

Departamento de Sociologia

**PERCEÇÕES DO CUIDADO:
A PERSPECTIVA DE IDOSOS E DE PRESTADORES FORMAIS NO COMBATE AO
ISOLAMENTO E À SOLIDÃO**

Pedro Miguel Da Piedade Escaleira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Orientadora: Doutora Rosário Mauritti, Professora Auxiliar Convidada
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro 2016



Departamento de Sociologia

PERCEÇÕES DO CUIDADO:
A PERSPECTIVA DE IDOSOS E DE PRESTADORES FORMAIS NO COMBATE AO
ISOLAMENTO E À SOLIDÃO

Pedro Miguel da Piedade Escaleira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Sociologia

Orientadora: Doutora Rosário Mauritti, Professora Auxiliar Convidada
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro 2016

AGRADECIMENTOS

As palavras que aqui escritas não se tratam de meras palavras, pois, são nutridas de um grande sentimento de gratidão.

Embora esta dissertação apareça apenas com o nome do seu autor, a verdade é que sem um conjunto de pessoas não seria possível ter percorrido este percurso académico, não poderia ter levado a efeito esta tese, em suma, não poderia ter chegado até aqui.

São pessoas que ao longo do meu curto mas rico percurso de vida me têm ensinado muito daquilo que sou e, certamente, continuarão a ensinar. Todos temos muito a aprender uns com os outros e, por isso, caminhamos sempre em conjunto. Estas pessoas ensinam-me o que de bom têm para transmitir e eu ensino-lhes o que de bom tenho para dar, isto, de forma a sermos cada vez mais melhores pessoas e de forma a crescermos e a construirmos uma personalidade rica em valores. São pessoas com quem tenho todo o orgulho de ter ao meu lado.

Não poderia deixar de dedicar esta tese aos meus pais pelo apoio dado ao longo de toda a vida e pelos incentivos dados a vários níveis de forma a levar a efeito o meu percurso académico. A eles devo-lhes muito. Este agradecimento é também extensível ao meu irmão e à sua mulher Juliana. Um igual agradecimento à minha avó Lucinda, assim como à restante família.

Também à minha orientadora, à Professora Doutora Rosário Mauritti vai um enorme e especial agradecimento. Agradeço a disponibilidade desde o primeiro momento, os comentários dados o empenho e a paciência sempre demonstrada. Tudo isto fez com que despertasse um maior interesse pela sociologia.

Agradeço também a todos os meus entrevistados pelo papel importantíssimo que desempenharam na minha dissertação.

À AMPMV não poderia deixar de estar também muito grato não só por me terem facultado os contactos para as entrevistas e me terem acompanhado no decorrer destas mas também pela disponibilidade sempre demonstrada desde o início da dissertação. Agradeço a simpatia, a dedicação e o interesse com que sempre me receberam. Agradeço o trabalho demonstrado de forma a tornarem o mundo um local melhor para viver.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento a todos os meus amigos pelo interesse, apoio e incentivos demonstrados. Não posso deixar de agradecer ao Francisco Raimundo pelo papel activo que teve nesta tese e ao meu amigo Fábio por caminhar sempre ao meu lado nos vários momentos da vida. Seriam muitos mais a mencionar, mas todos sabem quem são.

A todos estou inteiramente grato. A todos devo muito.

Continuaremos a caminhar sempre juntos.

RESUMO

Este trabalho tem como objectivo analisar as percepções de cuidado e de que forma é que este contribui para o combate ao isolamento e à solidão. Para tal, para além da análise teórica, no plano empírico, recorri à Associação “Mais Proximidade, Melhor Vida”.

Esta é uma Associação cuja área de actuação é a Baixa de Lisboa e Mouraria, correspondendo à parte do território da actual freguesia de Santa Maria Maior. No conjunto dos beneficiários que esta associação acompanha, a solidão é um dos problemas de base identificados, e que na percepção dos técnicos e voluntários condiciona, em grande parte, a sua qualidade de vida, algo que a Associação procura colmatar. Estes problemas são motivados pelas condições de habitação, pelas limitações físicas, nomeadamente ao nível da mobilidade e também, com frequência, pela falta de uma rede de suporte familiar ou comunitário.

Através do trabalho desenvolvido, fundado em análise documental, na observação directa e nas entrevistas aos beneficiários da AMPMV, procurou-se perceber de que forma é que a Associação, através dos cuidados que presta aos idosos, contribui para combater a solidão nesta faixa etária, e desta forma contribui para um envelhecimento com uma maior qualidade de vida. Nas entrevistas realizadas junto de oito idosos beneficiários procurou-se ainda perceber, através das histórias de vida, a sua trajectória até chegarem à situação actual.

A pesquisa permitiu confirmar a importância do trabalho desenvolvido pela Associação, não apenas ao nível da prestação de serviços técnicos de cuidado directo de mediação com a comunidade, mas também num plano de relações emocionais que configuram intimidades essenciais para a qualidade de vida dos idosos. Particularmente esta proximidade entre técnicos e voluntários e idosos é um factor importante no que concerne ao combate à solidão.

Palavras-Chave: Solidão, isolamento, cuidados, proximidade, idosos

ABSTRACT

This work aims to analyze care perceptions and how they contribute to combat isolation and loneliness. In order to do it, in addition to theoretical analysis, on the empirical level I turned to the Association “*Mais Proximidade, Melhor Vida*”.

This is an Association whose operation area is *Baixa de Lisboa* and *Mouraria*, corresponding to part of the current territory of the parish *Santa Maria Maior*. In the group of beneficiaries followed by this association, loneliness is one of the identified basic problems and, in the perception of technicians and voluntaries, it conditions, largely, their quality of life, something that this association seeks to overcome. These problems are motivated by housing conditions, physical limitations (particularly in terms of mobility) and also, often, the lack of a network of family or community support.

Through the work, based on documented analysis, on direct observation and interviews to beneficiaries of AMPMV, I tried to understand how the association, through the care it provides to elderly, helps to combat loneliness in this age group and thereby contributes to an aging with a higher quality of life. In the interviews with eight elderly beneficiaries, I tried to see, through their life histories, the path they took until they reach their current situation.

The research allowed to confirm the importance of the work developed by the Association, not only at the level of providing technical services, direct care and mediation to the community, but also at a level of emotional relations that constitute essential intimacies to the elderly quality of life. Particularly, this proximity between technicians and voluntaries and the elderly is an important factor regarding the combat to solitude.

Key words: Loneliness, isolation, care, proximity, elderly

INDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	v
INDICE DE FIGURAS.....	ix
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I: PERCEPÇÕES DO CUIDADO	3
1.1 - Propostas de delimitação conceptual do cuidado.....	3
1.2 - Desafio do cuidado nas sociedades contemporâneas: formas de articulação entre redes formais e não formais	5
CAPITULO II: O CUIDADO NO CONTEXTO DO VOLUNTARIADO: UM ESTUDO DE CASO NUMA FREGUESIA DE LISBOA	9
2.1. Associação.....	9
2.1.1. Missão e objectivos	9
2.1.2. Profissionais e voluntários.....	10
2.1.3. Território de Intervenção.....	11
2.2.2 - Beneficiários	12
2.2.2.1 Caracterização geral dos beneficiários	12
2.2.2.2. Caracterização geral dos entrevistados.....	14
2.2.2.3.Perspetiva dos entrevistados sobre os apoios de que beneficiam por parte da associação.....	14
2.3. Perspectivas sobre o cuidar e cuidados	18
2.3.1.Cuidado: A importância das relações sociais de vizinhança e com familiares e amigos no bem-estar dos beneficiários	18
2.3.2. Discussão dos resultados: efeitos do cuidar e do cuidado nas percepções de solidão e isolamento	22
CONCLUSÕES	31
BIBLIOGRAFIA	33
Anexos	I
ANEXO A - Dados de caracterização profissional dos técnicos da AMPMV.....	I
ANEXO B - Dados de caracterização dos entrevistados.....	IV

INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 - Fontes de receitas da AMPMV em 2015	10
Figura 2.2: Voluntários da AMPMV segundo as funções a que estão afectos, 2015	11
Figura 2.3: Acessibilidade da Habitação dos Beneficiários da AMPMV	11
Figura 2.4: Evolução do número de beneficiários da AMPMV	12
Figura 2.5 – Tipologia dos cuidados de intervenção da AMPMV	13

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AMPMV – Associação Mais Proximidade Melhor Vida

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

SROI – Social Return On Investment

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

INTRODUÇÃO

Sabemos que o envelhecimento da população é cada vez maior na nossa sociedade. Com bastante frequência, a velhice é caracterizada por traços de pouca autonomia, devido ao facto de as pessoas idosas terem as suas capacidades limitadas, de que são exemplos, a memória, a aprendizagem ou a criatividade, entre outros, o que faz com que necessitem, muitas vezes, de cuidados especiais.

Porém, o certo, é que estes cuidados, devido à necessidade associada às configurações contemporâneas da família: incidência de famílias nucleares; dispersão de redes de entreajuda informal, e pouca disponibilidade das cuidadoras tradicionais (as filhas/esposas outras familiares) para cuidarem dos idosos, uma vez que exercem actividade profissional a tempo completo e também devido à ausência ou escassez de redes informais de vizinhança e outras, faz com que exista a necessidade de organização de estruturas de apoio formal que intervêm no terreno.

É precisamente este apoio formal aos idosos com condições limitadas que será aqui abordado, e não tanto o apoio aos idosos que carecem de cuidados continuados. No plano substantivo o estudo focaliza o trabalho de intervenção social desenvolvido pela Associação “Mais Proximidade, Melhor Vida”, com intervenção na Baixa de Lisboa e Mouraria, correspondendo à parte do território da actual freguesia de Santa Maria Maior. A pesquisa procura perceber os efeitos preconizados por esta associação na auto-percepção que os idosos têm da sua situação de solidão. Isto é, a pergunta que norteia a pesquisa é: em que medida é que a Associação “Mais Proximidade, Melhor Vida”, através dos cuidados prestados aos idosos, contribui para o combate à solidão? Ou, dito de outro modo:

Qual a importância do apoio institucional aos idosos que se encontram nas suas habitações no que diz respeito ao combate à solidão?

Tendo em consideração a literatura, a presente investigação teve como objectivo analisar as percepções do cuidado e de que forma é que este contribui para o combate à solidão.

Colocou-se assim sobre teste a seguinte hipótese:

H1- É esperado que as experiências de solidão sejam inexistentes ou atenuadas por parte das pessoas que usufruem de diversos tipos de cuidado, quer a nível formal ou informal.

H2- particularmente no que concerne aos beneficiários de cuidados no âmbito de redes formais, é esperado que os laços que se estabelecem entre técnicos/voluntários e beneficiários são laços complexos, que envolvem não apenas a relação instrumental de prestação de serviços de auxílio e mediação facilitadora de acesso a contactos úteis ou de associação, mas também outras valências que se aproximam de laços de intimidade complexa (conforto, confiança, partilha de valores entre iguais).

Esta é uma temática bastante actual e com uma enorme relevância social e científica, enquadrada numa pesquisa que procura indagar, de forma mais ampla, as condições de cuidado que intervêm no bem-estar do idoso que vive em solidão ou reside sozinho na sua casa.

O tema da solidão é algo que já tem vindo a ser abordada sobre várias perspectivas, e de diferentes formas nas mais diversas áreas de estudo. A título de exemplo, na área da Psicologia, destaca-se o trabalho de Márcia Costa Rodrigues Fontinha (2010) que tem como objectivo analisar as relações entre perspectivas face a morte, suporte social, solidão de pessoas idosas. A autora Flávia da Costa Pereira (2013), na área da Enfermagem, analisa as causas da solidão dos idosos em Ponte de Lima. Já a autora Patrícia da Conceição Barbosa de Freitas (2013) estudou a percepção de solidão em idosos em função da sua rede social. Na sociologia, Rosário Mauritti (2011) num estudo sobre o viver só nas sociedades contemporâneas, apresenta o conceito de “intimidade na distância”, para análise das relações que se estabelecem entre os idosos que residem sozinhos na sua casa e as suas redes de relacionamento pessoal, sublinhando a preferência, por parte daqueles, em terem uma residência independente – na casa onde viveram grande parte da sua vida, com os seus objectos pessoais, testemunhos vivos de experiências passadas – mas, ao mesmo tempo, suficientemente próxima de familiares e amigos de forma a não pôr em causa a regularidade de contactos (Mauritti, 2011:14).

Como nos revelam os Censos 2011 (INE), a população com mais de 65 anos – referência empírica a partir do qual nos propomos delimitar o conceito de “idoso” –, representa cerca de 20% do total da população residente em Portugal. Este é um valor que tem vindo a aumentar progressivamente, desde a década de 60, acompanhando uma tendência global de envelhecimento da população portuguesa. A somar a isto, ainda de acordo com os Censos, cerca de 400 mil idosos vivem sós e outros 804 mil vivem em companhia exclusiva de outros idosos em Portugal, sendo este um fenómeno que aumentou 28% ao longo da última década. Especificamente na região de Lisboa (onde se desenvolve a componente empírica da presente dissertação) encontra-se concentrada 22% da população desta faixa etária que vive sozinha (Censos, 2011).

Em convergência com estes dados, também a operação “Censos Sénior” realizada com o apoio da GNR, em Maio de 2015, sinalizou, em todo o país, 39.216 idosos, a viverem em situação de “solidão e isolamento”. Estes valores apontam para um acréscimo de 5.253 pessoas nesta situação face ao ano anterior (Operação “Censos Sénior” da GNR, 2015).

Assim, o retrato estatístico geral parece confirmar a urgência de intervenções institucionais de apoio a estas populações.

No plano metodológico, a pesquisa assenta na realização de entrevistas semi-estruturadas a idosos beneficiários da Associação “Mais Proximidade, Melhor Vida”, assim como na observação directa. Complementarmente, desenvolve-se uma análise documental de relatórios e outros registos publicados pela Associação, de caracterização da sua actividade e dos utentes sobre os quais incide a sua actuação.

A presente dissertação está estruturada em duas partes. A primeira parte, referente à análise teórica, aborda as percepções do cuidado. Num primeiro capítulo desta parte propõe-se a delimitação conceptual do conceito de cuidado; e no segundo faz-se uma análise sobre o desafio do cuidado nas sociedades contemporâneas, nomeadamente no que concerne às formas de articulação entre redes

formais e não formais.

Na segunda parte do trabalho analisa-se a temática do cuidado no contexto do voluntariado, tendo como base um estudo de caso numa freguesia de Lisboa. Nesta parte, para além do capítulo metodológico, constará também informação relativa à associação com base na qual se elaborou a presente dissertação e ainda uma análise sobre as experiências e percepções de cuidado dos utentes idosos entrevistados.

Num primeiro momento desenvolve-se uma caracterização das condições de vida e dependência destes idosos procurando aferir o tipo de necessidades de que carecem para uma melhoria da sua situação actual: particularmente no que concerne à sua situação de isolamento e experiências de solidão. Seguidamente, num segundo capítulo, procurar-se-á perceber os efeitos do cuidado na auto-percepção por parte dos idosos e dos técnicos da associação “Mais Proximidade, Melhor Vida” sobre as condições de participação e relacionamento social destas pessoas idosas.

Nas conclusões da dissertação enfatizam-se os principais resultados da pesquisa e ensaiam-se proposta de aprofundamento de temas em aberto.

CAPITULO I: PERCEPÇÕES DO CUIDADO

1.1 - Propostas de delimitação conceptual do cuidado

O cuidado é algo que faz parte da nossa sociedade. Tal como é referido por Barnes (2012) “cuidar e ser cuidado são componentes centrais da vida social, pois, ambas as situações são algo que nos acompanham durante toda a nossa trajectória de vida” (Barnes, 2012, citado por José, 2016: 53). No decorrer de toda a vida, devido ao número crescente de pessoas adultas a quem é necessário garantir qualidade de vida, o cuidado torna-se cada vez mais necessário. Esta necessidade já ganhou ênfase na agenda política, pois, são muitos os desafios que se colocam com o envelhecimento da população, de que é exemplo, o receio de o número de cuidadores serem insuficientes para atender às necessidades de todos aqueles idosos que se encontram em situação de dependência.

Também a investigação sobre os cuidados aos idosos é algo que tem vindo a crescer ao longo das últimas décadas, sendo hoje um tema prioritário para as agências de financiamento na maioria dos países do mundo, de que é exemplo o Programa Europeu "Horizonte 2020", onde esta temática surge incorporada no objectivo 1, sobre os desafios demográficos (Phillips, 2007, citado por José, 2016:58).

A investigação sobre os cuidados aos idosos não é estanque, pois, trata-se de uma investigação que tem vindo a ter diversos desenvolvimentos, uma vez que desde os anos 80 até à actualidade, a literatura sobre o cuidado foi progredindo, isto, de forma a conseguir-se arranjar uma definição de cuidado o mais abrangente possível, tal como veremos de seguida.

A investigação sobre o cuidado, nomeadamente, a investigação sobre o cuidado aos idosos, tem vindo a ser marcada pelo uso de diferentes definições. Joan Tronto (2013) é da opinião de que um

dos problemas maiores para todos os teóricos tem sido a dificuldade em definir o cuidado. Por exemplo, algumas definições do cuidado circunscrevem-no à esfera doméstica e concebem-no como um trabalho não remunerado. Outras definições estabelecem que as práticas do cuidado podem ocorrer tanto na esfera privada / doméstica como na esfera pública, podendo ser concebido como um trabalho não remunerado mas também como um trabalho remunerado (Joan Tronto, 2013, citado por José, 2016:58).

As primeiras propostas para a criação de um conceito do cuidado a pessoas idosas apareceram na década de 1980 na Europa e América do Norte. De acordo com estas propostas iniciais, o cuidado foi visto como sendo algo destinado a alguém que não é capaz de satisfazer as suas próprias necessidades sem ter de recorrer à ajuda de outra pessoa. Os estudos levados a cabo até então focavam-se essencialmente nos cuidadores. Com base na evidência empírica, o protótipo do cuidador familiar de um idoso era uma mulher, principalmente uma filha, de meia-idade que se encontrava fora do mercado de trabalho.

A diversificação dos estudos desenvolvidos neste âmbito reconhecem a necessidade de se redefinir o conceito de cuidado e de cuidador (os cuidadores não parentes, os cuidadores pertencentes a minorias étnicas, os cuidadores de diferentes idades e classes sociais, entre outros) e também a importância de se ter em conta os contextos (social, cultural, económica, etc.) em que a relação de cuidado ocorre, assim como a inclusão do domínio público como um domínio em que a relação de cuidado também tem lugar. Isto, de forma a superar a ideia de que o cuidado se restringia apenas ao domínio da esfera privada, o que fazia com que se tornasse difícil discutir o cuidado como uma questão.

No entanto, o novo conceito de cuidado não reunia unanimidade, pois, Thomas (1993) considerava-o pouco abrangente e, como tal, propôs um novo conceito em que refere que o cuidado é prestado quer de uma forma remunerada, quer não remunerada sendo exercido principalmente, mas não exclusivamente, por mulheres, quer no âmbito público ou doméstico e que ocorre numa enorme variedade de ambientes institucionais (Thomas, 1993, citado por José, 2016: 62).

A definição proposta foi um passo significativo no sentido de se encontrar uma definição abrangente relativa aos cuidados. No entanto, Thomas (1993) deixou de fora algumas dimensões que tiveram de ser introduzidas por outros autores, de que são exemplo, os "contextos dos cuidados" (sociais, culturais, etc.) que haviam sido mencionados por vários autores no início de 1990 (Thomas, 1993, citado por José, 2016: 63).

O debate sobre os cuidados tornou-se ainda mais intenso quando os estudiosos da deficiência, especialmente Jenny Morris (1995, 1997, citado por José, 2016: 63) e Lois Keith (1992, citado por José, 2016: 63) produziram severas críticas ao trabalho desenvolvido sobre o cuidado até à data, pois, para estes, os trabalhos até então desenvolvidos haviam reduzido as pessoas com deficiência (e mais idosas) para o estatuto de meros "dependentes", sem voz, centrando-se apenas na figura do cuidador. Neste seguimento, foi proposto que quem era cuidado também tivesse voz, o que não acontecia até

então, e que os estudos fossem centrados sobre a independência em vez da dependência.

Entretanto, durante a última década e meia, surgiram novos temas de pesquisa, tendo alguns já um volume significativo de estudos, enquanto outros começaram a ser estudado apenas mais recentemente. Como exemplos de temas inovadores temos a conciliação entre trabalho e a prestação de cuidados, bem como a temática dos maus tratos aos mais velhos em diferentes ambientes de cuidados (apesar do facto de que a consciência da existência de abuso de idosos no contexto da vida familiar apareceu pela primeira vez em meados da década de 1970, no entanto, começou a ser objecto de investigação empírica apenas no início dos anos 2000).

No entanto, o problema de fragmentação conceptual não foi completamente resolvido e a prova disso é que, na perspectiva de José São José (2016), ainda não há um conceito abrangente e consensual sobre o cuidado. Neste sentido, com base nas propostas de Thomas (1993, citado por José, 2016:67), Daly e Lewis (2000, citados por José, 2016:67) e Tronto (1993,2013, citado por José, 2016:67) propõe-se uma nova definição do conceito de cuidado.

Esta definição apresentada, de um modo geral, diz o seguinte: o cuidado é um processo que envolve, pelo menos um cuidador e um destinatário, ambos com as suas próprias identidades sociais. O cuidado tem como finalidade a promoção do bem-estar do destinatário do cuidado. A relação cuidado é baseado em interconexão e interdependência, podendo ser ancorada em laços de parentesco e / ou outros tipos de relações sociais. Pode ter lugar no domínio do Estado e / ou outros domínios sociais (José, 2016: 67).

1.2 - Desafio do cuidado nas sociedades contemporâneas: formas de articulação entre redes formais e não formais

Nas sociedade contemporâneas, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, as quais, como referido, são ainda as que maioritariamente cuidam dos membros mais velhos, importa perceber como é que se consegue conciliar o cuidado com a actividade profissional e quais as alternativas que as famílias possuem quando não têm a oportunidade de levar a efeito este cuidado por elas próprias. Uma das respostas é, precisamente, o recurso a cuidadores profissionais, de uma forma exclusiva ou em regime parcial/complementar.

Porém, ao longo das últimas décadas tem-se assistido, no mundo ocidental, a uma tendência no sentido de uma maior combinação entre cuidados familiares e cuidados não familiares prestados a pessoas idosas (Huber *et al.*, 2009 citados por José, 2012:63). No entanto, a família, apesar do desenvolvimento que tem ocorrido a nível dos serviços de âmbito formal, continua a ter um papel de carácter fundamental no que diz respeito aos cuidados dos idosos, sendo também certo que o papel desempenhado pela família no que concerne a estes cuidados, é algo que se tem vindo a redefinir ao longo dos anos (Kroger, citado por José e Wall: 2004:65).

De seguida, darei conta de uma pesquisa a nível europeu que abrange a Finlândia, França,

Itália, Portugal e Reino Unido intitulada “*New Kinds of Families, New Kinds of Social Care*” que consistiu em entrevistas semi-directivas realizadas a pessoas que exerciam a sua actividade profissional e que residiam na área metropolitana de Lisboa, prestando cuidados a familiares idosos dependentes que não se encontravam institucionalizados.

O projecto organiza as soluções de cuidado em dois grandes perfis, são eles: o perfil familiar e o perfil misto. No perfil familiar o(s) cuidador(es) vive(m) em co-residência com o idoso, não estando assim presentes quaisquer elementos exteriores à rede de parentesco do idoso. Algumas destas soluções são constituídas por mais do que um familiar (soluções partilhadas), e outras integram um único familiar (soluções não partilhadas).

Já no que concerne ao perfil misto, as soluções para além de integrarem elementos da rede de parentesco do idoso, contam também com elementos exteriores a esta, normalmente, provenientes de uma rede formal de apoio (ex: serviço de apoio domiciliário, Centro de Dia) ou de uma rede informal de apoio (ex: vizinhos, amigos). Os apoios para lá da família são algo que poderão ser prestados em regime de meio tempo (até 4 horas por dia) ou num regime mais intenso (superior a 4 horas diárias). Se é verdade, que algumas destas soluções referidas no projecto, são asseguradas por um único familiar, é também verdade que outras são partilhadas por um conjunto mais alargado de familiares, de que é exemplo uma das famílias mencionadas na pesquisa, a família Silva. Esta família tem a seu cargo uma idosa do sexo feminino. Esta idosa tem os seus cuidados partilhados pelo seu filho e pela sua filha, solteiros e empregados, e complementarmente também pelo seu cônjuge que se encontra reformado. Neste caso, a prestação de cuidados (instrumentais, afectivos e relacionais) é assegurada num contexto partilhado, quer durante a semana, quer também aos fins-de-semana e em período de férias.

Durante a semana é aos seus filhos que, antes de saírem para trabalhar, lhes cabe tratar da higiene corporal, do pequeno-almoço dos seus medicamentos entre outros aspectos. Durante o dia quem toma conta da idosa dependente é o seu marido. Ao fim da tarde, quando os filhos chegam a casa, normalmente, o jantar já está preparado pelo pai. Por volta das onze horas da noite, a filha desta idosa, com a ajuda do seu irmão, levam a mãe para a casa de banho para lhe fazer, novamente, a higiene corporal, de modo a poderem-na colocar na cama. Durante a noite, quando esta precisa de urinar, é o seu marido que lhe presta ajuda. Durante os fins-de-semana, assim como durante as férias e situações ocasionais, todos os cuidados de que a pessoa idosa necessita são assegurados pelos mesmos familiares.

No estudo em referência, os inquiridos que integram as soluções familiares partilhadas de cuidados básicos no domicílio consideram-nas adequadas para os idosos, na medida em que estes estão, tal como desejavam, em meio familiar, recebendo todo o apoio de que necessitam. Contudo, já não as consideram adequadas para eles próprios pois, mesmo recebendo apoio de outros familiares, os inquiridos acabam por despender de uma grande quantidade de tempo e de energia (física e psicológica) nos cuidados aos idosos, tal como o revela o testemunho da filha da idosa em causa: «por

vezes é muito cansativo, não é que seja difícil, é sim um cansaço muito grande, ela é uma pessoa bastante pesada e quando eu a levo da casa de banho para a sala eu chego lá completamente exausta por causa da força que faço para a conseguir segurar». (José e Wall, 2004: 67).

Se no exemplo anterior, os cuidados eram partilhados, no exemplo que se segue, tal não acontece, o que faz com que as dificuldades aumentem, muito mais, quando se trata de um idoso altamente dependente.

É o caso da família Ribeiro, que acolhe uma pessoa idosa, viúva, completamente dependente e que recebe cuidados por parte da sua filha, de 42 anos que se encontra divorciada. Como a mãe desta senhora não deseja receber qualquer tipo de apoios de pessoas exteriores à família, a filha não tem nenhuma outra alternativa, senão suportar todos os cuidados de que a sua mãe carece, situação que dificulta a conciliação entre a sua actividade profissional e a prestação desses cuidados.

Este tipo de solução é algo que não agrada minimamente à filha desta idosa, pois, considera que tal não é vantajoso para si nem para a sua mãe, até porque a preocupação é constante, pois, como a própria diz «é um stress muito grande». (José e Wall, 2004: 68).

Uma outra solução que quem tem idosos a cargo com um baixo grau de dependência acaba por optar é a supervisão através de soluções que, por vezes, implicam apenas um “controlo à distância” (José e Wall, 2004: 68). São exemplos das acções incluídas nestas orientações o “confirmar se o idoso toma os medicamentos de acordo com a prescrição médica”; “confirmar se o idoso não deixa as luzes acesas ou o gás aberto” (José e Wall, 2004: 68).

A supervisão quando os cuidados de que o idoso são alvo assim o permitem, é algo que nos remete para um menor dispêndio, quer a nível de tempo, quer de energia do que os cuidados básicos, o que faz, automaticamente, que a conciliação entre a actividade profissional e a prestação de cuidados seja mais fácil de ser estabelecida.

Já nas soluções mistas de cuidados básicos no domicílio existe a conjugação de cuidados prestados por familiares com a prestação de cuidados prestados por elementos exteriores à família. Estes apoios apresentam-se sob a combinação de duas modalidades. Uma destas modalidades remete-nos para a combinação de apoio familiar com apoio domiciliário, sendo este apoio prestado num regime de meio tempo (menos de 4 horas diárias) e numa base formal. A outra modalidade combina apoio familiar com apoio domiciliário em regime de tempo inteiro, isto é, com um mínimo de 8 horas diárias, sendo este prestado numa base informal.

A primeira modalidade remete-nos para uma solução de carácter idêntico à solução familiar partilhada de cuidados básicos no domicílio, pois, os idosos em questão também têm uma elevada taxa de dependência e também existe um familiar a cuidar deste durante todo o dia, nomeadamente, o cônjuge. A única diferença significativa que aqui existe é que na primeira modalidade existem apoios extra familiares (sendo estes executados em regime de meio tempo), nomeadamente no que diz respeito ao apoio domiciliário e também ao nível dos cuidados de higiene e de refeições, sobretudo, o almoço.

Porém, a existência deste apoio domiciliário, apenas cobre um tempo bastante reduzido de horas diárias. Na verdade, o apoio domiciliário de “curta duração” (na perspectiva dos próprios e/ou dos seus familiares, tendo em conta que não cobrem todo o tempo em que os idosos estão desacompanhados) acaba por dar uma “ajuda limitada” no dia-a-dia dos cuidadores, pois, muitas das preocupações dos familiares mantêm-se. Perante tal, à semelhança do que ocorre com os cuidadores que integram as soluções familiares partilhadas de cuidados básicos no domicílio, também aqui, existe a ideia de que esta solução é adequada para os idosos, mas não é adequada para eles próprios, manifestando a vontade de poder contar com os apoios domiciliários a tempo inteiro.

Para colmatar tal facto, uma das soluções seria a contratação de serviço externo (fornecidos sobretudo pelo sector informal pago ou pelo sector privado lucrativo), porém, quando os rendimentos mensais são baixos, como parece ser o caso das famílias referenciadas no estudo, a contratação deste tipo de cuidados torna-se mais complicada ou até impossível.

As famílias que contam com apoio domiciliário a tempo inteiro confirmam que quando assim é, o trabalho e os cuidados aos idosos com um elevado grau de dependência fica claramente mais facilitado. Neste sentido, estas famílias parecem não manifestar dificuldades significativas ao nível da conciliação entre a actividade profissional e os cuidados aos idosos a seu cargo.

Existem também famílias que recorrem à solução mista, apoiada no Centro de Dia. Neste tipo de solução o que acontece é que é aos familiares que cabe a prestação dos cuidados no início da manhã e ao final do dia, enquanto durante o dia é o Centro de Dia que toma conta do idoso. Contudo segundo o projecto em referência (José e Wall, 2014), em todos os agregados familiares que utilizam este tipo de solução existe pelo menos um familiar com um horário de trabalho flexível, o que facilita a conciliação entre trabalho e vida familiar.

Já a solução mista de supervisão inclui uma pessoa fora das redes de parentesco dos inquiridos. Esta, para além da realização das actividades diárias supervisiona ainda as actividades desempenhadas pela pessoa idosa dependente (com um baixo grau de dependência).

CAPITULO II: O CUIDADO NO CONTEXTO DO VOLUNTARIADO: UM ESTUDO DE CASO NUMA FREGUESIA DE LISBOA

2.1. Associação

2.1.1. Missão e objectivos

Segundo o relatório anual de actividade e sustentabilidade da Associação “Mais Proximidade, Melhor Vida (AMPMV) a missão da Associação é combater a solidão e o isolamento, experienciado por grande parte da população idosa, muitas vezes sem apoio familiar ou social”. Para tal procura criar “respostas de qualidade” para as pessoas idosas tendo sempre como base “uma lógica de intervenção personalizada e adaptada a cada beneficiário”. Neste sentido, a metodologia de intervenção adoptada pela AMPMV passa, pelo acompanhamento de proximidade e pelo desenvolvimento de actividades tendo como objectivo geral “contribuir para o bem-estar físico, psicológico e emocional” dos seus beneficiários. (AMPMV, 2015: 7).

Este trabalho, promovido pela Associação, é complementado pela articulação com a sociedade civil (nomeadamente no que concerne ao apoio técnico ou jurídico ou ao apoio em eventos e campanhas de angariação de bens ou fundos), tendo como fim promoção dos direitos da pessoa idosa, com vista à sua valorização e inclusão social.

Segundo a informação disponibilizada no relatório anual da Associação, são cinco os objectivos estratégicos AMPMV relativamente à “pessoa idosa”, a saber:

1) Promover o bem-estar físico e psicológico; Para tal, a Associação procura reduzir o tempo em que o idoso está sozinho, estimular a manutenção das suas capacidades cognitivas culturais, sociais e reflexivas, valorizar a pessoa e contribuir para o aumento da sua auto-estima e fomentar o aumento da actividade física de forma a contribuir para o aumento da mobilidade física.

2) Diminuir o impacto da solidão; Para o efeito, a Associação, a título de exemplo, efectua visitas domiciliárias aos beneficiários, quer por parte de técnicos, quer por parte de voluntários.

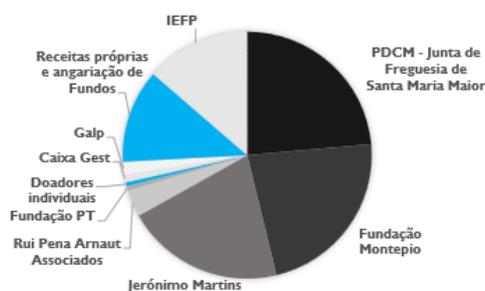
3) Promover a inclusão social; Para tal, a Associação procura contribuir para o aumento do conhecimento do idoso sobre prestações pecuniárias, o acesso a instituições e serviços do interesse do idoso.

4) Sensibilizar a sociedade para a pessoa idosa e o seu papel; Em particular para a importância da inclusão social da pessoa idosa.

5) Garantir a sustentabilidade a longo prazo da Associação; Para tal, a Associação procura que os beneficiários possam ter um acompanhamento generalizado de pessoas, para que se sintam mais felizes e seguros, se sintam menos sós, renovem os seus sentimentos de auto estima, mantenham as suas capacidades cognitivas, se sintam melhor psicologicamente, tenham menos necessidade de ir para um lar e que tenham a noção de que o projecto veio para ficar.

De forma a cumprir os objectivos a que se propõe, uma vez que esta Associação não usufrui de qualquer apoio Estatal, tem de recorrer a outros tipos de financiamento, quer da parte de singulares, quer da parte de fundações, empresas e instituições. Tal como se pode verificar na figura 1.2:

Figura 2.1 - Fontes de receitas da AMPMV em 2015



Fonte: AMPV, Relatório Anual de Actividade e Sustentabilidade AMPMV”, 2015.

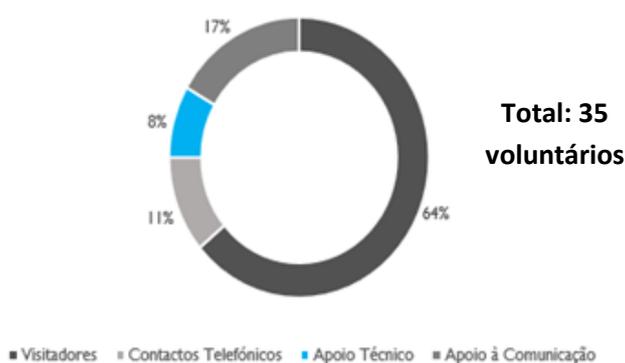
2.1.2. Profissionais e voluntários

Para desenvolvimento da sua actividade, a AMPMV encontra-se dotada de uma equipa técnica, actualmente composta por sete elementos, uma vez que desde 2015, a Associação passou a contar com a colaboração de mais uma Assistente Técnica, co-financiada pela Junta de Freguesia de Santa Maria Maior, no âmbito do Plano de Desenvolvimento Comunitário para a Mouraria. Assim sendo, no total, a Equipa Técnica AMPMV é composta por quatro profissionais da área da Saúde e do Serviço Social – uma Gerontóloga, uma Psicóloga, duas Assistentes Sociais – apoiadas por duas Assistentes Técnicas e uma Técnica de Comunicação, tal como o demonstra o quadro nos anexos (Anexo A) relativo à composição da Equipa Técnica da AMPMV.

Nesse quadro poderemos verificar que todo o trabalho desenvolvido pela Associação é alvo de um estudo de caso, de planeamento, isto, de forma a dar as respostas mais adequadas a cada caso e, após essas respostas estarem no terreno, são alvo de uma avaliação de forma a melhorar determinados aspectos que os técnicos da Associação considerem merecer tal melhoria.

No decorrer do ano de 2015, a AMPMV contou também com o apoio de 35 voluntários. O papel dos voluntários encontra-se organizado do seguinte modo: 22 voluntários visitantes (64% do total de voluntários), 4 dedicados aos contactos telefónicos 31%, 3 voluntários no apoio à comunicação (8%) e 6 voluntários no apoio Técnico (17%).

Figura 2.2: Voluntários da AMPMV segundo as funções a que estão afectos, 2015



Fonte: AMPV, Relatório Anual de Actividade e Sustentabilidade, 2015

A média de idades dos Voluntários AMPMV é de 46 anos, e a grande maioria é do sexo feminino (84%), sendo que os restantes voluntários são do sexo masculino (16%) uma percentagem bastante inferior aos do sexo feminino.

Eis um testemunho de uma utente retirado do relatório anual da associação em causa relativamente ao voluntariado:

“Elas [Voluntárias AMPMV] são como se fossem da minha família. Não tenho palavras para descrevê-las, dão-me muita atenção, têm muita paciência e psicologia para saber conversar com os mais velhos.” (Beneficiária AMPMV, 2015:29).

2.1.3. Território de Intervenção

A área de actuação da Associação é a Baixa de Lisboa e Mouraria, correspondendo a parte do território da actual freguesia de Santa Maria Maior. No conjunto dos beneficiários que esta associação acompanha, a Solidão é um dos problemas de base identificados, e que na perspectiva desta associação condiciona, em grande parte, a sua qualidade de vida. Estes problemas são motivados pelas condições de habitação, pelas limitações físicas, nomeadamente ao nível da mobilidade e também, com frequência, pela falta de uma rede de suporte familiar ou comunitário.

Figura 2.3: Acessibilidade da Habitação dos Beneficiários



Fonte: AMPV, Relatório Anual de Actividade e Sustentabilidade AMPMV”, 2015

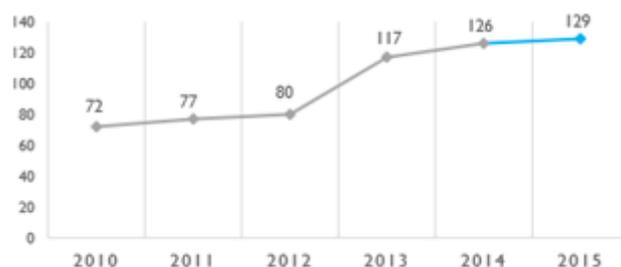
2.2.2 - Beneficiários

2.2.2.1 Caracterização geral dos beneficiários

A AMPMV acompanha actualmente um total de 140 beneficiários (o que estabelece um rácio global de 20 beneficiários para cada técnico; ou de 5 se juntarmos os voluntários que participam nas visitas), objectivo máximo estabelecido, tendo em conta os padrões de qualidade pretendidos pela associação para o acompanhamento, que segundo o relatório anual da referida associação se distingue pelo “elevado nível de personalização”.

Os três principais critérios para beneficiar da intervenção da AMPMV são: 1. Ter idade igual ou superior a 65 anos; 2. Residir na área geográfica da Baixa de Lisboa e Mouraria; 3. Estar em situação de solidão e/ou isolamento (sozinho ou com outro/s idoso/s).

Figura 2.4: Evolução do número de beneficiários da AMPMV



Fonte: AMPMV, Relatório Anual de Actividade e Sustentabilidade, 2015

De um modo geral, a maioria dos beneficiários AMPMV é do sexo feminino (81% do total de beneficiários) tem uma média de idades de 82 anos, sendo que 3% dos beneficiários situa-se entre os 65-69 anos, 12% entre os 70-74 anos, 13% entre os 75-79 anos 35% entre os 80-84 anos e, por fim, 37% dos beneficiários têm mais de 85 anos. Do conjunto representam 50% os que não beneficiam de nenhum apoio institucional. Relativamente às condições de mobilidade sensivelmente 20% residem num 3.º andar e outros 35% em andar superior (35%). Uma esmagadora maioria de 95% dos beneficiários vivem com acesso limitado a escadas. No que ao estado civil diz respeito, a maioria dos beneficiários são viúvos (48%) vive sozinhos(as) (51%) ou têm apenas mais um membro no seu agregado familiar (38%), também idoso.

Segundo o Relatório da Associação em referência, a maioria dos beneficiários possui baixos níveis de escolaridade e poucos recursos económicos. Esta situação vai ao encontro do que ocorre na Freguesia de Santa Maior, onde a Associação actua. Nesta Freguesia a maior parte da população residente possui pelo menos o ensino básico completo – 48,5%, mas ainda se localiza uma proporção expressiva (16,5%) que não possui nenhum nível de escolaridade. Tendo em conta a população residente por bairros, é na Mouraria que a percentagem de residentes sem nenhum nível de qualificação é maior (18,8%). (Fonte: INE, Censos 2011, citados no Diagnóstico Social de Santa

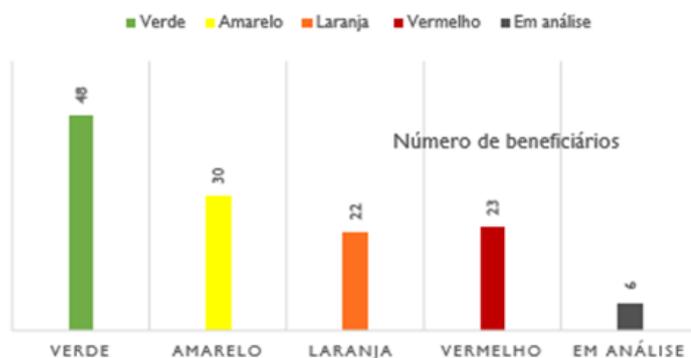
Maria).

O principal meio de vida destes residentes refere-se ao trabalho (50,1%) e à reforma/pensão (30,9%). Ao analisar-se a condição perante o trabalho, 95,5% dos empregados vivem do trabalho; 33,9% dos desempregados estão a cargo da família, 25,7% vivem do subsídio e 10% do RSI; Estão também a cargo da família 68,7% dos domésticos, dos quais 10,5% recebem reforma ou pensão. A reforma/pensão é o principal rendimento de 97,3% dos reformados e de 33,5% dos incapacitados permanentes para o trabalho. Destes, 18,1% são beneficiários do rendimento social de inserção e 15,9% de apoio social, percentagem igual para quem está a cargo da família. De acordo ainda com dados contidos no Relatório Social da Freguesia de Santa Maria Maior, em 2014 existiam 656 processos activos na Freguesia de Santa Maria Maior em termos de Rendimento de Inserção Social (+56 do que em 2013), que abrangiam 1.128 pessoas. (Ferreira, Paulo Antunes, 2014, citado no Relatório Social da Freguesia de Santa Maria Maior, 2015: p. 46).

Segundo a informação contida no relatório anual da associação, o nível de intervenção e a planificação de actividades desenvolvidas pela AMPMV junto dos beneficiários é algo que ocorre a partir da caracterização e posterior categorização dos mesmos, mediante uma série de critérios, que avaliam, entre outros indicadores, as patologias e necessidades da pessoa, o nível de mobilidade, agregado familiar e rede de apoio. Esta categorização resulta em 4 níveis, aos quais é atribuída uma cor - Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho – correspondendo a um crescendo entre menor e maior necessidade de intervenção.

Dos 129 beneficiários acompanhados pela AMPMV, 48 encontram-se num nível Verde, 30 no Amarelo, 22 no Laranja e 23 no Vermelho. A estes juntam-se-lhes seis beneficiários ainda em fase de diagnóstico e categorização, tal como o demonstra a figura 1.5. Segundo a AMPMV estes números reflectem a aposta na prevenção de situações de Solidão e Isolamento e na promoção de um envelhecimento mais saudável.

Figura 2.5 – Tipologia dos cuidados de intervenção da AMPMV



Fonte: AMPV, Relatório Anual de Actividade e Sustentabilidade, 2015

2.2.2.2. Caracterização geral dos entrevistados

As entrevistas realizadas vão ao encontro do perfil traçado anteriormente, com base nos dados da AMPMV. Dando conta da prevalência de mulheres, das oito entrevistas, realizadas, seis foram feitas junto de idosas e duas a idosos. No conjunto de entrevistados, sete têm 80 ou mais anos (para uma média de idades de 83,5 anos) e, apenas um está abaixo desse patamar etário. No que concerne à situação familiar dos oito entrevistados quatro são viúvos, sendo três destes do sexo feminino e um do sexo masculino. Três dos entrevistados (duas mulheres e um homem). Uma das entrevistadas sendo casada, não coabita com o marido, devido ao facto de este ter ido para um lar. Dois dos entrevistados têm mais do que um membro no seu agregado familiar. Dos oito entrevistados, sete frequentaram o antigo ensino primário (não foi possível apurar se o teriam concluído) e, apenas uma das entrevistadas, chegou a frequentar o 5º ano (actual 9º ano) tendo-o feito já em idade adulta.

No que concerne ao contexto de residência, condições de mobilidade e acessibilidade associadas, apenas um dos entrevistados mora no 1º andar, embora, até chegar a este, tenha um número elevado de escadas, tendo em conta as suas condições de saúde e mobilidade. Os restantes entrevistados moram entre o 3.º e 5.º andar, apesar de só em dois dos prédios existir elevador.

2.2.2.3. Perspetiva dos entrevistados sobre os apoios de que beneficiam por parte da associação

No decorrer das entrevistas todos os entrevistados foram unânimes em afirmarem que a Associação “Mais Proximidade, Melhor Vida” tem um papel importante no seu dia-a-dia, Tal deve-se à proximidade dos beneficiários com técnicos e voluntários, os quais procuram ir ao encontro das suas pretensões, nem que seja em aspectos tão simples, mas essenciais, para estes entrevistados, como o terem alguém que os oiça, alguém a quem possam transmitir aquilo que os atormenta.

Tal facto foi bastante visível numa das entrevistas por mim efectuadas em que, após a minha apresentação e também do trabalho que estava a levar a efeito, embora já tenha começado a realizar as perguntas, a pessoa entrevistada, falava sempre de um assunto que a estava a preocupar que era uma receita médica e, sempre que se lembrava de algum aspecto relacionado com isso, interrompia a resposta à pergunta para falar desta sua preocupação e, só após ter falado de tudo aquilo que a preocupava é que começou a responder a todas as perguntas sem as interromper para falar das receitas médicas.

Este é um exemplo bastante claro de que esta senhora sentia a necessidade de falar com alguém das receitas médicas e, aproveitando quer a minha presença, quer a presença da técnica da Associação que me acompanhava aquando das entrevistas, achou a oportunidade ideal para o fazer, estando a falar deste assunto cerca de 30 minutos.

Este apoio (neste caso a nível emocional) que os beneficiários referem sentir por parte da Associação é bem visível no testemunho da D. Maria (89 anos, solteira, sem filhos, vive sozinha) que

durante a entrevista, enquanto se falava das pessoas que a rodeavam referiu a importância que a voluntária da Associação que a acompanha tem na sua vida. Na altura em que foi realizada a entrevista a voluntária encontrava-se de férias, o que motivou por parte de D. Maria o comentário de que sente a sua falta:

“Já há muito tempo que ela (a voluntária) não vem cá para conversamos um bocadinho”.

A idosa reconhece também os limites que os técnicos enfrentam em termos da sua disponibilidade para os acompanhar: referindo-se à técnica da seguinte forma:

“Sempre que pode está sempre disponível”.

A D. Maria, para além do apoio dos vizinhos, pode ainda contar com o almoço oferecido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. O acesso a este benefício foi conseguido através da intermediação da Associação., Se assim não fosse, dificilmente, a D. Maria teria acesso a uma refeição uma vez que as dificuldades de locomoção são muitas, limitando as saídas para o exterior da sua habitação.

Também o Sr. António (77 anos, solteiro, sem filhos, vive sozinho) vem ao encontro da visão da D. Maria, pois, quando faz referência à Associação refere:

“De todas as pessoas que conheço com 77 anos até à presente data, foram as pessoas que melhor me atenderam, que estão presentes no meu coração e sei que é uma organização a 100%. São pessoas validas porque se preocupam”.

O Sr. António, quando questionado de como é que seria se a Associação não estivesse presente na sua vida diz-nos:

“Era o descalabro! O edifício onde estão, devia de ser um convento. Em vez de seis, deviam de ser 150 porque não se podem desdobrar para atender tanta gente, porque pelo que conheço, nunca houve tanta gente com esta idade para atender. Fico muito grato”.

Para que a proximidade da Associação para com o Sr. António seja mais eficaz, a Associação colocou na casa deste entrevistado um aparelho para que, através do toque num botão, facilmente, o Sr. António possa chamar ajuda em casa de emergência. No entanto, este entrevistado, mal usa este aparelho, uma vez que, segundo é referido pelo próprio:

“Não tenho o direito de incomodar. As pessoas estão em casa e eu não tenho o direito de as incomodar”.

Este entrevistado, em vez de usar o aparelho colocado pela Associação, numa vertente de proximidade, prefere antes contactar o 112 em caso de emergência. Esta afirmação proferida pelo Sr. António, numa época onde existe a tendência para assumir de forma apriorística de que tudo se resolve

com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) deverá ser alvo de alguma reflexão, devendo mesmo levar a que seja desempenhada uma maior formação junto dos beneficiários, isto, para que seja acautelado que os serviços que lhes são disponibilizados têm efectivamente o uso que lhes foi destinado, para bem dos próprios, de forma a não se correr o risco de não lhes ser dado o devido uso.

Também a D. Teresa (81 anos, viúva, 3 filhos, vive sozinha) refere que a Associação contribui para que os seus dias sejam melhores, pois, tal como a própria diz:

” É com a Associação que sempre posso contar”.

A D. Teresa acrescenta ainda:

“Eu nunca tive nada com vizinhança nenhuma. Às vezes, desabafo com a Maria João (técnica da Associação) e com as voluntárias da Associação o que faz com que os dias sejam muito diferentes. Às vezes ligo duas ou três vezes só por ligar. Isto foi Deus que me pôs aqui. Às vezes ela (a técnica da Associação) até está numa reunião e atura-me. Tive muita sorte com todas elas (com as técnicas e voluntários da Associação). O trabalho desenvolvido tem sido muito bom. Para mim não há melhor”.

A D. Teresa se não pudesse contar com o apoio da Associação, refere que a sua situação de vida era muito mais complicada:

“Era muito pior, era o resto da minha vida, não tinha ninguém”.

Segundo a D. Teresa, se não pudesse contar com os cuidados da Associação, as privações seriam muitas:

“Era a falha de ir a um médico, às análises, de muita coisa. De ir à farmácia. Já pedi para irem comigo para ir comprar os sapatos, senão já não ia. Uma vez por mês preciso delas para essas coisas. Às vezes, até mais do que uma vez. Para ir buscar os sapatos e entregar as fraldas, é só pedir qualquer coisa (...). Podem não poder no dia, mas no outro dia vão. Têm tanta gente que às vezes pronto, coitadas, têm de andar sempre a correr, não podem sempre estar na mesma pessoa porque têm as outras. Para mim é uma grande coisa, porque se chove não posso ir à rua porque tenho a bengala, ou me molho ou vou com elas.

Os cuidados prestados pela Associação, segundo a D. Teresa ajudam a que os seus dias sejam melhores, como a própria disse no decorrer da entrevista:

“ (Os cuidados prestados pela Associação) fazem com que me sinta menos sozinha. Para elas não tenho resposta, nem sei o que hei-de dizer. Mais do que isto só abraça-las”.

Também a D. Adelaide (86 anos, solteira, não tem filhos, vive sozinha) é da mesma opinião, pois, como a própria refere:

“ (Se não pudesse contar com o apoio da Associação) teria ficado sozinha, seria diferente. Seria “um bocadinho aborrecido”.

A Proximidade de cuidados de que a D. Adelaide é alvo por parte da Associação é referida pela própria do seguinte modo:

“Arranjam-me a ambulância, vão comigo para onde for. Fazem-me tudo quanto é necessário por isso, não tenho nada a dizer, tenho sido muito bem tratada”.

Para esta beneficiária a proximidade de contacto por parte da Associação faz toda a diferença, no dia-a-dia da sua vida:

“É virem cá aos bocadinhos fazer uma visitinha. Vão comigo ao hospital. Elas telefonam para mim, eu telefono para elas. Ainda há bocado liguei para a Doutora Rita para perguntar quando é a consulta”.

Este auxílio é particularmente importante para a D. Adelaide, pois, esta tende a esquecer-se de certos aspectos com uma enorme facilidade, de que são exemplos, o esquecimento de uma consulta médica, a toma de um determinado medicamento que a Associação faz questão de lhe recordar.

Também a D. Maria das Dores (80 anos, viúva, vive sozinha, não tem filhos) não difere dos testemunhos anteriores. A gratidão que sente pelo trabalho desenvolvido pela Associação é notória nesta frase:

“A primeira pessoa que apareceu aqui quando vim do hospital foi a Dra. Mafalda. Têm sido impecáveis”.

Se não pudesse contar com a Associação, como a própria nos diz:

“Seria muito pior”.

Os médicos já aconselharam a D. Maria das Dores a não estar sozinha em casa. No entanto, como a senhora não pode contar com o apoio físico da parte dos familiares mas, apenas, via telefónica e, uma vez que segundo a própria a vizinhança já é toda de idade avançada, segundo esta:

“Nãome resta outra alternativa a não ser passar a maior parte dos dias do ano sozinha”

. Assim sendo, de modo a atenuar esta situação, foi colocado um aparelho, à semelhança do que aconteceu com o Sr. António, em que basta carregar num botão para chamar ajuda:

“ Tenho este aparelho que foi colocado pela Doutora. Se eu cair, se houver qualquer coisa, aquele aparelho comunica comigo. Eu comunico com ele para chamar ajuda carrego neste aparelho”.

Também a D. Graciosa não é excepção aos testemunhos que vêm sido aqui proferidos relativamente aos cuidados prestados por parte da Associação.

A D. Graciosa (83 anos, casada, vive sozinha, uma filha) refere o seguinte:

“Quando vêm cá (a casa) as técnicas, fico mais contente. Fico satisfeita de as ouvir, de as ver e estou sempre com a Leonor (técnica da Associação) no meu pensamento. Quer dizer, é engraçado que foi uma pessoa que

entrou para o meu pensamento e não me sai da cabeça (...). Já é uma pessoa que faz parte da minha família. Quando não me liga, não a oiço, já estou a pensar: “será que ela está bem, a pensar quando vem cá, se estará doente”.

A D. Graciosa acrescenta ainda que com a Associação presente na sua vida os dias têm outra cor, pois, segundo esta beneficiária:

“Os dias são muito diferentes. Eu não tinha ninguém, não falava a ninguém de certas coisas. A minha vida, praticamente, além de ser uma vida pobre, já a contei toda à Leonor (Técnica da Associação). Tenho impressão que a Leonor sabe mais da minha vida do que a minha própria filha”.

Vemos assim, através deste testemunho que as técnicas da Associação não só entram na casa das pessoas como entram também no seu pensamento, isto é, a Associação acaba por se tornar uma presença importante na vida dos beneficiários e, tal como tem vindo a ser comum aos diversos testemunhos, se a Associação não fosse uma realidade nas suas vidas, a carência de cuidados seria muito maior, uma vez que segundo esta beneficiária se não contasse com a Associação a sua situação de vida tornava-se mais difícil:

“Se calhar, era capaz de rebentar, de já ter rebentado. Já estava a ficar maluca. Já estava já, porque faz falta conversar um bocadinho. Às vezes, basta uma palavrinha que a pessoa fica melhor. Estou aqui, estou sozinha, se me sentisse mal telefonava a elas. Ainda no outro dia queria perguntar não sei pelo quê e liguei para a Associação e também se me sentisse mal vinham cá”.

Apesar disto, nos testemunhos ficam também notórios sentimentos difusos de uma solidão que persiste mesmo com estes apoios, cuja presença está sempre condicionada por tempos, ritmos e espaços que só em parte coincidem com os seus. Os laços que unem estes beneficiários aos técnicos e voluntários são sobretudo de reconhecimento da importância dos serviços de auxílio que aqueles lhe prestam, e dos contributos dos mesmos para uma vida com algum conforto. Numa ou outra situação, parecem desenhar-se relações de confiança de maior intimidade, mas estas só parcialmente vêm atenuar a necessidade de manutenção de elos significativos, de foro mais íntimo.

2.3. Perspectivas sobre o cuidar e cuidados

2.3.1. Cuidado: A importância das relações sociais de vizinhança e com familiares e amigos no bem-estar dos beneficiários

As relações de vizinhança, de amizade e para alguns também as familiares complementam trabalho desenvolvido pela Associação, sendo reconhecidas pelos entrevistados como um bom suporte de apoio e de cuidado, e constituindo com frequência um recurso a que recorrem em caso de necessidade, tal como o ilustram os testemunhos que se seguem.

Para a D. Maria (89 anos, solteira, sem filhos, vive sozinha) quando questionada com quem é que poderia contar no caso de necessidade, rapidamente, responde que pode contar

“Com o Sr. Alfredo!”

O Sr. Alfredo é um vizinho que mora num prédio nas imediações da habitação da D. Maria. Este seu vizinho tem com ela um tipo de laços de auxílio instrumental: ajuda-a, por exemplo, numa pequena reparação que é necessária ser feita em casa, no levantamento das receitas médicas, entre outros aspectos que facilitam o seu dia-a-dia. Enquadra-se neste âmbito a declaração D. Maria relativamente à Associação e ao Sr. Alfredo:

“Foram dois anjos caídos do céu”.

Já os laços que a ligam ao seu sobrinho revelam uma procura de partilha de intimidade nem sempre retribuída, sendo motivo de enorme preocupação

“Ligo para lá e nunca atende. Às vezes, quando (o sobrinho) vê lá a chamada ou lhe dizem (que liguei) é que me liga no próprio dia ou no seguinte. Agora tenho ligado para lá já duas vezes e ninguém me atende, não sei se foram de férias, se foram para algum lado”.

Também o Sr. António (77 anos, solteiro, sem filhos, vive sozinho) no decorrer da entrevista refere alguns laços de associação e auxílio instrumental com amigos, aos quais recorre sempre que precisa de algo do exterior da sua habitação:

“Tenho um rapaz amigo meu que é aquele que peço para me fazer os recados”.

Se no caso da D. Maria, existe a procura de um contacto mais afectivo e de intimidade com os seus familiares, no caso do Sr. António (77 anos, solteiro, sem filhos, vive sozinho) esse contacto com a sua família foi cortado pelo próprio:

“Há mais de 40 anos que não falo com as minhas irmãs. Um dia, depois de estar zangada com a mãe dela disse (à minha sobrinha) para nunca mais cá vir e porquê? Eu tinha uma mãe e um padrasto que morreu. Eu cheguei a dormir com a minha mãe numa saca de ferradura. Parecendo que não, a minha mãe morreu mais cedo devido à humidade e as minhas irmãs moravam em boas casas e podiam ter levado a minha mãe, que me deixassem a mim, mas levavam a minha mãe, mas não o fizeram e eu tive de andar a pedir dinheiro numa folha de papel com 35 linhas para poder pagar o funeral. [Perante esta situação] eu disse (às minhas irmãs) que na carreta não iam, não deram nada e eu disse a elas e aos maridos que onde quer que passe que agradecia que saíssem porque a partir de hoje deixaste de ser minha irmã porque não soubeste reconhecer a dor que a tua mãe passou para te ter e não a reconheceste na morte e foi desde aí que levei isto a peito porque ainda prevaleço aquilo que a minha mãe cá deixou”.

Para além do apoio dos amigos, o Sr. António refere também o apoio solidário que recebe da parte de uma vizinha, com quem todos os dias contacta telefonicamente. Segundo o Sr. António

“Os telefonemas ajudam porque vou ouvindo as pessoas e não penso na doença que tenho”.

Já a D. Teresa (81 anos, viúva, 3 filhos, vive sozinha), embora afirme não ser muito de se dar com a vizinhança, no sentido mais intimista do ir a casa de vizinhas não deixa de referir que tal poderia acontecer, se esta quisesse que tal acontecesse:

“Se fosse daquelas pessoas que fosse a casa das vizinhas, elas abriam a porta”.

Na sua percepção a comunidade em geral reconhece-a e considera-a:

“Sou estimada pelos empregados (do café), tenho pessoas muito amigas, na rua toda a gente me conhece. Toda a gente me diz adeus (e dizem) há tanto tempo que não a vejo, (tudo isto) desde o início ao fim da rua (...). Sou conhecida, sou amada por toda a gente. Quando gosto das pessoas gosto, mas quando não gosto, não gosto e é só ”olá”.

No seu quotidiano, D. Teresa frequenta um Centro de Dia, onde desenvolve um conjunto diverso de actividades lúdicas, incluindo a participação em excursões.

Embora resida sozinha a D. Teresa mantém laços com um dos seus três filhos e também com a nora esposa deste seu filho. Reconhece porém que o seu filho não lhe pode dar todo o apoio de que necessita, por exemplo sempre que necessita de se deslocar para o médico:

“O meu filho mora para Sintra, eu tenho médico duas vezes, como conseguia vir?”.

Nesta experiência, em particular, a Associação surge pois como um auxílio útil que complementa outros laços de associação e intimidade que estabelece nos contextos em que participa e se sente reconhecida.

No caso de D. Adelaide (86 anos, solteira, não tem filhos, vive sozinha), os laços mais significativos na vizinhança, em termos de interconhecimento, proximidade e auxílio, são os que estabelece com agentes da polícia:

“É só telefonar e aparecem logo”.

Em outras ocasiões, por exemplo, se não vai ao café do bairro é a Polícia que lhe telefona para casa para saber se está bem. Estes cuidados são para a D. Adelaide bastante positivos:

“É muito bom”.

Para além destes apoios, a D. Adelaide refere outros auxílios de conforto:

“Tenho muitos amigos espanhóis que me ajudam. São muito meus amigos”.

Estes visitam-na aos fins-de-semana garantindo que não lhe falta nada em casa em termos de bens essenciais. O sentimento de pertença à comunidade de bairro onde viveu e trabalhou toda a vida

alimenta o conforto de que continua presente e é reconhecida, colmatando a ausência de laços familiares:

“Há quem tenha família e ainda é pior”.

Se não fosse este apoio:

“Teria ficado sozinha, seria diferente (...). Sou conhecida na comunidade. Toda a gente me ajuda. Tenho muitos apoios (...) Sou conhecida porque trabalhei aqui, morei aqui”.

Na narrativa do Sr. José (90 anos, viúvo, vive com um enteado) visita e telefonemas de amigos são uns factores que ajudam também a atenuar a experiência de solidão:

“De vez em quando recebo aqui visitas. Falam um bocadinho comigo. Ligam uns, ligam outros. Geralmente são pessoas amigas que ligam”. (Sobre a importância destas visitas acrescenta): “ajudam a passar melhor o tempo. Ajudam! Ajudam!”

No seu discurso é notável alguma mágoa pelo afastamento dos seus dois filhos, ambos a residirem no Alentejo, e com quem mantém um contacto regular especialmente via telemóvel.

Tenho dois filhos. Estão no Alentejo. Agora (o contacto) é só através do telemóvel. Com os filhos não tenho um contacto próximo. Eles moravam cá, fecharam a portinha e foram para lá viver (...).“Uma vez um (filho) disse-me ‘Pai a gente já não te pertence’, ao que o Senhor José respondeu: ‘vocês quando precisavam não me largavam, mas agora já não vos pertencem, como é isso!?’

“O mais novo (o filho) passa aqui, vem cá fazer visitas e “xauxau”, até amanhã que a gente vai a Lisboa fazer qualquer coisa”, já o mais velho manifesta a vontade de que o seu Pai vá viver com este para o Alentejo, estando com frequência a dizer-lhe: “Pai vem-te embora”.

Na referência que faz especialmente a um dos filhos, que se preocupa e gostaria de o levar para o Alentejo, um cenário que não parece ir ao encontro da sua vontade, denota que mantém algum agenciamento e capacidade de escolha. Ao mesmo tempo enfatiza a importância de permanência na casa em que viveu a sua vida adulta, a, que conhece e onde é reconhecido. Nesta orientação converge com algumas das experiências reportadas por Mauritti (2011) no seu trabalho sobre o viver só.

Também a D. Graciosa (83 anos, casada, vive sozinha, uma filha) refere a importância das amizades para se sentir melhor:

“Sempre que vier aqui uma vizinha que estiver aqui um bocadinho comigo parece que o tempo passou mais depressa. As pessoas já falam um bocado, comunicam. É muito bom!”.

D. Graciosa é a única entrevistada que se encontra casada, no entanto, não reside com o seu marido, uma vez que este se encontra num lar. Na sua percepção embora a família esteja presente, e lhe preste auxílio, não comungam laços de intimidade e partilha:

“A família é uma família muito grande, mas cada um está no seu buraco, na sua casa. Não ligam umas às outras. Tenho aqui uma neta, mas não me faz companhia. Vem almoçar e vai trabalhar, vai-se embora. O meu genro, quando quero qualquer coisa, quando preciso de qualquer coisa, como por exemplo, ainda ontem liguei para ele, se preciso de qualquer coisa, só se não puder. É melhor para mim, é mais meu amigo do que a filha. (...) Já com a filha o contacto é “sempre mais por telefone, às vezes, até é mais que uma vez, mas há outros dias que não se lembra de mim”.

A D. Graciosa refere que, apesar, de considerar que se dá bem com a sua filha, acha que esta se deveria lembrar mais vezes da mãe. Embora tenham um contacto regular e constitua um laço de auxílio, aparentemente a partilha de espaços de intimidade é residual, restringindo-se na sua memória a épocas festivas:

“Fui no dia de Natal porque ela (a filha) carrega-me e obriga-me mesmo. (...). “Mas sabe, para mim, isso tem pouco valor porque não devia de ser no Natal vir buscar a mãe para vir almoçar porque o ano tem 365 dias e eu não almoço só nesse dia. Para mim e eu digo na cara dela, isso é uma fachada, para mim não me diz nada. Preferia estar aqui sozinha, veja lá”.

Vemos assim, segundo os comentários dos entrevistados que as redes de vizinhança, amigos, etc., são bastante importantes, tanto para quem diz sentir-se em solidão, como quem diz não se sentir.

Embora, por vezes, as relações de vizinhança e comunidade tendam a perder importância, sobretudo nas zonas urbanas, onde nem sempre há raízes comuns, onde os indivíduos se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil conservar estilos de vida ligados a formas de cooperação baseadas no parentesco, a verdade é que no trabalho em causa, apesar de este ter ocorrido numa zona urbana de Lisboa, não observei esta realidade, pois, apesar de algumas carências, se não fosse a existência de um certo bairrismo que caracteriza a zona de intervenção da minha pesquisa, estas carências seriam, certamente, ainda maiores.

Nesta zona, embora, muitas pessoas já não sejam nascidas ou vivam desde a infância no bairro, devido à existência, cada vez maior de estrangeiros e outras pessoas que não são originárias do bairro, a verdade, é que muita gente ainda se conhece, alguns já há muitos anos e, muitas vezes, conhecem mesmo as rotinas das pessoas, notando com facilidade quando esta é alterada e, com a mesma facilidade dão conta se a pessoa se encontra bem ou se está mal. Tal faz com que sejam os vizinhos e os amigos do bairro que tenham maior contacto com as pessoas aqui entrevistadas, muito mais do que os seus familiares, cujo contacto é, tal como já se constatou, escasso ou mesmo inexistente.

2.3.2. Discussão dos resultados: efeitos do cuidar e do cuidado nas percepções de solidão e isolamento

A temática da solidão é algo que cada vez mais nos deve preocupar, uma vez que o incremento de experiências parece estar associado ao crescimento do envelhecimento das populações, algo que tem

sido acompanhado, muitas vezes, pela degradação das condições deste segmento, numa sociedade que tem como modelo essencialmente, a juventude e a produtividade.

Ao longo das entrevistas foi possível constatar que no conjunto dos oito entrevistados, três destes referiram não se sentirem num estado de solidão e isolamento, porém, num destes casos, a solidão foi algo que já ocorreu, enquanto os restantes referiram sentir-se, actualmente, em solidão.

Foi também possível verificar no decorrer das entrevistas que não existe nenhum padrão de comportamentos, estilos de vida, maneiras de ser, estar ou pensar que nos remetam para a vivência da solidão, uma vez que existem pessoas que têm contactos com familiares, amigos, vizinhos, comunidade em geral que referem não se sentir em solidão, enquanto outros que mantêm iguais contactos referem sentir-se, actualmente, em solidão.

Como tal, importa debater o tipo de laços que estas pessoas constroem nos seus contextos e em que medida estes conseguem ou não colmatar as suas necessidades de intimidade. O certo é que a solidão não é um estado, não é algo permanente: é uma experiência emocional, mais ou menos frequente, que todos sem excepção vivenciam ao longo da vida. Claro que a ausência de laços de intimidade e o isolamento potencia a sua frequência e intensidade, tal como ocorre com os entrevistados em causa. No entanto, conceptualmente, importa conseguir diferenciar o estar só, o estar isolado e o sentir-se só, pois, trata-se de experiências diferentes.

Isto mesmo é explicado pela autora Rosário Mauritti “estar só”, “viver só”, “sentir-se só”, “viver em solidão”, “isolar-se dos outros”, “ser solitário”, “sentir-se isolado”, etc., são noções que, de um modo bastante frequente, no senso comum, se entendem como semelhantes, quando, na verdade, não o são. São também noções que são aplicadas só e exclusivamente a pessoas que vivem sozinhas, “como se tal contexto de “residência unipessoal” ou “monorresidência” fosse *per si* um sintoma inquestionável de rotura dos laços sociais e de isolamento face aos outros”. (Mauritti, 201: p. 40), quando, na verdade, a realidade não é esta, uma vez que existem situações de pessoas que vivem sozinhas e que não possuem este tipo de sentimentos e outras que vivem acompanhadas e possuem.

A solidão é um conceito que tem uma forte relação com o isolamento e com o viver só (Sousa *et al.*, 2004), porém, o isolamento o viver só e a solidão não são sinónimos, embora, o isolamento seja algo que possa vir a influenciar o aparecimento da solidão. Também Pais (2006) refere que estar só é diferente de solidão, pois, para este autor, o conceito de solidão pode significar uma ruptura com contextos e laços sociais a que chama “desenlaces”, ou pode, ainda ser causa de uma certa perda de autonomia para levar a cabo certas e determinadas actividades do dia-a-dia, o que leva a que as redes sociais até então mantinha sejam afectadas.

Se é verdades que, certamente, existirão pessoas que por viverem sozinhas, se sentem numa situação de solidão, sobretudo, nas faixas etárias mais avançadas, a questão aqui prende-se com as generalizações que se fazem e que contribuem para criar esta ideia no senso comum de que quem vive sozinho, automaticamente, está em solidão, quando tal não é uma situação automática. Maurice Halbwachs (1968) ilustra bem esta situação: “na realidade nós nunca estamos sós, pois, não é

necessário que outros homens estejam presentes, que se distingam materialmente de nós: pois trazemos sempre conosco e em nós uma quantidade de pessoas entre si diferenciadas” (Maurice Halbwachs, 1968, citado por Mauritti, 2011: 43).

Vemos assim, que as “representações dominantes reenviam assim o “estar só”/“viver só” para definições *à priori* de solidão, enquanto estado ou condição que se define por si” (Mauritti, 2011: 42) deixando uma margem bastante reduzida para a existência de uma apreensão da complexidade de cada caso, isto é, de cada um dos contextos, dos comportamentos, das orientações e dos sentimentos de cada um dos indivíduos, ou seja, não se tem em conta, muitas das vezes, a singularidade de cada história de vida, algo que deverá ser tido sempre em conta, pois, cada história de vida nos remete para circunstâncias diferentes. Tal situação é ilustrada por Marie-Noële Schurmans (2003,2004), que refere a existência de uma tendência para considerar a “pessoa só” (sobretudo aquelas pessoas mais fragilizadas, como são os idosos, em que estas por estarem sós, são automaticamente, solitárias) não apenas sob um ângulo de sofrimento, mas também de vitimação, sendo as pessoas nesta situação descritas como sendo pessoas que se encontram privadas de relações interpessoais ditas normais, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos (Schurmans, 2003,2004, citado por Mauritti, 2011:49).

Embora, exista a percepção, tal como já foi referido, de que apenas as pessoas que se encontram sozinhas sofrem de solidão, a verdade, é que, tal como refere Mauritti (2011), também alguns estudos levados a cabo pela psicologia vêm ao encontro da tese de que qualquer um pode sofrer de solidão mesmo estando envolvido em relações de conjugalidade ou parentalidade ou no seio de amigos ou outros (Buchholz, 1998; Yum, 2003, citados por Mauritti, 2011:43), pois, como refere a autora Ester Buchholz (1998), “desejar alguém a quem amamos, um familiar ou um amigo não é causa de solidão, assim como encontrar alguém não é a sua cura” (Buchholz, 1998, citados por Mauritti, 2011: 44).

Tal situação deve-se ao facto de nem sempre as relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia preencherem as necessidades de relacionamentos sociais de cada pessoa necessita, até porque, nalguns casos, esses contactos mantêm-se à custa de um “extremo sacrifício dos compromissos pessoais sobretudo em relações de subordinação, como são as que ainda caracterizam as condições materiais de existência de muitas mulheres nas sociedades actuais” (Bourdieu, 1999, Jamieson, 1999, citado por Mauritti, 2011:44).

Estas situações aqui descritas vêm ao encontro das situações vivenciadas por muitos dos entrevistados. Existem três dos oito entrevistados que referem não se sentir, actualmente, sós, no entanto, a solidão foi algo que já fez parte da sua história de vida.

O Sr. José (90 anos, viúvo, vive com um enteado) quando questionado de como é que se sente actualmente refere:

“Eu estou bem só, porque eu nunca estou só” (quando fala da solidão). “Se isso por mim passasse, se isso por mim passasse (referindo-se á solidão), seria um bocado triste, até lá não sei”.

Porém, apesar destas afirmações, em tempos, o Sr. José já havia confidenciado a uma das Técnicas da AMPMV que se sentia um pouco só.

Já a D. Maria da Luz (82 anos, viúva, vive com o neto) diz-nos o seguinte:

“Apareceram-me estas alminhas caridosas e a solidão foi-se toda”

Ao proferir esta afirmação, esta entrevistada deixa transparecer que em tempos a solidão foi uma realidade que a acompanhava.

Já a D. Adelaide (86 anos, solteira, não tem filhos, vive sozinha), quando questionada de como é que se sente actualmente refere:

“Eu nunca estou só”

Porém, a certa altura da entrevista, quando questionada de como são os seus fins-de-semana refere:

“São diferentes, não saio para lado nenhum, fico aqui sozinha. São muito tristes. Às vezes, vem cá uma amiga trazer-me uns iogurtes”.

Esta afirmação deixa transparecer alguma mágoa e até um sentimento de um certo abandono.

Estes três exemplos são bastante claros de como a solidão não é algo estanque mas sim, uma realidade que passa pelas vidas das pessoas, embora, estes três entrevistados não assumam directamente que esta já foi uma realidade pela qual passaram.

Pegando no caso do Sr. José, aquando a realização das entrevistas, sempre em casa dos beneficiários da AMPMV, foi possível verificaras condições bastante precárias em que este vivia.

O Sr. Zé, apesar de viver com um enteado não possui qualquer contacto com este, não existe diálogo. Enquanto o enteado usufrui da casa toda, o Sr. Zé está num quarto, constituído por paredes de madeira, onde faz toda a sua vida, desde comer (a refeição que a SCML lhe trás), tendo no quarto um frigorífico ou até mesmo o cuidado pessoal, pois, o Sr. José tem um penico para fazer as suas necessidades.

A somar a isto, se antes o Sr. José podia sair de casa, de um 4º andar, deslocando-se com frequência para a casa do Alentejo em Lisboa, actualmente, o Sr. José não o pode fazer devido a uma queda que deu nos últimos degraus do seu prédio, devido à inexistência de um corrimão. Estas condições precárias poderão levar ao isolamento o que é um factor bastante pesado no que à influência do aparecimento da solidão diz respeito devido a uma ruptura com contextos e laços sociais o que faz com que as redes sociais que até então mantinha sejam afectadas

Porém, existem outros entrevistados que revelam que a solidão é algo que os acompanha, actualmente, como o demonstra a seguinte afirmação proferida pela D. Graciosa (83 anos, casada, vive sozinha, uma filha):

“ Às vezes tenho muita solidão”, “Eu fui uma pessoa que me entreguei a uma solidão”, “Sei que me sinto só e não sei porquê (...) Sinto-me só, olho para as paredes”, (a solidão) “é muito chato. Solidão é estar aqui sozinha. O estar só foi como me tirarem um braço, uma perna. Não pareço a mesma. Fui mesmo abaixo. Eu era uma pessoa muito alegre. Isto está complicado”, quando questionada se vive num estado de solidão refere “muito mesmo”.

A D. Graciosa, apesar, de viver com o seu marido há muitos anos e de ter casado pela Igreja, tal como o desejava, refere que sempre viveu infeliz, desde a infância “desde criança que a minha vida tem sido de sofrimento”, algo que depois perdura no casamento, onde foi vítima de violência doméstica, perpetuada pelo marido:

“O meu marido era muito meu amigo, partia-me óculos, partia-me dentes, partia-me tudo”.

O seu casamento manteve pois à custa de enormes sacrifícios e prejuízo pessoal, como a própria diz:

“Eram outros tempos e a gente tinha de aguentar”.

A autora Rosário Mauritti dá-nos um contributo importante, de forma a percebermos o porquê de algumas pessoas, apesar de estarem em relações conjugais se sentirem em solidão. Em alguns casos, esses contactos são mesmo mantidos apenas à custa de um extremo sacrifício dos compromissos pessoais “sobretudo em relações de subordinação, como são as que ainda caracterizam as condições materiais de existência de muitas mulheres nas sociedades actuais” (Bourdieu, 1999, Jamieson, 1999, citado por Mauritti, 2011), e isto mesmo em “contextos que reivindicam em termos de orientações valorativas dominantes, como é o caso da sociedade portuguesa, o modelo simétrico nas relações de género” (Aboim, 2006; Torres, 1996, citado por Mauritti, 2011), tal como o ilustra o testemunho da D. Graciosa.

Pode-se também verificar que o facto de se ter filhos não é por si só motivo para a pessoa se sentir ou não em solidão. Alias nas experiências em que os filhos não partilham o quotidiano, nomeadamente porque residem em outras localidades e têm as suas próprias vidas, é frequente a percepção de um “abandono” ligado ao afastamento ou mesmo corte de relações. É o caso da D. Teresa que apesar de ter três filhos refere sentir-se sozinha, pois, não se dá com dois deles e com o terceiro mantém uma relação na distância, marcada pela ausência de acompanhamento mais próximo:

“ O meu filho mora para Sintra. Eu tenho médico duas vezes, como conseguia vir?”.

A somar a esta pouca proximidade da parte de um dos seus filhos e a inexistência de contacto da parte de outros dois, a D. Teresa também mantém uma relação difícil com os seus vizinhos do prédio, tal como já mencionado, no entanto, na sua rua refere

“Toda a gente me conhece”.

Já a D. Maria das Dores remete-nos para vários aspectos da experiência de solidão. Embora não tenha filhos, tem uma irmã e um irmão e alguns sobrinhos, no entanto, apesar do contacto, essencialmente, telefónico com os seus dois irmãos e com uma das suas sobrinhas:

“Todos os dias telefono. O meu irmão telefona-me. A minha irmã telefona a minha sobrinha telefona-me e é mais contacto pelo telefone”,

A somar a isto, esta senhora não mantém contactos com vizinhos, amigos ou mesmo com a comunidade em geral.

Esta entrevistada no decorrer da entrevista refere que se sente num estado de solidão, tendo contribuído para isso o facto de morar num 4º andar sem elevador e o facto de não conviver com vizinhos, uma vez que segundo a própria nos diz:

“Já é tudo gente idosa também que não saem de casa”.

Esta entrevistada, quando tinha mais facilidade em se deslocar, saía de casa, por exemplo, para tomar um café. Actualmente, só sai quando os bombeiros a vão buscar para determinada emergência o que ocorre com regularidade uma vez que a D. Maria das Dores queixa-se com frequência de várias doenças o que faz com que chame os bombeiros também com bastante frequência.

Importa referir que os entrevistados que referem sentir-se em solidão e que mantêm contactos com amigos, vizinhos e comunidade em geral, à semelhança do que ocorre com aqueles que referem não sentir solidão, foram unânimes em afirmarem que tal, juntamente com a Associação, são fontes bastante importantes no que ao combate à solidão e ao isolamento diz respeito, o que vai ao encontro das hipóteses referidas. Sempre que mencionavam a Associação faziam-no com um visível orgulho, mostrando uma enorme gratidão pela proximidade que esta lhes dá e pelos diversos tipos de apoio.

No entanto, se é verdade que a Associação, assim como amigos, vizinhos, etc., têm um papel muito importante, a verdade é que se para alguns tal é o bastante para não se sentirem em solidão, para outros não o é, daí referirem que às vezes se sentem em solidão, porém, esta solidão seria agravada se estes contactos não existissem.

Ao recorrer à literatura facilmente se percebe o porque desta não padronização de comportamentos no que concerne à solidão.

Segundo refere Pimentel (2005), o cenário modelar para qualquer idoso que pretenda viver de forma equilibrada seria a permanência no meio familiar e social, sendo que o apoio prestado pelos familiares ou pelos amigos é, normalmente, o mais adequado às necessidades de cada indivíduo, uma vez que “o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas actuais, uma vez que é à família que ainda cabe, na grande maioria, levar a efeito as tarefas de apoio. Porém, coloca-se aqui uma questão. Porque é que há idosos que têm família e sentem-se em solidão e outros que não? Tal facto deve-se à qualidade de acompanhamento de que os idosos são alvo. Vamos a um exemplo concreto: Um idoso

que tem três filhos pode até beneficiar de melhores cuidados do que o que tem apenas um, mas o facto de aquele não manter laços com dois dos seus filhos traduz-se num sentimento moral de solidão, suscitado pela ausência dos dois filhos, tal como ocorre com a D. Teresa.

Também as redes de vizinhança, amigos, etc., são bastante importantes, tanto para quem diz sentir-se em solidão, como quem diz não se sentir. Embora, por vezes, as relações de vizinhança e comunidade tendam a perder importância, sobretudo nas zonas urbanas, onde nem sempre há raízes comuns, onde os indivíduos se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil conservar estilos de vida ligados a formas de cooperação baseadas no parentesco, a verdade é que no trabalho em causa, apesar deste ter ocorrido numa zona urbana de Lisboa, não observei esta realidade, pois, apesar de algumas carências, se não fosse a existência de um certo bairrismo que caracteriza a zona de intervenção da minha pesquisa, estas carências seriam maiores.

Para Paúl (2005), a rede de amigos é uma escolha voluntária por parte dos indivíduos, potencialmente mais positiva do que a rede familiar, pois cada um escolhe os seus amigos consoante os seus gostos e vontades, o mesmo não acontece com a família.

Na opinião de Paúl (1997), os amigos têm um peso enorme no que toca ao bem-estar subjectivo dos idosos, pois é com os amigos que são partilhadas intimidades, é através deles que recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização, e mesmo apoio instrumental. De facto, “as amigadas são uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e protecção contra o mundo” (Paúl, 1997, citado por De Freitas, 2011: 42).

Paúl (1997) faz ainda referência ao facto de “dentro da categoria dos amigos, poderem-se discriminar os amigos mais íntimos, que têm um potencial diferente em termos relacionais” (Paúl, 1997, citado por De Freitas, 2011, p. 42). Além disso, aqui, há semelhança do que acontece com as relações familiares, o que importa é a qualidade e não a quantidade, isto é, “mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um factor importante, destacando-se o papel de uma relação íntima, a existência de um confidente” (Paúl, 1997, citado por De Freitas, 2011, p. 42). Tudo isto são factores importantes de combate à solidão. A somar a isto, importa referir que de acordo com Neto (2000), a solidão resulta não apenas de factores situacionais e factores temporais, mas também das características individuais, como a timidez, a depressão, a autoestima, o autoconceito e as habilidades sociais. São exemplos situações de diminuição de contacto social ou perda de estatuto social, as redes sociais desajustadas, as situações novas, os entraves indirectos ao contacto social e o fracasso (Neto, 2000: 15). Também o isolamento pode impulsionar a solidão, embora esta se relacione mais com aspectos qualitativos. Weiss (1973) refere-se à solidão como “um sentimento que consiste no isolamento emocional que resulta da perda ou inexistência de laços íntimos e do isolamento social, com a consequente ausência de uma rede social com os seus pares” (Weiss, 1975, citado por Monteiro & Neto, 2008: 87). Alguns dos entrevistados, vão ao encontro desta situação, de que são exemplos a D. Maria das Dores e a D. Teresa que referiram que desde a morte dos seus maridos a sua actual situação é a seguinte:

“É de um enorme vazio”.

Por outro lado, os idosos podem ter uma grande rede social e sentirem-se sós, se esta não pertencer ou responder às suas necessidades (Jong-Gierveld e Raadschelders, 1982 citado por Monteiro & Neto, 2008).

Da análise de várias definições de solidão encontradas na literatura, apercebemo-nos assim, que estão envolvidos factores cognitivos, emocionais e sociais. Peplau e Perlman (1982 citado por Monteiro & Neto, 2008) apontam duas fortes causas da solidão: a morte de alguém que se ama e a predisposição dos indivíduos para estarem sós. Entre as entrevistas realizadas, a experiência de D. Maria das Dores, pode enquadrar-se neste quadro.

Por último, Neril e Freire (2000) sugerem algumas estratégias que podem ajudar os idosos a prevenir ou a combater a solidão. São elas: 1. Conhecer novas pessoas e fazer novas amizades; 2. Participar em actividades sociais voluntárias; 3. Transmitir saberes e experiências a outras pessoas; 4. Encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações; 5. Envolver-se em grupos de culturais; 6. Mentalizar-se do seu papel como cidadão na sociedade e reconhecer os seus direitos e deveres; 7. Investir em si próprio, cuidando da saúde física e mental; 8. Convencer-se que a adaptação às mudanças naturais da velhice traz dificuldades, mas fazer com que isso não leve a um afastamento social, a uma inactividade, a um isolamento, e à depressão; 9. Favorecer o crescimento a nível espiritual; 10. Saber eleger as prioridades pessoais e defender a privacidade.

Algumas destas estratégias são desenvolvidas por alguns dos entrevistados a nível pessoal de forma a combater a solidão, também a AMPMV procura desenvolver iniciativas com este intuito, promovendo reuniões de grupo, passeios, etc., de modo a que os idosos sejam capazes de sociabilizar com outros amigos e vizinhos. Como consequência da relação construída com a equipa técnica nas visitas, telefonemas, passeios e celebrações os idosos sentem que têm alguém com quem podem contar o que tem consequências na redução da solidão.

CONCLUSÕES

A solidão é entendida na presente pesquisa como a escassez de cuidado e protecção, que resulta no facto de estes idosos terem poucas pessoas que lhes podem dar amor e carinho.

A pesquisa desenvolvida permitiu confirmar a importância do trabalho desenvolvido pela Associação, não apenas ao nível da prestação de serviços técnicos de cuidado directo de mediação com a comunidade, mas também num plano de relações emocionais que configuram intimidades essenciais para a qualidade de vida dos idosos. Particularmente esta proximidade entre técnicos e voluntários e idosos é um factor importante no que concerne ao combate à solidão.

Através dos telefonemas regulares e continuados, da comemoração de datas festivas personalizadas e de acções que têm em conta necessidades pontuais dos beneficiários (p. ex: oferecer aquecedores aos beneficiários que estão em piores condições para enfrentar o inverno) podemos observar que a AMPMV fornece um serviço de proximidade, focado na criação de laços, que veio a revelar-se eficaz no combate à solidão, isto, para além de uma outra ideia extremamente importante – o aumento da segurança. Muitas das pessoas que beneficiam do projecto, sentem-se menos isoladas e menos sós, o que culmina numa sensação geral de segurança que valorizam (Análise SROI: 2012-2014, citado no Relatório Anual da AMPMV, Janeiro - Dezembro de 2015). Para além disso, receber visitas e um bolo no seu dia de aniversário, ter companhia para sair à rua ou receber um telefonema semanal - são pequenas fontes de alegria e alento para quem diariamente se confronta com sentimentos de abandono e exclusão. Fruto do convívio, da rede de suporte, da motivação para sair e dos diferentes tipos de estimulação, os beneficiários do projecto são alvo de melhorias significativas imediatas ao nível da saúde mental e emocional.

Paralelamente, o facto de se sentirem mais respeitados, mais acarinhados, menos sós, menos isolados e menos inseguros, culmina, no longo prazo, com um aumento da satisfação geral com a vida e reforço da motivação e propósito, tal como o revela o seguinte testemunho:

“ [Sente que o trabalho da Associação mudou algum aspecto da sua vida?] Melhorou! Na companhia, ter mais amor pela vida e mais alegria. Não há dúvida que me sinto mais feliz. Dão-nos muita assistência...”

Também a presença regular dos voluntários e o facto de a AMPMV não estar focada apenas em responder às necessidades básicas, mas sim em ajudar os beneficiários a viver melhor o quotidiano, reduz a necessidade de recurso a um lar. Para a maior parte dos idosos, o lar é sempre a última opção. “Mais de 90% das pessoas interrogadas disseram-nos que preferem a sua casa a um lar”.(Relatório SROI: 2012-2014). Queixam-se de que no lar não têm tanta mobilidade nem autonomia; que são ignoradas e vítimas de maus tratos; dizem que o lar é a “sala de espera da morte” e

que preferem o conforto das suas casas, onde sempre podem receber as visitas à vontade, cozinhar ou escolher o que comem, escolher os ambientes que frequentam, manter as suas coisas e fazer as actividades de que gostam, como gostam. (Relatório SROI: 2012-2014). É neste enquadramento que se posiciona igualmente o testemunho de uma entrevistada:

“No lar temos horas para tudo: é horas para acordar, é horas para comer, é horas para tomar banho. Aqui ao menos podemos comer o que se gosta e a que horas comemos. Lá é quase um regime militar. Aqui sentimos mais livres”.

Porém, ao nível das relações familiares, a maior parte dos beneficiários sente um retrocesso relativamente ao apoio da sua família, o que é ainda intensificado pela perda de autonomia e outros factores estruturais ao processo de envelhecimento. Neste aparente afastamento da família, podemos igualmente encontrar um efeito inesperado do projecto de intervenção promovido pela AMPMV: a família não sente tanta necessidade de estar presente pois considera que a pessoa idosa está em boas mãos.

Nesta continuidade, nos testemunhos ficam também notórios sentimentos difusos de uma solidão que persiste mesmo apesar dos apoios protagonizados pela AMPMV cuja presença está sempre condicionada por tempos, ritmos e espaços que só em parte coincidem com os das pessoas idosas. Os laços que unem estes beneficiários aos técnicos e voluntários são sobretudo de reconhecimento da importância dos serviços de auxílio que aqueles lhe prestam, e dos contributos dos mesmos para uma vida com algum conforto. Numa ou outra situação, parecem desenhar-se relações de confiança de maior intimidade, mas estas só parcialmente vêm atenuar a necessidade de manutenção de elos significativos, de foro mais íntimo.

BIBLIOGRAFIA

- AMPMV (2015), *Relatório Anual de Actividade e Sustentabilidade*, Lisboa, Associação Mais Proximidade Melhor Vid”, Janeiro – Dezembro de 2015.
- De Freitas, Patrícia (2011), *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social*, II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada, Universidade Católica Portuguesa.
- Fontinha, Márcia (2010), *Perspectivas de Morte: Relação Com o Suporte Social e a Solidão em Idosos*, Dissertação em Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- INE, Censos 2011, citados no Diagnóstico Social Santa Maria Maior (2015), Junto de Freguesia de Santa Maria Maior, Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia.
- Lopes, Nídia (2015), *A Solidão nos Idosos em Função da Rede de Suporte social, no Cncelho de Vila do Bispo*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Universidade do Algarve.
- Mauritti, Rosário (2011), *Viver Só: Mudança Social e estilos de Vida*, Lisboa: Mundos Sociais.
- Mauritti, Rosário (2007) Perspectivas Sociológicas na análise da residência unipessoal, CIES e-WORKING PAPER n.º. 24.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade: Da solidão aos Motivos para a sua Frequência*. Porto: Legis Editora.
- Operação “Censos Sénior” da GNR, data de edição: 02-04-2016, consultado em 17-07-2016. Disponível em: <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=12>
- Pais, José Machado (2006), *Nos Rastos da Solidão: Deambulações Sociológicas*, Col. Enciclopédia Moderna Lisboa, Ambar.
- Pereira, Flávia (2013), *Causas da Solidão dos Idosos de Ponte de Lima*, Trabalho para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa.
- São José, José (2016) What are we talking about when we talk about care? *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 81, pp.57-74.
- São José, José, Wall, Karin(2004), “Famílias: Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções”, *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Ateliê: Famílias*, pp.1-41.
- Teixeira, Liliana (2010), *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um estado avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa, de intervenção*, Dissertação em Psicologia, Universidade de Lisboa.

ANEXOS

ANEXO A - Dados de caracterização profissional dos técnicos da AMPMV

Nome	Idade	Formação Académica (base e complementar)	Experiencia Profissional (experiência anterior)	Nome do Cargo que Ocupa e Descrição Sumária da Função	Tempo na MPMV como Técnica
SSusana	29	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura em Gerontologia 2. Mestrado em Gerontologia, especialização em equipamentos sociais 3. Formação em Gestão de Organizações da Economia Social 4. Participação como técnica da AMPMV no programa de Impacto Social (http://www.cases.pt/programas/impactosocial) 	Estágio curricular em Centro de dia e lar (9 meses)	<p>Gestor de Caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise, avaliação e da situação dos beneficiários (os seus problemas e potencialidade, de forma a determinar os serviços necessários). - Planificação, elaboração e ajuda na gestão das campanhas de angariação de fundos e de marketing que envolvam os beneficiários da AMPMV. <p>Coordenador Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar o Gestor de Caso a melhorar a sua actuação com os beneficiários. - Organização, elaboração e actualização dos documentos de referência da Associação que envolvam os beneficiários. 	6 Anos

Ana Marques	25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura em Sociologia 2. Mestrado em Gestão de Recursos Humanos 3. Certificado de Competências Pedagógicas 4. Formação complementar em Trabalho em Equipa 	Sem experiência anterior	Assistente Técnico- - Apoiar o Gestor de Caso nas diversas tarefas que este identifica como necessárias para os seus beneficiários. - - Apoiar a Coordenadora de Equipa, a Técnica de Comunicação e a Direcção nas actividades de carácter administrativo.	2 Anos e 1 mês
Tânia Fitas	24	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura em Serviço Social 2. Formação sobre Ser Voluntário 	Sem experiência anterior	Assistente Técnico- - Apoiar o Gestor de Caso nas diversas tarefas que este identifica como necessárias para os seus beneficiários. - - Apoiar a Coordenadora de Equipa, a Técnica de Comunicação e a Direcção nas actividades de carácter administrativo.	1 Ano e 3 meses
Ana Gago	27	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura em Ciências da Comunicação 2. Curso de Audiovisuais 3. Mestrado em Estudos Regionais e Autárquicos 	- Estágio curricular MGN Filmes - Estágio Curricular - Museu da Cidade de Almada Estágio Profissional - Havas Media Colaboração com Observatório das Atividades Culturais	Técnico de Comunicação - Divulgação do trabalho da AMPMV - Responsável pelas actividades no domínio das relações públicas e marketing	1 ano e 7 meses

			<p>Colaboração com Câmara Municipal de Almada</p> <p>Mobilidade Leonardo da Vinci - engage in the visual arts</p>		
Mafalda	28	<p>1. Licenciada em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa 2. Mestrado em Empreendedorismo e Inovação em Gestão ISCTE - INDEG Business School</p>	<p>- Estágio curricular 9 meses em Equipa de Apoio a Família + Estágio curricular 9 meses com Crianças e jovens</p>	<p>Gestor de Caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analise, avaliação e da situação dos beneficiários (os seus problemas e potencialidade, de forma a determinar os serviços necessários). - Planificação, elaboração e ajuda na gestão das campanhas de angariação de fundos e de marketing que envolvam os beneficiários da AMPMV. <p>Coordenador Técnico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar o Gestor de Caso a melhorar a sua actuação com os beneficiários. - Organização, elaboração e actualização dos documentos de referência da Associação que envolvam os beneficiários. 	6 Anos
Rita	28	<p>1. Licenciada em Serviço Social na Universidade Católica</p>	<p>- Estágio curricular 9 meses na SCML Equipa de Apoio a</p>	<p>Gestor de Caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analise, avaliação 	

		Portuguesa	Idosos + Estágio curricular 9 meses IPAV	<p>e da situação dos beneficiários (os seus problemas e potencialidade, de forma a determinar os serviços necessários).</p> <p>- Planificação, elaboração e ajuda na gestão das campanhas de angariação de fundos e de marketing que envolvam os beneficiários da AMPMV.</p> <p>Gestor do Grupo de Encontro</p> <p>- Preparar a sessão de Grupos de Encontro, dinamizá-la e posteriormente, proceder à transcrição da mesma.</p>	
--	--	------------	--	---	--

ANEXO B - Dados de caracterização dos entrevistados

Sexo	Idade	Residência	Situação Conjugal	Profissão Exercida
Feminino	89	Vive sozinha	Solteira	Doméstica
Masculino	77	Vive sozinho	Solteiro	- Jogador de futebol - Cantor de Fados - Figurante televisivo
Feminino	81	Vive sozinha	Viúva	Empregada Doméstica
Feminino	86	Vive sozinha	Solteira	Empregada de loja
Masculino	90	Vive com um enteado	Viúvo	Agricultura
Feminino	80	Vive sozinha	Viúva	Auxiliar na Clínica de S. Cristóvão
Feminino	83	Vive sozinha	Casada	- Tomou conta de uma criança - Operária Fabril - Costureira
Feminino	82	Vive com o neto	Viúva	- Recepcionista na Gulbenkian, na EDP, no Metro

Curriculum Vitae

INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome: Pedro Miguel Escaleira

Morada: Rua António Aleixo, número 26, R/C Direito, Queluz de Baixo, 2730-014 Barcarena

E-mail: pedro_escaleira14@hotmail.com

Data de Nascimento: 18/09/1990 **Nacionalidade:** Portuguesa

EXPERIENCIA PROFISSIONAL

Setembro de 2014 a Dezembro de 2014: SOREGRA EDITORES

Setembro 2015 a Janeiro 2016: IPSS

Março 2016 até à actualidade: CMO

FORMAÇÃO ACADÉMICA

2014/2015: A frequentar o Mestrado de Sociologia em regime Pós-Laboral no ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa).

2014: Conclusão da licenciatura em Antropologia no ISCTE-IUL (Instituto Universitário de Lisboa).

2010: Conclusão do 12º ano, Escola Secundária Padre Alberto Neto, Queluz (Portugal)

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

2010 a 2012: Participação no “Programa Tempo Jovem” da Câmara Municipal de Oeiras

2010: Curso de Formação em Inglês – Nível II, mencionado no Centro Jovem de Queluz de Baixo valência do Centro Social e Paroquial de Barcarena (70 horas) -

2008: Curso de Formação em Inglês – Nível I, mencionado no Centro Jovem de Queluz de Baixo valência do Centro Social e Paroquial de Barcarena (30 horas) -

2006: Participação no programa: “Já Economia Para o Sucesso” (25 horas)

2004: Curso de Competências Básicas em Tecnologias da Informação (25 horas)

OUTRAS APTIDÕES E COMPETENCIAS

- Bons conhecimentos do Word e PowerPoint, adquiridos no âmbito do curso de Competências Básicas em Tecnologias da Informação

- Boa organização de arquivos, e inserção de dados, adquiridas no âmbito da minha participação no “Programa Tempo Jovem”

APTIDÕES E COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Sociais: Espírito de equipa (Diploma concedido no âmbito de uma actividade desportiva), criatividade, adaptação a ambientes multiculturais.

Artísticas: Desenho

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Carta de condução de ligeiros

Membro de uma lista independente de cidadãos a uma Junta de Freguesia Membro de Mesas de Voto (Eleições Autárquicas, Legislativas, Presidenciais, Europeias)

Voluntariado com crianças e idosos e sem-abrigo

Membro de um Grupo de Jovens Católico

Membro de um Conselho Pastoral e Paroquial

