18, Anexo I).

Figura 2: Organograma da ANAI.



Fonte: Arquivo da ANAI

● **NATUREZA DA INSTITUIÇÃO:** A ANAI é uma Associação de Direito Privado e de Solidariedade Social sem fins lucrativos¹.

● **ENQUADRAMENTO LEGAL:** Por decisão da Assembleia-Geral, a ANAI foi transformada em Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos e o seu processo de reconhecimento como pessoa Coletiva de Utilidade Pública, culminou com o respetivo deferimento da Direcção-Geral da Ação Social do Ministério da Solidariedade Segurança Social, em 11 de Agosto de 1997².

1.2. – Objetivos e Atribuições

Nos termos do art.º 3.º dos seus Estatutos, o objeto primordial da ANAI visa promover a proteção e apoio ao idoso, designadamente através da informação, do atendimento personalizado e encaminhamento nas vertentes sócio-cultural, desportiva, jurídica, psicológica, médica e investigação científica e de formação académica, técnica e profissional. Para a concretização deste objeto primordial, a associação propõe-se implementar uma série de objetivos, previstos nos artigos 4.º a 6.º dos seus Estatutos, entre os quais:

- a) Proporcionar à pessoa idosa a prática de atividades que possibilitem fortalecer a sua participação social, usufruir de uma vivência consentânea com o seu processo de envelhecimento, permitindo-lhe o pleno exercício da sua condição de cidadão;
- b) Na sequência do objetivo anterior, colocar à disposição da pessoa idosa em particular da comunidade em geral, valências a desenvolver, com estrutura e organização próprias que promovam a solidariedade, a cultura, a criatividade, a

¹ Art.º 1.º dos Estatutos da ANAI (ver Anexo I).

² O referido documento foi publicado em Diário da República – Série III, n.º 199 de 29 de Agosto de 1997, págs. 16457 - 16458. O registo da ANAI foi lavrado pela inscrição n.º 50/97, a fls 199, do livro n.º 6 das Associações de Solidariedade Social e considera-se efetuado em 23 de Setembro de 1996 nos termos do n.º 2 do Art.º 13º do Regulamento aprovado por Portaria n.º 778/83.

alegria, proporcionando o bem-estar e facultando assim o estabelecimento de laços de fraternidade, amizade e companheirismo;

- c) Prevenir a desinserção social, possibilitando a integração saudável e a permanente convivência com diferentes gerações, daí que embora vocacionada para a pessoa idosa, não exclui a possibilidade de acolher nas suas atividades outras camadas etárias;
- d) No âmbito do atendimento personalizado, proporcionar uma prestação de serviços adequados e atempados dirigidos à pessoa idosa, especialmente a mais carente, garantindo-lhe a sua dignidade como ser humano, minimizando situações de isolamento e solidão.

1.3. – População-alvo

Conforme determinam os seus Estatutos, a sua população-alvo centra-se, essencialmente, na faixa etária da população idosa. A tabela 1 representa, especificamente, a população da resposta de SAD, onde a estagiária operou.

Tabela 1 – Caracterização da População-alvo do SAD da ANAI

Sexo		Total
N.º Masculino	N.º Feminino	
2	9	11

1.4. – Respostas Sociais da ANAI

É de salientar que desde a sua constituição, a ANAI tinha como objetivos específicos desenvolver respostas sociais fundamentais dirigidas ao idoso, tais como: a 1) Universidade de Tempos Livres (UTL), 2) Serviço de Apoio domiciliário (SAD), 3) Oficina do Idoso (OFICI), 4) Centro de Dia (CD), 5) Observatório Social do Idoso (OSI), 6) Banco de Ajuda Técnicas (BAT). Estas respostas sociais referidas, que de seguida teremos oportunidade de desenvolver, fazem com que o idoso se sinta mais ativo, quer na sua família quer na sociedade em geral.

Como sabemos o conjunto de atividades da Associação é dirigido sobretudo ao cidadão sénior para lhe proporcionar um maior bem-estar. As atividades da instituição são desenvolvidas em **três vertentes diferentes: social, cultural e formativa.**

1) A UNIVERSIDADE DO TEMPO LIVRE (UTL):

É uma valência da ANAI, criada com o objetivo de proporcionar aprendizagens ao longo da vida, contribuindo para o bem-estar do público-alvo, nas esferas cognitiva, socialização, o saber e a cultura. Pertence à Rede das Universidades da Terceira Idade (RUTIS), estando inscrita com o número 44.

A UTL compreende atividades principais e complementares. Das atividades principais, são lecionadas as seguintes disciplinas: Alemão, Cinema, Conversas sobre filosofia, Danço-terapia, Encadernação e Restauro de Livros, Ginástica de Manutenção e Correção Corporal, Hidroginástica, História de Arte, História da Cidade de Coimbra, História de Portugal, Informática, Inglês, Literatura Portuguesa, Museologia, Conservação e Restauro, Pintura, Religião e Religiões e Yoga.

No concernente às atividades complementares, existem a Abertura Solene das Aulas, a Festa de Encerramento das Aulas, viagens, exposições, sessões informativas, a Tertúlia AEDO, Cátedra Sousa Fernandes, entre outras.

2) O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD):

Como Resposta Social de primeira linha, traduz-se na execução de tarefas variadas, por Equipa de Ajudantes de Ação Direta, que em viatura da instituição se deslocam à residência das pessoas, para a prestação de cuidados individualizados e personalizados (ver ficha de inscrição em SAD – no Anexo II).

3) A OFICINA DO IDOSO (OFICI):

Este equipamento social provém de um projeto elaborado e apresentado pela ANAI à CMC, a qual investiu na recuperação de um edifício na baixa de cidade, com dois pisos, na Rua João Cabreira, nº 18, ao abrigo do programa de Reabilitação Urbana (PRU). **Esta é a resposta social onde se desenvolve o presente estágio.**

A 5 de Outubro de 2000 a ANAI assina com CMC um contrato com o objetivo de lhe ser atribuída parte das instalações do edifício em cima mencionado, sendo outra parte cedida à Casa Municipal da Vida Associativa. Este edifício reabre a 2 de Maio de 2001 e para além da OFCI, funciona também o Movimento Artístico de Coimbra.

A OFCI é um espaço de diálogo intergeracional, cultural e ocupacional que visa o desenvolvimento de “Ateliers de Artes e Ofícios” tradicionais que existiram ou existem na Região Centro, em especial em Coimbra.

O objetivo da ANAI é desenvolver atividades destinadas à ocupação dos espaços projetados para criar meios que permitam que cada idoso tenha uma atividade voluntária e útil no seio da sua zona de residência, podendo assim valorizar e dar continuidade à sua própria experiência profissional de acordo com as suas potencialidades específicas e pessoais.

Esta resposta social tem os seguintes **objetivos**:

- Promover e ocupar os tempos livres dos idosos de forma a sentirem-se socialmente úteis e ativos;
- Assegurar o bem-estar e as igualdades de oportunidades ao idoso;
- Contribuir para a preservação do património cultural, artístico e profissional;
- Criar situações de convívio intergeracional e a partilha de saberes e experiências.

A OFCI tem como finalidade promover e assegurar, através de ateliers, a cultura tradicional da cidade de Coimbra e ainda definir um espaço vivo e dinâmico que constitui o ponto de encontro entre a tradição e a inovação, entre o passado e futuro. Para que a OFCI continue a atuar com êxito sobre os utentes, desenvolvem-se algumas atividades para que estes possam participar e aprender (ver *figura 3*).

Atividades disponíveis na OFCI – ANAI:
Ginástica
Hidroginástica
Pintura a Óleo
Rendas e Bordados e Bainhas Abertas
Cerâmica
Compotas
Passeios Culturais
Sessões Informativas
Festa Temáticas
Convívios

Figura 3: Atividades disponíveis na Oficina do Idoso (OFCI) da ANAI.

4) O CENTRO DE DIA (CD) E OFICINAS:

É uma resposta social, desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar e que tem como principais **objetivos**:

- Prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas;
- Informar a comunidades sobre o conjunto de serviços proporcionados pelo CD;
- Prestar ao idoso o acolhimento e a informação necessários;
- Favorecer as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com os outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento e promover a saúde;
- Por à disposição das pessoas idosas as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação, de acordo com as necessidades expressas.

Esta resposta social está a funcionar desde o dia 1 de Outubro de 2001, altura em que foi assinado um acordo de cooperação com o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra (CDSSSC). O Centro de Dia presta os seus serviços nas instalações da OFCI e o seu funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h30mn. Para além da ocupação dos tempos livres, esta valência fornece também o pequeno-almoço, almoço e lanche, e cada utente paga uma mensalidade em função dos seus rendimentos, estando esta participação sujeita a uma tabela de participações.

Para a prossecução dos seus objetivos, proporciona um conjunto variado de serviços, disponibilizando em função das necessidades dos idosos:

- Refeições;
- Higiene Pessoal;
- Ocupação de Tempos Livres;
- Informação e Acolhimento.

O Centro de Dia da ANAI, visa: “prestar ao idoso o acolhimento e a informação necessários, favorecer as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com os outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento; pôr à disposição das pessoas idosas as diversas formas de ajuda adequadas à situação, de acordo com as necessidades expressas; efetuar a deteção das necessidades das pessoas idosas da Baixa” (Arquivo da ANAI).

5) OBSERVATÓRIO SOCIAL DO IDOSO (OSI):

Tem o objetivo de promover a criação de uma base de dados que reúne elementos relativos aos serviços de proximidade, legislação sobre o idoso e criar um ficheiro de biblioteca e videoteca, centro de documentação que aborda as questões relativas à pessoa idosa. Visa proceder a trabalhos de investigação, diagnóstico e registar situações detetadas nas áreas de observação para, posteriormente, informar as entidades das suas existências para encaminhar para uma possível solução. Foi implementado um Gabinete de Formação, e criado o Banco de Ajudas Técnicas.

6) BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS (BAT):

O Banco de Ajudas Técnicas (BAT) surge da parceria entre a ANAI e a Fundação EDP que apoiou na aquisição de equipamentos para a concretização deste projeto. O BAT tem como principal objetivo melhorar o bem-estar do idoso no seu domicílio através da disponibilização de equipamentos e materiais, tais como camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, medidores de tensão, cadeiras para duche, termómetros, pinças recolectoras e colchoes de pressão alterna. Pretendemos alugar material técnico adequado à situação de dependência ou necessários, à recuperação dos beneficiários, diminuir o tempo de hospitalização dos idosos e ajudar em situação de alta clínica, como também apoiar, formar e aconselhar os prestadores de cuidados no domicílio (familiares, vizinhos e profissionais).

Um aspeto a considerar na ANAI é a diversidade das respostas que a instituição oferece. Além das respostas mais comuns (Centro de Dia ou Apoio Domiciliário) tem ao dispor outras valências e atividades que a diferenciam das demais instituições, pela positiva.

1.5. – Recursos disponíveis

- Relativamente aos **Recursos Humanos** a ANAI integra um conjunto de profissionais indispensáveis para o prosseguimento da execução dos objetivos a que se propôs, e sem os quais seria impossível o seu desenvolvimento. Desta forma, a instituição organiza-se com trabalhadores afetados aos seguintes serviços: Gabinete de Serviço Social, Serviços Administrativos, e Ajudantes de Ação Direta. Além destes recursos é assegurada a prestação de professores contratados, segundo as necessidades.
- Quanto aos **Recursos Materiais** da ANAI compreendem uma sede cedida através de um contrato de comodato e adaptadas no âmbito de Programa de Reabilitação Urbana (PRU), pela CMC. Igualmente foi ainda atribuída pela CMC, através de contrato de comodato, parte das instalações de um edifício de

dois pisos na Baixa da Cidade, na Rua João Cabreira, n.º 18. A ANAI dispõe de duas viaturas e outros bens materiais e equipamentos diversos que estão ao serviço da instituição destinado a assegurar a prossecução dos seus objetivos preconizados nos estatutos.

- No que concerne aos **Recursos Financeiros**, estes são assegurados pela quotização dos sócios, mensalidades dos alunos da UTL, mensalidade e participações do SAD, mensalidades dos utentes do Centro de Dia e da OFCI, subsídios atribuídos por Serviços de Ajudantes de Ação Direta e Auxiliares de Serviço Geral. A ANAI é ainda financiada através de entidades oficiais, donativos de pessoas singulares, verbas provenientes de acordos celebrados e subsídios de entidades coletivas.
- A respeito dos **Recursos Comunitários**, a ANAI no desenvolvimento dos seus projetos e atividades beneficiou dos apoios provindos das instâncias comunitárias.

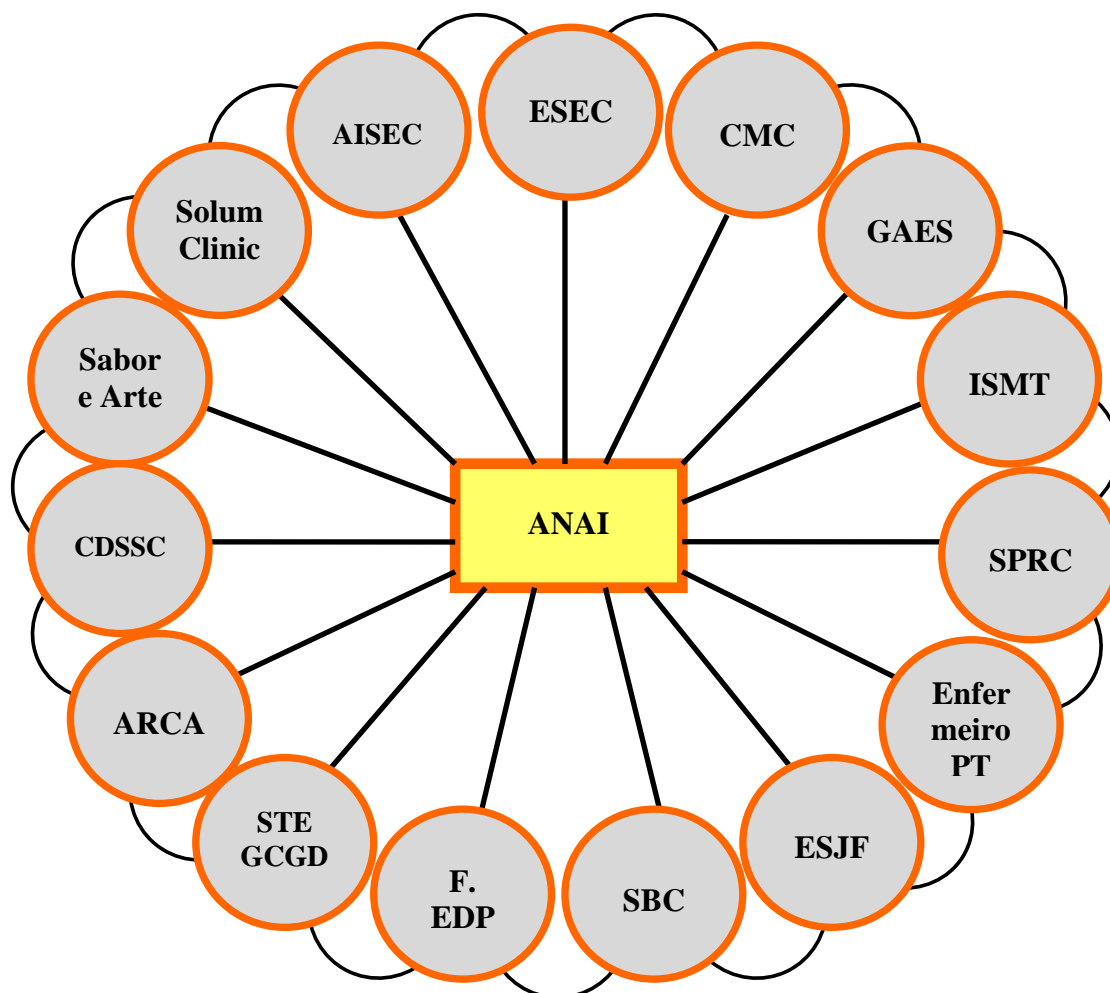
1.6. – Articulação interinstitucional

A ANAI, sendo uma IPSS, mantém protocolos com entidades distintas que asseguram o seu funcionamento. Atualmente tem **protocolos de cooperação** assinados com diferentes entidades (ver *figura 4*).

Entidade	Protocolo
AISEC Coimbra - Projeto <i>Make it possible</i>	Integração de estagiários.
Aparelhos auditivos (GAES)	Descontos em produtos e consultas ao domicílio.
Associação Recreativa de Coimbra (ARCA)	Integração de estagiários.
Câmara Municipal de Coimbra (CMC)	Contrato de Comodato (cedência de instalações).
Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra (CDSSSC)	Acordo de cooperação para as respostas sociais de CD e SAD.
Enfermeiro PT	Redução no custo dos serviços prestados.
Escola Secundária José Falcão (ESJF)	Cedência de instalações durante todo o ano letivo, mediante um custo simbólico, como espaço onde se lecionam as aulas da UTL.
Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC)	Acolhimento de estágios.
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra	Acolhimento de Estágios.
Fundação EDP	Colaboração na criação do BAT.
Instituto Superior Miguel Torga (ISMT)	Acolhimento de estágios.
Restaurante “Sabor e Arte”	Fornecimento de refeições, em número variável às valências do SAD e do CD.
Sindicato dos Bancários do Centro (SBC)	Integração dos associados nas atividades da UTL.
Sindicato dos Professores da Região Centro (SPRC)	Presta à ANAI todo o apoio de documentação informativa e legislativa para ações que envolvam a problemática do aposentado e do cidadão sénior em geral. Em contrapartida, a ANAI confere acesso aos sócios do S.P.R.C. à SAD e às atividades culturais da UTL, bem como serviço de apoio, acompanhamento individual no domínio técnico – social.
Sindicato dos Trabalhadores das Empresas do Grupo Caixa Geral de Depósitos (STEGCGD)	Celebração de protocolo no qual todos os associados do Sindicato beneficiam de desconto na integração dos associados nas atividades da Universidade do Tempo Livre;
Solum Clinic	Desconto em serviços.

Figura 4: Parceiros da ANAI.

O mapa dos parceiros e relações institucionais da ANAI pode ser visto através do seu sociograma (figura 5).

**Figura 5:** Sociograma da ANAI.

1.7. – Projetos desenvolvidos

A ANAI desenvolveu um projeto de III Quadro Comunitário de Apoio denominado “A Baixinha- da Tradição à Inovação” em 2001 e 2002.

O **Curso de Agente de Geriatria** decorreu entre 3 de Novembro de 2008 e 05 de Fevereiro de 2010. Esta formação teve como principal objetivo dotar os formandos de

competências para prestarem cuidados de apoio direto a idosos, no domicílio e em contexto institucional, nomeadamente, lares e centros de dia, zelando pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos.

O Curso de Assistente Familiar e de Apoio à Comunidade iniciou-se a 29 de Setembro de 2009 e terminou a 28 de Dezembro de 2010.

O/a Assistente Familiar e de Apoio à Comunidade é o/a profissional que realiza/presta de forma autónoma, ou sob a orientação de um técnico especializado, cuidados humanos e de saúde básicos necessários a clientes/utilizadores no domicílio e/ou em situação de internamento ou semi-internamento em contexto institucional. Deve também assegurar a manutenção física dos clientes/utilizadores, prestar cuidados de higienização e tratamento de roupa, assegurar o serviço de refeições na sua preparação, confeção e serviço direto ao cliente/utilizador, prestar serviços de receção e acolhimento sob orientação de um técnico responsável e apoiar a realização de atividades de animação/ocupação com os clientes/utilizadores.

CAPÍTULO II

A PROBLEMÁTICA SOCIAL DE ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

1. – A TERCEIRA IDADE E O SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO:

1.1. – A Terceira Idade nas Sociedades atuais

Devido à modernidade, o idoso cercado de tantas coisas novas para assimilar, observa o seu quotidiano e a sua personalidade a serem dominado e coagidos por um conjunto de regras, normas e leis de um circuito social (...) que decide sem a sua aprovação, todo o seu percurso futuro, tornando a vida mais frágil e incerta, coartando drasticamente a sua vida ativa e cívica.

In Correia, P. S. S. 2007: 11

A velhice, tal como hoje o Serviço Social a entende, nem sempre foi alvo de preocupação social. No contributo para uma crescente atenção voltada para as necessidades da população idosa, grandes tem sido os esforços profissionais de todos os que trabalham ciências emergentes como a Gerontologia e a Geriatria³. Por outro lado, em Portugal, “o aumento da faixa populacional considerada idosa⁴, tem exigido das sociedades e do poder público um novo e sensível olhar.” (Santos, 2002: 1). Os avanços medicinais e o conseqüente aumento da esperança média de vida, de encontro a uma melhoria de vida generalizada, impõem respostas capazes no domínio da política e das próprias instituições sociais. Nesta linha de ação, a tônica da intervenção junto do idoso, deve **centrar-se na adequação às suas necessidades reais**, propondo-se a sociedade – nos seus núcleos primários como a família ou nas instituições concebidas em prol do

³ “A Gerontologia estuda o processo do envelhecimento do ponto de vista físico, psíquico e social, em ordem a um maior bem-estar dos idosos, enquanto a Geriatria, assume o lado terapêutico, tratando sobretudo dos idosos com patologias.” (Oliveira, 2005: 10).

⁴ Em Portugal, os resultados dos Censos 2001 revelam a tendência para o aumento da população envelhecida: as pessoas com 65 ou mais anos representam 16,44% da população total (refira-se que a população até aos 14 anos de idade é de 16,03%, portanto, inferior ao número de idosos).

idoso – como o principal agente cuidador. A responsabilização da comunidade, enquanto mediadora ou potenciadora de cuidados, deve conceber-se como finalidade primeira.

Assim sendo, a própria sociedade, no ritmo acelerado das suas inúmeras alterações, deve buscar o equilíbrio do sistema, nunca esquecendo o bem-estar do idoso.

No plano *económico*, o aumento dos reformados fez crescer o número de anos de trabalho da população ativa; no domínio *social e jurídico-legal*⁵, normas e infra-estruturas trabalham na proteção dos mais velhos; no plano *cultural*, os espaços de lazer e aprendizagem procuram, progressivamente, alargar-se à terceira idade; no domínio *interdisciplina*⁶, áreas como a Medicina, a Biologia, a Psicologia e Sociologia trabalham no rigor das investigações que tomam, hoje, o idoso como grande objeto de interesse. O Serviço Social destaca-se no plano da intervenção, procurando reunir as condições para que se viva mais e melhor (aumento do tempo de vida mas, com qualidade de vida), efetivando, assim, uma velhice bem sucedida.

Por conseguinte, no caminho do que se faz e do que poderá fazer-se a favor de uma terceira idade digna, começemos por abordar ideologicamente a perceção social que se tem do envelhecimento, não esquecendo que a sua visão condicionará o sentimento do idoso acerca de si mesmo – como afirma Beauvoir (1990, p. 10) citado por Santos (2002, p. 3), “o individuo é condicionado pela atitude prática e ideológica da

⁵ De entre os vários documentos normativos, com preponderante interesse para a nossa atuação enquanto Assistentes Sociais, salientamos, no plano das diretrizes internacionais, a Declaração Universal dos Direitos Humanos; os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas (a Resolução 47/98 define princípios que garantam “... aos cidadãos mais velhos viver melhor os anos de vida que ganharam”) e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa consagra o direito à segurança, à liberdade e à igualdade para todos os cidadãos, buscando, numa perspetiva universal, condições dignas de vida para o idoso. De referir, são ainda o Despacho Normativo 12/98, de 25 de Fevereiro que estabelece as normas de funcionamento dos Lares de Idosos; e o Despacho 3663/99, de 23 de Fevereiro que prevê a colocação de livros de reclamações nos ditos Lares (efetivando, assim a aplicação do Decreto-Lei nº 133-A/97).

⁶ Novas são as ciências que acompanham a evolução no estudo do idoso: a par da Gerontologia e da Geriatria, já referidas, desenvolve-se, a título de exemplo, a Educação de Adultos e a Psicologia do Envelhecimento. Surgem, neste processo evolutivo, novos conceitos como a *velhice bem sucedida*, a *senescência*, a *senilidade*, as *memórias fluida e cristalizada*. (Correia, 2007:12-13).

sociedade em relação a ele.”. São “os outros”, isto é, cada um de nós enquanto integrantes do todo social, que definimos o que é ser-se velho, seja pelo fim da vida profissional e a entrada na reforma, seja pela mudança espacial do indivíduo para um lar ou um centro de dia.

Na verdade, a rápida mudança social, o ritmo acelerado do progresso onde imperam os valores do novo e da produtividade, geram um negativismo que atinge os nossos mais velhos. Como destaca Correia (2007: 1), a própria sociedade criou uma visão uniformizada do idoso, colocando-o num grupo homogêneo de vivências caracterizado pela diminuição das capacidades vitais, bem como, dos recursos sociais e económicos – entramos no fenómeno do *automorfismo social*, pelo não reconhecimento da unicidade de cada idoso (Martins & Rodrigues, 2004: 253). Esta visão simplista e irreal, sendo que todo o indivíduo é único na sua história de vida, condiciona o lugar do idoso na nossa sociedade atual, estes “deixam de dialogar entre si e com outras gerações, confinando-se ao seu próprio mundo.” (Correia, 2007: 4). Tornam-se, inevitavelmente e de encontro ao que a sociedade sobre eles formula, menos participativos no domínio da cidadania.

1.2. – Ser Idoso

No senso comum atual e na sociedade ocidental, a velhice é percebida como o fim e é, normalmente associada a um isolamento social emergente de uma “osteoporose” das redes afetivas e funcionais.

Johnson (2000)⁷

Afinal, o que é o envelhecimento? Envelhecer é um processo natural, subjetivo e idiossincrático e assim diferente de pessoa para pessoa, constituído pelo conjunto de mudanças que sofrem os seres vivos ao longo do tempo, à medida em que avançam na idade; por outro lado, a velhice é também um fenómeno social referindo-se ao modo como a sociedade o encara e simboliza.

⁷ In *Prevenção da Violência Institucional perante pessoas idosas e pessoas em situação de dependência* p. 15.

Atendendo ao que é ser idoso, o envelhecimento traduz-se num “processo de declínio progressivo e diferencial, uma vez que ocorre de forma única em cada indivíduo, apresentando elementos concretos, pela deterioração física e do aumento da dificuldade de funcionamento da cognição; e elementos complexos pela perspetiva que cada idoso tem do seu próprio envelhecimento (teoria da aprendizagem social).” (Correia, 2007: 7). Ser velho, implica, portanto, ser-se velho *assim* aos olhos dos outros. Quando negativamente percebido, aumenta no idoso a sua vulnerabilidade social e emotiva, resultantes num desânimo e desinvestimento na vida ativa.

Neste sentido, Orso (2008: 6) assume que a idade traz consigo fatores de vulnerabilidade, como “(...) as perdas de papéis sociais com retirada da atividade económica, aparecimento de novos papéis (ser avós), agravamento de doenças crónicas e degenerativas, perdas de parentes e amigos, entre outras”, acrescentando ainda que o processo de envelhecimento sendo diferenciado em relação ao género, à localização geográfica e ao acesso a bens, pode ser minimizado pelas políticas públicas. Compreende o autor que as condições de vida do cidadão idoso “vão depender das capacidades com que nasceram, das capacidades adquiridas e da inter-relação entre as duas capacidades com as facilidades/dificuldades criadas pelo meio ambiente e políticas públicas⁸” pelo que, o “desenvolvimento económico, o envelhecimento populacional e as condições de vida da população idosa devem ser reconhecidos como processos inter-relacionados”.

A idade das pessoas idosas pode, efetivamente, trazer impacto negativo nas suas vidas, constatando-se variabilidade nas mudanças que vêm ocorrendo de sujeito para sujeito e de acordo com o meio em que se insere. O envelhecimento vem afetar o ser humano de uma forma particular e heterogénea, sendo necessário atender à sua relação por referência a um conjunto de outros fatores sociais.

Estruturando a base temática do presente trabalho, a abordagem ao conceito de idoso possibilita a compreensão do estudo que tem vindo a ser realizado e dos objetivos que lhe estão inerentes. Muitos são os autores que tem vindo a procurar definir a velhice, caracterizando-a de formas distintas e com base em diferentes fatores. Uns

⁸ O modo de vida da pessoa idosa está intrinsecamente relacionado com o desenvolvimento económico e o envelhecimento; compreenda-se que, quando temos um grande nível do desenvolvimento económico, temos também mais probabilidade de ter um aumento da esperança de vida e por conseguinte uma redução no processo demográfico de envelhecimento.

remetem o conceito para a **componente biológica**, outros para o **nível psicológico** e outros ainda, analisam **as suas consequências a nível social**. Não se pode escolher uma definição de velhice mais correta ou apropriada, devemos sim ter em linha de conta que, o conceito pode e deve englobar ou enfatizar aspetos diferenciados.

Concluimos assim que existem diferentes noções:

- A de **idade cronológica** que corresponde à idade oficial, dada pelo bilhete de identidade e que é determinada pelo passar dos anos de vida;
- A **idade biológica** que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas e que, referindo-se ao padrão biológico mais frequente observado para cada grupo etário, é definida pela posição atual do indivíduo no seu ciclo de vida;
- A **idade psicológica** que, podendo não depender da idade nem do estado orgânico, corresponde a características relativas ao estado psicológico e emotivo do sujeito;
- E ainda a **idade social**, por referência aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social, que pode ser avaliada através de padrões de comportamento, como por exemplo, o desempenho de funções e de atividades da vida diária.

Assim, podemos entender o conceito de idoso tendo em conta o critério etário à luz de um limite temporal que indicia uma pessoa com uma vivência de muitos anos, e que engloba, com maior precisão, as pessoas que têm mais de sessenta e cinco anos de idade. Considerando a idade como um dos critérios mais exequíveis para definir o conceito de idoso, verificamos a existência de um limite biológico que permite identificar uma pessoa enquanto idoso ou não. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar as pessoas idosas utiliza a idade como o fator determinante, sendo que, uma pessoa com sessenta e cinco anos de idade, proveniente de um país desenvolvido ou de um país em vias de desenvolvimento é sempre considerado enquanto idoso. Assim, a idade, sem oposição do critério de proveniência, pode ser um fator, por si só, identificativo da condição de idoso.

Na verdade, é muito complexo procurar definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns entre os sujeitos, que os possam distinguir de outros grupos etários. Verdade é que, os idosos são pessoas que possuem uma memória mais longa e possuem um conjunto de conhecimento que adquiriram ao longo dos tempos.

Mais não é possível acrescentar sendo que cada pessoa se contempla na sua unicidade. A conceção de Philibert (1984) realça, precisamente, que os idosos possuem uma experiência de vida e uma memória mais longa, o que nos remete para a experiência adquirida na passagem pelas várias etapas do ciclo da vida.

Por outro lado, as pessoas idosas são agentes de ação social com laços sociais construídos no seio da instituição familiar a que pertencem e no quadro das relações tradicionais de amizade e de vizinhança⁹. Muitas vezes se atende à pessoa apenas olhando ao seu aspeto físico e cronológico, categorizando e fazendo juízos de valor sobre o que será a pessoa idosa. Estes factos, não ligados à realidade concreta da subjetividade do envelhecimento, podem quando analisados isoladamente conceber-se como aparentes e estereótipos. Efetivamente, isto seria absurdo já que, se olharmos para uma pessoa e construirmos a sua imagem a partir do aspeto físico, constatando que tem cabelos brancos, rugas e perda de memória, não podemos dizer claramente que, por estas características, será automaticamente uma pessoa idosa - isto pode não ser verdade. Há situações em que aparecem certos sinais e características nas pessoas antes de chegarem à idade de idoso, sinais que, estão, portanto, ligados somente aos aspetos biológicos de cada pessoa.

Como conclui Lopes (2005: 9) “juntando todas as componentes da velhice podemos salientar que esta é resultado de um processo fisiológico, psicológico e social que aumenta a instabilidade, a sensibilidade e a suscetibilidade a processos patológicos. É o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado, de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens.”

Compreenda-se portanto, a necessidade de em associação analisar todas as componentes em conjunto quando pretendemos analisar o idoso-utente na nossa situação de atendimento.

⁹ “Tanto quando consideramos a rede como representação organizacional, como quando a pensamos do ponto de vista das relações de apoio mútuo, articuladas por meio das relações de parentesco, amizade ou vizinhança, a base da atuação em rede é a construção da confiança entre os participantes.” (SDH, 2010: 15).

1.3. – Estereótipos sobre o Envelhecimento

É quando enveredamos no domínio social das opiniões, que encontramos ideias estereotipadas e facilitistas que remetem a terceira idade para um papel social inativo, dependente e isoladamente alheado do mundo, não participativo, porque fechado na sua decadência física e psicológica. Como afirmam Martins & Rodrigues (2008, p. 249) “tópicos, ditos, reflexões, frases feitas, etiquetas verbais ou adjetivações são alusões que frequentemente encontramos, quer nas conversas diárias de rua, quer nos meios de comunicação social”, para concluir que os estereótipos estão presentes em todo o domínio da vida, pois “o mundo social e humano dificilmente se nos apresenta, em sua crua realidade objetiva e objetual, sem possuir adjetivações (frequentemente estereotipadas) (...)”

No caso dos idosos, a representação da velhice, faz-se numa visão *gerontofóbica* (medo irracional de tudo o que é relativo ao envelhecimento e à velhice) que, como já vimos, contribui para a imagem que o idoso concebe de si mesmo (*ibidem*). Falamos, portanto de pré-concepções rígidas, simplistas e redutivas, mais ou menos falsas e irracionais que se traduzem no *ancianismo* – um conceito gerontológico que se define como “o processo de estereotipia e de discriminação sistemática, contra as pessoas porque são velhas” (Staab e Hodges, 1998 *cit in*. Martins & Rodrigues, 2008, p. 250). Mitos, estereótipos, crenças e atitudes formulam a idade avançada como um vivido de senilidade, inatividade e fragilidade que coloca, frequentemente, o idoso numa dimensão infantil – a *infantilidade* ou *bebeísmo* caracteriza-se pela interação com os idosos, numa linha de simplificação, como se de crianças se tratasse; propondo-lhes atividades que em nada se adequam ao seu desenvolvimento, porque muito próximas dos estímulos infantis, esta abordagem impede que o idoso reconheça as suas potencialidades. A atitude de *infantilismo* é o claro reflexo da influência dos estereótipos e do desconhecimento social acerca do processo de envelhecimento.

Mas será assim mesmo? Será assim unívoca e determinantemente a idade da velhice? Ou estaremos todos nós a contribuir para que ela assim seja?

Começemos por questões terminológicas mais comuns. Logo na infância, somos atingidos pelo mito do “velho malévolo”. A sua figura surge associada à imagem temerosa e feia, que os adultos criam para amedrontar os mais novos, fazendo com que

estes se comportem.¹⁰ Particularmente, a palavra “velho”, pode ser entendida de forma carinhosa ou pejorativa, atendendo, ao sentido com que é utilizada no discurso. Por um lado, Nogueira (1996) citado por Martins & Rodrigues (2008, p. 250) concebe a palavra “velhote” como descrevendo sentimentos e preconceitos resultantes de “mitos” acerca dos idosos; em contraponto, Oliveira (2005, p. 9) refere que facto de tratarmos os nossos idosos por “velhos” não tem que ser, necessariamente, sinónimo de depreciação, considerando secundário o modo como apelidamos os velhos e a velhice, pois o mais importante é compreendê-los e estender-lhes a mão. *Velho, ancião, idoso, geronte ou pessoa maior* (como no espanhol) nas diferentes conceptualizações da terceira idade, não devem, a meu ver, influir em determinismos pejorativos. Deste modo, podemos encontrar estereótipos positivos¹¹ ou negativos¹², metáforas da velhice mais ou menos carinhosas, que atribuem, respetivamente, características positivas ou negativas a todas as pessoas desta geração em particular.

Em síntese, “a atitude dos idosos depende da sua opinião geral em relação à velhice. Eles sabem que os velhos são olhados como uma espécie inferior. Toda uma tradição carregou essa palavra de um sentido pejorativo e ela soa como um insulto. Assim, quando ouvimos chamarem-nos velhos, reagimos com cólera” (Beauvoir, 1990, p. 350 *cit in*. Santos, 2002, p. 3) e, dir-se-ia, por todo o sentido actual pejorativo que o *ser-se velho* adquiriu.

1.4. – O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) como resposta ao Idoso

O apoio domiciliário como resposta ao idoso arranca em Portugal na década de 1970. Estávamos perante um sistema assistencialista, onde o voluntariado e a filantropia assumiam as ações sociais para com o idoso e os demais grupos vulneráveis.

É nesta década, em 1976, que surgem os primeiros Centros de Dia, resposta pioneira nos serviços de proximidade e apoio às necessidades básicas na população

¹⁰ Em contraponto, podemos aqui ressaltar um outro mito bem mais prazeroso, da figura do Pai Natal, o velhinho das barbas que distribui energicamente os presentes. Bem mais agradável, parecer-nos-á...

¹¹ A título de exemplo: “todos os idosos são prudentes”, “o Outono da vida”, “o cair do sol”.

¹² A título de exemplo: “todos os idosos são senis”, “idade das perdas”, “morte à vista”.

idosa. A experiência no contexto dos Lares e Centros de Dia permitiu identificar necessidades também no interior das habitações dos idosos. Percebida a pertinência dos serviços no domicílio, nasce a resposta do Serviço de Apoio Domiciliário.

Um despacho conjunto relativo à articulação entre o Ministério de Saúde e o Ministério do Trabalho e Solidariedade consagra que: “a prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece como a forma mais humanizada de respostas, mas exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efetiva continuidade dos cuidados necessários que se pretendem globais. Tais mecanismos, que estão na base da construção de uma sociedade solidária, envolvem a participação e colaboração de diversos parceiros sociais e exigem o envolvimento do Estado como principal incentivador da ação fazendo convergir esforços, no apoio dos diversos agentes interessados.”

Hoje, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) define-se como uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.” (Bonfim & Veiga, 1996: 6). E os seus objetivos passam por contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, retardando ou evitando a institucionalização (*ibidem*).

Atualmente, em termos de políticas para a velhice, é consensual que a prevenção da institucionalização contribui para potenciar a autonomia e promover a qualidade de vida do idoso, quer a nível psicológico quer mantendo o seu nível relacional no seio das suas ligações de proximidade. Assim, o SAD tem por princípio garantir a manutenção das pessoas idosas no seu quadro de vida, evitando a retirada do seu meio social. Fá-lo assegurando aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas, através da prestação de cuidados de ordem física (saúde) e psico-social, por forma a contribuir para o equilíbrio e bem-estar do utente e dos seus cuidadores de proximidade (*ibidem*).

Os Serviços de Apoio Domiciliário podem então definir-se como as atividades que se inserem no âmbito das funções tradicionalmente asseguradas pela família, no espaço doméstico e que, uma vez transferidas para a esfera pública, mantêm uma exigência de proximidade relacional entre prestadores e utente (Freio, 2000: 14). Podemos referir que o SAD vem colmatar a existência de cuidados informais ou, nos casos em que estes já existem, vem procurar reduzir a carga de esforço dos cuidadores de

primeira linda, promovendo um nível de condições similar em questão de afecto e proximidade.

Segundo Freio (2000: 14) as preocupações com o idoso no seu meio doméstico transferiram-se da família para outras redes de suporte comunitárias, por duas diferentes razões: a constatação dos défices de eficácia no tratamento prestado pelas famílias e/ou a compreensão de que se torna mais compensatório contratualizar um serviço, guardando o tempo e esforço despendidos na sua auto-realização. Sabendo que ao longo dos tempos, o sexo feminino se assume como principal característica dos cuidadores de proximidade, esta última lógica de Freio (2004) pode explicar-se, em grande parte, devido à entrada da mulher no mercado de trabalho que, uma vez ocupada no seu emprego, deixa de ter tempo para a realização das suas tarefas mais tradicionais.

Enquanto serviço prestado ao utente, o SAD exige na sua prática uma relação de proximidade entre o profissional e o idoso. Sabemos que os prestadores detêm formação social e técnica, específicas para as funções que desempenham a par de um perfil afectivo que é também essencial. A partilha de informação em jeito de conversa ou a presença do prestador no meio habitacional e na intimidade do idoso, são questões delicadas que se expressam na dimensão e níveis de confiança conseguidos entre as partes.

1.5. – Contornos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD):

Como compreendemos da definição de Bonfim e Veiga (1996), o SAD não abrange somente utentes sob a condição de idoso, embora o presente trabalho apenas atenda e se interesse pelos serviços quando dirigidos para a terceira idade. Para a terceira idade e especificamente na casa do utente, entenda-se.

Contudo, para que o SAD potencie no idoso o impacto favorável de toda a sua ação, é necessário que o serviço se encontre bem articulado com parceiros e meios de resposta na comunidade do próprio utente. Por exemplo, sendo o SAD uma atividade complementar a outros momentos em que o idoso permanece afastado do profissional, os meios de reposta em primeira linha de emergência ou a passagem de informações devem estar bem definidos e assegurados. Deve conhecer-se o meio social no qual o idoso está inserido, fazendo o seu enquadramento comunitário, o levantamento das

necessidades sentidas, bem como identificar os recursos existentes na envolvente do idoso.

Em SAD são proporcionados ao idoso, diferentes serviços: a prestação de cuidados de higiene e a procura de conforto pessoal; serviços de arrumação e higiene habitacional; distribuição e acompanhamento de refeições; acompanhamento do utente ao exterior em caso de défice de mobilidade do mesmo; aquisição de bens de consumo; ou outros serviços específicos que sejam necessários aos utentes. Estes são os serviços que atualmente o SAD proporciona e que se efetuam de segunda a sexta-feira entre as 9h e às 18h. Torna-se importante o alargamento de serviços a fins-de-semana e feriados, pois as necessidades dos utentes mantêm-se diariamente e não se manifestam somente durante os dias úteis.

O SAD existe para facilitar a vida da pessoa idosa, procurando colmatar dificuldades e satisfazer necessidades sentidas. Hoje, é tido como um direito para os que se encontrem em situação de carência, necessidade e exclusão, potenciando relações sociais de equidade no que diz respeito a aspetos elementares da vida humana. Têm como principal finalidade contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, melhorando a qualidade de vida, tanto dos utentes, como dos prestadores de cuidados informais. Os seus objetivos mais específicos são os de prevenir situações de dependência; promover a autonomia; prestar cuidados de ordem física a apoio psicossocial diariamente; de modo a: contribuir para o equilíbrio a bem-estar do utente; e apoiar os utentes e suas famílias na satisfação das necessidades básicas diagnosticadas.

De finais dos anos 80 até à atualidade tem vindo a registar-se uma evolução relativa aos equipamentos sociais dirigidos à terceira idade no nosso país. Como indicia o quadro 1, só entre 1988 e 1996 o número de respostas direcionadas ao idoso tem vindo a aumentar, acolhendo um cada vez mais significativo número de utentes.

Quadro 1 – Dimensão e evolução dos equipamentos sociais para o idoso, a nível nacional, entre os anos de 1988-1996.

Respostas \ Anos	N.º de equipamentos para a Terceira Idade			N.º Utentes		
	1988	1993	1996	1988	1993	1996
Residências	12	21	59	452	256	400
Lares	603	569	805	25642	21874	37844
Centro de Dias	505	892	1119	17692	30113	33965
Centros de Convívio	74	218	318	3260	10000	16085
Colónia de Férias	0	0	0	0	0	0
Albergues Nocturnos	2	2	5	102	102	172
Refeitórios	10	18	27	1430	2853	3977
TOTAL	1206	1720	2333	48578	65498	92443

Fonte: Freio, 2000 *cit. in* Lopes, L. (2005: 21) [adaptado].

Da análise do quadro I, verificamos que a procura é tendencial e interruptamente crescente, pelo que o número de respostas tem vindo a aumentar procurando satisfaze-la. Num período de três anos surgiram mais equipamentos e foram apoiadas mais de 92.400 pessoas.

Em jeito de conclusão, é conveniente que nos entendamos acerca da categorização dos indivíduos que designamos como idosos. Na realidade, a classificação de idoso simplesmente não pode existir se descuidada de um conjunto de aspetos da dimensão humana que carecem de ser cuidadosamente analisados; os idosos não constituem um grupo homogéneo de indivíduos, cujo perfil possa facilmente descrever-se.

A nível individual, o envelhecimento depende dos cuidados que se tenha feito ao nível da saúde, do corpo e do estado físico, ao nível da alimentação e dos hábitos de vida mais ou menos saudáveis. De facto, há muitas pessoas que chegam à velhice em plena saúde. Ao contrário, outros atentam contra a própria saúde, e por isso precipitam o envelhecimento, com a obesidade ou o abuso no comer, a toxicidade (álcool, tabaco, droga) e/ou uma vida sedentária (falta de exercício). Assim sendo, para além dos fatores endógenos, têm grande peso os fatores exógenos ou ambientais, e mesmo fatores sócio-económicos e profissionais. Um exemplo é que um pouco por todo o mundo, existem

peças centenárias, como por exemplo no Japão, sendo o fenómeno atribuído ao meio ambiente (exercício físico e mental, alimentação rica em frutas e pobre com gorduras). Mas estudos genéticos com esta população também parecem concluir que possuem mais genes protetores contra a oxidação e menos genes danosos para a saúde.

No entanto, é importante ressaltar que o envelhecimento é uma conquista civilizacional. Cada indivíduo tem um papel importante na forma como envelhece e na efetivação do chamado envelhecimento bem-sucedido: evitando a doença e incapacidades, mantendo o bom funcionamento cognitivo e físico e o envolvimento na esfera sócio-afetiva. O lema a implementar é que as pessoas vivam mais tempo, com melhor qualidade de vida e de forma independente e autónoma. O envelhecimento ativo é uma medida essencial para fomentar a saúde e a autonomia.

Os principais problemas que afetam os idosos são: a dependência, o isolamento, a exclusão e a pobreza. Desta forma, é imprescindível mobilizar respostas para a classe média, camada socioeconómica mais excluída e negligenciada pelas atuais repostas sociais.

O SAD vem assim conseguir uma resposta de proximidade, permitindo ao indivíduo idoso permanecer no seu domicílio e usufruir dos cuidados básicos de que necessita. Saúde, alimentação, aspetos emotivos e relacionais são dimensões privilegiadas pelo apoio domiciliário prestado na terceira idade. Potenciando a continuidade da pessoa no seu meio natural de vida, o SAD vem facilitar a continuidade dos cuidados necessários à condição da pessoa, permitindo ao mesmo tempo, manter o contexto relacional onde esta desenvolveu a sua vida.

Ao conciliar-se e adequar-se aos cuidados de proximidade prestados pelos cuidadores de informais de primeira linha (como um familiar, um amigo, um ente querido), os profissionais do SAD pautam a sua ação pelo conhecimento da pessoa no seu todo e inserida na sua envolvente. Estes aspetos facilitam a conquista e partilha de uma relação de respeito e confiança, conseguindo proteger o idoso na sua dimensão de intimidade/individualidade.

Respostas como o SAD, porque ligadas à heterogeneidade do fenómeno do envelhecimento, vêm facilitar o compromisso social da compreensão da terceira idade, indo de encontro às expectativas e características diferenciadas de cada sujeito. Cada caso será um caso e, assim entendido, o idoso não pode ser estereotipado nem assumido como parte de um grupo alargado que constantemente se tende a definir como “os

idosos”. Esta diferenciação e proximidade promovidas pelo SAD são aspetos muito importantes quando, assim entendidos à luz da teorização que classifica cada pessoa como idosa, mas sim sempre à luz das suas especificidades.



Parte II

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL DO ESTÁGIO

1. – O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE INTERVENÇÃO:

O Serviço Social, antes de mais, é uma disciplina que faz parte das ciências sociais e humanas que tem o seu saber próprio e contem um conhecimento científico sustentado em quadros teóricos específicos, que intervém na sociedade junto do sujeito ou cidadão com vista ao seu desenvolvimento social e humano.

Com o desenvolvimento económico, através do desenvolvimento do capitalismo, e com o desenvolvimento da Sociologia das Organizações (dedicada ao estudo dos agrupamentos sociais influenciada pelo desenvolvimento da ciência política), nos finais dos anos 60 a Justiça tornou-se mais acessível aos cidadãos através do seu desenvolvimento, conquistando-se uma maior proximidade entre o cidadão e a justiça. Por meio da influência exercida pelos movimentos sociais protagonizados na luta por novos Direitos Sociais no desenvolvimento da Segurança Social, habitação, transportes e qualidade de vida, o Serviço Social passou a ter um papel importante na área da Terceira Idade, lutando em favor dos direitos humanos.

Segundo APSS¹³ (2005), o Serviço Social como formação académica e profissional, no campo das ciências sociais, propende a mudança societária, principalmente “aos que sofrem as consequências de quaisquer formas de exclusão e injustiça social, nomeadamente por pobreza, desemprego, doença, cumprimento de pena ou violação dos Direitos Humanos”.

Por esse motivo o profissional do Serviço Social, neste caso o Assistente Social tem como objetivo vincular o seu projeto profissional ao processo de construção de uma ordem societária que permita o desenvolvimento dos seres humanos, protegendo o equilíbrio ecológico e os direitos das gerações futuras.

Segundo Santos a profissão do Serviço Social perfaz **a riqueza do mundo social**, porque tem vindo a ser caracterizado como profissão socialmente construída, multidimensional nas suas práticas e nos objetos da sua ação e, ainda segmentada em

¹³ Associação Profissional do Serviço Social.

termos de saberes teóricos e nas suas práticas quotidianas. Práticas profissionais que se encontram, por vezes, enraizadas nas particularidades do seu campo de intervenção e nas características da organização onde o profissional se encontra legal e juridicamente enquadrado, sem se constituir num todo organizado do foro metodológico e operativo¹⁴.

Assim sendo, e de acordo com as orientações provindas das estruturas internacionais, o Serviço Social, enquanto disciplina profissional, visa o maior bem-estar e desenvolvimento dos seres humanos. São valores universais a observar na relação profissional:

- Todo o ser humano tem um valor único em si mesmo, o qual justifica o respeito pela sua pessoa;
- Todo o indivíduo tem direito à sua autodeterminação, emancipação e plena expansão das suas capacidades e tem obrigação de contribuir para o bem-estar da sociedade;
- Todo o indivíduo tem direito à justiça e equidade sociais

Segundo Ilídio das Neves, o Serviço Social consiste na “técnica de intervenção Social exercida por técnicos especializados (Assistentes Sociais) que se dispõe a identificar as situações de carência e exclusão social nos indivíduos, famílias, grupos sociais e comunidades específicas e atuar no sentido da sua atenuação ou eliminação”.

O Serviço Social exerce na sua intervenção um papel de mediador e de promoção do desenvolvimento social, dado que este tem em atenção a amplitude, a gravidade e a permanência das situações de disfunção e marginalização social, pobreza, desigualdade social e necessidades básicas – **justiça social**. Assume a missão de defender os direitos dos indivíduos de acordo com a Lei/Norma Jurídica, que consiste em impor o respeito pelo outro. Assim com refere Ander-Egg (2007) a justiça, é um bem social, de liberdade, igualdade, solidariedade e democracia. A justiça social orienta-se segundo uma lógica de criar mecanismos de distribuição igual para todos na sociedade.¹⁵

Na Conferência organizada pela Federação Internacional de Assistentes Sociais e a Associação Internacional de Escolas de Trabalho Social que se realizou entre 29 de Julho e 2 de Agosto de 2003 no Canadá, adotou-se uma nova definição de Serviço

¹⁴ Santos, C. (2008). *Retratos de uma Profissão - a identidade do Serviço Social*.

¹⁵ Seminário de Serviço Social e Justiça (2007).

Social: **“o exercício da profissão de Assistente Social ou trabalhador social promove a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento das pessoas na melhoria do bem-estar. Aplicando teorias de comportamento humano e dos assistentes sociais, o trabalho social focaliza a intervenção no relacionamento das pessoas como meio que as rodeia. Os princípios de Direitos Humanos e Justiça Social são elementos fundamentais para o trabalho social.”**

Na verdade, através desta definição podemos ver que o Serviço Social tenta abranger diversas vertentes e relações que se estabelecem entre pessoas e meio. A nossa função enquanto Assistentes Sociais é tentar que os indivíduos desenvolvam as suas capacidades e potencialidades de forma a prevenir a situação de risco. Somos, desta forma, agentes de mudança não só na sociedade em geral, mas também na vida de cada indivíduo que procura a nossa ajuda. A nossa profissão assenta nos princípios de humanismo, equidade, justiça social, igualdade, dignidade, entre outros. Tentamos atenuar sofrimentos e a combater necessidades, pobreza e exclusão, legitimando as nossas ações em teorias científicas, em práticas quotidianas e em códigos ética.

Porém, embora os **objetivos do Serviço Social** estejam bem definidos, nem sempre fácil concretizá-los e, muitas vezes, oferecemos uma ajuda “envenenada”. Isto é, segundo Weisshaupt (1998: 81), basicamente o que interessa ao cliente é a solução concreta e o Assistente Social encontra-se num sistema de lealdades conflitantes: a lealdade que deve à instituição, a que deve ao cliente e a que deve à própria profissão.

Não é fácil gerir estas três vertentes e ao longo do exercício da profissão, muitas vezes, acaba por dar-se primazia a uma delas, normalmente a lealdade à instituição, esquecendo que o cliente é que deveria ser o ponto central interesse e de intervenção. Então, deixamos de trabalhar em prol do bem-estar e da justiça social e tentamos tipificar o cliente e a sua situação problemática. Podemos tomar como exemplo as instituições que se recusam ou não são muito adeptas de realizar parcerias, mesmo que até se verificassem vantagens para os seus utentes.

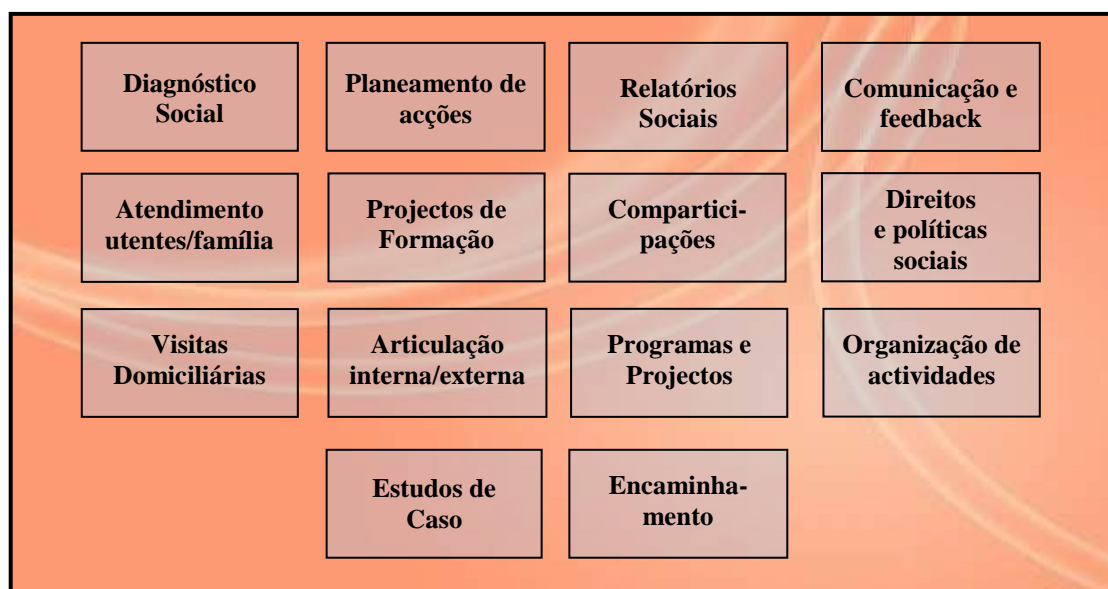
2. – O SERVIÇO SOCIAL NA ANAI

A prática do Serviço Social na ANAI remonta ao período da sua formação, que desde o início esteve presente na instituição, desenvolvendo um papel fundamental quer ao nível da formação quer ao nível da implementação de respostas sociais. As suas **funções** repercutem-se na organização de atividades de carácter sócio-cultural, recreativo e terapêutico-ocupacional, sempre com o **objetivo** de evitar o isolamento e a exclusão social e de promover as capacidades físicas e mentais dos utentes, bem como melhorar a sua estima enquanto pessoa útil.

A **missão** principal do Serviço Social é alcançar o bem-estar do ser humano e ajudar a ir ao encontro das necessidades de todos, dando especial atenção às carências e ao fortalecimento daqueles que são vulneráveis, aos oprimidos e aos que vivem na pobreza¹⁶. O objetivo principal prende-se com a prevenção da exclusão social e o isolamento, promoção das capacidades físicas e mentais e elevação da auto-estima dos utentes, para que estes se sintam úteis e integrados socialmente.

Cabe ao(à) Assistente Social da ANAI as seguintes funções:

Quadro 2 – Funções do Serviço Social na ANAI.



¹⁶ In www.cphits.com

Elaborar o diagnóstico social das várias situações problemáticas (levantamento de situações e necessidades de natureza sócio-económica, mas também as resultantes do isolamento e solidão, de certo tipo de doenças, problemas familiares, entre outros.

Realizar o atendimento a utentes e as visitas domiciliárias. Desenvolver estudos de caso, planeando ações destinadas à população utente. E participar na elaboração e planificação de projetos de formação, acompanhando as ações desenvolvidas,

É imprescindível que o Serviço Social articule entre os serviços da ANAI e outras instituições, de forma a assegurar a satisfação de necessidades da procura. O Assistente Social deve promover o encaminhamento para outros serviços e entidades competentes, dos casos e situações em que a instituição não tenha capacidade de resposta.

O Assistente Social na ANAI tem ainda, como funções: realizar o estudo e a avaliação de necessidades, elaborar relatórios sociais e os cálculos de participação dos utilizadores dos serviços, analisar o grau de satisfação dos utentes.

Elabora e implementa projetos que promovam as relações inter-geracionais, isto é, incentiva a consolidação de novos contactos (geracionais e inter-geracionais), fomentando a continuidade e manutenção de um “projeto de vida”.

Desenvolve programas que promovam um estilo de vida ativo e saudável, superando o estereótipo negativo que o fenómeno do envolvimento do envelhecimento frequentemente acompanha. Por conseguinte, organiza atividades de carácter cultural, recreativo e ocupacional, como forma de combater o isolamento e a inatividade física e mental do idoso, bem como preencher o vazio que a situação de reforma tantas vezes desenvolve.

O Assistente Social trabalha no sentido de evitar a institucionalização da pessoa idosa, disponibilizando equipas de auxiliares de família, para apoiarem no domicílio o idoso e seus familiares. Proporciona a comunicação entre as famílias e a população utente e as instituições, respondendo as necessidades básicas do quotidiano e abrindo canais de comunicação (estabelecer “feedback” entre famílias - população utente e – sociedade.

Identifica as necessidades para procurar acionar os recursos e os serviços existentes na comunidade, atendendo assim à satisfação das necessidades reais dos destinatários.

O Assistente Social deve informar os utentes e as suas famílias sobre os seus direitos e as políticas sociais que lhe estão subjacentes. No caso específico da ANAI,

isto concretiza-se através da facultação de informação sobre os direitos e as políticas sociais dirigidas a população a idosa.

O Serviço Social instituiu-se como uma prática profissional de controlo e de normalização e integração social, como luta pela liberdade dos homens e pela valorização da cidadania, assumindo perspetivas diferentes consoante a dimensão interventora e o perfil sócio-profissional do Assistente Social. A intenção é a de provocar mudanças sociais quer na sociedade em geral, quer nas suas formas individuais de desenvolvimento.

O relacionamento do Assistente Social S. com o seu cliente constitui uma condição prévia para a prestação de serviços por parte de outros profissionais. Espera-se que o Assistente Social seja capaz de ouvir, não apenas com a finalidade de conhecer a situação do cliente mas também para estabelecer aceitação entre o cliente e a instituição.

É, por isso, importante que o profissional tenha um conhecimento aprofundado da instituição, quer em termos de funcionamento formal e informal, elementos organizacionais, recursos ao dispor do cliente, bem como ao nível do seu funcionamento e dinâmicas.

O Assistente Social é também, desde sempre, conhecido como mediador. O debate da dimensão política da prática profissional demonstra isso mesmo, desde o tempo em que o cerne da questão era a relação da profissão com o poder de classe (classe detentoras do poder *vs* classe operárias) (Iamamoto, 1992: 122).

Na ANAI o desafio para o(a) técnico(a) é similar, não tendo de lidar com classes operárias e patronato, tem no entanto, de conciliar as vontades dos utentes com as decisões do órgão detentor do poder decisivo. É natural que surjam limitações à prática profissional, uma vez que o espaço de ação torna-se limitado e por vezes pouco flexível.

Existe uma extrema necessidade de realizar um diagnóstico, isto porque é o princípio do que é necessário conhecer para atuar com eficácia. O Diagnóstico Social representa um das fases iniciais do processo de intervenção social, pois procura um conhecimento real e concreto de uma determinada situação e de todos os aspetos que são necessários ter em conta para posteriormente intervir na situação problema (Aguilar, 1999). Segundo Faleiro, as instituições têm tendência para se limitarem ao conjunto de respostas típicas já abrangidas pelos acordos de cooperação e raramente são valorizadas atividades não incluídas neste âmbito. Assim é importante referir que a estagiária vai

realizar um diagnóstico, pois trata-se de uma descrição dos elementos e aspectos integrantes de uma realidade que é motivo deste estudo. Este será sempre um diagnóstico inacabado, pois deve estar aberto para introduzir novos questionamentos.

No fundo, além de todas estas funções, é fundamental ao Assistente Social saber ouvir o utente, saber proporcionar-lhe uma relação de confiança e um clima de aceitação e não julgamento. Todos estes fatores permitirão ao profissional conhecer melhor a realidade que o utente traz consigo e, posteriormente atuar sobre a situação problema.

O Serviço Social deve ter um carácter interventivo e para que assim seja é muito importante a prática investigadora por parte dos Assistente Social, uma vez que sem investigação não se constroem novas teorias e sem estas não se cruzam novas práticas, que iram conduzir à mudança. Deve ter como objetivo a participação na criação das políticas sociais não sendo um mero executor destas. Para que isto possa ser uma realidade é necessário uma posição mais investigadora e consequentemente mais “produção científica”.

Hoje em dia, o Serviço Social continua a lutar para superar o carácter assistencialista que ainda muitos lhe atribuem, incentivando os indivíduos a terem um papel ativo no seu processo de mudança, alertando para os seus direitos, para o conceito de cidadania e levando-os a construir o seu próprio bem-estar. É necessário estar atento às constantes mudanças políticas, sociais, económicas, tanto a nível nacional como internacional. São mudanças rápidas, complexas que exigem de nós enquanto profissionais, um conhecimento informado para sabermos situar-nos face aos novos problemas das novas sociedades.

É cada vez mais urgente que o Serviço Social se afirme como uma profissão também investigativa. Não deixando para os profissionais de outras áreas o mérito do que nós podemos fazer e deixamos que a profissão se subalternize em relação a outras. Assim, o Assistente Social como investigador poderá transformar as suas práticas também em práticas de investigação.

CAPÍTULO II

ACTIVIDADES DO ESTÁGIO

1. – ESTUDOS DE CASO:

Estudo de Caso 1

“Qualidade de vida em família”

1. – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Joana Costa

Idade: 89 anos

Residência: Coimbra

Estado Civil: Casada

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever

Situação profissional: Reformada

2. – SINALIZAÇÃO:

A utente foi sinalizada à Associação Nacional de Apoio ao Idoso (ANAI), pela filha, Dina Costa, de 50 anos de idade, médica e professora no ativo. A sinalização foi enquadrada com base nos indicadores que abaixo descreveremos, tendo sido solicitando apoio domiciliário ao nível da higiene pessoal. Eis os indicadores apresentados:

- Uma história de vida dura e pesada;
- Marido reformado;
- Muito dependente, ao nível da mobilidade e transferências (entrar e sair da cama), situação originada por um AVC;
- Necessidade de cuidados continuados, na área da higiene, levou à procura de um serviço de apoio domiciliário.

3. – ASPECTOS CLÍNICOS:

A D. Joana apresenta problemas de saúde bastantes graves, usando uma cadeira de rodas de modo a facilitar-lhe a movimentação. Para além do problema de mobilidade, a utente não é autónoma na alimentação necessitando da ajuda de terceiros ou auxílio de meio artificiais (por sonda ou perfusão).

Quanto aos problemas de saúde destacam-se a **perda de locomoção e mobilidade**. A D. Joana encontra-se acamada, devido à débil capacidade física e funcional, necessitando de ajuda total para satisfazer as suas atividades da vida diária. Toma medicamentos e depende de terceiros para realizar os seus cuidados de higiene pessoal e de imagem diária. Para fazer face a todas estas limitações, usa uma cadeira elevatória e cadeira de rodas, bem como uma cama articulada. Têm vindo a ser realizadas ações de reabilitação, duas vezes por semana, orientadas por um enfermeiro que se desloca ao seu domicílio, como forma de melhorar a sua situação física e funcional.

No que concerne às atividades mentais, cognitivas, sensoriais e comportamentais, a D. Joana sofre de amnesia, e encontra-se numa situação afásica não estando apta a identificar a caracterização temporal, nomeadamente, dia da semana, mês, ano, etc. Apesar de tudo isso, a D. Joana tem vindo a responder os estímulos, com imensas dificuldades na expressão, visão e audição.

O seu comportamento e sentido de humor é tido como normal, uma vez que há momentos que podemos constatar nela um pouco de sorriso.

É de salientar que os seus tratamentos médicos são efetuados nos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo que é confirmado, em nota da informação médica, que a D. Joana Costa já se encontrou internada na UCCI, tendo sido depois transferida para o Serviço de Neurologia dos HUC, por AVC¹⁷. Por esta razão, a D. Joana apenas cumpre, consciente, algumas ordens simples.

É comum os seus cuidadores experienciarem tensão, e isso inclui ansiedade e/ou depressão momentânea após a sua situação de AVC. Estes sentimentos estão relacionados com a presença de défices cognitivos ou de alterações comportamentais na D. Joana. As necessidades dos prestadores de cuidados devem ser consideradas em cada etapa do percurso, observando-se que o treino formal dos cuidadores na prestação de

¹⁷ AVC isquémico do território da ACM esquerda da qual resultou hemiparésia flácida do hemicorpo direito, afasia e disfagia ligeira – segundo relatório médico.

cuidados permite reduzir os custos em meios humanos e melhora a qualidade de vida do utente.

4. – SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR:

Seguidamente faremos uma breve caracterização individual do agregado familiar da D. Joana. A D. Joana vive num agregado familiar composto por três pessoas, ela e mais dois indivíduos: o marido, Carlos Costa, de 83 anos de idade, reformado e a filha, Dina Costa, de 50 anos de idade, médica e professora no ativo.

A D. Joana é mãe de cinco filhos, sendo esta uma família numerosa que vive as suas vidas no meio de grandes confortos. O seu primeiro filho tem 61 anos de idade e os restantes 60, 58, 50 e 48 respetivamente. Infelizmente, o primeiro filho já faleceu. Tal como foi revelado pelos progenitores, ambos nutrem um apreço especial pela penúltima filha, de 50 anos, o que pode ser testemunhado pela manifestação e presença de excelentes relações afetivas.

A situação sócio-familiar da utente é representada graficamente no genograma que abaixo se apresenta (*figura 6*).

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Principal meio de vida
Joana Costa	89	Própria	Sim	Não	Não tem rendimento
Carlos Costa	83	Marido	X		421,43 € (reforma)
Dina Costa		Filha	X		Ordenado

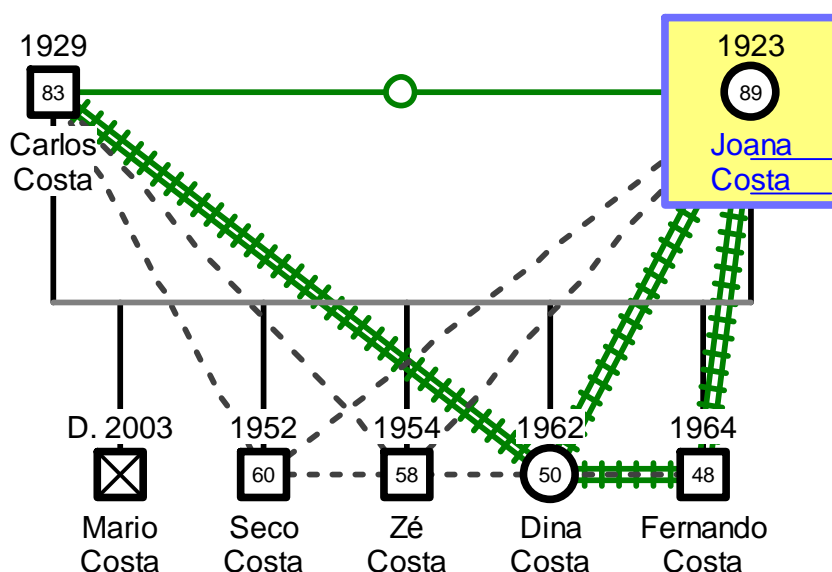
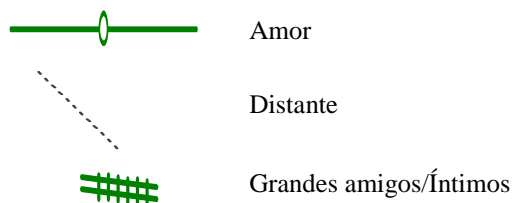


Figura 6: Genograma - Caso 1.

Legenda:



A relação da D. Joana com o senhor Carlos foi enquadrada no genograma na posição de “amor” segundo indicação descrita na legenda, uma vez que a D. Joana e o senhor Carlos são casados há muito tempo. O estado de saúde da D. Joana mostra o amor que o senhor Carlos tem por ela, um amor profundo. Em relação aos filhos, a Dina e o Fernando são os grandes amigos/íntimos dos pais. Mária faleceu. Seco e Zé têm uma relação distante entre si, devido às suas situações de trabalho. Comunicam através de telefone, para saber do estado de saúde da mãe.

5. – SITUAÇÃO ECONÓMICA E PROFISSIONAL:

A família usufrui de uma Pensão Mensal de Invalidez e Velhice proveniente dos rendimentos da reforma do marido, estimado em € 421,43 (quatrocentos e vinte e um euros e quarenta e três cêntimos), que lhes permite pagar as despesas certas (água, luz,

gás, telefone) bem como adquirir os bens essenciais (alimentação, produtos de higiene, entre outros). É desse rendimento que a D. Joana consegue comprar os medicamentos num valor estimado em € 50,00 (cinquenta euros).

6. – SITUAÇÃO HABITACIONAL:

De um modo geral o contexto habitacional da D. Joana é considerado excelente e dotado de todas as condições. Ela tem um quarto exclusivo para ela num apartamento T5 propriedade da filha, com ótimas condições, que fica situada no Bairro Norton de Matos.

O apartamento possui água canalizada, luz, rede de esgotos, gás, aquecimento, fogão, frigorífico, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar loiça, micro-ondas, rádio, TV, e telefone/telemóvel.

7. – REDES DE SUPORTE SOCIAL:

A D. Joana necessita de vários apoios permanentes prestados pela ANAI, entre quais se destacam A higiene pessoal com ajuda total no uso do banheiro, sanita, e os cuidados de imagem como o vestir-se, pentear-se, etc.

Necessita igualmente de apoio para a alimentação, mobilidade, transferências (entra e sair da cama), continência, higiene habitacional, tratamento de roupas, acompanhamento ao exterior (fazer compras), toma de medicamentos e ocupação do seu tempo livre.

Para que a D. Joana fosse admitida a beneficiar dos serviços da ANAI, a utente foi submetida a uma avaliação com base nos critérios de admissibilidade previamente definidos pela associação.

Foi provado que a ANAI se ajusta às necessidades e expectativas da D. Joana e que a instituição pode dar resposta à sua situação. Os critérios observados têm subjacentes a idade da D. Joana, os cuidados exigidos pela situação de dependência, o critério ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas que assegurem cuidados básicos e o critério risco de isolamento social.

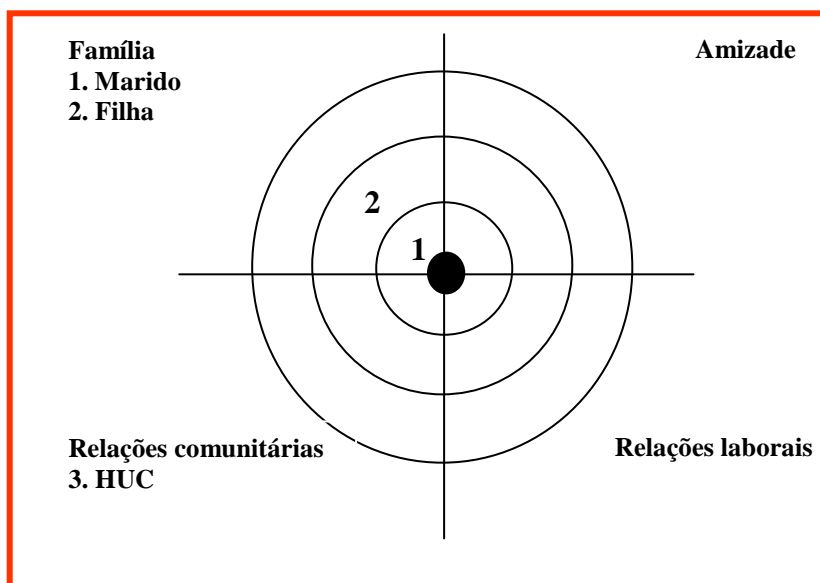


Figura 7: Mapa de Rede – Caso 1.

O instrumento de representação gráfica da figura 7 apresenta o relacionamento da D. Joana com os seus familiares e os amigos. Relativamente a relações laborais a D. Joana nunca trabalhou. No que diz respeito à relação com a comunidade e os vizinhos considera-se uma boa amizade.

8. – INTERVENÇÃO SOCIAL:

Apesar de todos os problemas de saúde e da falta de autonomia, consideramos que a D. Joana e o marido são felizes com o apoio da filha e da ANAI mantendo-se a qualidade de vida da D. Joana. É importante a integração da D. Joana nos serviços de Apoio Domiciliário da ANAI, bem como manter a proximidade relacional entre os filhos (rede informal).

Entretanto, muitas perguntas foram feitas pelos técnicos da instituição, que após terem analisado o caso, confirmaram a pertinência de prestação dos cuidados à D. Joana. A D. Joana encontra-se assim, inserida na rede de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da ANAI. Houve igualmente uma aproximação dos familiares diretos, incluindo a filha, sendo ela a pessoa indicada para ser contactada numa situação de emergência.

9. – REFLEXÃO EM TORNO DA INTERVENÇÃO:

A ANAI é uma IPSS que tem várias respostas sociais, entre os quais o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Por intermédio deste serviço assegura a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio das pessoas, consideradas tecnicamente como clientes, que, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

No caso da D. Joana, a ANAI presta serviço de segunda a sexta-feira, no horário de 16 horas e 30 minutos, conforme estabelecido no contrato de prestação de serviços previsto no regulamento interno de funcionamento do SAD da ANAI.

De acordo com o estabelecido, a ANAI presta a D. Joana o serviço de higiene pessoal cinco vezes por semana, uma vez por dia, durante um período contratual de 6 meses, todavia renovável, mediante o pagamento atempado das mensalidades devidas, fixadas no valor de € 122,91 (cento e vinte e dois euros e noventa e um cêntimos), da qual se recebe o recibo correspondente de quitação. Entretanto, o respetivo valor será atualizado anualmente, com aviso prévio de 30 dias.

A prestação dos serviços é feita por todas as colaboradoras afetas ao apoio domiciliário, em regime de rotatividade, estando assegurados os serviços em caso de férias, falta ou doença de uma das colaboradoras.

O apoio domiciliário que a ANAI presta na primeira linha, traduz-se na execução de tarefas variadas, por equipa de Ajudantes de Ação Direta, que em viatura da instituição se deslocam à residência das pessoas, para a prestação de cuidados individualizados e personalizados. De acordo com este serviço a SAD tem estado a prestar uma grande manutenção no meio ambiente dos idosos. Torna-se fundamental para a manutenção e criação de condições no seio familiar dos utentes, evitando assim a necessidade de recorrer à institucionalização.

Estudo de Caso 2*"Viver a velhice"***1. – IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Mariana Santos

Idade: 85 anos

Residência: Coimbra

Estado Civil: Viúva

Habilitações literárias: 9º ano

Situação profissional: Reformada

2. – SINALIZAÇÃO:

A utente foi sinalizada à ANAI, pelo Centro de Saúde Norton de Matos, com base nos seguintes indicadores:

- Reformada de longa duração,
- Estado de saúde muito débil, nomeadamente: problemas respiratórios, limitações físicas e visuais que a impossibilitam de exercer qualquer tipo de atividade. Apresenta ainda dificuldades de mobilidade, utilizando um aparelho de auxílio à locomoção;
- Viúva e muito dependente, necessitando de suporte para desenvolver atividades da vida diária.

3. – ASPECTOS CLÍNICOS:

A D. Mariana sofre de problemas de saúde de natureza respiratória, física e visual. Estes problemas constituem-se como fortes limitações no exercício da sua atividade diária, restringindo a sua participação em momentos sociais (p. ex. andar distâncias longas; participar em atividades de grupo).

Segundo relata a Assistente Social do Centro de Saúde Norton de Matos (CSNM) que a encaminhou para os nossos serviços, a utente tem receio de tomar banho sozinha, temendo cair.

4. – SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR:

A D. Mariana é viúva do Sr. João Carlos Santos, de 76 anos de idade. Tem uma filha, Isabel Santos, de 52 anos, casada e mãe de dois 2 filhos. Mãe e filha mantêm um bom relacionamento.

A utente é referenciada como boa pessoa, com forte capacidade para estabelecer relações interpessoais. Neste sentido, a D. Mariana diz não sentir muito o factor isolamento, já que reserva ainda um enorme leque de pessoas com quem contacta, diariamente - concretamente, o genro e a filha e também as vizinhas. Esta convivência faz com que a D. Mariana se sinta motivada e positiva.

Nome	Idade	Estado Civil	Habilitações	Principal meio de vida
Mariana	85	Viúva	9.º ano	Reforma

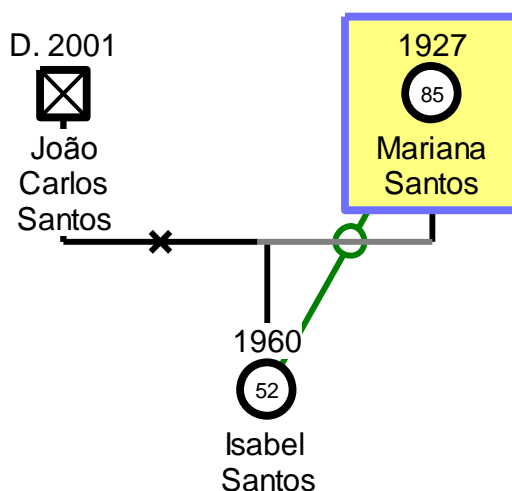
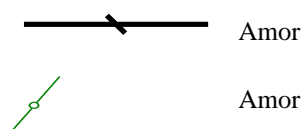


Figura 8: Genograma – Caso 2.

Legenda:



A situação sócio-familiar da D. Mariana é representada graficamente no anterior genograma (*figura 8*). O seu agregado é composto apenas por si mesma, já que vive sozinha num apartamento classificado de excelente. Recebe visitas regulares da filha, genro e netos. Na sua história relacional, foi casada durante muitos anos, com o Sr. João Carlos Santos.

5. – SITUAÇÃO ECONÓMICA E PROFISSIONAL:

A D. Mariana encontra-se reformada e usufrui uma pensão proveniente do subsistema Saúde do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, a qual lhe permite pagar despesas fixas (água, luz, gás, telefone), bem como assegurar a aquisição dos bens essenciais (alimentação, produtos de higiene, entre outros). É desse rendimento que a D. Mariana retira o valor para comprar também os medicamentos, estimados num total de € 45,00 (quarenta e cinco euros).

6. – SITUAÇÃO HABITACIONAL:

Mora num apartamento T2 com muito boas condições, que fica situado no Bairro Alto de São João, numa boa via de acesso e que é propriedade da utente.

No que concerne à ocupação quotidiana dos tempos livres, a D. Mariana gosta de ficar em casa a ver televisão, e acompanhar todas as notícias, bem como a organizar as tarefas domésticas. E também aproveita para comunicar com os familiares e as pessoas da vizinhança.

A respeito das atividades espirituais e/ou religiosas, considera-se a situação de saúde da D. Mariana que a deixou com dificuldades de mobilidade, impedindo-a de frequentar a missa. Apesar disso, a D. Mariana diz cumprir a sua fé, rezando diariamente e acompanhando, aos domingos a missa na televisão.

7. – REDES DE SUPORTE SOCIAL:

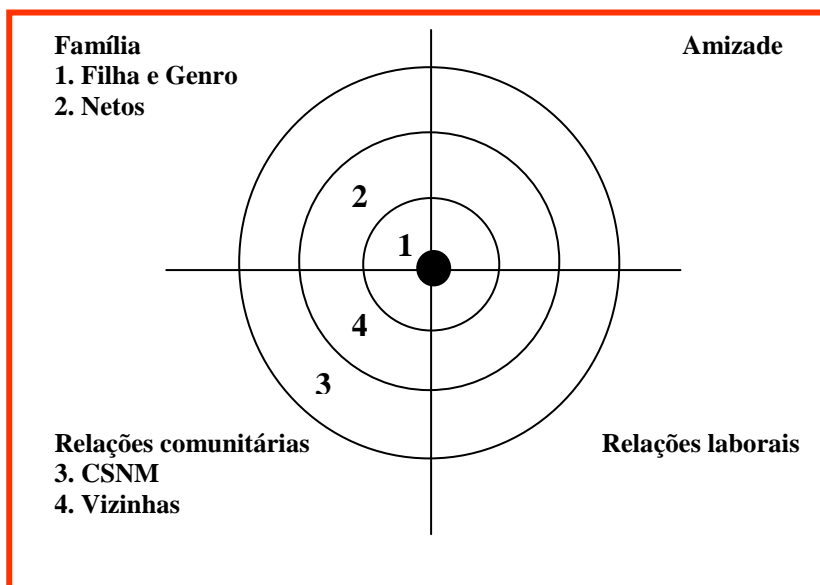


Figura 9: Mapa de Rede – Caso 2.

A situação não é de isolamento total, uma vez que mantém contactos afetivos e sociais. Relativamente à relação familiar, as pessoas mais próximas da D. Mariana são o genro, e a filha com quem está diariamente, bem como alguns vizinhos com que costuma estar nas suas companhias (*figura 9*). A D. Mariana tem uma boa relação com família e amigos e no que diz respeito à comunidade a D. Mariana não têm dificuldades de relacionamento com os seus vizinhos.

8. INTERVENÇÃO SOCIAL:

A D. Mariana tem um historial de vida pesado, vive sozinha e necessita de muito apoio e tratamento médico regular. Revela uma boa postura de confiança no decurso da entrevista de diagnóstico. Iniciou o problema de dificuldade de mobilidade há dois anos atrás e, subsequentemente, a tem-se verificado acontecimentos dramáticos que tem vindo a resultar em perda de autonomia.

Necessita de apoio nos cuidados de higiene, na arrumação do domicílio, na confeção de refeições e na aquisição de bens e serviços.

A D. Mariana chegou aos serviços sociais do CSNM acompanhada do genro, dali foi encaminhada para o nosso SAD.

9. – REFLEXÃO EM TORNO DA INTERVENÇÃO:

Toda a intervenção do Serviço Social foi de encontro às necessidades da D. Mariana.

A D. Mariana apresenta necessidade de apoio considerável nos domínios dos cuidados de higiene, na arrumação do domicílio, na confeção de refeições e na aquisição de bens e serviços.

A D. Mariana encontra-se inscrita na ANAI, para lhe ser prestado o serviço de SAD, tendo esta resposta sido solicitada pelo CSNM.

Verificam-se incapacidades que a restringem na realização de atividades, uma vez que se sente limitada no andar a longa distância e na participação em atividades de grupo. A D. Mariana precisa de utilizar produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas) como a bengala.

Colmatando as dificuldades, o nosso SAD pretende dar uma resposta social eficaz através da prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, ao indivíduo e respetiva família, evitando assim a necessidade de recorrer à institucionalização.

2. – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

2.1. – O Magusto



O Magusto decorreu em 13 de Novembro de 2012 e foi uma data que mais uma vez nos uniu. Recordámos tempos antigos... Tivemos saudades... mas não ficámos tristes! Na festa, todos nos sentimos alegres e até com vontade de cantar e dançar.

Para que na sociedade cada um entenda que pode ser muito para quem o rodeia, precisamos de ter espaços como este para nos encontrarmos! Agradecemos, por isso, à Dr.^a. Sónia Vinagre e a todos os que acreditam, que é nestas simples trocas de vivência, que a sociedade se torna mais rica e o Amor pelo outro acontece!

Antigamente quando éramos mais jovens juntávamo-nos (sem diferenças sociais), apanhávamos a caruma, fazíamos uma camada onde colocávamos as castanhas que cobríamos com outra camada. Era à volta desta fogueira (em que de vez em quando mexíamos com um pau) que todos pulavam, cantavam, e se descobriam grandes amizades. Era o estoirar das castanhas que mais nos animava e fazia proteger uns aos outros. Também gostávamos de nos enfarruscar e era tudo isto que bem nos divertia a ajudava a viver melhor.

Foi bom relembrar!

2.2. – A Festa de Natal



A Festa de Natal aconteceu em 18 de Dezembro de 2012, no espaço da OFCI (Anexo III). O convite foi dirigido a toda a comunidade ANAI.

No programa da festa constou uma peça do teatro onde se representava a história de vida de um idoso no período da época natalícia: o senhor esperava os filhos para todos juntos, em família, festejarem o Natal e estes acabam, com muitas desculpas, por não vir para junto do pai. Trata-se de um caso de solidão para refletirmos e repensarmos a situação dos nossos idosos de hoje...

Outras mensagens de espírito natalício foram passadas durante a tarde de festa com poesia e encenações.

Foi também promovida a venda dos artigos produzidos pelos utentes da OFCI. Esta é uma maneira de divulgar e dar a conhecer um pouco mais o trabalho desenvolvido na Oficina do Idoso. Ao comprar os artigos elaborados na instituição, não só está a valorizar o trabalho desenvolvido pelos utentes ao longo do ano, bem como promove, com o seu contributo, para a realização de novos e diversificadores trabalhos.



2.3. – Pesquisa qualitativa

Depois do processo pedagógico dos estudantes da Licenciatura em Serviço Social, o estágio curricular vem encerrar a consolidação operativa de todas as lições aprendidas.

Assim, a experiência pré-profissional da estagiária no contexto institucional do ANAI decorreu, de encontro à calendarização proposta, no sétimo semestre da Licenciatura em Serviço Social (FPCE-UC). Entre os dias 17 de Setembro de 2012 e 16 de Janeiro de 2013, com permanência no serviço recetor de estágio num total de 4 dias por semana. De encontro ao horário da Orientadora, Dr.^a. Sónia Vinagre, as 7 horas diárias, ao longo das 20 semanas de aprendizagem, permitiram que a estagiária trabalhasse competências profissionais inerentes à postura e às diferentes funções e desafios que se colocam ao Assistente Social na área do apoio domiciliário ao idoso. No quotidiano das práticas profissionais e das relações interpessoais estabelecidas, criaram-se oportunidades únicas e muito ricas em termos pessoais.

Num primeiro momento, a chegada da estagiária à ANAI foi envolta de bom ambiente, numa receção calorosa por parte da Orientadora e de toda a equipa da instituição. Desde logo, o percurso da estagiária foi marcado por fatores facilitadores da adaptação numa primeira fase de **integração**, como a apresentação aos diferentes profissionais da instituição e o reconhecimento do espaço físico.

Num contexto institucional onde a profissão do Assistente Social conquistou reconhecimento e onde se concretiza o trabalho em equipa, as actividades propostas foram desenvolvidas na sua totalidade e as possibilidades de intervenção, numa segunda fase, emergiram progressivamente. Do ponto de vista académico, a supervisão realizada pela FPCEUC, foi muito importante na retaguarda e reforço para a persecução das finalidades propostas.

Assim, foram propostas duas grandes atividades de pesquisa qualitativa:

- Levantamento das necessidades de SAD aos fins-de-semana e feriados;
- Análise da existência de *hiperfrequência* da população idosa nos CS de Coimbra.

Vejamos, seguidamente cada uma delas.

2.3.1. – Levantamento das necessidades de SAD aos fins-de-semana e feriados



Os questionários¹⁸ foram lançados no mês de Setembro de 2012 a um total de 11 utentes. Todos eles usufruem da resposta social de SAD e responderam a todas as questões realizadas. Os questionários foram administrados de formas indireta, ou seja, foi a estagiária que efetuou o preenchimento, tendo em consideração as limitações físicas e escolares que os indivíduos poderiam ter.

A população alvo inicial contava com 12 utentes, contudo durante a pesquisa, um deles acabou por ser internado em unidade hospitalar, reduzindo-se a amostra para um total de 11 questionários. Seguidamente serão apresentados dados relativos à **caracterização da amostra**.

Tabela 2 – Amostra por idade

	Frequência	%
65-69	0	0,0
70-74	1	9,1
75-79	2	18,1
80-84	1	9,1
85 e mais anos	7	63,7
Total	11	100,0

Tabela 3 – Amostra por sexo

	Frequência	%
Masculino	2	18,1
Feminino	9	81,9
Total	11	100,0

¹⁸ Ver o questionário em anexo (Anexo IV).

Tabela 4 – Amostra por estado civil

	Frequência	%
Solteiro	1	9,1
Casado	2	18,1
Viúvo	7	63,7
Divorciado	1	9,1
Total	11	100,0

As variáveis sexo, idade e estado civil serviram essencialmente para fazer a caracterização pessoal dos utentes. Os dados não apresentam peculiaridades específicas a não ser o patente aumento da esperança média de vida. Nos últimos trinta anos, Portugal viu a esperança média de vida nacional aumentar aproximadamente 10 anos, o que é uma evolução muito rápida em comparação com outros países.

Os nossos utentes têm gradualmente mais idades e, enquadram-se já numa Quarta Idade, com o facto curioso de a classe masculina atingir níveis etários tão elevados como o sexo feminino.

Tabela 5 – Habilitações literárias dos inquiridos

	Frequência	%
Analfabeto	2	18,1
Sabe ler e/ou escrever (sem escolaridade)	0	0
1º Ciclo do ensino básico (instrução primária)	7	63,7
3º Ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º ano)	1	9,1
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)	1	9,1
Curso Profissional	0	0,0
Ensino Superior	0	0,0
Total	11	100,0

Tabela 6 – Situação profissional dos inquiridos

	Frequência	%
Reformado	9	81,9
Outras Situações	2	18,1
Total	11	100,0

A maioria das **profissões exercidas** oscila entre funcionários da função pública, sector bancário, serviço bancário, serviço sanitário (enfermagem), domésticas, costureira, trabalhador da construção civil, entre outros. No total dos utentes temos um professor e dois funcionários públicos.

Como era esperado, a grande maioria da população-alvo são pessoas reformadas. O importante neste conjunto de tabelas é verificar como a baixa escolaridade conduziu os indivíduos a baixas qualificações profissionais e, por sua vez, a profissões consideradas de “fraco estatuto social” e fracamente remuneradas.

No presente caso verifica-se a relação direta que a escolaridade tem com a profissão, porém é importante enquadrar temporalmente este dado. Na geração destes indivíduos a instrução primária era a escolaridade mais comum entre eles e até considerada uma privilégio, já que a maioria da geração era analfabeta. Verificavam-se as raras exceções de acesso a cursos profissionais, e mais raras ainda, as de acesso ao ensino superior.

Tabela 7 – Regime de ocupação da habitação

	Frequência	%
Própria	8	72,7
Arrendada	3	27,3
Total	11	100,0

Tabela 8 – Vias de acesso à habitação

	Frequência	%
Boas	6	54,6
Razoáveis	5	45,4
Más	0,0	0,0
Total	11	100,0

Tabela 9 – Condições da habitação

	Frequência	%
Muito boas	3	27,3
Boas	5	45,4
Razoáveis	3	27,3
Total	11	100,0

Os resultados sobre a **habitação** são positivos. As condições e vias de acesso são consideradas pelos utentes entre os níveis “razoável” e o “bom”. Através da observação constata-se que são habitações aparentemente legalizadas, têm saneamento, eletricidade e água, telefone e condições gerais de habitabilidade, sendo que na cidade parece ser mais fácil ter acesso a todas essas condições.

Tabela 10 – Como se sente habitualmente em termos de saúde?

	Frequência	%
Bem	0,0	0,0
Mais ou menos	5	45,4
Mal	6	54,6
Total	11	100,0

Tabela 11 – Níveis de autonomia

	<i>Para que atividades precisa de ajuda?</i>				Freq.	%
	Lavar-se, tomar banho	Nenhuma	Todas	Exerce as atividades com dificuldade		
<i>Na sua vida diária acha que é uma pessoa:</i>	1	0	0	0	1	9,1
	2	0	0	2	4	36,3
	3	0	1	2	6	54,6
Total	6	0	1	4	11	100,0

As conclusões obtidas das questões sobre a **saúde** não são positivas (como era esperado atendendo à avançada idade dos utentes). As respostas relativas à perceção do próprio estado de saúde, oscilam entre o “mais ou menos” e o “mal”. Tendo em conta a tendência de vitimização que os idosos têm, estes dados necessitavam de maior fundamentação. Assim, procurou saber-se qual o grau de autonomia vs dependência e confirmaram-se as fracas condições de saúde dos utentes. Correlacionou-se o índice de autonomia com as atividades com apoio de terceiros, e os resultados foram explícitos.

Os utentes sentem-se mal a nível da saúde porque são pessoas muito dependentes e necessitam de ajuda para o desempenho de quase todas ou todas as atividades.

As bases destes resultados encontram-se fundamentalmente na idade avançada dos inqueridos, mas também no aumento das doenças degenerativas como o *Parkinson* e a doença de *Alzheimer*, que tornam o doente limitado, mas que também limitam a família que vê a necessidade de socorrer-se do apoio domiciliário como veremos mais

adiante na tabela que explica porque se recorre a este serviço. É de salientar também que o indivíduo com fragilidades físicas (acamados) terá gastos acrescidos com fraldas, material anti-escaras, pomadas, etc., o que tornará ainda mais frágil e reduzido o orçamento disponível.

Vejamos a situação relativa aos fins-de-semana, a partir das seguintes tabelas de dados (12, 13 e 14 e 15).

Tabela 12 – Saídas à rua em fim-de-semana

	<i>Se houvesse mais transporte público nos fins-de-semana, passearia mais?</i>			Freq.	%
		Sim	Não		
<i>Costuma sair de casa aos fins-de-semana?</i>	Muitas vezes	0	0	0	0
	Algumas vezes	2	0	2	18,1
	Raramente	4	1	5	45,4
	Nunca	1	3	4	36,3
	Total	7	4	11	100,0

Tabela 13 – Com quem costuma sair?

	Frequência	%
Com o cônjuge	0	0
Com familiares	6	54,6
Com amigos	3	27,3
Não sei	2	18,1
Total	0	0

Tabela 14 – Onde vai quando sai ao fim-de-semana?

	Frequência	%
Centro Comercial	0	0
Passear na rua	5	45,4
Nenhum	6	54,6
Total	11	100,0

Tabela 15 – Meio de transporte utilizado

	Frequência	%
Transportes públicos	2	18,1
Carro próprio	3	27,3
Carro de outrem	1	9,1
Não se desloca	5	45,5
Total	11	100,0

Antes de iniciar a análise de **sociabilidade**, há que ter em linha de conta que o grau de dependência dos utentes interfere com quase todas as questões precedentes. Não foi de admirar que fossem poucas as pessoas que costumam passear, pois a dependência não lhe permite sair, frequentar cafés, andar na rua, deslocar-se ou exercer outro tipo de atividade lúdica que implique mobilidade.

Dos poucos utentes que saem, confessam que teriam mais facilidade em fazê-lo se os transportes ajudassem. As queixas apontam para poucos veículos em circulação nos fins-de-semana e feriados, para escassa existência de autocarros em determinadas áreas da cidade e para paragens de autocarro longe da residência.

Um dado importante a reter é que 5 do total das 11 pessoas inquiridas não saem de casa, isto terá certamente repercussões nos níveis de isolamento, solidão e sociabilidade.

Tabela 16 – Visitas a familiares

	<i>Costuma ser visitado por familiares no fim-de-semana?</i>				Freq.
	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	
<i>Costuma visitar familiares aos fins-de-semana?</i>	0	1	1	2	4
	1	3	0	3	7
	0	0	0	0	0
	1	4	1	5	11

Tabela 17 – Com quem vive habitualmente

	Frequência	%
Vive só	4	36,3
Vive com o cônjuge	1	9,1
Vive com outro familiar	6	54,6
Total	11	100,0

Os dados revelam que apesar dos utentes não visitarem assiduamente familiares e de até, na maioria dos casos, nunca os visitarem, **a família**, por sua vez, vai marcando presença nas suas vidas. Este é um dado positivo atendendo ao facto de quase metade dos nossos inquiridos viver só, a maior parte porque são pessoas viúvas. Estes dados, ainda que não sendo uma amostra significativa, representam a maioria dos hábitos de vida dos idosos. A solidão que é tão falada como um dos problemas de terceira idade deste século, não está presente neste universo: temos uma longevidade estabelecida, mas com ela vem a solidão com a reforma, e de forma agradável ou provocada com a morte do cônjuge e dos amigos da mesma faixa etária.

Tabela 18 – Relação familiar

		<i>Relação com os familiares mais próximos</i>				Freq.
<i>Em caso de necessidade recorre a:</i>		Muito boa	Boa	Razoável	Conflituosa	
Cônjuge		2	0	0	0	2
Filhos		7	0	1	0	7
Outros familiares		1	0	1	0	2
Total		9	0	2	0	11

A tabela 18 apresentada define de certa forma as redes sociais informais dos idosos. Dois dos cinco utentes casados podem ajudar o cônjuge. Ainda assim, parece ser mais rápido e eficaz pedir ajuda aos filhos. É interessante ver corroborada a informação já apresentada¹⁹, onde se expõe que os pais preferem não clamar a ajuda dos filhos enquanto não é realmente sentida.

É importante ver que mesmo quando a relação familiar é muito próxima, é à família que se recorre como primeira ajuda. É também interessante ver como as relações de vizinhança e de amizade não estão presentes nesta amostra. Creio que a explicação reside no facto de na atualidade as redes de vizinhança não serem como outrora, já não

¹⁹ Falta então analisar a perspetiva dos idosos quando se encontram numa situação de semi-dependência ou dependência total. Os idosos recorrem aos filhos (se os tiverem) para solicitar apoio, porém, fazem-no com relutância. Para eles, a situação ideal seria a de manter um bom relacionamento com os filhos, mas sem depender diretamente deles. Por vezes acontece que o acesso à rede de parentesco é mais difícil e condicional que o acesso aos serviços públicos.

caracterizadas pela entreaajuda a amizade. Nas sociedades urbanas, com os prédios e com as vidas agitadas os vizinhos tornam-se pessoas anónimas.

Considero contudo os dados como positivos, pois mostram que o apoio familiar subsiste, porém também são preocupantes, principalmente para quem não tem familiares.

Tabela 19 – Convívio com outros

	<i>Convívio diário com outros</i>					Total
	Todos os dias	Muitas vezes	De vez em quando	Raramente	Nunca	
<i>Sente-se sozinho?</i>	3	4	2	1	0	10
	0	0	1	0	0	1
Total	3	4	3	1	0	11

Nesta questão não há dados muito discrepantes, mas os seus resultados também não são tão lineares quanto parecem à primeira vista. Por exemplo, das pessoas que nunca saem de casa, nem todas se sentem sozinhas, pois residem com o cônjuge ou são visitadas por familiares.

No entanto, os utentes que até costumam sair de casa, têm sentimentos de profunda solidão. Uns porque moram sozinhos, outras porque o cônjuge é muito dependente, e outro ainda porque têm com este uma relação conflituosa. Isto significa que as pessoas podem não estar isoladas, mas podem sentir-se como tal afetivamente.

Tabela 20 – Equipamentos e serviços usados

<i>Equipamentos que utiliza</i>	<i>De que tipo de serviço usufrui?</i>				Total
	Alimentação	Higiene pessoal	Limpeza de domicílio	Outros serviços	
	3	6	2	0	11

Todos os inquiridos usufruem de SAD e não estão inscritos em nenhum outro serviço da instituição. Dentro do **SAD os serviços mais requisitados** são a limpeza de domicílio, alimentação e a higiene pessoal. Estes dados cruzam-se com a dependência, com as tarefas mais difíceis de realizar pelo idoso e representam essencialmente as necessidades básicas que precisam de ter satisfeitas.

Tabela 21 – Satisfação com os serviços

	Frequência	%
Muito boa	6	54,5
Satisfatória	5	45,5
Insatisfatória	0,0	0,0
Total	11	100,0

Tabela 22 – Motivo porque recorre ao serviço

	Frequência	%
Tem necessidade	11	11
Por comodidade	0,0	0,0
Total	11	100,0

Os resultados indicam uma clara **satisfação dos utentes** com os serviços prestados. Sendo do interesse da instituição o agrado completo dos utentes, procurei saber quais os motivos da mediana satisfação e insatisfação. Essa questão é uma das componentes do questionário e chegou-se à conclusão que na alimentação e higiene pessoal a satisfação é total. Os nossos utentes demonstram também uma grande necessidade na prestação dos serviços, uns porque melhoram substancialmente a sua qualidade de vida e a outros porque colmatam as necessidades básicas.

Tabela 23 – Até que horas gostaria que houvesse SAD?

	Frequência	%
No horário vigente (9h-17h30)	7	63,7
Até às 20h	4	36,3
Total	11	100,0

Tabela 24 – Que serviços de SAD gostaria de ter?

		<i>Se sim que serviços gostaria de ter?</i>		Freq.	%
		Alimentação Higiene pessoal	Limpeza ao domicílio Outros serviços		
<i>Gostaria que houvesse SAD noturno?</i>	Sim	5	3	8	72,7
	Não	3	0	3	27,3
Total		8	3	11	100,0

Os utentes mostram-se satisfeitos com o horário vigente, principalmente porque já organizaram o seu dia-a-dia em função dos horários dos serviços prestados, ou seja, criaram uma rotina. Pelas conversas com os utentes confirmei que para todos eles é difícil fazer mudanças no seu quotidiano, por pequenas que elas sejam. *Informações bibliográficas* indicam (e a experiência da instituição confirma) que o idoso necessita ter um ritmo diário certo, sem grandes alterações de atividades e horários.

Como a maioria dos utentes está satisfeito com o horário de funcionamento atual, não precisam, nem gostariam de SAD noturno, a não ser 4 elementos que fazem a exceção. No entanto, estes não queriam durante a noite nenhum dos serviços que a instituição tem ao dispor, queriam sim um serviço que permitisse terem ajuda numa emergência noturna. Assinala-se aqui o medo que os idosos têm da noite. Medo de não conseguirem pedir ajuda, medo de não serem auxiliados por ninguém, medo de morrerem sozinhos.

Tabela 25 – Acha importante o SAD aos fins-de-semana e feriados?

	Frequência	%
Sim	11	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
Total	11	100,0

Tabela 26 – SAD na relação custo-alargamento da oferta

		<i>Gostaria de usufruir de SAD em fins-de-semana e feriado, mesmo que tivesse que pagar um custo acrescido?</i>			Total
		Sim	Não	Não sabe	
<i>Gostaria que houvesse SAD noturno?</i>	Sim	5	3	0	8
	Não	0	0	0	0
	Não sabe	3	0	0	3
Total		8	3	0	11

Tabela 27 – Que serviços iria requerer?

	Frequência	%
Alimentação	4	36,4
Higiene pessoal	4	36,4
Limpeza do domicílio	3	27,2
Mais do que um serviço	0	0
Nenhum	0	0
Total	11	100,0

Vejam os dados: uma larga maioria dos utentes (9) acha importante a prestação de SAD em fins-de-semana e feriados, no entanto, quando questionei se estariam interessados em ter este tipo de serviços, o número reduziu e apenas 6 utentes colocavam essa hipótese.

Esse decréscimo é explicado com a intervenção da família. Como a maioria dos prestadores de cuidados informais não trabalha nestes dias e estão dispostos a prestar auxílio ao idoso, o serviço deixa de ser necessário. Mas também alguns dos 5 utentes que tinham apoio familiar queriam continuar com os serviços em fins-de-semana e feriados porque são uma ajuda no tratamento do utente e não queriam abdicar deste, mesmo em dias não úteis.

É importante reparar na articulação família/instituição em prol da vontade e qualidade de vida do idoso, isto significa que embora já esteja instituída a noção de que o idoso é uma pessoa isolada e abandonada pela família, nem sempre este é o cenário mais visível.

Quando questionei se estariam dispostos a pagar um custo acrescido pelos serviços, o número voltou a reduzir. Dos 6 que queriam apoio domiciliário, 5 estavam dispostos a pagar esse custo adicional. Revelam-se aqui duas situações: por um lado o factor económico que interfere com a adesão aos serviços. Mesmo que lhes seja útil apoio em fins-de-semana e feriados, alguns dos utentes não estão dispostos a pagar mais por isso por outro lado temos 5 utentes que sentem efetivamente a necessidade de alargamento dos serviços, ainda que para isso tenham que investir algum dinheiro.

Conclui-se que os dados obtidos são bastante positivos e reveladores da qualidade e satisfação dos serviços prestados de SAD em fins-de-semana e feriados, pois a necessidade é contínua quer sejam dias úteis ou não. Porém os utentes parecem recorrer ao mínimo indispensável, principalmente devido aos baixos recursos financeiros. Conclui-se que o alargamento dos serviços não teria muita adesão, já que isso implicaria

custos acrescidos. No entanto não podemos esquecer os 5 utentes que estariam dispostos a pagar um custo acrescido, por isso sugere-se um possível e gradual alargamento destes serviços à comunidade.

É de relevar ainda que havendo hoje, um número crescente de instituições a prestar auxílio ao idoso na área do apoio domiciliário, as respostas continuam a existir em número escasso por relação à procura. Sendo que muitos idosos permanecem isolados nas suas habitações necessitando de cuidados de proximidade, realça-se a pertinência de criar e investir na melhoria deste tipo de respostas sociais.

2.3.2. – Análise da *híper-frequentação* dos idosos nos CS de Coimbra



No sentido de avaliar a *híper-frequentação dos idosos aos Centros de Saúde* foram realizadas 2 entrevistas, respetivamente., às Assistentes Sociais dos Centros de Saúde de Celas e do Norton de Matos (Coimbra).

O que procurámos compreender é **se existe uma frequência às consultas médicas por parte dos utentes mais idosos cujos sintomas podem não justificar a mesma?** Como veremos, os dados obtidos não apontam a existência de um fenómeno de *híper-frequentação*.

Por *híper-frequentação* queremos compreender se existe um fenómeno de frequência extensiva dos idosos ao CS ou com queixas sintomáticas que não o justifiquem ou apresentando consciente ou inconscientemente a exacerbação dos sintomas.

Quadro 3 – Grelha de análise das entrevistas

Questão	CS Norton de Matos (Dr. ^a Fernanda)	CS de Celas (Dr. ^a Catarina)
Existe uma frequência às consultas médicas por parte dos utentes mais idosos cujos sintomas podem não justificar mesma?	Não se verifica. Há, contudo, alguns idosos que recorrem a consulta médica devido a problemas sócio familiares, isolamento e solidão porque têm com o médico de família uma boa relação de confiança.	Não respondeu.
Na sua opinião existe uma hiperfrequência dos idosos neste CS?	A população idosa frequenta muito o Centro de Saúde porque há um aumento da proporção de idosos na sociedade portuguesa e porque a maioria das pessoas com mais de 65 anos de idade sofre de, pelo menos, uma doença crónica.	Não existe <i>hiper-frequentação</i> .
Quais são a seu ver, os motivos que levam os idosos a estar <i>hiper-frequentação</i> ?	Doença crónica. Problema sócio familiares Isolamento Solidão. Limitação funcional/ incapacidade	Não responde porque não se justifica.
Os médicos encaminham para o assistente social caso que pensem ser <i>de hiper-frequentação</i> e não relacionadas com a componente de saúde?	Os médicos encaminham alguns casos	Quando encaminham são por problemas sociais.
Se sim. Como lida com estes idosos? Procura alternativa ao nível das respostas sociais, como centro de dia ou outros?	Realização de estudo social (entrevista, visita domiciliária). Contatos com familiares avaliação das redes sociais pessoais dos idosos. Análise das situações com Médico de Família e enfermeiro de família. Encaminhamento para respostas sociais adequadas. Articulação com os Técnicos dos equipamentos sociais. Referenciação para RNCCI.	Sempre que é solicitado apoio, os idosos são encaminhados para os serviços da comunidade (lar, centro de dia, apoio domiciliário e cuidados continuados)
Pensa que o SAD decide ser alargados aos fins-de-semana e feriados?	O SAD deveria garantir apoio aos fins-de-semana e feriados	Sim. Porque quem precisa de apoio necessita todos os dias. Cada vez menos as famílias, quando existem, têm capacidade para poder prestar o apoio.
Avaliação de redes sociais	As redes sociais são reduzidas. Só quando o apoio informal falta, é que se vêm obrigados a recorrer a redes formais	Existem boas redes de suporte. No entanto devem ser reforçados os apoios aos fins de semana e feriados, bem como no período noturno.

Observações	Não fez	Há necessidade de apoio a nível emocional e psico-social pois os idosos passam muito tempo sozinhos.
--------------------	---------	--

Durante o mês de Novembro e Dezembro realizei duas entrevistas a Assistentes Sociais de Centro de Saúde na cidade de Coimbra, sendo escolhidos o Centro de Saúde Norton de Matos (Dr.^a Fernanda) e o Centro de Saúde de Celas (Dr.^a Catarina).

O objetivo destas entrevista era perceber até que ponto os idosos recorrem aos Centros de Saúde, saber se essa frequência tem níveis exagerados e se transforma em *híper-frequência*, quais as motivações dessa *híper-frequência* e, por último, saber quais os encaminhamentos, opiniões e sugestões das técnicas sobre o funcionamento, na generalidade, dos apoios institucionais e sobre a necessidade de alargamento dos serviços das instituições. Desta forma, consegui completar o meu relatório com uma análise qualitativa e perceber não só o ponto de vista dos utentes de serviços, mas também o lado dos profissionais.

Ambas as técnicas mostraram bastante disponibilidade, respondendo prontamente a algumas questões colocadas.

Sobre a questão da *híper-frequência* os resultados não iguais. No C.S. Celas, embora haja muita população idosa, não se pode considerar haver uma *híper-frequência*, porque a faixa etária que mais recorrente oscila entre os 25 e os 29 anos. Tal facto deve-se à localização geográfica do C.S. (perto das Universidades), ou seja, muitos estudantes são utentes esporádicos e em caso de necessidade é neste C.S. que se registam e a recorrem.

Foi nesta questão que as respostas se revelaram mais díspares, em todas as outras as respostas são mais similares. Ambas as técnicas revelaram que a recorrência aos C.S. por parte dos idosos é mais uma forma de ter atenção e companhia e para pedir receitas para doenças crónicas próprias da idade, do que propriamente por problemas de saúde.

Os técnicos de saúde de encaminharam os casos para o Gabinete de Serviço Social, que por sua vez tentam encaminharem os utentes para os serviços que lhe pareçam estar mais de acordo com as necessidades do indivíduo. Em larga maioria

recorrem ao SAD para que o indivíduo possa permanecer o seu domicílio, mas para que tenha também algum tipo de apoio institucional. Alguns idosos e suas famílias pedem também a integração em Lar devido a incapacidades físicas. A Assistente Social do C.S. de Celas, revelou que muitos indivíduos pretendem frequentar um Centro de Noite, pois receiam ficar sozinhos em casa durante o período noturno, porém, revela-se complicado encontrar instituições que disponham desse tipo de valência. Relativamente aos Centros de Dia que até parecem ser uma boa resposta fomentadora de convívio e laços interpessoais, não são bem aceites pelos idosos, talvez pelo facto desta valência não corresponder à satisfação das necessidades mais urgentes desta população. Surge a pergunta sobre a necessidade de alargamento dos serviços das instituições a fins-de-semana e feriados. As respostas são muito idênticas: ambas afirmaram ser muito importante, porque os idosos ficam desamparados nesses alturas e que há muito poucas instituições a desempenhar este tipo de serviços. Mais uma vez se comprova a necessidade deste tipo de serviços.

Quanto às redes sociais também não nos revelaram surpresas, fizeram a descrição da estrutura familiar quotidiana e os problemas que daí advêm para as populações mais idosas: São principalmente a falta de tempo e as redes sociais informais reduzidas.

Nas observações, cada Assistente Social comentou sobre o que, na sua opinião, era mais urgente obter. A Assistente Social do CS Norton de Matos afirmou ser fundamental a reabilitação no domicílio. Muitos idosos não têm possibilidades económicas de aceder a centros de reabilitação, outros não têm forma de lá chegar a não ser ambulância, o que também é muito dispendioso. Então acabam por não fazer qualquer tipo de reabilitação, o que vai comprometer o seu estado de saúde. Afirmou também ser importante que o SAD desenvolva outro tipo atividades como a ajuda na deslocação ao exterior. É realmente importante para evitar o isolamento e para prestar auxílio nas compras, idas ao médico ou à farmácia, mas na minha opinião não será fácil para as instituições prestar este tipo de apoio a um elevado numero de utentes, uma vez que se torna muito demorado e as instituições batalham todos os dias com falta de tempo na prestação de serviços ligados às necessidades básicas.

A Assistente Social do CS de Celas ressaltou mais uma vez a grande necessidade que há em ter Centros de Noite, pois há idosos que têm plenas capacidades de estar em casa durante o dia e que têm bastante receio de ficar sozinhos durante a noite. Centros

seriam a solução do problema. Na minha opinião seria uma boa aposta investir nestes Centros de Noite, pela mesma razão apontada pela nossa entrevistada: a escassez destes serviços e porque vem colmatar outro tipo de necessidades que o SAD não consegue cobrir: O receio e a insegurança sentidas durante o período noturno.

2.5. – Cronograma

ACTIVIDADES/TAREFAS	MESES DE ESTÁGIO					
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Conhecimento da instituição e problemática						
Recolha de documentos	Orange	Orange				
Apoio nas atividades	Yellow	Yellow				
Elaboração e realização dos inquéritos	Red	Red				
Definir os itens do inquérito e respetivas perguntas	Orange	Orange	Orange	Orange		
Testar o inquérito	Yellow	Yellow	Yellow			
Realização do inquérito	Red	Red	Red			
Elaboração e realização das entrevistas nos CS			Orange	Orange		
Visitas Domiciliárias	Yellow	Yellow	Yellow			
Pesquisa bibliográfica e documental	Red	Red	Red			
MOMENTOS DE AVALIAÇÃO						
Avaliação pela Orientadora	Red	Red	Red	Red		
Entrega de documentos no Seminário da FPCE-UC (Quinzenal)			Orange			
Entrega do plano de Estágio		Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	
Entrega da 1ª. Parte do Relatório	Red	Red	Red	Red		
Entrega do plano de Escrita do Relatório	Orange	Orange	Orange	Orange		
Entrega do Relatório Final de Estágio					Yellow	
Avaliação final - Defesa do Relatório						Orange

Conclusão:

Após os meses de estágio na ANAI, retiro diversas conclusões e aprendizagens para a vida. Foi uma oportunidade para desenvolver capacidades e conhecimentos, em estreito contacto com o contexto do Serviço Social e das suas práticas profissionais, com as rotinas de serviço e trabalho institucionais e com o quotidiano da satisfação dos utentes. Aos poucos os objetivos a que me propus começaram a ganhar forma e consistência, traduzindo-se na realização do presente Relatório.

Segundo Neto (1995: 15) “pensando o Serviço Social como profissão, o conhecimento de objetivos e suas práticas devem constituir a base da sua intervenção, no qual há-de perseguir o máximo de eficácia através da qualidade dos serviços que combinam três níveis de competência: teórica, técnica e política.”

A competência teórica implica o conhecimento aprofundado dos processos sociais; a técnica, a apropriação do vasto elenco de procedimentos interventivos e operativos acumulados na tradição das ciências sociais e humanas do próprio Serviço Social; a política, foca a capacidade de avaliar conjunturas (sociais e institucionais) de articular alianças (sociais, profissionais e institucionais) (*ibidem*). O autor define nesta citação, quais são as competências que um Assistente Social deve ter.

No final do presente estágio reconheço ter aprendido e melhorado em muitas características do profissional, construindo conhecimentos nas três áreas frisadas. Foi essencial enquanto estagiária, o desenvolvimento técnico através da atuação na instituição junto dos nossos utentes; a aquisição de competências políticas através da análise da conjuntura atual das sociedades e dos seus parâmetros relacionados com a terceira idade.

O presente trabalho passou por todo um processo evolutivo que nem sempre me conduziu às conclusões inicialmente esperadas, superando as pré-concepções existentes relativamente ao idoso. Desde a construção do tema de partida, passando por todo o processo de enquadramento teórico que fundamenta o relatório e pela formulação de atividades a desenvolver, as conclusões foram sendo surpreendentes. Iniciei a minha experiência de estágio com expectativas que passavam por uma terceira idade sozinha/isolada, com pouco suporte familiar, fechada sobre si mesma e renitente quanto

à formação de novas redes sociais. Verifiquei, todavia, que não se confirma esta realidade no universo amostra com que contactei.

Podemos perceber através da bibliografia consultada, e que se confirma junto do contacto diário que, cada vez há um número mais expressivo de pessoas idosas, que a esperança média de vida tem vindo a aumentar significativamente e que vai relacionar-se diretamente com os diferentes níveis de dependência e limitações, com profissões de baixo estatuto social que conduzem a baixos rendimentos e, subsequentemente, baixas reformas.

Tal facto deve-se essencialmente aos cuidados continuados de que muitos carecem, mas também ao tipo de família, de habitação e ao ritmo de trabalho e de vida dos prestadores de cuidados informais. No entanto, não encontrei idosos em situação de isolamento/abandono. Têm as necessidades mais básicas asseguradas pelo SAD da instituição, mas são também acompanhados por familiares ou outras redes de suporte afectivo (amigos/vizinhos). Atendendo ao facto de que há um grande número de situações de dependência, as saídas são pouco numerosas, porém existem visitas mais regulares ou menos regulares por parte da família e é a esta que os idosos recorrem em caso de maior necessidade. Conclui-se que no geral dos casos, há uma articulação eficaz entre a família e a instituição, nascendo dela benefícios para o idoso.

Conclui-se também que a SAD em fins-de-semana e feriados seria uma medida útil para todos os intervenientes: para os utentes, principais interessados, na medida em que veriam as suas necessidades colmatadas nestes dias; à família porque a aliviaria na prestação dos cuidados, uma vez que muitos dos utentes estão muito dependentes/acamados; e à instituição na medida, em que alargava os seus serviços.

É de relevar que são muitas as instituições a prestar auxílio nestes dias, só que muitas não chega, pelo que seria um factor coadjuvante a essa iniciativa caracterizada pelo pioneirismo. Se assim for, sugere-se também a divulgação desses mesmos serviços, de forma a informar utentes vindouros, das novas condições de que podem usufruir.

No que concerne às entrevistas realizadas, as Assistente Sociais confirmaram os elevados graus de dependência dos idosos, as doenças que advêm com a idade e a necessidade de novas e mais e melhores respostas por parte das instituições.

o bem-estar dos nossos utentes, sejam eles idosos ou outro tipo de população.

Não poderia terminar esta conclusão sem deixar uma espécie de contributo/ideia para um futuro trabalho, quem sabe, relatório de estágio. Através do contacto com os idosos apercebi-me do medo que em geral todos têm do período nocturno. Têm medo de assaltos, receio de se sentirem mal e não terem tempo para chamar alguém, ou então que haja ninguém que os ouça, ou ainda, que morram de noite sozinhos. Desta forma todos os intervenientes ficariam a ganhar: as instituições porque se expandiam e ao mesmo tempo e principalmente colmatava-se uma necessidade básicas, sendo o utente o mais beneficiado, como o Serviço Social preconiza e defende.

Bibliografia:

- Alarcão, M. (2002), “*(des)Equilíbrio Familiares*”, 2ª Edição, Coimbra Editora, Quarteto.
- Almeida, H. N. (2003). *Personalizar a relação e Valorizar a cidadania – dois postulados da Intervenção Social no domínio da Terceira Idade*. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. [Versão electrónica].
- Almeida, H. N. (2008). *Conceptualização da medição social em trabalho de rede*. Investigação em Historias e Trabalho Social. [Versão electrónica].
- Almeida, J. F. de & Madureira, J. P. (1990), “*A investigação nas Ciências Sociais*”. Lisboa, Editorial Presença.
- Amorim, P. (2001), “O papel da família na prestação de cuidados informais”. *Pretextos*, n.º 6, Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Berger, L. (1995), “*Pessoas idosas – uma abordagem global*”. Lisboa Editora: Lusodidacta.
- Bonfim, C. J. & Veiga, S. M. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário – condições de implementação, localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Correia, P. S. S. (2007). *Velhos são os trapos: mito ou realidade*. [Versão electrónica]. Consultado em 05 de Novembro de 2012.
- Costa, B. (1998), “*Exclusões Sociais*”. 1ª Edição, Editora Gradiva.
- Freio, P. A. (2000). *Serviços de proximidade: caracterização e perspectivas de evolução*. Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- Lopes, L. (2005). *Relatório de Estágio. Lar Doce Lar - Levantamento de dados sobre a necessidade de alargamento de Serviço de Apoio Domiciliário (Sábados, Domingos e Feriados)*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Martins, R. M. L. & Rodrigues, M. L.M. (2004). *Estereótipos sobre Idosos: uma representação social gerontofóbica*. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. N.º 29, 249-254.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.

- Orso, Z. R. A. (2008). *Perfil do Cuidador Informal de Idosos Dependentes do Município de Veranópolis – RS*. [Versão electrónica]. Consultado a 10 de Novembro de 2012.
- Santos, A. M. O. S. (2002). *O Imaginário do envelhecer – desaprendendo mitos, preconceitos e ideias erróneas*. [Versão electrónica]. Consultado a 05 de Novembro de 2012.
- Santos, C. C. (2008) *Retrato de uma Profissão - a identidade do Serviço Social*.
- Secretaria dos Direitos Humanos (SDH) (2010). *Redes de Protecção Social*. Brasil: SDH.



Anexos

Anexo I
Estatutos

Anexo II

Ficha de Inscrição

Anexo III

Questionario

Anexo IV

Convite de Festa de Natal

