

Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas

**O Serviço de Apoio Domiciliário
e a Participação Social das Pessoas Idosas**

Trabalho de Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Cristiana Nogueira Pires Macedo

Orientadora:

Doutora Maria Júlia Cardoso, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Lisboa, Setembro de 2014

“Os indivíduos desenvolvem-se como pessoas não simplesmente porque as suas necessidades biológicas são satisfeitas, mas porque as necessidades psicossociais também são satisfeitas”
(Faleiros, 2013:41)

Agradecimentos

Desde muito pequena que me foi inculcido a arte de procurar conhecimento, do trabalho árduo, do dom da persistência e da aprendizagem contínua para a concretização de ambições e sonhos. E é por isso que, antes de mais, agradeço aos meus pais: Fernanda e Cândido Pires pelo apoio e amor incondicional, pelas palavras duras de repreensão e pelas palavras de incentivo e carinho ao longo destes 25 anos, que me fizeram ter o desejo e a determinação de explorar e investir neste projeto.

Não poderia deixar de agradecer ao meu querido marido Hugo Macedo, que, para além de nas últimas semanas ter cuidado da lide da casa sozinho, acima de tudo nunca me deixou desistir. Obrigada pelo porto seguro que significa a nossa cumplicidade.

Obrigada ao Groovy, o cão da casa, pela companhia constante... A dormir no sofá enquanto eu tão dedicadamente mergulhava em artigos e livros de investigação.

Às minhas companheiras de boas gargalhadas: Andreia, Sofia e Rita, um muito obrigada pelos conselhos e ideias, pela boa disposição e pelos jantares de partilha de experiências. Não poderia ter conseguido melhor companhia para concretizar esta etapa académica.

Aproveito para agradecer a todos os colegas e professores que percorreram este percurso comigo.

Um especial agradecimento à minha orientadora, a professora Dra. Júlia Cardoso, pelo acompanhamento, pelas críticas e sugestões e pelo material facultado, que sem dúvida foram de grande valor para a construção do projeto.

Gostaria ainda de agradecer à responsável pela associação “Coração Amarelo” de Oeiras, a Dra, Aline Bettencourt pela sua disponibilidade e participação no presente projeto, bem como aos restantes voluntários participantes.

Por fim, agradeço ao ISCTE por toda a estrutura de recursos de suporte e apoio: à escola de Sociologia e Políticas Públicas, à Biblioteca, aos Serviços Académicos, às papelarias, entre outros serviços e respetivos funcionários e colaboradores.

Resumo

O projeto propõe a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) organizado segundo uma perspetiva multidimensional da pessoa idosa, seja na sua qualidade de cidadão utente de um SAD, seja na de cidadão sénior atento às necessidades da sociedade e interessado em participar na vida da comunidade.

Parte-se da constatação de que o SAD se organiza em volta de necessidades básicas relacionadas com a higiene e alimentação e, por vezes, alguns cuidados de saúde, não havendo o desejável e regular apoio na vertente relacional que permita o bem-estar emocional dos utentes; parte-se, também, da constatação do aumento de pessoas seniores, que se encontra disponível para participar em atividades de carácter social, pelo que o projeto procura concertar necessidades e interesses de ambos, integrando no SAD a participação ativa destes seniores para a melhoria do bem-estar daqueles que usufruem do serviço e não têm rede familiar de suporte ou quando esta não é suficiente. A estratégia de intervenção a privilegiar apoia-se na ação articulada com os municípios, entidades gestoras dos Bancos Locais de Voluntariado.

Palavras-chave: Envelhecimento; Participação Social; Serviço de Apoio Domiciliário; Multidimensionalidade.

Abstract

This project proposes the creation of a Home Care Center (HCC), organized following a multidimensional perspective of the elder, both in his/her capacity as a citizen that uses a HCC, or as an elder citizen that is involved and interested in participating in the life of the his or her community.

We observed that the HCCs are organized around the basic needs of each elder. These are related with personal hygiene, nourishment, and sometimes, some medical care. This leaves out, the regular emotional support that each elder needs. We also observed that there is an increased amount of senior people who are willing to participate in social activities, and therefore this project aims at combining both these needs, and having them available through the HCCs. The elders that want to actively participate in social activities can support those other elders that are receiving Home Care Support, but don't have the support of their family, or when their family support is not enough to cover their emotional needs. The strategy is to work together with the local government centers of each city or village, who manage the Local Volunteer Centers.

Keywords: Aging; Social Engagement; Home Care Center; Multidimensionality.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Índice de Quadros.....	vii
Índice de Figuras	vii
Glossário de Siglas	viii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS IDOSOS	3
1.1 Envelhecimento e Respostas Sociais.....	3
1.2 Serviço Social e Intervenção com Idosos na Comunidade - Uma Abordagem Transdisciplinar e Multidimensional nas Respostas Sociais	7
1.3 Envelhecimento e Participação Social das Pessoas Idosas.....	13
1.4. Diagnóstico Social.....	22
Caracterização sociodemográfica.....	22
A Rede de Serviços de Apoio Domiciliário em Oeiras	24
Percepções da população Idosa	28
CAPÍTULO II – UM SAD MAIS HUMANIZADO – O CONTRIBUTO DAS PESSOAS IDOSAS PARA AS PESSOAS IDOSAS.....	33
2.1 Justificação do projeto.....	33
2.2 Objetivo Geral	34
2.3 Destinatários/população alvo	35
2.4 Metodologia do projeto	35
2.5 Orçamento do projeto.....	37
2.6 Plano de Ação.....	39
ANÁLISE CRÍTICA/REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO.....	41
FONTES.....	42
Legislação.....	42
Outra.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	43
ANEXOS.....	i
ANEXO A – Caracterização da Associação “Coração Amarelo”	i
ANEXO B – Caracterização da Amostra do Estudo para o Diagnóstico do PEMPI (2013-2015)	ii

Índice de Quadros

Quadro 1- População residente no Concelho de Oeiras, 1960 2011

Quadro 2 – População residente nas freguesias de Oeiras, total, por sexo e com 65 ou mais anos em 2011

Quadro 3 – índice de envelhecimento nos Concelhos da Grande Lisboa, 2011

Quadro 4 – Nº de Serviços de Apoio Domiciliário, por freguesia, 2011

Quadro 5 – Previsão de acréscimo de vagas em Serviços de Apoio Domiciliário no Concelho de Oeiras, por freguesia

Quadro 6 – Exemplos e programas para idosos existentes no Município de Oeira

Quadro 7 – Taxa de Cobertura para os Serviços de Apoio Domiciliário, por freguesia e total, 2009

Quadro 8 – Resultados relativos à utilização de Equipamentos e Serviços no Município

Quadro 9 – Resultados do estudo sobre a área de respeito e inclusão social

Quadro 10 – Resultados do estudo sobre o voluntariado na terceira idade

Quadro 11 – Resultados da entrevista à responsável pela Associação

Quadro 12 – Resultados da entrevista a duas voluntárias da Associação

Quadro 13 – Potencialidades e áreas críticas dos SAD e da participação social dos idosos em Oeiras

Quadro 14 – Despesas com a aquisição e preparação do estabelecimento

Quadro 15 – Equipamento básico para o funcionamento do SAD

Quadro 16 – Gastos Mensais com recursos humanos e materiais

Quadro 17 – Plano de ação do projeto

Índice de Figuras

Figura 1 - Índice de Envelhecimento no Concelho de Oeiras, 1981, 1991, 2001 e 2011.

Glossário de Siglas

CMO – Câmara Municipal de Oeiras

HCC - Home Care Center

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

PEMPI – Plano Estratégico Municipal para as Pessoas Idosas

PNAI - Plano Nacional de Ação para a Inclusão

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

INTRODUÇÃO

O presente projeto consiste na criação de um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) organizado segundo uma perspetiva multidimensional da pessoa idosa, contando-se, para tal, com a participação voluntária de seniores na resposta às necessidades que não são satisfeitas pelos SAD. Através da articulação com os municípios, entidades gestoras dos Bancos Locais de Voluntariado, podem ser concebidas e geridas respostas de SAD que venham a complementar os serviços existentes e a melhorar a qualidade de vida daqueles que se encontram com algum grau de dependência, ao mesmo tempo que se incentiva e proporciona a possibilidade dos mais ativos poderem participar na vida social e na construção de uma comunidade mais solidária.

As pessoas idosas não constituem um grupo homogêneo, quer ao nível das condições sociais e económicas, quer ao nível da saúde. Os seus modos de vida e as suas aspirações têm vindo a mudar, constatando-se o papel cada vez mais ativo que as gerações mais velhas têm na vida social, papel esse que importa não só incentivar como ser alvo de iniciativas que garantam as condições da sua efetividade.

As pessoas mais velhas dependentes de terceiros para a sua vida diária são, habitualmente, objeto de ajuda através de Serviços de Apoio Domiciliário, serviços que se centram, essencialmente, na prestação de serviços básicos de sobrevivência (alimentação, higiene pessoal e da habitação, toma de medicamentos), sendo negligenciadas outras dimensões do bem-estar da pessoa, nomeadamente, as de natureza e psicossocial. Muitas vezes os utentes do SAD são pessoas idosas que vivem sós mas o seu grau de dependência permite-lhes, com ajuda de terceira pessoa, manter contacto com o exterior através do estímulo de uma conversa sobre o que se passa na sociedade ou de pequenos passeios e visitas aos locais que fizeram parte da sua vida quotidiana. Sendo os SAD serviços extremamente necessários, no entanto, há necessidade de alargar o seu âmbito ao nível da resposta às necessidades de natureza mais “subjetiva”. Contudo, abranger este tipo de serviços mais relacionais e afetivos requer das organizações (e das famílias) recursos humanos e condições financeiras que raramente estão asseguradas, uma vez que a maioria dos idosos portugueses não possui condições financeiras que comportem os custos de tais serviços.

Nesse sentido, pensou-se na utilização dos bancos de voluntariado dos municípios e da ação voluntária dos cidadãos, para estabelecer esta ponte de contacto entre a pessoa idosa e o mundo exterior, promovendo assim um maior bem estar dos utentes dos SAD e o investimento em “iniciativas diferenciadas, à medida, e atentas às necessidades e às capacidades de satisfação pessoal, autonomia e participação” (Carvalho, 2012); ao mesmo tempo, são aproveitadas as capacidades e desejos de participação voluntária daqueles que, sobretudo já na qualidade de reformados, pretendem continuar a participar na vida social.

No que respeita à estrutura do presente trabalho, o projeto integra, numa primeira parte, a reflexão sobre as necessidades da pessoa idosa e o seu enquadramento na resposta social SAD, bem como o valor e a importância da sua participação social. Nesta mesma fase é realizado um diagnóstico que caracteriza, em termos sociodemográfico a população idosa e também as Respetivas Respostas Sociais de SAD do Concelho de Oeiras.

Numa segunda parte, apresenta-se a proposta de projeto, fundamentando o seu interesse e indicando os objetivos, ações e metas a atingir.

CAPÍTULO I – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS IDOSOS

1.1 Envelhecimento e Respostas Sociais

Os avanços tecnológicos, da ciência e da medicina, assim como a melhoria das condições de conforto e de salubridade das famílias atestam a evolução da sociedade em que o aumento da longevidade é uma das consequências mais visíveis. Portugal é um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos, 18%, sendo, segundo dados da Pordata, o quarto país da UE mais envelhecido. Em 2012, o número de pessoas com 65 ou mais anos era de 2.020.126, quando no início dos anos 60 era de 698.995 e, em 2013, é de cerca de 20% a percentagem de portugueses com mais de 65 anos.¹

Existem cada vez mais pessoas idosas e há uma necessidade crescente de dar respostas a esta população. O fenómeno do envelhecimento é, de facto, um dos maiores desafios da atualidade, no entanto, transcrevendo as palavras de Quintela, “... o fenómeno do envelhecimento demográfico só é um problema pela ausência de políticas de crescimento demográfico, apoio à natalidade e às famílias e falta de coragem para romper com modelos obsoletos de respostas.” (Carvalho, 2013:XVI).

As Respostas Sociais (Lares, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, etc.) são bastantes comuns na sociedade contemporânea e por vezes consideradas a única solução de apoio e suporte social para as pessoas mais velhas; no entanto, nem sempre foi assim e por de trás desta realidade existe uma evolução na história da sociedade que potenciou esta mesma realidade. Assim, para melhor abordar as questões associadas às respostas sociais e, conseqüentemente o SAD, é imperativo uma compreensão da evolução e história das mesmas.

Toda esta temática em torno do envelhecimento e do idoso tem vindo a sofrer algumas transformações, a mais importante e profunda relacionada com a evolução de uma sociedade tradicional para uma sociedade industrial, onde o idoso visto como ancião, cheio de experiências e conhecimento, evoluiu para, como Helena Mouro descreve, um “inerte social”² (Mouro, 2013:17-18).

Ora esta alteração do estatuto social do idoso reflete-se pela perda de poder do mesmo na comunidade, na família e no próprio mercado de trabalho. E, portanto, com o aumento da população mais envelhecida, a “expressão cultural do envelhecimento” deixa de estar alicerçada na sabedoria e na experiência e sim no trabalho, fazendo do envelhecimento um problema social, tanto pelo aumento da pobreza como pela necessidade de atuar sobre as questões associadas ao processo de desvalorização económica e social (Idem).

¹http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/o_retrato_dos_idosos_em_portugal_que_ja_sao_mais_de_dois_milhoes.html

² “(...) mão de obra que, por incapacidade físicas crónicas, deixou de ter ‘lugar’ no mercado de trabalho; (...) todos os trabalhadores que, por debilidade física temporária ou crónica, reduziram ou perdiam capacidades físicas para o trabalho; trabalhadores que por efeito da idade deixaram de ter interesse para o exercício de uma atividade laboral.” (Mouro, 2013:18)

No campo das vulnerabilidades deste grupo etário, importa referir as mudanças na estrutura familiar e no seu papel enquanto unidade de proteção das crianças e dos seus idosos, passando esse papel a ser progressivamente substituído pelas instituições.

Sobre este tema, Mouro (2013:20) descreve:

Apesar de, socialmente, não se querer apresentar como entidade substitutiva da família, a instituição, como resposta social dirigida ao idoso, legitima-se como socialmente importante pela função cuidadora que assumiu num contexto onde a esperança de vida foi aumentando e, conseqüentemente, os riscos inerentes à perda de capacidades físicas ou cognitivas por partes dos idosos.

Porém, apesar de as respostas institucionais surgirem com o objetivo de criar condições de segurança e de bem-estar, estas tornaram-se numa “solução para um problema não assumido como tal, ou seja, o da família na sociedade atual” e assim, invés de se transformarem num meio de resposta refletem um outro problema social, o da institucionalização da pessoa idosa e do seu afastamento do meio habitual de vida. Apesar da resposta institucional ser “contínua e continuada” e por isso representar segurança e proteção para o idoso, funciona mais como resposta ao problema de segurança do que ao das necessidades totais do idoso, constituindo-se como “uma resposta ao problema da família com idosos e dos idosos sem família” (Mouro, 2013:20-22).

A família deve efetivamente ser envolvida e responsabilizada nos seus deveres de solidariedade consanguínea, no entanto, essa mesma obrigação não deve ser um fardo permanente e insustentável. Por um lado, não podem ser apontadas como negligentes pela sociedade e pelos profissionais da área social e da saúde, quando se encontram muitas vezes esgotadas pelos cuidados a idosos dependentes; por outro, as condições de conciliação trabalho-família não são, de facto, favorecedoras do cuidado aos elementos mais frágeis das famílias.

Assim, não se pode, de facto, culpabilizar as famílias pela “desproteção social” dos idosos, uma vez que estão envolvidas dimensões bastantes complexas que devem ser alvo de reflexão. Se há alguns anos os filhos eram o único meio de assistência aos idosos, essa mesma realidade tem vindo a mudar, porquanto:

... com o aumento de estruturas familiares nucleares, monoparentais e unitárias, em oposição à família alargada que a industrialização do séc. XX destruiu, e com o aumento da esperança de vida, verificado depois da 2ª Guerra Mundial, existem cada vez menos familiares disponíveis para se ocuparem das pessoas idosas (Ribeirinho, 2005:80)

Ribeirinho (2005) reconhece que, apesar de todas estas alterações, é inegável que a família continua a manter um papel extremamente importante contra os problemas sociais e as dificuldades económicas da sociedade contemporânea. Para além disso “a função da família é primordial para o idoso, porque permite manter, mesmo que seja parcialmente, as ligações inter-pessoais e dar um contributo importante para o bem-estar da pessoa idosa”. Porém, não pode ser esquecido que por vezes a família não consegue desempenhar a sua função, seja por motivos profissionais, económicos, de saúde, competindo aos poderes públicos assumir essa proteção.

Assim, importa considerar a articulação entre diferentes serviços e agentes, nomeadamente, a família, amigos e vizinhos, enquanto rede social informal, com a rede social formal onde se inserem os serviços sociais, os serviços de saúde que prestam cuidados especializados, porque “... a abrangência e a eficácia dos serviços domiciliários é limitada e se o idoso não usufruir de outras formas de apoio, permanece grande parte do tempo sozinho e sem cuidados necessários.” Pimentel (2001:67). Trata-se, pois, de incrementar políticas de intervenção social no envelhecimento que reflitam, por um lado, a consciencialização da emergência da revisão da cultura institucional e da criação de estratégias de intervenção em torno do quotidiano dos idosos nas respetivas instituições e, por outro, o “reforço de uma dinâmica social que, pretendendo retardar a institucionalização dos idosos, estimule a criação de processos sociais, que tanto podem ter um cariz comunitário como humanitário.” (Mouro, 2013:28).

A intervenção social é centrada em duas dimensões fundamentais, nas pessoas idosas e no envelhecimento, e levada a cabo por uma “pluralização das entidades protagonistas no exercício da intervenção social”³, através de três tipos de respostas sociais: as respostas humanitárias, que dizem respeito às visitas ao domicílio através do voluntariado ou de entidades de segurança pública; as respostas convencionadas, onde a institucionalização é temporária ou continuada, como é o caso dos SAD, do acolhimento em lar, dos cuidados continuados ou paliativos; as repostas direcionadas, onde se incluem os serviços que permitem retardar a institucionalização e que promovem um envelhecimento ativo e pró-positivo (Mouro, 2013:30).

O Serviço de Apoio Domiciliário – contexto histórico e atualidade

O SAD consiste numa resposta social que visa a prestação de cuidados e serviços no domicílio dos indivíduos, quando devido a situações de dependência física ou psíquica, estes não consigam satisfazer as necessidades básicas e instrumentais ou não disponham de apoio familiar.

Este equipamento tem como objetivos: trabalhar em função da qualidade de vida das pessoas e famílias; ajudar na conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando e evitando o recurso a estruturas residenciais; desenvolver estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (objeto de contratualização); facilitar o acesso a serviços na comunidade; reforçar competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Estes objetivos pressupõem a prestação de cuidados e serviços com base em princípios de atuação, nomeadamente de: qualidade, eficiência, humanização e individualização; interdisciplinaridade; avaliação das necessidades do utente; reserva da intimidade da vida privada e familiar; inviolabilidade do domicílio e da correspondência e por fim, a participação e corresponsabilização, na elaboração do programa de cuidados e serviços (ver legislação).

³ “isto é, quer pelos organismos com experiência nesta área quer por organismos ligados à saúde, à educação e à promoção de bem-estar ou ainda por organismos de cariz comunitário” (Mouro, 2013:29).

No que diz respeito à história do SAD, este teve a sua emergência após a II Guerra Mundial, em países como a Grã Bretanha e a Holanda, mais tarde durante a década de 60 e 70, a estes dois países juntam-se alguns dos restantes países desenvolvidos, potenciando o “desenvolvimento e extensão generalizada dos SAD” (Ribeirinho, 2005:99). Porém, o surgimento do SAD “era fruto mais das pressões sociais para um incremento geral do conjunto da política social, do que de um efectivo diagnóstico das necessidades.” e nos anos 80 surge um período de “implementação de critérios mais técnicos e aperfeiçoados na organização do SAD” (Idem.:100).

Atualmente, segundo Ribeirinho (Idem.:100-101), os SAD na Europa estão em três graus de desenvolvimento. Os países escandinavos apresentam-se como muito desenvolvidos (responsabilidade: sector público); na Europa Central é considerado “bem desenvolvido ou em plena expansão” (responsabilidade: sector privado) e por fim, na Europa do Sul “os cuidados domiciliários são ainda muito pouco desenvolvidos” (responsabilidade: família, vizinhos, conhecidos). Segundo Ronald Seutin⁴, “os serviços de apoio domiciliário portugueses (juntamente com os da Grécia) são considerados subdesenvolvidos, ou mesmo lacunares”.

Já em Portugal, os primeiros SAD tiveram início nos anos 70. Derivado a todos os riscos e perigos já supra abordados sobre a institucionalização em lares, em 1976 surgem os Centros de Dia articulados com os SAD, contudo, em 1986, verificou-se uma autonomização dos mesmos, verificando-se o grande impulso dos SAD, “com a abertura média de 75 serviços por ano, no entanto foi na segunda metade da década de 90 que o SAD se difundiu em todo o país, com uma média de 122,3 novos serviços por ano.” (Idem.:101)

A preocupação em torno da articulação da área social e da saúde, “numa perspetiva de apoio domiciliário integrado”, porém, efetiva-se no final dos anos 90, “impulsionada pelo Estado através do despacho Conjunto nº 407/98 de Maio, criando o ADI (Apoio Domiciliário Integrado)⁵, e a UAI (Unidade de Apoio Integrado)⁶” (Idem.:101-102).

No que concerne à evolução da capacidade e número de utentes nos SAD em Portugal, entre 2000 e 2012 verifica-se um aumento significativo deste tipo de Resposta Social, tendo aumentado a sua capacidade de resposta, nesse período, em cerca de 48000 novos lugares (Carta Social, 2012). Em 2013, existiam 2.624 SAD que atendiam, no total, às necessidades de 102.448 cidadãos (Carta Social, 2013)

⁴ Diretor-geral da Association Européenne de Soins et Aides à Domicile – associação composta “pelas principais organizações nacionais e regionais no âmbito do apoio domiciliário de 15 Estados-Membros da EU.” (Ribeirinho, 2005:100)

⁵ “Serviço de prestação de cuidados multidisciplinares, centrado na prevenção da dependência e na promoção do auto-cuidado que assegura a prestação de cuidados médicos e de enfermagem e a prestação de apoio social, com vista à satisfação desses objetivos” (Idem:102).

⁶ “Centro de prestação de cuidados multidisciplinares de convalescença e reabilitação que, pela diferenciação técnica necessária, não podem ser prestados no domicílio. Esta resposta compreende igualmente o treino e ensino do autocuidado e da satisfação das necessidades básicas” (Idem.).

O Serviço de Apoio Domiciliário revela-se uma resposta positiva e preferencial por parte dos idosos e do Estado, como refere Fernandes (1997:148) “Estas modalidades de gestão pública da velhice (SAD) são preferidas por se considerar que têm maior respeito pela dignidade das pessoas idosas, mas também porque constituem soluções economicamente menos onerosas que as de alojamento.”.

Diversos autores referem a importância do SAD no cuidado aos idosos, sendo considerados os seus efeitos positivos principalmente aos seguintes níveis:

1. O impacto na redução dos custos assistenciais (redução do número de internamentos nos hospitais e do período de internamento, uma vez que são bastante onerosos financeiramente; diminuição do número de pedidos de lugares em residências e custos mais reduzidos nos SAD que em outras respostas);
2. Aumento da qualidade de vida e bem-estar, não só dos cuidadores informais, bem como dos próprios idosos (Ribeirinho, 2002; Pimentel, 2001).

Contudo, e apesar da constatação de um crescimento razoável deste tipo de resposta, Pimentel considera que “estes continuam a ser insuficientes para garantir a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio, o que aumenta a procura de Lares da Terceira Idade, que são eles próprios também em número reduzido para fazer face a essa procura.” Pimentel (2001:71).

1.2 Serviço Social e Intervenção com Idosos na Comunidade - Uma Abordagem Transdisciplinar e Multidimensional nas Respostas Sociais

As repostas sociais foram concebidas com o intuito de melhorar as condições de vida dos idosos, em função de um conjunto de motivos já debatidos neste trabalho, nomeadamente as alterações da estrutura familiar e dos seus papéis, aumento da esperança de vida e dos respetivos riscos emergentes ao nível das dependências físicas e cognitivas que exigem cuidados especiais.

Segundo Ribeirinho (2005:91), os lares são a resposta que efetivamente teve maior implementação, uma vez que durante muito tempo, esta consistia na única resposta formal existente, independentemente de os idosos reunirem ou não condições para permanecer no seu domicílio. Porém, este tipo de institucionalização, por um lado,

Implicava para muito idosos um corte doloroso e muitas vezes radical com o seu meio habitual de vida, desencadeamento de perturbações de várias ordens. Por outro lado, foi-se constatando que as grandes estruturas de apoio não existiam em número suficiente para as necessidades existentes, e ainda que estas estruturas muitas vezes se tornavam desumanas e comportavam custos elevados (Ribeirinho, 2005:91).

Uma das críticas apontadas jaz no facto de os equipamentos não estarem preparados para prestar serviços individualizados, capazes de respeitar a sua personalidade, privacidade e os respetivos hábitos de vida (Idem:92). E assim, reconhece-se, de facto, os riscos e perigos da institucionalização, a mesma pode:

...causar regressão e desintegração social, (...) perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual. Tudo isto pode levar à perda de amor próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior (Fernandes, 2002:48).

Por outro lado, é importante reconhecer que para alguns a melhor resposta social poderá ser, efetivamente, a institucionalização em unidades residenciais. Para Luísa Pimentel (2001) existe um conjunto de fatores que precisam ser considerados, nomeadamente as questões em torno do grau de dependência, do tipo de apoio que a pessoa em questão requer e as condições familiares em termos de suporte, não só financeiro mas em termos de disponibilidade de tempo para assistir.

Na verdade, é absolutamente necessário ponderar os condicionalismos e as limitações da manutenção no domicílio das pessoas idosas, entre as quais: a necessidade por parte da pessoa idosa de apoio noturno e aos fins-de-semana; a variedade de situações de saúde física e mental; a exiguidade dos recursos; a inadequação habitacional; a dispersão ou isolamento das habitações; a ausência de uma rede relacional de suporte; entre outras (Ribeirinho, 2005:94)

Assim, para Pimentel esta situação (institucionalização) só é razoável quando de facto, estas unidades residenciais se centram na promoção da autonomia dos institucionalizados (Pimentel, 2001).

Depois de todas as críticas em torno da institucionalização em unidades residenciais, ao longo do tempo assistiu-se à criação de um conjunto de serviços comunitários de proximidade, no entanto, todas estas respostas, sejam elas centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário ou até mesmo os lares, têm uma necessidade em comum, o apoio social (Mouro, 2013).

Quaresma identifica o “desenvolvimento de uma conceção dualista do envelhecimento”, ou seja, se por um lado existe o bom envelhecimento – ativo e autónomo, pelo outro subsiste o envelhecimento dependente – “estigmatizado pelos déficits e em especial pelos riscos da demência”, sendo que esta mesma conceção se deve, essencialmente, ao facto de a população portuguesa estar ainda muito exposta ao risco de pobreza. Citando alguns estudos sobre a autonomia nas gerações atuais, o mesmo refere: “Os rendimentos, o habitat, o acesso à informação e ao conhecimento, a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil, são os fatores que estes estudos revelam ser mais fortemente co-determinantes da maior ou menor exposição ao risco de perda de autonomia” (Quaresma, s.a.).

Naturalmente existem idosos vulneráveis e dependentes e o seu número tende a crescer, com o aumento crescente deste grupo de pessoas, no entanto Pinto (2013), aponta que a maioria dos idosos não se enquadra nesta situação. Os países mais desenvolvidos têm vindo a encarar o envelhecimento sob o ponto de vista das incapacidades e dificuldades, no entanto “não nos podemos esquecer que mesmo agora a maioria das pessoas idosas não são dependentes nem incapacitadas, nem vivem institucionalizadas em lares.” (Idem.:49).

Apesar de se procurarem soluções de promoção da autonomia, as respostas sociais parecem não estar em sintonia com este propósito. “Estas, ao centrar a ajuda nos défices e nas patologias, minimizando e desinserindo-a dos aspetos relacionais, passam ao lado do que tem significado para o indivíduo, provocando mais isolamento, reforço da autoavaliação negativa, mais riscos de exclusão, mais sofrimento” (Quaresma, s.a:4)

Para alguns autores, a institucionalização dá-se, essencialmente, devido a problemas sociais (problemas de isolamento, carências económicas e habitacionais) e não somente problemas de saúde e consequente perda de autonomia (Pimentel, 2001).

Segundo um estudo realizado por Townsend, para além das estruturas de resposta social há alguns anos estarem associadas a uma má qualidade dos serviços e de alojamento, bem como às repercussões negativas nos comportamentos e atitudes das pessoas, o mesmo estudo constatou que a maioria das pessoas idosas ingressavam nas instituições essencialmente derivado a problemas económicos e sociais e não tanto por problemas de saúde, tendo muitas delas o desejo e as condições necessárias para terem permanecido no domicílio e receber a assistência social a partir daí (Ribeirinho, 2005:73).

Através de estudos como estes, começam-se a desenvolver novas perspetivas de suporte social, onde são “defendidas preferencialmente estruturas alternativas que favoreçam a inserção social na comunidade e respeitem as potencialidades de desenvolvimento dos indivíduos ao apoiá-los na integração nos seus meios naturais de vida e a partir deles.” E assim, surge um novo conceito de “desinstitucionalização”, que serve de alicerce para a política de *Community Care* desenvolvida em Inglaterra, onde “as estruturas fechadas e pesadas (hospitais, casas de repouso)” são substituídas por “pequenas estruturas comunitárias de acolhimento e acompanhamento (apoio domiciliário, famílias de acolhimento).” E assim, derivado ao aumento da “eficácia dos serviços, sobretudo devido à sua orientação preventiva, e por desenvolver cuidados simples e globais com um custo inferior”, esta orientação comunitária dos cuidados, “foi-se estendendo a outros países de tradição anglo-saxónica (...), até que acabou por ser promovida pela OMS,” (Idem:73-74).

Ora, Serviço de Apoio Domiciliário, segundo um estudo de Ester Vaz (2001:212), realizado também em Inglaterra, tem vindo a revelar-se a resposta social eleita pelos idosos onde “o serviço deveria ser alargado a toda a população idosa por ser o que lhes permite continuar a relação efetiva com os objetos e pessoas que ao longo da vida foram construindo e acumulando.”

No entanto, as questões em torno da permanência do domicílio / habitat são de facto muito sensíveis, principalmente para os idosos. Quando estes desenvolvem algumas incapacidades/limitações, sejam elas físicas ou cognitivas, a permanência no seu habitat, se por um lado representa um local de vivências e de pertença do qual não se quer prescindir, por outro lado apresenta igualmente riscos.

Sobre este assunto Quaresma faz a seguinte observação:

... Considerando que é nas pessoas muito idosas que se observa uma maior frequência do viver em casas com deficientes ou mesmo precárias condições habitacionais e de conforto, podemos admitir que os riscos de dependência associados a acidentes domésticos têm uma forte componente decorrente das condições externas de existência. Para os mais velhos, na sua maioria as mais velhas portuguesas, poder melhorar a habitação será optar por viver mais tempo, se possível até ao fim da vida, no que consideram ser a sua casa. Criar condições favoráveis a esta opção, constitui um dos objetivos da política de manutenção no domicílio, para o qual, as questões do habitat, são, de facto, determinantes, como constam de recomendações, nomeadamente da ONU e da EU (Quaresma, s.a.).

Existem, pois, riscos associados à permanência no seu meio residencial, sendo necessárias medidas que possam promover melhores condições habitacionais dos idosos, bem como formar pessoal qualificado para atuarem nessas mesmas estruturas de orientação comunitária, com o intuito de auxiliar nas tarefas simples e rotineiras e também incentivar a própria participação dos idosos na sua vida social (Ribeirinho, 2013:73-74).

Com o aumento das despesas públicas emergentes do envelhecimento demográfico, existe uma alteração na filosofia da política de *Community Care* em Inglaterra, que sublinha “a importância das famílias e pessoas próximas nos cuidados comunitários, defendendo que é a própria comunidade quem deve participar na prestação na prestação de cuidados”, no entanto, verificou-se um impacto significativo nas famílias, especialmente nos respetivos cuidadores, que a maioria das vezes são mulheres.

Embora salvaguardando a importância dos serviços/respostas de proximidade, por se considerar que a permanência dos indivíduos no seu meio familiar e social é um fator determinante para o equilíbrio global do próprio e sua envolvente familiar, isto significa que nenhum dos atores é substituível, pois apesar de os serviços para a população idosa terem vindo a registar um aumento generalizado em todos os países europeus (...), o apoio informal, especialmente aquele que é assegurado pela família, continua a desempenhar um papel muito importante (São José, 2002:4).

Assim, o *Community Care* é de facto uma filosofia com diversos benefícios não só para os idosos, como para as respetivas famílias e o próprio estado, no entanto, para Ribeirinho (2005:76), “o *Community Care* não é hoje possível sem que existam serviços de apoio domiciliário de qualidade, centros de dia, de repouso e de alojamento, isto é, medidas de apoio às famílias por parte do Estado”.

Os Governos e organizações não-governamentais têm o dever de criar serviços sociais que apoiem a família, quando existem pessoas idosas no agregado familiar, de aplicar medidas destinadas especialmente às famílias de baixos rendimentos que desejem manter em casa as pessoas de idade avançada.

Dominelli (2013:67) alerta, não só para o facto de a pobreza e as más condições de habitação contribuírem, ou não, para uma velhice saudável e ativa, uma vez que influenciam os padrões de saúde e de dependência, mas também informa que apesar de alguns idosos sofrerem de isolamento social; necessitarem de apoio no período de luto e de necessitarem de ajuda para o estabelecimento de redes

sociais e de apoio para atividades da vida diária, a maioria não recorre aos serviços de apoio social. Os cuidados são assumidos pelos próprios ou por familiares e vizinhos, de forma não remunerada, onde cada vez mais, também as pessoas idosas assumem-se como voluntários na promoção do bem-estar, cuidado dos idosos mais velhos, pessoas com deficiência e dos netos, enquanto os pais trabalham.

Os governos por todo o mundo ocidental estão preocupados com o facto de o envelhecimento representar uma sobrecarga para a população mais jovem no que diz respeito à prestação de serviços e cuidados aos idosos, em função da falta de serviços institucionais de Segurança Social e de falta de recursos financeiros, e por isto, os mesmos têm vindo a propor que esses mesmos serviços sejam prestados na comunidade (Carvalho, 2013:67).

Ora esta transição emerge de algumas críticas académicas, relatórios governamentais e investigações, nomeadamente, o relatório de Griffiths de 1988, que propunha: “que as autoridades locais assumissem a responsabilidade pelos cuidados dos idosos; o envolvimento dos assistentes sociais; gestores para cada caso, coordenando programas de cuidados; e uma ‘economia’ mista de cuidados para encorajar prestadores privados lucrativos.” (Dominelli, 2013:69)

No entanto, quando estes serviços foram implementados, foram levantadas algumas “questões políticas sobre em quem recai a responsabilidade de melhorar o bem-estar pessoal e qual deveria ser a origem dos recursos necessários”.

Em torno desta matéria, Dominelli, mais uma vez, dá como exemplo o governo britânico. Atualmente, em termos neoliberais a “responsabilidade” recai sobre os indivíduos e as famílias que devem tomar “conta de si próprios com o mínimo de envolvimento estatal”, porém, “esta postura contraria os princípios da social-democracia solidária”, onde todos “reúnem recursos para cuidarem uns dos outros” (*idem*).

Posto isto, surgem outros problemas identificados no Serviço Nacional de Saúde Britânico, nomeadamente: o facto de os cuidados perderem o seu carácter universal, ou seja, deixam de ser gratuitos; a prestação de serviços das autoridades locais torna-se dependente dos meios financeiros disponíveis e dirigida aos mais necessitados e “as avaliações das necessidades passaram a ser orientadas pela disponibilidade de recursos (...) tornaram-se dependentes de um orçamento em vez das necessidades reais”. E portanto, temos em mãos os seguintes problemas: critérios de elegibilidade restritos, a falta de recursos e o aumento da despesa pública com os idosos (*idem*:70-71).

A crescente natureza burocrática dos cuidados comunitários e da gestão dos cuidados para os idosos alterou os serviços para adultos, de um Serviço Social relacional, onde os profissionais se centram em ajudar as relações entre eles e os utilizadores dos serviços para um fornecimento de programas de cuidados, onde os serviços são adquiridos sob forma de contrato com fornecedores privados lucrativos e não lucrativos” (Dominelli, 2013:73).

Para além de a autora referir que o sistema britânico subfinanciado de cuidados comunitários estar nitidamente inadequado no que toca a melhorar a prestação de serviços e na satisfação das necessidades dos idosos e dos próprios cuidadores, apontando que

Os serviços efetivamente prestados devem ser baseados em respostas sensíveis aos indivíduos e às suas necessidades únicas, adaptando-os de acordo com as especificações que tenham em consideração a sua etnicidade, raça, sexo, incapacidade, idade, crença religiosa, preferências culturais e condição socioeconómica (*idem.*:79).

Uma Abordagem Transdisciplinar e Multidimensional nas Respostas Sociais

Segundo o artigo da *The New Social Worker*:

Meeting the unique and often complex needs of older individuals requires a transdisciplinary approach. Rather than approaching client situations from the context of a specific discipline or expertise, professionals orient to the needs of the person. The transdisciplinary approach allows workable solutions to be devised by reaching across disciplines to share insight, form partnerships, and identify resources in new ways (*The New Social Worker*, 2009)

Ora esta abordagem transdisciplinar jaz na construção de uma equipa que envolve uma variedade de profissionais, nomeadamente: médicos, enfermeiros, terapeutas de ocupação e de fisioterapia, nutricionistas, terapeutas da fala, líder religioso, assistentes sociais, etc.

No entanto,

The transdisciplinary approach does not come together automatically or simply by working together. Rather, it is an intentional collaboration that calls for the best from each member, to focus on what the patient wants and needs in support of self determination and advocacy; delivering excellent and individualized care (*Idem.*)

Por sua vez, uma abordagem transdisciplinar é apenas possível quando os profissionais envolvidos num determinado caso vêem o indivíduo como um todo, considerando todas as suas dimensões.

Faleiros (Faleiros, 2013) afirma: “o envelhecimento é considerado um processo de desenvolvimento e não de estagnação ou de término da existência e das trocas sociais.”. Assim é acentuada a necessidade de contemplar o processo de envelhecimento através de uma abordagem multidimensional, uma vez que “o curso da vida” é efetivamente bastante complexo e emerge da “interseção de múltiplas dimensões com relações familiares, económicas, familiares, políticas, socioculturais...”. E portanto,

Compreender a velhice apenas como ausência de funções biológicas significa reduzir o humano a uma engrenagem que se desgasta. Ignorando-se que o humano é socialmente construído, economicamente sustentado, culturalmente valorizado e pessoalmente significado, multidimensionalmente (Faleiros, 2013:36-37).

É salientado, no artigo supra referido, por um lado, que o trabalho a ser desenvolvido junto dos idosos não se limita àqueles que se encontram institucionalizados ou de alguma forma limitados e, por outro, que existem efetivamente diferenças culturais que influenciam o estilo de vida, a prestação de serviços e as escolhas. Sendo que “Choices emerge from the sum total of all a person is—from health condition and financial resources to family and community support, cultural background, and beliefs”. “The population of older adults is diverse in ability, lifestyle, and culture” (The New Social Worker, 2009)

1.3 Envelhecimento e Participação Social das Pessoas Idosas

O aumento da população idosa sénior fez da temática do envelhecimento um campo de interesse para investigadores de distintas áreas científicas, sendo um dado aceite por todos estarmos perante um processo que engloba um conjunto de acontecimentos e etapas que seguem uma determinada ordem, e não de um estado.

Para Carvalho, este processo traduz não só um aumento do número de pessoas idosas no conjunto da população, como constitui um “ processo contínuo de crescimento, desenvolvimento associado ao ciclo de vida, relacionado com as experiências e expectativas dos sujeitos ...” e, portanto, é um processo que relaciona o modo de envelhecer e a velhice (Carvalho 2013:5).

Se, por um lado, alguns consideram contrariar o crescente aumento da população idosa, outros acreditam que este fenómeno é uma mudança positiva das sociedades e que deve ser explorada. Sendo assim, será a longevidade e o conseqüente aumento de pessoas idosas visto como um efeito colateral da evolução das sociedades, um presságio apocalíptico que precisa ser controlado? Ou tido como uma vantagem positiva da qual podem resultar benefícios mútuos entre os indivíduos e as sociedades?

“The positive not negative tone of the Growing Old Programme literature is a welcome relief; senior citizens are not a problem but a joy, and improving their quality of life is a genuinely noble purpose. We need to get out of a burden mentality and the victim mentality.” (Dean, 2004:2).

Faleiros, (2013:45) defende ainda que:

O estado, a sociedade e as famílias precisam de se preparar para a longevidade, com a formação para o cuidado numa era de profundas mudanças demográficas, económicas e de relações intergeracionais. A prevenção implica o desenvolvimento de uma cultura do respeito aos mais velhos, olhando-se a velhice como um momento da vida, e os velhos, não como um peso negativo, mas como um peso positivo na economia, na transmissão da cultura, no processo de trocas sociais e de contribuição significativa para a vida familiar. As instituições de ensino precisam de desenvolver o tema do envelhecimento de forma transversal, bem como projetos de relações intergeracionais...

Para Sievert (2007), o conceito de envelhecer e do que é envelhecer, porém, está em transformação com o passar dos anos – ser um idoso há dez anos e ser um idoso atualmente é muito diferente. Hoje em dia, é possível ver idosos com disposição para tudo (trabalho, relacionamento, sexo), com mais dinheiro e mais saúde para aproveitar a vida da melhor maneira possível e portanto, é

perceptível que os idosos estão cada vez mais bem conservados e a realizar atividades que, há alguns anos atrás, seriam considerados impróprios para a sua idade.

Na mesma linha, um estudo realizado por Luís Jacob, presidente da maior associação de Redes Universitárias de Terceira Idade (RUTIS), apresenta algumas alterações entre a geração de idosos de 1990 e a geração atual. Este refere que de facto os idosos estão cada vez “mais ricos, mais cultos, mais saudáveis e mais interessados”, assim como “idosos mais ativos e intervenientes e que procuram crescentemente atividades de lazer e culturais, fruto do seu maior grau de escolarização, de serem autónomos durante mais tempo e das portas que o mundo lhes abre, seja presencialmente, seja via internet” (Jacob, 2012).

O estudo revela que em 1990 a grande maioria era iletrada (74%), no entanto, hoje em dia esse valor não ultrapassa os 33% - verificou-se uma duplicação do número de idosos que sabem ler nos últimos 12 anos – 13% em 2000 para 22% em 2012⁷, sendo que o número de licenciados aumentou de 0.02% para 0.4%. Para além disso, verifica-se uma maior participação dos idosos em atividades desportivas, muitas vezes organizadas pelas autarquias locais, ao aumento da preocupação com a imagem, incluindo do idoso homem, no que diz respeito à utilização de produtos de beleza, uma maior utilização da Internet – em 2001 5% e em 2010 32%.⁸ Além das atividades de lazer mais frequentemente realizadas, como ver televisão, ouvir rádio e ir ao café, há um número cada vez maior de pessoas idosas interessado pela leitura, em assistir a espetáculos culturais, em viajar, estudar ou a produzir cultura.

Sendo assim, é necessário que os idosos participem mais da sociedade, que eles próprios possam evoluir com o progresso do mundo, que se consigam adaptar às novas situações e mudanças da sociedade, tanto para seu benefício como para o benefício da sociedade que só tem a ganhar com a sabedoria e experiência dessas pessoas (Sievert, 2007), competindo à sociedade, nomeadamente aos serviços públicos e à sociedade civil organizada criar as condições para que tal participação se concretize, porque:

“Sabemos todavia que se alteraram as formas de convivência e mesmo de solidariedade intrafamiliar..., que o período pós reforma é cada vez mais um período vivido como oportunidade de desenvolvimento pessoal, que a perceção do tempo e dos tempos que marcam o percurso de vida condiciona estas práticas e pode constituir uma alavanca para o investimento numa maior participação social e até económica deste grupo da população, e é claramente perceptível a maior preocupação com os riscos de saúde, de solidão e também financeiros”. (Quaresma, s.a.:2).

⁷ entre os indivíduos com 65 anos ou mais, cerca de um em cada três não completou qualquer nível de escolaridade (31,4%). (Pordata)

⁸ uma em cada cinco pessoas (20%) com 65-74 anos utilizou um computador nos últimos três meses no nosso país, quando a média na UE é de 39%. No entanto, apesar de ser ainda baixa a utilização do computador por este grupo etário, Portugal foi um dos membros da União Europeia onde esta percentagem mais aumentou entre 2007 e 2013 (Idem)

Porque, na atualidade, e apesar do perfil das pessoas idosas portuguesas conter várias dimensões que indicam a sua situação de desfavorecimento social, espera-se que este perfil possa sofrer uma evolução positiva:

Os idosos do século XXI serão em maior número e mais velhos (porque viverão mais tempo), mas terão maior rendimento, mais saúde, mais instrução, melhores condições habitacionais, serão mais ativos (profissionalmente e civicamente), mais conscientes dos direitos, mais disponíveis para usufruir da cultura e do lazer. Esta tendência implica ajustes na forma de planificar, organizar e agir. Implementar serviços de qualidade adequados às necessidades e expectativas dos cidadãos, e não apenas dos seus utentes, pressupõem uma reflexão sobre os modos de pensar e agir, mas, sobretudo, sobre o sentido das ações empreendidas Carvalho (2012).

Nesse sentido, existe a necessidade de investir em novos serviços ou na adequação dos existentes à realidade atual, com “iniciativas diferenciadas, à medida e atentas às necessidades e às capacidades de satisfação pessoal, autonomia e participação” (Idem.).

Se por um lado, é preciso investir e apostar em serviços para os idosos, e esses serviços passam pela área de turismo, do sector de serviços pessoais e de saúde (lares, serviços de apoio domiciliário, clínicas etc), por outro, os próprios profissionais precisam de ter formação e qualificação que permita atuar “com pessoas mais velhas num novo paradigma de velhice, com idosos diferentes das gerações de idosos até aqui, mais qualificados e autónomos.” (Pinto, 2013:61).

Carvalho (2013) explica que o grupo das pessoas idosas apresenta-se mais vulnerável à participação e conseqüentemente à exclusão, nomeadamente derivado à saída do mercado de trabalho e à integração na categoria de reformado, uma vez que “promove a discriminação pela idade e aumenta a probabilidade de processos de exclusão associados à solidão e ao isolamento.”

Nesse sentido, alguns autores referem que os idosos fazem parte de um grupo social com algum poder e capazes de exercer pressão política e económica, porém, outras gerações especialmente em época de crise, não compreendem os benefícios dos idosos e por vezes consideram-nos “excessivos”. Por outro lado, outros autores dizem que a questão fundamental não se centra na distribuição das despesas públicas, mas sim na integração social dos idosos, que podem e devem desempenhar uma função ativa na vida social, sem constituir uma “carga” para as gerações mais jovens (Martins, 2008:2).

Uma das ideias que está bem patente (nas) diretrizes internacionais, é que todas as gerações têm a ganhar com a adoção de políticas que tenham o objetivo de promover a autonomia e diminuir a dependência e a incapacidade das pessoas idosas, uma vez que tal contribuirá para conciliar as aspirações das pessoas idosas a uma vida longa e de qualidade, com as legítimas preocupações da sociedade no que diz respeito à minimização dos custos do envelhecimento demográfico (Ribeirinho, 2005:71).

Mouro refere três elementos, que aliados à transição de uma sociedade tradicional para uma sociedade industrial, contribuíram para uma “vivificação da exclusão social” e da vulnerabilidade social, são eles o envelhecimento, a reforma e a desproteção (Mouro, 2013:18-19).

Para o estado, é extremamente importante “manter a estabilidade do consumo, assim como assegurar a mediação de diferentes interesses sociais instalados na sociedade” e portanto, uma política sectorial foi o meio encontrado pelo poder político para disponibilizar serviços e recurso que assegurassem este novo padrão de vida dos trabalhadores. No entanto, os interesses e a conduta da família foram igualmente alterados no que diz respeito às obrigações familiares, destituindo a família da sua função protetora – desproteção social.

Do segundo elemento, a reforma, advém uma maior atenção por parte do estado social, devido tanto ao aumento do número de reformados, quanto à mudança do modo e estilo de vida dos mesmos, impulsionada pela diversas alterações das” tradicionais redes de suporte sustentadas na solidariedade orgânica e mecânica” (Mouro, 2013:19).

O envelhecimento, atualmente, reflete um problema social alicerçado em dois pilares fundamentais. A desproteção social, que advém da falência da família enquanto unidade de proteção social do idoso e com a “falta de comprometimento efetivo do Estado na organização de respostas sociais para o idoso, contratualizando serviços e entidades civis e religiosas” e a exclusão social, que derivado à dificuldades em se adaptar às novas alterações do seu quotidiano é, por vezes, alimentada pelo próprio idoso e pela sociedade, que se salienta mais nas limitações que nas potencialidades do mesmo. E portanto, para Mouro, toda esta transformação tornou o envelhecimento num paradigma de vulnerabilidade social.

A propósito dos desafios dos sistemas de proteção social, Ribeirinho (2005:69) reforça que os respetivos sistemas de proteção social não se prendem exclusivamente na sustentabilidade das pensões. Num contexto de globalização resultante de uma nova economia mundializada emergem grupos particularmente vulneráveis ao risco social (riscos sociais, ambientais e de saúde), nomeadamente os idosos, representando um dos mais sérios problemas do Estado-Providência.

No entanto, apesar de a EuroHealthNet, no artigo “Healthy and Active Aging” (2012:28), afirmar que a maioria dos idosos sofre de isolamento e exclusão social, refere, igualmente que o melhor antídoto para estas questões sociais pode muito bem ser o voluntariado, entre outras atividade sociais, afirmando que os idosos que mantêm uma relação familiar e o contactos com os amigos e vizinhos tendem a ter melhor saúde física que os restantes idosos.

Faleiros (2013) reconhece que o envelhecimento, especialmente na escala que se verifica atualmente, acarreta, de facto, alguns desafios “na relação entre gerações, na repartição dos tempos sociais, na formulação de políticas públicas, na dinâmica do envelhecimento demográfico e no sentido que a velhice tem para as pessoas” e portanto, dada esta complexidade considera importante olhar o sujeito que envelhecido em relação ao seu contexto e às suas trocas sociais (incluindo os determinantes económicos, políticos, familiares, ambientais e pessoais).

A inevitável rarefação dos laços sociais com o avanço em idade, além de aconselhar que invistamos nas relações com os outros ao longo da vida, supõe investimento coletivo na promoção de condições facilitadoras da recomposição dos laços sociais nas nossas comunidades, em especial em contexto urbano (Quaresma, s.a: 6).

Um outro fator que proporciona a fragilidade tem a ver com a desvalorização do capital de experiencias e de conhecimentos acumulados ao longo da vida do idoso e a respetiva dependência do saber dos outros, “a participação na resolução dos problemas está comprometida por um sistema de cuidados muitas vezes de alta tecnicidade, burocratização e cuja eficácia é limitada pela desadequação ao real contexto de vida da pessoa cuidada” (Idem.:5).

“Mais autonomia, indivíduos que detêm maior capital de experiencia e de saber, sabendo que é na relação, no laço social, na participação que se alimenta e reproduz este processo de emancipação” (Quaresma:2).

Participação Social e *Empowerment*

Em paralelo à temática do envelhecimento tem-se vindo a debater as questões inerentes à qualidade de vida. Existem diversas perspetivas e definições de qualidade de vida. Para alguns, uma vida ativa é a chave para uma boa qualidade de vida, mas para aqueles que têm limitações físicas, o otimismo, a amizade, a família e o apoio social são, igualmente, verdadeiras fontes de qualidade de vida.

De acordo com um estudo realizado pela Economic & Social Research Council a 250 voluntários acima dos 65 anos de idade, demonstrou que o meio social é, de facto, um fator crucial na qualidade de vida de um indivíduo, sendo que por meio social entende-se: lar, segurança, serviços, lazer, finanças e transporte. Elementos como a família, a saúde e o lar foram frequentemente mencionados, bem como o bem-estar emocional, a independência (para tomada de decisões) e a capacidade de mobilidade (Dean, 1999:6).

Intimamente relacionados, a qualidade de vida e um envelhecimento saudável emergem de uma construção de estratégias que promovem oportunidades e condições para que os idosos possam usufruir de atividade física regular, dietas saudáveis, relações sociais e participação em atividades de valor, como a segurança financeira. Este ideal só pode ser atingido através da adoção de uma perspetiva holística, alicerçada, não em apenas uma iniciativa, mas num conjunto de ações/medidas com uma abordagem a nível individual e da sociedade.

Sem querer recuar muito no desenrolar do capítulo, sobre o processo de envelhecimento existem diversos modelos que podem ser adotados, Carvalho identificou os quatro que considera terem maior destaque na atualidade, são eles: o modelo do envelhecimento saudável; o modelo de envelhecimento bem-sucedido; o modelo do envelhecimento produtivo e por fim o modelo do envelhecimento ativo (Carvalho, 2013:8-11).

O modelo do envelhecimento saudável categoriza o mesmo em três níveis, o positivo – um envelhecimento normal sem doenças; o negativo – envelhecimento com doenças; e o normal – resulta da capacidade de as pessoas prevenirem um envelhecimento patológico. E portanto é um modelo cujo processo de um envelhecimento saudável está associado a doenças, à dependência e aos cuidados e defende que o afastamento dos indivíduos da vida social é um determinante para o aumento das doenças (*idem*:8).

O segundo modelo identificado – do envelhecimento bem-sucedido, considera o mesmo um processo contínuo onde as pessoas participam e escolhem o modo de vida, que, dentro das suas limitações, ambicionam na sociedade. Este processo resulta da capacidade de prevenir doenças, otimizar as funções cognitivas e da participação e integração nas redes de suporte familiar e social.

Já o modelo de envelhecimento produtivo salienta a transição que é feita entre o trabalho e a reforma, defendendo a importância da participação dos idosos no sistema produtivo e no combate às reformas antecipadas e assim combater o idadismo e promover a integração dos idosos na sociedade.

O último modelo, o do envelhecimento ativo, mais abordado neste últimos anos, envolve as abordagens dos modelos descritos anteriormente. E é considerado como parte integrante do ciclo de vida do ser humano e pretende a otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, potenciando a qualidade de vida, bem como valorizar as capacidades dos indivíduos através do trabalho, do voluntariado, do ativismo ou a participação social (Carvalho,2013).

Qualquer que seja o modelo em causa, é constante a referência à importância do papel ativo que o idoso deve ter na sociedade, da sua participação e da emancipação das suas capacidades e experiências para benefício da sociedade e para a qualidade de vida dos próprios idosos.

Esta perspectiva constitui o motivo para a definição do ano 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Com este programa pretendeu-se incentivar os idosos a permanecerem no ativo mais tempo de forma a partilharem as suas experiências e vivências laborais, a desenvolverem um papel mais ativo na sociedade e a viver uma vida o mais preenchida e saudável possível (Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações, 2012). É referido que os países têm a responsabilidade de combater as reformas antecipadas, o isolamento e as doenças em idade avançada e que para isso, urge investir na manutenção do emprego das pessoas com mais idade, promover o voluntariado, desenvolver programas de promoção de saúde ao longo da vida, combater o idadismo, promover uma vida autónoma com acessibilidade aos recursos sociais e de saúde (Carvalho 2013:11).

À medida que os idosos desenvolvem um desejo de manter um papel ativo nas sociedades, por sua vez, a sociedade precisa de encorajar e abraçar esta iniciativa. E esta medida é, por si só, imprescindível para a promoção de qualidade de vida e um conseqüente envelhecimento saudável do idoso e naturalmente, um grande contributo para a sociedade em geral.

Martins (2013), aponta que a participação dos idosos na comunidade é fundamental “na criação de mais capital social, e na criação e manutenção das redes de sociabilidade e redes de apoio, formais e informais.” Por outro lado, Pinto diz que “a participação promove igualmente uma melhor autoestima, sentimento de autoeficácia e de controlo pessoal e social – todos estes aspetos que revertem ou contrariam as consequências da quebra social e do desempoderamento resultante”. E assim, “A participação ativa dos idosos na vida social das suas comunidades promove a perceção de utilidade social e a validação dos saberes vivenciais dos mais velhos, numa continuidade geracional de experiência de vida” (Pintos, 2013:57).

No seguindo esta linha de pensamento, ser velho pode significar muito mais que uma condição de inutilidade e inatividade, a idade da reforma pode ser um tempo de oportunidades, de desenvolvimento e de contributo para a sociedade.

As potencialidades das pessoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, permitindo que a sociedade conte cada vez mais com as competências, experiência e sabedoria dos idosos para que se aperfeiçoem por iniciativa própria e contribuam ativamente para o aperfeiçoamento da sociedade em geral (Declaração Política de Madrid: 2002)

A pessoa idosa é, também, responsável pela adoção de uma vida saudável e ativa, sendo esta responsabilização um constituinte do seu empoderamento.

A conceptualização do *empowerment* no Serviço Social foi abordada, entre outros autores, por Carla Pinto, definindo-o como:

um processo de transformação através da ação, através do qual cada sujeito se torna parte verdadeiramente participante do seu destino individual e da comunidade de que faz parte, o que implica um trabalho, quer sobre si mesmo quer com os outros. “No entanto, não se trata de um conceito de poder autoritário, onde um sujeito submete o outro à sua vontade e sim de um conceito “gerador/transformador (Pinto 2013:51).

Pinto aponta que uma prática de *empowerment* implica olhar os idosos não como meros “beneficiários de serviços e como dependentes, mas antes de mais, como adultos cidadãos”, possuidores de experiências e conhecimentos decorrentes das suas vivências (Idem:59).

O empoderamento implica que os profissionais direcionem a sua prática profissional na identificação de capacidades e potencialidades, focando essencialmente nos pontos positivos “do que está bem” em vez de evidenciar os pontos mais negativos ou o que não funcionam tão bem. Como refere Morell (Idem.: 61) “ênfatar as capacidades e não ênfatar as fraquezas físicas e as incapacidades, é, em última instância, *disempowering*”

A intervenção, por sua vez, precisa promover papéis sociais valorizados para os idosos, tanto no seio da família como na comunidade, bem como desenvolver recursos e medidas no meio envolvente de forma a promover e preservar a autonomia dos mesmo, logo, a abordagem da intervenção não se pode cingir apenas “em termos assistenciais, mas também em termos de autonomia, capacitação, emancipação e participação.” (Idem.: 57-58).

Porém, não se pode incorrer no risco de considerar as capacidades de autonomia dos idosos como ponto de partida para a participação, uma vez que o desafio jaz em “promover e potenciar a participação em contextos de dependência, e, em especial, em contextos de institucionalização, mais vulneráveis ou propiciadores de falta de participação”. Idosos que por alguma razão não têm um envelhecimento tão bem-sucedido, não podem ser culpabilizados pela sua dependência (Pinto, 2013:57-61).

Uma participação efetiva “implica o estar presente e atuante nas várias configurações sociais, ser elemento ouvido e com influência sobre o que se decide, o modo como se decide e sobre os resultados da decisão. Uma participação que releve a validação e o reconhecimento daquele que participa.” Para além disso, não só o idoso beneficia de uma melhor qualidade de vida e conseqüente de uma participação ativa, mas também toda a sociedade, “pois todos têm a ganhar com a solidariedade intergeracional e com a utilização do potencial de todos os elementos numa sociedade.” (Idem.)

Para colmatar, Carla Pinto apela para:

que a intervenção com os ‘novos idosos’ (entre os 65-75/80 anos de idade) privilegie estratégias de reorganização de papéis sociais, ao passo que a intervenção com ‘Velhos idosos’ (a partir dos 75/80 anos de idade) seja mais sustentadora e mais direcionada, em última instancia, para os cuidados de fim de vida. (Pinto, 2013:64)

Quaresma aponta, ainda, que o respeito pela dignidade de uma pessoa, independentemente do seu estado de dependência, assenta na preservação da sua participação social, nomeadamente na tomada de decisões num processo de institucionalização, num plano de cuidados, entre outras questões a serem debatidas e decididas sobre a pessoa. (Quaresma, s.a)

Para este grupo de pessoas idosas, com níveis de vulnerabilidade altos, a participação requer outros mecanismos de ação. Walker identifica alguns mecanismos e processos que são trabalhados aos seguintes níveis:

1. Alertar os governos para a necessidade de capacitar as suas políticas e ouvir os mais velhos; 2. Promover uma cultura de participação e construir políticas participadas; 3. Desafiar as formas tradicionais de reivindicar direitos ...; 4. Desenvolver capacidades de participação em todas as idades; 5. Dar voz às pessoas idosas que se encontram excluídas e encontrar formas de defender os direitos das que se encontram incapacitadas para o fazer ...; 6. Ter o feedback constante das ações para ser possível agir de forma diferente; e 7. Adotar uma perspetiva crítica sobre a participação e empoderamento das pessoas mais velhas, reposicionando o poder das mesmas na sociedade (Walker, 2004)

Para que este processo se efetive, para além de todo um conjunto de estratégias e medidas políticas, é preciso mudar mentalidades, nomeadamente:

deixarmos de falar dos idosos apenas para enfatizar o quão dispendiosos são, e começarmos verdadeiramente a pensar neles e no seu processo de envelhecimento como desafio a ser ultrapassado com novas ideias, novos papéis, novos significados e sobretudo mudanças, que podem ser aprofundadas, na organização social, económica e política das nossas sociedades. É essencial que se desconstruam os mitos negativos da velhice e se quebrem as amarras opressivas da discriminação dos idosos (Pinto, 2013: 54).

A velhice tem de ser entendida como uma fase do desenvolvimento da pessoa e

Para o desenvolvimento (da autonomia e da proteção) ter continuidade e superar dificuldades biopsicossociais inerentes à velhice, o idoso precisa estar envolvido em diversas tarefas entre as quais, explícita ou implicitamente, espera-se que busque o lazer. Entre suas tarefas de desenvolvimento, está o manter relações com a própria geração e com a dos mais jovens e o envolver-se em atividades cívicas e sociais (Buriti, 2006:110-111).

A promoção do envolvimento das pessoas idosas em atividades cívicas e sociais deve constituir uma estratégia de ação dos interventores sociais. A existência de uma nova geração de idosos, mais escolarizados e mais conscientes do seu papel na sociedade, tem resultado em níveis de participação social mais visíveis. Existem, por exemplo, cada vez mais idosos ativos em programas de voluntariado de organizações com intervenção na comunidade e, inclusive, como líderes dessas mesmas organizações (Martins, 2013:57).

Em face deste novo cenário, e por considerarmos que, para além dos sujeitos idosos ativos, também os idosos em situação de dependência podem beneficiar do voluntariado exercido pelos seniores, propõe-se um projeto que responda às necessidades de todos e que seja mais um exemplo de boa prática no âmbito do bem-estar social. O projeto será desenvolvido no Município de Oeiras, apresentando-se, de seguida, o diagnóstico social efetuado e que sustentará a intervenção a planificar.

1.4. Diagnóstico Social

Uma intervenção pressupõe a realização de um diagnóstico que permita conhecer a população alvo, as suas necessidades, os recursos, bem como identificar as potencialidades e áreas críticas a ter em consideração no planeamento da ação.

A elaboração do diagnóstico social na área do envelhecimento no concelho de Oeiras apoiou-se não só em documentos da autarquia, em que se destaca o Plano Estratégico Municipal das Pessoas Idosas (PEMPI), como nos resultados das entrevistas realizadas a três voluntários seniores que, enquadrados por uma associação de promoção do voluntariado, exercem a sua ação junto da população idosa do município. A entrevista, semi-estruturada, continha perguntas específicas mas suficientemente abertas para dar a possibilidade de obtenção de informação mais ampla, de acordo com a diversidade de interpretações e de potenciais contributos das pessoas a entrevistar.

Os dados do PEMPI foram selecionados de forma intencional, tendo em conta os objetivos delineados numa primeira fase de construção do projeto.

Caracterização sociodemográfica

O Concelho de Oeiras conta com 172.120 residentes, verificando-se um aumento significativo da população ao longo dos anos, como é possível verificar no quadro 1:

Quadro 1 - População residente no Concelho, 1960 - 2011

	1960	1970	1981	1991	2001	2011
Oeiras	94.255	180.215	149.328	151.342	162.128	172.120

Fonte: INE, Censos (1960, 1970, 1981, 1991, 2001). INE, Recenseamento da População – Dados Preliminares, 2001

O seguinte quadro ilustra o total da população residente no Concelho de Oeiras, bem como o peso da população com 65 ou mais anos de idade.

Quadro 2 - População residente nas freguesias de Oeiras, total, por sexo e com 65 ou mais anos em 2011

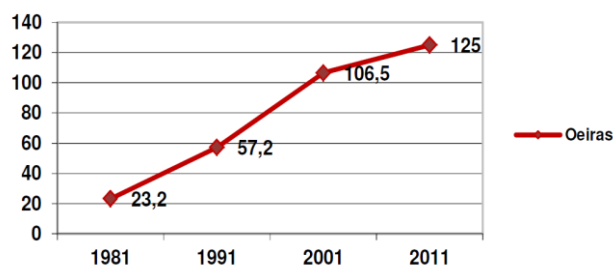
Freguesia	Total			≥ 65 anos					
	HM	H	M	HM		H		M	
				N.º	%	N.º	%	N.º	%
Oeiras (Total do Concelho)	171120	80174	91946	33204	19.29	13865	17.29	19339	21.03
Algés	22273	10219	11954	5022	22.55	2044	19.81	2978	24.91
Barcarena	13861	6750	7111	2005	14.47	857	12.70	1148	16.14
Carnaxide	25911	12085	13826	3599	13.89	1566	12.96	2033	14.70
Caxias	9007	4466	4541	1428	15.85	624	13.97	804	17.71
Cruz Quebrada-Dafundo	6393	2897	3496	1589	24.86	636	21.95	953	27.26
Linda-a-Velha	19999	9202	10797	4407	22.04	1897	20.62	2510	23.25
Oeiras e São Julião da Barra	33827	15252	18575	7787	23.02	3157	20.70	4630	24.93
Paço de Arcos	15315	6980	8335	2976	19.43	1164	16.68	1812	21.74
Porto Salvo	15157	7249	7908	2341	15.45	1020	14.07	1321	16.70
Queijas	10377	4974	5403	2050	19.76	900	18.09	1150	21.28

Fonte: INE, Recenseamentos da População – Dados Preliminares, 2011

Mediante os dados do quadro 2 é possível identificar Cruz Quebrada-Dafundo, Oeiras e São Julião da Barra e Algés como as freguesias com a maior percentagem de indivíduos com 65 anos ou mais respetivamente, sendo que a média para todo o Concelho é de aproximadamente 19%.

O Índice de envelhecimento⁹ é fundamental para analisar o fenómeno do envelhecimento, nesse sentido, o seguinte gráfico apresenta os respetivos Índices de Envelhecimento no Concelho de Oeiras entre os anos de 1981 e 2011.

Figura 1 - Índice de Envelhecimento no Concelho de Oeiras, 1981, 1991, 2001 e 2011.



Fonte: INE, Recenseamentos da População, 1960, 1970, 1981, 1991 e 2001; Recenseamentos da População – Dados Preliminares, 2011

⁹ Número de pessoas idosas (65 e mais anos) por cada 100 jovens (0-14 anos)

Conforme é possível verificar no gráfico, em 1981 por cada 100 jovens existiam apenas 23,2 idosos, traduzindo-se numa população dita jovem. Já em 2001 o número de idosos aumentou para 107 em cada 100 jovens e em 2011 ultrapassa muito significativamente o nº de jovens para os 125.

O Quadro 3 espelha o Índice de Envelhecimento dos restantes Concelhos de Lisboa.

Quadro 3 - Índice de Envelhecimento nos Concelhos da Grande Lisboa, 2011

Zona Geográfica	Índice de Envelhecimento
Grande Lisboa	119.95
Amadora	127.31
Cascais	113.34
Lisboa	187.30
Loures	111.00
Mafra	65.20
Odivelas	107.87
Oeiras	125.00
Sintra	78.39
Vila Franca de Xira	79.19

Fonte: INE, Recenseamentos da População – Dados Preliminares, 2011

Através dos dados evidenciados no quadro acima, fica claro que Oeiras se encontra entre os três Concelhos da Grande Lisboa, com a população mais envelhecida.

Uma análise dos valores supra evidenciados suscita alguma ansiedade relativamente ao futuro, nomeadamente sobre qual a previsão do número de idosos para daqui a algumas gerações, tendo em conta o aumento significativo dos valores ao longo dos últimos anos.

Nesse sentido, em 2004 o INE fez uma projeção da população residente em Portugal em que se evidencia uma provável redução da população com menos de 65 anos e o aumento da população com mais de 65 anos de idade, expectável em todas as regiões do País, esperando-se que, em 2050, o Índice de Envelhecimento possa mais do que duplicar (PEMPI, 2013:26).

A Rede de Serviços de Apoio Domiciliário em Oeiras

O projeto pretende construir e promover a uma nova forma de ver as respostas sociais, especificamente do Serviço de Apoio Domiciliário. Assim, faz todo o sentido que seja feito um levantamento e análise deste tipo de resposta social no Concelho, bem como das necessidades dos residentes e da respetiva taxa de cobertura das mesmas.

Para começar, o seguinte quadro ilustra o número de indivíduos clientes de Serviços de Apoio Domiciliário no Concelho de Oeiras.

Quadro 4 - Nº de Serviços de Apoio Domiciliário, por freguesia, 2011

Freguesia	Serviço de Apoio Domiciliário
Algés	5
Barcarena	1
Carnaxide	2
Caxias	4
Paço de Arcos	
Cruz Quebrada / Dafundo	1
Linda-a-Velha	1
Oeiras e São Julião da Barra	1
Porto Salvo	2
Queijas	1
Totais	18

Nota: Em 2009, as freguesias de Paços de Arcos e Caxias estavam agregadas.

Fonte: CMO, 2009, Carta Social do Concelho de Oeiras e INE, 2011, Recenseamento da População – Resultados Preliminares

Do total de SAD existentes, 75 % pertencem à rede pública, sendo Algés a freguesia com mais respostas deste tipo (PEMPI, 2015:30)

Em termos futuros, o quadro 5 reflete as propostas em curso para a criação ou adaptação de novas respostas sociais de SAD para as pessoas idosas do Município.

Quadro 5 – Previsão de acréscimo de vagas em Serviços de Apoio Domiciliário no Concelho de Oeiras, por freguesia

Freguesia	Vagas
Algés	20
Barcarena	60
Carnaxide	20
Caxias	40
Paço de Arcos	
Cruz Quebrada / Dafundo	
Linda-a-Velha	0
Oeiras e São Julião da Barra	
Queijas	
Porto Salvo	160
Totais	300

Fonte: CMO, Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude, 2012

Como complemento, existem ainda outros programas de apoio à população idosa e que podem ser de extrema importância para o arranque deste projeto. Os mesmos são um conjunto de respostas e serviços diversificados no Município, com o objetivo de promover saúde, lazer e ocupação dos tempos livres dos munícipes idosos. No quadro seguinte serão apresentados alguns exemplos que poderão ser uma mais-valia

Quadro 6 - Exemplos de programas para os idosos existentes no Município de Oeiras

Programas	Breve Descrição
Serviço Oeiras Está Lá	Presta de forma gratuita, serviços de reparações domésticas e entregas domiciliárias. É uma iniciativa da câmara e conta com a colaboração de uma empresa.
Programa Turismo Sénior	Organiza atividades de deslocação a “locais de interesse histórico, paisagístico e cultural” no Concelho e outras regiões do país, bem como realiza programas de “mini-férias”.
Programa Atividade Física 55+	Planeia e organiza atividades físicas no ginásio, na piscina e ao ar livre, de forma a promover o bem-estar e independência da população mais velha. Desenvolvido com a colaboração da Faculdade de Motricidade Humana.
Serviço Teleassistência Domiciliária	Serviço de atendimento permanente. Existe uma central recetora de alarmes instalada no Serviço de Polícia Municipal, que é acionado em situações de emergência: acidentes domésticos, agravamento súbito do estado de saúde, solidão, etc.
Universidades Sénior	“Instrumento dinamizador de atividades de carácter não só educativo, como também social, cultural e com forte componente de convívio”. Existem três no Concelho de Oeiras.
Associação Coração Amarelo	Visa promover, por um lado iniciativas de combate às solidão e/ou dependência e por outro junto das entidades responsáveis sensibilizar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Visa também, implementar e desenvolver nas comunidades, um apoio no domicílio em complementaridade com os serviços de saúde e ação social, “promover um espírito de solidariedade e cooperação em articulação com pessoas voluntárias que possam oferecer o seu tempo e o seu saber.

Fonte: CMO, Divisão de Ação Social

No que diz respeito à taxa de cobertura do SAD, e se considerarmos que 8% da população idosa, de acordo com a Comissão Europeia, se encontra em situação de dependência, isto significa que em Oeiras cerca de 2656 idosos necessitam de respostas sociais adequadas à sua condição.

Relativamente às referências nacionais e europeias, o PNAI (Instituto de Solidariedade e Segurança Social, 2003) estabelece como ideais de cobertura, que o número de idosos abrangidos por cuidados domiciliários seja duplicado, tendo em conta que a projeção para 2005 era de valores entre 8% e 6.9%. Ora, segundo o PEMPI (2013), os dados evidenciados respeitantes à taxa de cobertura potencial¹⁰ de Apoio Domiciliário em Oeiras indicam défices dessa respostas social.

¹⁰ “Corresponde ao coeficiente, medido em percentagem, entre a capacidade das respostas e o total de residentes no Concelho com idades coincidentes com os públicos-alvo das respostas” (Censos 2001, em PEMPI, 2015)

Quadro 7 - Taxa de Cobertura para os Serviços de Apoio Domiciliário, por freguesia e total, 2009

Freguesia	População ≥ 65 anos	Rede Privada Solidária		Rede Privada Lucrativa		Capacidade TOTAL	Taxa de Cobertura TOTAL %
		Capacidade	Taxa de Cobertura %	Capacidade	Taxa de Cobertura %		
Oeiras	24153	740	3.06	469	1.94	1209	5.01
Algés	4.101	175	4.27	88	2.15	263	6.41
Barcarena	1.343	50	3.72	120	8.94	170	12.66
Carnaxide	2.073	148	7.14	0	0.00	148	7.14
Cruz Quebrada/Dafundo	1.398	30	2.15	0	0.00	30	2.15
Linda-a-Velha	3.089	50	1.62	80	2.59	130	4.21
Oeiras e São Julião da Barra	5.709	30	0.53	40	0.70	70	1.23
Paço de Arcos e Caxias	3.468	195	5.62	0	0.00	195	5.62
Porto Salvo	1.656	25	1.51	141	8.51	166	10.02
Queijas	1.316	37	2.81	0	0.00	37	2.81

Fonte: Censos 2001, INE

É possível verificar que a taxa de cobertura no Concelho (5.01) é inferior ao valor de referência lançado pelo PNAI (6.8 e 6.9). Apenas duas freguesias ultrapassam o valor ideal – Barcarena (12.66) e Porto Salvo (10.02) e três detêm valores muito inferiores ao que seria o ideal - Oeiras e São Julião da Barra (1.23), Cruz Quebrada/Dafundo (2.15) e Queijas (2.81). No que diz respeito à natureza jurídica das entidades, é notória a prevalência da rede privada solidária em relação à rede privada lucrativa.

Percepções da população Idosa

Esta parte do diagnóstico teve por base um estudo realizado pela Câmara Municipal de Oeiras, no âmbito da realização do Plano Estratégico Municipal das Pessoas Idosas. O mesmo consistiu na realização de um inquérito por questionário a uma amostra de 381 munícipes com 55 ou mais anos, num universo de 44.522, onde mais de metade dos inquiridos é reformada (54.6%).

Este estudo centrou-se em oito grandes áreas: 1. Espaços exteriores e edifícios; 2. Transportes; 3. Habitação; 4. Participação social; 5. Respeito e inclusão social; 6. Participação cívica e emprego; 7. Comunicação e informação e 8. Serviços comunitários e saúde.

Não tendo por finalidade uma descrição detalhada deste estudo, serão apenas ressaltadas algumas conclusões que se relacionam com os ideais do nosso projeto.

No que diz respeito à utilização de equipamentos e serviços por parte dos 381 inquiridos, o quadro seguinte faz uma breve descrição dos serviços e equipamentos municipais com menores percentagens de utilização: serviços de apoio domiciliário, os serviços prestados por voluntários, os edifícios públicos e as ciclovias.

Quadro 8 - Resultados relativos à utilização de Equipamentos e Serviços no Município

	Sim		Não	Não Sabe/ Não Responde
	Nº	%	Nº	Nª
Espaços Públicos	311	81.63	67	3
Passeios das ruas	356	93.44	22	3
Passadeiras	327	85.83	51	3
Ciclovias	30	7.87	348	3
Edifícios públicos	292	76.64	84	5
Transportes públicos	228	59.84	149	4
Atividades/ eventos organizados pelo município	226	59.32	151	4
Serviços prestados por voluntários	32	8.40	345	4
Serviços de saúde e apoio social	246	64.57	131	4
Serviços de apoio domiciliário	21	5.51	356	4

Fonte: Censos 2001, INE

Uma das áreas do estudo é o Respeito e a Inclusão Social. Segundo os autores, esta área encontra-se intimamente ligada ao reconhecimento do valor do idoso, que por sua vez pode refletir-se positiva ou negativamente na integração social do mesmo, visível no quadro seguinte.

Tabela 9 - Resultados do estudo sobre a área de respeito e inclusão social

	Sim	Não	Não Sabe/ Não Responde
Para melhorar os serviços prestados/atendimento as pessoas mais velhas são consultadas/ouvidas pelos responsáveis dos serviços públicos?	58	206	117
E são consultados/ouvidos pelos responsáveis das associações?	64	170	147
E são consultados/ouvidos pelos responsáveis comerciantes?	22	194	165
Os serviços estão adaptados às necessidades e preferências das pessoas mais velhas?	54	41	99
Os produtos estão adaptados às necessidades e preferências das pessoas mais velhas?	71	202	108
As pessoas mais velhas com menos recursos económicos têm bom acesso aos serviços públicos?	66	211	104
E têm bom acesso aos serviços das instituições de solidariedade?	83	174	124
E têm bom acesso aos serviços privados a pagar?	77	214	90
As pessoas mais velhas costumam aparecer/participar nos meios de comunicação social?	128	145	108
Quando aparecem /participam transmitem uma imagem positiva?	146	105	130
Sem estereótipos/discriminação?	93	114	174
Os locais e as atividades para a comunidade são feitos para atrair todas as gerações?	146	109	126
E vão ao encontro das necessidades/preferências de todas as gerações?	113	134	134
As pessoas mais velhas participam nas atividades comunitárias para as “famílias”?	130	82	169
As pessoas mais velhas são envolvidas nas atividades escolares?	56	114	211
A comunidade dá valor às pessoas mais velhas?	86	137	158

Fonte: Censos 2001, INE

É interessante notar que muitos dos inquiridos acreditam que não são ouvidos pelos responsáveis dos serviços públicos, das associações e pelos comerciantes, que as pessoas mais velhas com poucos recursos financeiros têm pouco acesso aos serviços públicos e, apenas 86 pessoas do universo de 381 inquiridos, acreditam que a comunidade dá valor às pessoas idosas.

A Participação Cívica e Emprego é outra área do estudo, em que foi abordada a vertente do voluntariado e, também, da problemática do emprego das pessoas com mais idade.

Quadro 10 - Resultados do estudo sobre voluntariado na terceira idade

	Sim	Não	Não Sabe/ Não Responde
As pessoas mais velhas podem fazer voluntariado?	287	12	82
Existe formação para as pessoas mais velhas fazerem, voluntariado?	159	65	157
Valoriza-se o voluntariado feito por pessoas mais velhas?	232	43	106
As despesas pessoais no voluntariado são pagas?	24	118	239
As qualidades/competências dos funcionários mais velhos são valorizadas?	162	81	138
Existem oportunidades para que as pessoas mais velhas possam trabalhar?	68	177	136
Sabe que a discriminação por causa da idade é proibida na contratação?	112	82	187
Sabe que a discriminação por causa da idade é proibida no local de trabalho?	130	56	195
Os locais de trabalho estão adaptados às pessoas com incapacidades?	39	163	179
Existem apoios para a pessoa mais velha que queira trabalhar por conta própria?	16	100	265
É dada aos trabalhadores mais velhos formação depois de se reformarem?	32	124	225
É encorajada a participação de pessoas mais velhas nos órgãos de decisão das instituições públicas?	29	167	185
E nos órgãos de decisão das empresas privadas?	21	156	204
E nos órgãos de decisão das associações sem fins lucrativos?	54	132	193

Fonte: Censos 2001, INE

Após análise do quadro pode-se aferir que a maioria acredita que as pessoas mais velhas podem fazer trabalho de voluntariado e que o mesmo é valorizado. No entanto, referem existir poucas oportunidades de trabalho para pessoas mais velhas, que o local de trabalho não se encontra adequado a pessoas com incapacidades, não existe formação pós reforma e existe um fraco encorajamento para a participação dos idosos nos órgãos de decisão, respetivamente, das instituições públicas, das empresas privadas e das associações sem fins lucrativos.

O voluntariado como participação social e como obrigação moral e social

A título complementar recorreu-se a uma das associações de voluntariado existentes no município, para a realização de algumas entrevistas sobre a importância do trabalho de voluntariado, não só para os que usufruem mas também para os que participam ativamente no mesmo.

A Associação Coração Amarelo é uma associação que tem por objetivos:

promover iniciativas que visem apoiar pessoas em situação de solidão e/ou dependência, preferencialmente as mais idosas; promover, junto das entidades responsáveis, iniciativas tendentes à sua sensibilização para a necessidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas; contribuir para a implementação e desenvolvimento nas comunidades de um apoio no domicílio em complementaridade com os serviços de saúde e ação social; promover um espírito de solidariedade e cooperação entre familiares, vizinhos e amigos; dinamizar o desenvolvimento de ações de solidariedade com pessoas que possam oferecer o seu tempo e o seu saber (PEMPI,2013:40)

A mesma apoia-se no trabalho de pessoas que voluntariamente se dedicam na concretização dos objetivos da associação, nomeadamente de pessoas reformadas.

Os quadros seguintes mostram os resultados das entrevistas.

Quadro 11 - Resultados de entrevista à responsável da Associação

Resumo da entrevista
<ul style="list-style-type: none"> • Existe muita adesão ao voluntariado por parte dos munícipes reformados, especialmente como meio de dar continuidade a uma atividade; • Apontou como principais <u>benefícios do voluntariado</u> para as sociedades: “<u>A humanização dos serviços</u> (hospitalares, idosos, crianças...), <u>as afetividades perdidas numa sociedade fechada sobre si, o saber e a prática dos relacionamentos</u>”; • Sobre a importância deste trabalho, a mesma refere ainda que é preciso trabalhar mentalidades, para que se possa compreender o valor da doação do trabalho de voluntário, nomeadamente “<u>colmatando o que o Estado não executa</u>”; • No que diz respeito aos ganhos a mesma afirma que o voluntariado “acompanha, gere e produz nas Instituições humanitárias, sociais, ambientais, culturais um trabalho desconhecido por muitos (...) as populações sentem os benefícios de acompanhamento e de carinho”. No entanto, estes mesmos ganhos são bidirecionais, uma vez que, segundo a mesma o “voluntário enriquece-se, valoriza-se e recebe muito aprendendo com os que acompanha”

Fonte: Macedo, 2014

Quadro 12 - Resultados de entrevistas a duas voluntárias da Associação

1ª Entrevistada	2ª Entrevistada
P.: O que a levou a candidatar-se como voluntário?	
R.: Procurar ajudar os idosos e conhecer novas pessoas	R.: Poder ajudar quem precisa;
Porque acha este trabalho importante?	
R.: Porque nos dá a possibilidade de ajudar pessoas que necessitam;	R.: Porque, em Portugal, o voluntariado ainda não é visto como uma obrigação social e moral, como o é já em muitos países onde desde pequenos o começam a fazer e continuam pela vida fora. <u>Há que tentar mudar isso e chamar a atenção para o poder político e autárquico.</u> É preciso que as intenções não fiquem somente nos programas de campanha. Cabe também a quem já é voluntário fazer uma divulgação da importância deste trabalho.
P.: Na sua opinião, qual o perfil de um bom voluntário? Quais as características mais importantes?	
R.: Ser voluntarioso. Gostar de ajudar e de conversar;	R.: Um voluntário tem que ter perfil para isso mesmo; não adianta forçar se não quiser à partida comprometer-se. Características: Entrega, disponibilidade, amizade, entre muitas.
P.: O que espera alcançar com este trabalho?	
R.: Novos conhecimentos e realização pessoal;	R.: Tornar a vida daqueles que ajudo um pouco mais fácil e feliz.
P.: Quais foram alguns dos contributos em termos pessoais, no seguimento desta iniciativa de ser voluntário?	
R.: Maior à vontade na relação com as pessoas e uma grande satisfação pessoal	R.: Para além de uma grande valorização pessoal, tornei-me numa pessoa mais atenta aos problemas sociais e económicos daqueles que me rodeiam e, porque não dizer, do mundo em geral. Como o meu voluntariado é feito com idosos, posso dizer, sem sombra de dúvida, que me tornei numa pessoa mais meiga, devido aos miminhos que nunca lhes nego.

Fonte: Macedo, 2014

Apesar de apenas três entrevistas, os resultados refletem pontos muito importantes, nomeadamente: o reconhecimento da necessidade de se “humanizar” os serviços e promover “as afetividades perdidas”; prestar serviços a que todos temos direito mas que infelizmente o Estado “não executa”, isto é, que não são abrangidos de forma mais direta e regular pelos SAD; apelar ao poder político das autarquias; os ganhos para ambas as partes envolvidas: de quem recebe e de quem que presta o serviço voluntariamente, considerando-o como obrigação moral e social.

CAPÍTULO II – UM SAD MAIS HUMANIZADO – O CONTRIBUTO DAS PESSOAS IDOSAS PARA AS PESSOAS IDOSAS

2.1 Justificação do projeto

No últimos anos verifica-se um aumento significativo da esperança média de vida, existem cada vez mais idosos e os mesmo vivem cada vez mais tempo, por sua vez, estes resultados refletem um aumento dos riscos emergentes de dependência física e/ou cognitivos que exigem cuidados especiais.

No que diz respeito à proteção e suporte desta população, a maioria das vezes a família está na linha da frente, no entanto, a mesma tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos e atualmente, nem sempre consegue desempenhar a sua função, seja por motivos profissionais ou financeiros. Emerge assim, a necessidade da intervenção do Estado, não só ao nível da população idosa, mas também das respetivas famílias, uma vez já concluído o importante papel que a mesma tem para os idosos (Ribeirinho, 2005). Porém, sabe-se que nem sempre o Estado consegue chegar a todos aqueles que necessitam, nem tampouco o consegue fazer de forma igualitária.

As Respostas Sociais surgem assim, como o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos e como o nome indica, as mesmas visam dar resposta às necessidades de uma população cada vez mais exigente, construída sob uma realidade diferente e com outras especificidades dos idosos de há vinte ou trinta anos atrás.

No que diz respeito aos Serviços de Apoio Domiciliário, a prestação de serviços prende-se pelo básico ou essencial à sobrevivência (alimentação, higiene pessoal e da habitação), mas pode questionar-se até que ponto existe qualidade de vida, quando alguns estudos nos revelam que a maioria das pessoas ingressa nas instituições essencialmente derivado a problemas económicos e sociais e não propriamente por problemas de saúde (Ribeirinho, 2005:58). Para além disso, e como refere Faleiros (2013) importa olhar o envelhecimento não como um processo de estagnação ou término da existência e das trocas sociais, mas de desenvolvimento, e portanto, é fundamental contemplar o envelhecimento através de uma abordagem multidimensional e na vertente dos ganhos da vida mesmo quando já se é idoso.

A solução adequada para satisfazer as necessidades da pessoa idosa, numa perspetiva multidimensional e compatível para as famílias, para o Estado e para os próprios cidadãos idosos poderá passar por respostas que integrem e desenvolvam a participação dos próprios cidadãos, nomeadamente através do voluntariado na prestação de serviços de apoio psicossocial aos utentes inseridos nos SAD. Estes beneficiam, naturalmente, do trabalho voluntário, mas os próprios voluntários são ganhadores, como afirmado nas entrevistas realizadas. Construir-se-á, também, como um meio de comprovar que:

as potencialidades das pessoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, permitindo que a sociedade conte cada vez mais com as competências, experiência e sabedoria dos idosos para que se aperfeiçoem por iniciativa própria e contribuam ativamente para o aperfeiçoamento da sociedade em geral (ONU Portugal, 2002)

A concretização deste projeto pressupõe, naturalmente, uma análise das respetivas potencialidades, de recursos ou projeções que possam ser explorados e que possam servir de alicerce para o sucesso desta iniciativa. Por outro lado, é igualmente crucial avaliar as áreas críticas, de forma a construir soluções para o êxito deste projeto.

Antes de mais, existem duas áreas prioritárias de atuação - As Respostas Sociais de SAD e a Participação Social dos idosos. O quadro 14 ilustra as potencialidades e as áreas críticas de ambas.

Quadro 13 - Potencialidades e áreas críticas dos SAD e da Participação dos Idosos em Oeiras

Respostas Sociais de SAD	
Potencialidades	Áreas críticas
Programação de novas respostas sociais de SAD que reflete um aumento das vagas e da respetiva taxa de cobertura;	<ul style="list-style-type: none"> - Os serviços prestados não respondem a todas as necessidades, sobretudo ao nível da relação emocional com o outro e com o mundo exterior - Taxa de cobertura inferior aos valores de referência estabelecidos pelo PNAI; - Fraca utilização dos SAD; - Fraca utilização do trabalho voluntário.
Participação Social	
Potencialidades	Áreas críticas
Existência de várias Associações voluntárias e programas de apoio à população idosa	<ul style="list-style-type: none"> - Fraca participação/ envolvimento dos idosos nas instituições onde estão inseridos e na vida da comunidade; - Fraco encorajamento para a participação dos idosos nos órgãos de decisão das instituições públicas, das empresas privadas e das associações sem fins lucrativos; - Fraco investimento na formação pós reforma, incluindo na área da participação cívica.

Fonte: Macedo, 2014

2.2 Objetivo Geral

Com este projeto pretende-se a construção de uma Resposta SAD com base numa abordagem multidimensional da pessoa idosa, que privilegie a dimensão da relação com o outro e com a comunidade.

2.3 Destinatários/população alvo

Se por um lado, este projeto foi pensado em idosos, com 65¹¹ ou mais anos, homens e mulheres, que se encontram numa situação de dependência e que são objeto de ajuda através de Serviços de Apoio domiciliário, por outro lado, e como já foi repetidamente abordado nas páginas anteriores, procurou-se responder, também, às necessidades de outro grupo de idosos: os que se encontram ativos e capazes de participar na vida social e comunitária, procurando oportunidades de o fazer através de uma atividade voluntária de que beneficiarão pessoalmente e de que beneficiarão terceiros.

2.4 Metodologia do projeto

Antes de mais o Concelho de Oeiras servirá de palco para a concretização deste projeto, no seguimento das necessidades em termos de taxa de cobertura evidenciadas no diagnóstico, bem como pelo aumento constante da população idosa.

A criação da Resposta é iniciada pela pesquisa e aquisição de instalações que cumpram os requisitos legais, podendo as mesmas vir a sofrer obras de adaptação (ver legislação). Será ainda organizado todo o processo relativo à obtenção do licenciamento por parte da Câmara Municipal e Segurança Social, a quem competirá também, a emissão da licença de funcionamento.

Quanto à natureza jurídica, ainda não foi definida, podendo o SAD integrar uma Instituição Particular de Solidariedade Social ou constituir-se como empresa privada.

O SAD diferenciar-se-á pela sua qualidade, através da implementação do Sistema de Gestão de Qualidade: ISO 9001:2008 (Instituto Português de Qualidade, 2008). O mesmo pressupõe a definição de um conjunto de processos que serão organizados e estruturados de forma a garantir a prestação de serviços e cuidados de qualidade.

O presente projeto terá como parcerias: a Segurança Social; a Câmara Municipal de Oeiras, sobretudo enquanto entidade que gere o Banco Local de Voluntariado; as Universidades Seniores e outras associações de natureza sociocultural que contem com pessoas seniores no seu corpo de associados.

A definição dos serviços não se prende apenas com a preocupação em oferecer os serviços tradicionais de alimentação, tratamento de roupa, cuidados pessoais e de higiene, mas também serviços de carácter relacional que permitam, para além da simples companhia, a participação do cliente em atividades sociais, nomeadamente um passeio na sua zona de residência, uma ida ao café, às compras, à missa e a outras atividades do seu interesse, incluindo as que são organizadas pelos serviços de Cultura e de Ação Social do município.

Para a organização e constituição da equipa, nomeadamente, da equipa que prestará os serviços no domicílio das pessoas idosas, serão privilegiados os candidatos com formação profissional na área da

¹¹ Definição de idoso segundo a Organização Mundial de Saúde

Geriatría ou quem detenha comprovada experiéncia de trabalho em cuidados a pessoas idosas, com avaliaçáo positiva por entidades empregadoras anteriores.

No que diz respeito aos voluntários, toda a formaçáo lecionada diferenciar-se-á da dos restantes colaboradores, na medida em que não lhes é exigida formaçáo técnica: a formaçáo estará mais centrada na vertente relacional, nas necessidades emocionais e no papel do voluntário na aproximaçáo da pessoa apoiada ao mundo exterior e à comunidade em que viveu a sua vida.

Ainda no que diz respeito aos voluntários, mediante a definiçáo dos direitos e deveres dos mesmos, os voluntários serão objeto de alguns benefícios fruto da sua participaçáo voluntária neste projeto: na eventualidade de os mesmos virem a necessitar de um SAD, para si ou para familiares, a entidade contratualizará um desconto de 10% em todos os serviços ou a prestaçáo de um dos serviços com desconto que poderá atingir 50% do custo de tabela.

O sucesso do presente projeto passa igualmente pela criaçáo de uma estratégia de marketing e comunicaçáo. Através do recurso à internet, será criado o site do SAD e a divulgaçáo nas redes sociais; os serviços, bem como a possibilidade de participaçáo voluntária no bem estar dos clientes, será divulgado, através de folhetos informativos, em espaços públicos, nomeadamente farmácias, centros de saúde, hospitais, juntas de freguesia, igrejas, universidades séniores, espaços culturais.

O projeto terá, também, como estratégia, o contacto e a articulaçáo com técnicos da Rede Social de Oeiras e com as estruturas de Saúde do concelho, por forma a, em conjunto, se planear e concretizar uma intervençáo de qualidade e que responda, de forma efetiva, às necessidades dos cidadãos.

2.5 Orçamento do projeto

Investimento Inicial

Os seguintes quadros representam uma estimativa de possíveis gastos iniciais para a criação de um SAD. Apesar da indefinição de alguns aspetos, nomeadamente a natureza jurídica, pressupõem-se que o SAD será desenvolvido a partir de uma estrutura criada apenas com essa finalidade

Quadro 12 - Despesas com a aquisição e preparação do estabelecimento

Despesas	Total em euros
Constituição do SAD	500,00
Projeto de arquitetura	2.000,00
Projeto de engenharia	2.000,00
Sistema de iluminação	1.000,00
Sistema de som	500,00
Sistema de ar condicionado	2.500,00
TOTAL	8.500

Fonte: Projeto Jovem Pro-Empreendedor, 2011

Tabela 13 - Equipamento básico para o funcionamento do SAD

Despesas	Total em euros
Receção	
Balcão de atendimento	500,00
Cadeiras	200,00
Gabinete da direção técnica	
Mesa	500,00
Armário	250,00
Cadeiras	200,00
Gabinete de atendimento	
Mesa	500,00
Armário	250,00
Cadeiras	200,00
Marquesa	400,00
Material complementar	
Material informático (computador e software adequado)	2.000,00
Televisão	500,00
Promoção e divulgação	1.000
Consumíveis	3.500,00
Imprevistos	2.000,00
TOTAL	12.000,00

Fonte: Macedo, 2014

Prestações Mensais

Os valores ilustrados no seguinte quadro representam os gastos mensais aquando do pleno funcionamento do estabelecimento.

Tabela 14 - Gastos mensais com recursos humanos e materiais

Despesas	Total em euros
Vencimentos do pessoal (s/encargos)	
Diretor técnico – 1 elemento(8h/dia)	1.200,00
Assistente – 1 elemento (8h/dia)	650,00
Psicólogo – 1 elemento (1dia/semana)	200,00
Auxiliar de geriatria – 12 elementos (530,00/elemento – tempo inteiro)	6.360,00
Outras despesas	
Renda do estabelecimento	1000,00
Correntes (água, luz, telecomunicações)	350,00
Consumíveis	300,00
Promoção e divulgação	120,00
Contabilidade	120,00
Outros custos	500,00
TOTAL	10.800,00

Fonte: Macedo,2014

Posto isto, a estimativa do valor total necessário para a construção do projeto é aproximadamente de **31.300,00 euros**. Para além disso, convém referir que este investimento pressupõe que os serviços de alimentação e tratamento de roupa serão fornecidos através da contratualização com empresas nestes ramos de atividade.

2.6 Plano de Ação

Tabela 15 - Plano de ação do projeto

Objetivos Específicos	Ações a desenvolver	Metas ¹²	Indicadores
Planeamento e organização de procedimentos para criação do SAD segundo abordagem multidimensional da pessoa idosa	1. Constituição da equipa técnica: anúncios, entrevistas e contratação.	Realizar 40 entrevistas e conseguir 6 elementos.	Nº de entrevistas; nº de elemento contratados.
	2. Divulgação do SAD no Município	Divulgação ¹³ em 9 farmácias; 8 Centros de Saúde; 3 Universidades Sénior;	Nº de entidades em que foi efetuada divulgação.
	3. Formação da equipa: relacionada com a missão, os valores e objetivos do SAD	4 Sessões de formação em conteúdos de intervenção essenciais.	Nº de sessões; diversidade de conteúdos abordados.
	4. Divulgação e sensibilização do público-alvo (seniores) para a sua participação voluntária no projeto, junto das organizações associativas (parcerias).	Divulgação em 9 farmácias; 8 Centros de Saúde; 3 Universidades Sénior; 3 associações socioculturais. Suscitar o interesse de, pelo menos, 12 seniores para voluntariado.	Nº de entidades em que foi efetuada divulgação. Nº de potenciais interessados para voluntariado.
	5. Constituição do grupo de voluntariado e formação específica.	Grupo de, pelo menos, 5 voluntários num mês	Nº de voluntários inscritos no 1º mês

¹² Referente ao primeiro mês após a licença de funcionamento, para o ano de 2015.

¹³ Farmácias de Oeiras: <http://www.farmaciasdeservico.net/localidade/lisboa/oeiras>; Centros de saúde de Oeiras: <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=475>;

Ter o SAD em funcionamento com a participação de pessoas idosas, numa perspectiva de benefício de pares	6. Acolhimento de clientes e avaliação de necessidades.	Realizar 20 avaliações de potenciais clientes	Nº de avaliações realizadas
	7. Elaboração do plano de cuidados e contratualização.	Realização de planos de cuidados referentes a todas as contratualizações	Nº de contratualizações. Nº de planos de cuidados.
	8. Gestão corrente do serviço: organização e funcionamento, coordenação e supervisão dos serviços e colaboradores; avaliação do funcionamento do serviço com os colaboradores.	Controlo diário do funcionamento do serviço através da análise dos registos; pelo menos, uma reunião semanal de equipa para avaliação; procedimentos para melhoria do funcionamento dos serviços.	Nº de serviços planeados e realizados. Nº de reuniões semanais de avaliação. Nº de procedimentos introduzidos versus falhas detetadas.
	9. Planeamento da alocação dos voluntários aos clientes, conforme a sua área de residência e em duplas.	Resposta a todos os clientes do SAD que o desejem, num período de 6 meses.	Taxa de cobertura dos pedidos de apoio de voluntário. Prazo de concretização da cobertura.
	10. Visitas técnicas aos domicílios dos clientes para avaliação da satisfação dos mesmos.	Pelo menos, uma visita mensal a cada cliente. Não existência de mais do que uma reclamação no universo dos clientes.	Nº de visitas mensais. Nº de reclamações.
	11. Encontros periódicos com os voluntários, para a reflexão de vantagens, para estes e para os clientes.	Realização de um encontro mensal com, pelo menos, 90% dos voluntários.	Nº de encontros mensais. % de voluntários participantes.

Fonte: Macedo, 2014

ANÁLISE CRÍTICA/REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO

O presente projeto fomenta o papel das Respostas Sociais, nomeadamente do SAD, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Por sua vez, a qualidade de vida passa por uma abordagem multidimensional na prestação dos serviços. Quando estes não podem ser prestados, seja por motivos financeiros e/ou por falta de disponibilização dos mesmos pelas Respostas, é fundamental a otimização e mobilização dos recursos existentes nos municípios para esse efeito, nomeadamente dos bancos de voluntariado dos municípios e da ação voluntária dos cidadãos.

O SAD revela-se uma Resposta preferencial entre os idosos, uma vez que estes conseguem ter o apoio de que necessitam para desempenhar as suas tarefas diárias, sem terem de abandonar a sua casa, o seu espaço e os seus bens. Este aspeto, por si só, reflete uma melhor qualidade de vida para alguns. Para além disso, através da revisão da bibliografia utilizada, foi possível perceber que por vezes a institucionalização se deve essencialmente a problemas sociais e não necessariamente a problemas de saúde e/ou perda de autonomia, sendo perfeitamente possível, e adequado, uma intervenção no domicílio (mediante avaliação dos casos).

Além da importância de se promover uma consciencialização para uma mudança na cultura institucional, é crucial que os próprios idosos possam ter uma participação ativa tanto na sua vida social como na vida de outros, que por motivos vários não conseguem fazer por si próprios, sem esquecer, naturalmente todo um conjunto de benefícios para ambas as partes.

Para muitos, envelhecer significa deixar de ter valor, a reforma torna-se sinónimo de desocupação e a desproteção social surge do distanciamento da família enquanto unidade de proteção e do próprio estado liberal. No entanto, o envelhecimento deve ser um processo onde as pessoas otimizam oportunidades que lhes assegurem o seu bem-estar e conseqüentemente, uma boa qualidade de vida, que pode muito bem passar pela sua participação social e interação com outros.

Hoje em dia, e cada vez mais, os idosos fazem questão de participar em atividades nos locais onde vivem, de conviver com os amigos e família e têm eles próprios a iniciativa de criar programas e associações, como é exemplo “O Coração Amarelo” e as Universidades Seniores.

FONTES

Legislação

- Decreto-lei 64/2007 de 14 de Março - Regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social;
- Portaria nº38/2013 - Normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento do Apoio Domiciliário;
- Decreto-lei 163/2006 de 8 de Agosto - Regime de acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebam público;
- Decreto-lei 220/2008 de 12 de Novembro - Regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios;
- Portaria 1532/2008 de 29 de Dezembro - Regulamento técnico da segurança contra incêndios em edifícios;
- Decreto-lei 156/2005 de 15 de Setembro - Regime da obrigatoriedade de um livro de reclamações;

Outras

Câmara Municipal de Oeiras (2012) *Carta Social do Concelho de Oeiras*,

Disponível em: [http://www.cm-](http://www.cm-oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/Documents/Carta_Social_Oeiras_Net.pdf)

[oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/Documents/Carta_Social_Oeiras_Net.pdf](http://www.cm-oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/Documents/Carta_Social_Oeiras_Net.pdf)

Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento (coord), (2012) Relatório: “Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos”,

Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2012.pdf>

INE, Recenseamentos da População – Dados Preliminares (2011), Disponível em:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

BIBLIOGRAFIA

- Ballesteros, R. F., M. Merita, J.Hernandez, (2004), “Planificación e Evaluación de Programas Gerontológicos”, in Ballesteros (dir.), *Gerontologia Social*, Madrid, Pirâmide
- Bardin, Laurence (2009), *Análise de Conteúdo*, Coimbra, edições 70
- Buriti, M. de A. (2006), “Lazer e Envelhecimento”. In Geraldina Porto Witter (Org.), *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas*. Coleção Velhice e Sociedade, Cap.5, pp. 107 – 111. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Cardoso, M. Júlia (2012), *Ação Social nos Municípios portugueses – potencialidades e limitações*, Tese de Doutoramento, Lisboa, ISCTE.
- Capucha, Luís (2005), *Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção. Protecção contra o "risco de velhice": que risco?* Sociologia, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Capucha, Luís M. A. (2008), “Planeamento e Avaliação de Projetos: Guião prático”, Lisboa, Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular
- Carvalho, Maria Irene (2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor
- Carvalho, Maria Irene (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor
- Direção Geral de Saúde (2004), “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas”, Circular Normativa nº 13/DGCG
- Dominelli, Lena (2013) “Serviço Social com Idosos: Intervenção Orientada para o Mercado ou para Serviços Universais?” in Carvalho, Maria Irene (coord) (2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor, pp.: 67-81
- Faleiros, Vicente de Paula (2013) “Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer Bem” in Carvalho, Maria Irene (coord) (2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor pp.:35-47
- Fernandes, Ana Alexandre (1997) *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras, Celta
- Fernandes, Purificação (2002), *A Depressão no Idoso*. 2ªed, Coimbra, Quarteto
- Ferreira, Anna Lúcia Cordeiro Baptista Martins (2009), *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do seu Cuidador*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa
- GUERRA, Isabel Carvalho (2000), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*, Cascais, Principia
- Instituto da Segurança Social, I.P (2014), “Guia Prático – Apoios Sociais – Idosos (N35J – V4.09)”
- Instituto Português de Qualidade (2008) “NP EN ISSO 9001:2008”, 3ed
- Lasemann, Frédéric, Claude Martin (1995), “Estado, Comunidade e Família face à Dependência dos Idosos. Ao encontro de um ‘Welfare-Mix’”, Lisboa, pp.115-139
- Martins, Rosa, Ana Santos (2008), *Ser Idoso Hoje*, Viseu, Instituto Politécnico de Viseu
- Mouro, Helena (2013) “Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social”, in Carvalho, Maria Irene (coord) (2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor, pp.:17-33
- Pimentel, Luísa (2001), *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajetórias*, Coimbra, Quarteto
- Pinto, Carla (2013) “Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos” in Carvalho, Maria Irene (coord) (2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor, pp.:49-67

- Ribeirinho, Carla M. da Cunha (2005), *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, ISSSL.
- Serrano, Glória Pérez (2008), *Elaboração de Projetos Sociais. Casos Práticos*, Porto, Porto Editora
- Sievert, Matilde, Jaína Taíse (2007), *Nova Geração de Idosos: Um Consumidor a Ser Conquistado*
- Silva, Luiz Inácio Lula, Nilmário Miranda, Perly Cipriano, Jurilza M. B. de Mendonça, Carmelina dos Santos Rosa (2003), “Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento”, resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, ONU, 8-12 de Abril de 2002, Madrid
- Silva, Nivaldo, António Francisco, Luciano Scandelari, Marcos Thomaz (2008), *A Qualidade*
- Vaz, Ester (2001) “O Quotidiano do Idoso: Esperança ou Desesperanças?” in Ribeirinho, Carla Marina da Cunha (2005), *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, ISCTE
- Walker, Alan (2004) “Growing Older: quality of life in old age”, UK, Open University Press

Referências Web

- Activating Senior Potential in Ageing Europe,
Disponível em: http://www.aspa-eu.com/scientific_details.htm
- Altgeld, Thomas e Judith Sinclair-Cohen (2012), “Healthy and Active Ageing”, *EuroHealthNet e BZgA*, (Online),
Disponível em: <http://www.healthyageing.eu>
- Andor, László, Mercedes Bresso, Marjan Sedmak (2011), “How to Promote Active Ageing in Europe. EU Support to Local and Regional Actors”, Age Platform Europe, (Online)
Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7005&langId=en>
- Câmara Municipal de Oeiras (2012) *Carta Social do Concelho de Oeiras*,
Disponível em: http://www.cm-oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/Documents/Carta_Social_Oeiras_Net.pdf
- Câmara Municipal de Oeiras (2013), “Plano Estratégico Municipal para as Pessoas Idosas. 2013-2015”,
Disponível em: http://www.cm-oeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/ApoioPessoasIdosas/Documents/PEMPI_final.pdf
- Dean, Malcolm (1999), “Growing Older in the 21st Century”, Economic & Social Research Council, (Online)
Disponível em: http://109.108.130.232.srvlist.ukfast.net/_images/Growing_older_21st_century_tcm8-13535.pdf
- FechineECHINE, Basílio, Nicolino Trompieri (2012), “O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos”, Brasil, InterSciencePlace, (Online)
Disponível em: <http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/15482/10910/envelhecimento.pdf>
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International (2012), Relatório Executivo: “Envelhecimento do Século XXI – Celebração e Desafio”, (Online)
Disponível em: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>
- Governo Português (2012), “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações” (Online)
Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Instituto de Solidariedade e Segurança Social (2003), “Plano Nacional de Ação para a Inclusão” (online),
Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_14
- Jacob (2012), “Idosos estão mais Cultos, Saudáveis e Ativos”, (online)
Disponível em: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=2451460&page=-1
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento (coord), (2012) Relatório: “Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos”,
Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2012.pdf>
- Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento (2002),
Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf
- ONU Portugal, (2002) “II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento” (Online)
Disponível em: <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>
- Projeto Jovem Pro-Empreendedor (2011) “Como Criar um SAD – Serviço de Apoio Domiciliário”,
Disponível em:
[file:///C:/Users/tmn/Downloads/como_criar_uma_empresa_de_servi%C3%A7os_a_domiciliario%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/tmn/Downloads/como_criar_uma_empresa_de_servi%C3%A7os_a_domiciliario%20(2).pdf)
- Quaresma, Maria de Lourdes (s.a.), “Que sentido tem a Autonomia no Quotidiano das Sociedades Contemporâneas”, (s.n),
Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Autonomiadoccoimbra.pdf>

Salute for Senior Service,

Disponível em: <http://www.salutetoseniorservice.com/volunteering-seniors/>

São José, José, et al. (2002), “Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções”, Lisboa, Universidade de Lisboa, Instituto Ciências Sociais.

Disponível em: <http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2002/WP2-2002.pdf>

The New Social Worker (2009), “Care Old People Onnovative Solutions”, (online)

Disponível em: <http://www.socialworker.com/>

ANEXOS

ANEXO A – Caracterização da Associação “Coração Amarelo”

Género	%
Feminino	80
Masculino	20

Fonte: Bettencourt, 2014

Género	%
Solteiro (a)	25
Casado (a)	45
Viúvo (a)	18
Divorciado (a)	12

Fonte: Bettencourt, 2014

Faixa Etária	%
18-25 anos	6
26-40 anos	17
41-65 anos	41
66-80 anos	31
+80 anos	5

Fonte: Bettencourt, 2014

Habilitações	%
5º ano	11
7º ano	31
Licenciatura	58

Fonte: Bettencourt, 2014

Principais atividades exercidas	Ensino
	Investigação
	Profissões liberais

Fonte: Bettencourt, 2014

ANEXO B – Caracterização da Amostra do Estudo para o Diagnóstico do PEMPI (2013-2015)

	Casado/ união de facto	Divorciado/ separado	Solteiro	Viúvo	Não responde	Total
Masculino	123	11	4	18	0	156
Feminino	119	29	17	58	2	225
Total	242	40	21	76	2	381

Fonte: PEMPI 2013, pg47

Situação perante o trabalho	Frequência	Percentagem
Empregado (a)	138	36.2
Desempregado (a)	5	1.3
Trabalhador (a) por conta própria	8	2.1
Reformado (a)	208	54.6
Outra	9	2.4
Não responde	13	3.4
Total	381	100.0

Fonte: PEMPI 2013, pg48