

Eddy Francisco Martins

**GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:**  
**Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014



Eddy Francisco Martins

**GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:**  
**Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção de grau de Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento”

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Toldy



Agradeço a todos que de algum modo me incentivaram e acompanharam durante a realização deste trabalho, família e amigos, instituições colaboradoras, e em especial à Prof<sup>a</sup> Doutora Teresa Toldy por dedicar a sua experiência e tempo e ao Prof<sup>o</sup> Doutor João Casqueira pelo motivação e inspiração.



## Sumário

A presente dissertação de mestrado tem como objetivo caracterizar, em diversas dimensões, os idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais que permitam potencializar o projeto *Gerações Solidárias*. O referido projeto é apresentado neste mesmo documento, articulado com a realidade estudada, como uma rede de suporte social, como ação humanitária *in loco*, na promoção do envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional.

O envelhecimento, na sociedade atual, é uma realidade inevitável condicionado por uma maior longevidade. Face a essa realidade, não importa só prolongar a vida dos indivíduos, mas sim fomentar um envelhecimento mais saudável e o mais bem-sucedido possível. Promover o envelhecimento ativo é, portanto, reconhecer as necessidades de saúde do idoso e avaliar o seu grau de funcionalidade para o tornar, o quanto possível, interveniente na vida familiar, social, cultural, económica e política.

Este trabalho procura sobretudo, para além de outros aspetos como dados gerais, condições de habitabilidade e níveis de dependência, avaliar os níveis de solidão e de satisfação com o suporte social da população-alvo em estudo, uma vez que a freguesia estudada não apresenta redes de suporte formais na valência da terceira idade.

Os resultados apresentados, apesar de demonstrarem que os níveis de solidão não são drásticos e que existe alguma satisfação com o suporte social, merecem uma análise e reflexão, na medida em que é importante desenvolver medidas preventivas de ação social no combate à solidão e à exclusão social na terceira idade.

É neste desafio de cooperação e desenvolvimento em ação humanitária que se insere o projeto *Gerações Solidárias*, promotor da solidariedade intergeracional, na medida em que procura acabar com os preconceitos relativos aos idosos através a criação de respostas sociais que os integrem ativamente.

**Palavras-chave:** envelhecimento ativo; solidariedade intergeracional; funcionalidade; solidão; suporte social.

## **Abstract**

The present dissertation aims to characterize, in various dimensions, the elderly of Santo André de Vagos parish, in order to create a framework to understand the real biopsychosocial needs and to maximize the project “Solidary Generations”. The dissertation includes a presentation of this project. This project aims to build a network of social support articulated with the studied reality. It is also an example of humanitarian action *in loco*, promoting an active aging and intergenerational solidarity.

Aging in today's society is an unavoidable reality, conditioned by longer longevity. This means that it is not only essential to prolong the life of elderly people. It is also important to foster a healthier aging process that is as successful as possible. To promote active aging is to recognize the health needs of the elderly and to assess their level of functionality, in order to enable them to remain active in family, social, cultural, economic and political life as long as possible.

This dissertation seeks above all along with other aspects, such as general data, living conditions and levels of dependency to assess loneliness and levels of satisfaction with the social support of the target population, since the studied parish does not have any sort of formal structural network to support elderly people.

The scientific results presented in this study are worthy of analysis and reflection, even if they show that the levels of loneliness are not drastic and that there is, in fact, a certain degree of satisfaction with the existing social support. In fact, it is of great importance to develop social preventive action to combat loneliness and social exclusion in old age.

The Solidary Generations Project tries to make a contribution to eradicate prejudice against elderly people by creating social responses that actively integrate them. In so doing, this project, accepting this challenge of development and cooperation - in terms of humanitarian action, aims to foster intergenerational solidarity.

**Keywords:** active aging, intergenerational solidarity; functionality, loneliness, social support.

# Índice

Sumário.....	8
Abstract.....	9
I- Introdução.....	13
II - Conteúdo teórico.....	15
2.1. Envelhecimento – Processo de Envelhecimento.....	15
2.2. Funcionalidade – Necessidades de saúde dos idosos.....	18
2.3. Solidão – Realidade na terceira idade.....	22
2.4. Suporte social.....	27
2.4.1. Redes de suporte formais.....	27
2.4.2. Redes de suporte informais.....	30
2.5. Envelhecimento Ativo .....	34
III – Metodologia Científica.....	40
3.1. Método Científico .....	40
3.2. Objetivo de estudo .....	41
3.2.1. Objetivo geral .....	41
3.2.2. Objetivos específicos .....	41
3.3. Amostra.....	42
3.4. Procedimentos e instrumentos .....	45
3.4.1. Inquérito por questionário .....	46
IV – Apresentação e discussão dos resultados .....	53
4.1. Apresentação de resultados .....	53
4.1.1. Género .....	53

4.1.2. Idade .....	54
4.1.3. Estado civil .....	54
4.1.4. Condição laboral.....	55
4.1.5. Agregado familiar.....	55
4.1.6. Edifício residencial/condições habitacionais.....	55
4.1.7. Rede de suporte .....	56
4.1.8. Escala de Katz .....	58
4.1.9. Escala de Lawton & Brody.....	59
4.1.10. Risco de solidão.....	60
4.1.11. Nível de perceção do suporte social .....	60
4.1.12. Risco de solidão: diferenças entre géneros.....	60
4.1.13. Nível de perceção do suporte social: diferenças entre géneros .....	61
4.1.14. Risco de solidão na viuvez .....	62
4.1.15. Risco de solidão e nível perceção do suporte social nos utentes que passam grande parte do dia sozinhos .....	62
4.1.16. Risco de solidão: diferença entre grupos etários .....	63
4.1.17. Risco de Solidão e níveis de dependência segundo a Escala de Lawton & Brody .....	63
4.2. Discussão dos resultados .....	65
V – Apresentação do Projeto “Gerações Solidárias”.....	70
5.1. Enquadramento – Construir uma sociedade humanizada.....	70
5.2. Missão.....	72
5.3. Logotipo.....	72
5.4. Objetivos do Projeto “Gerações Solidárias” .....	73

5.4.1. Objetivos gerais .....	73
5.4.2. Objetivos específicos .....	73
5.5. Atividades de Acompanhamento/ Ocupação dos tempos livres .....	74
5.6. Deveres dos voluntários .....	75
5.7. Atividades desenvolvidas .....	75
VI – Conclusão .....	77
VII – Bibliografia .....	79
VIII - Anexos.....	88
8.1. Anexo 1 – Inquérito por Questionário .....	88
8.2. Anexo 2 – Declaração de Divulgação – Padre João Sarrico .....	98
8.3. Anexo 3 - Declaração de Divulgação – Amílcar Raimundo .....	99
8.4. Anexo 4 - Declaração de Divulgação - Dulcília Sereno.....	100
8.5. Anexo 5 – Declaração de Consentimento Informado.....	101
8.6. Anexo 6 - Autorização de aplicação do Questionário Curto do Estado Mental	102
8.7. Anexo 7 - Autorização de aplicação da Escala de Katz .....	103
8.8. Anexo 8 - Autorização de aplicação da Escala de Lawton & Brody .....	104
8.9. Anexo 9 - Autorização de aplicação da Escala de Solidão.....	105
8.10. Anexo 10 - Autorização de aplicação da Escala de Suporte Social .....	106
8.11. Anexo 11 - Anexo 11 - Notícia Edição 251 O PONTO .....	107
8.12. Anexo 12 - Notícia Edição 261 O PONTO .....	108
8.13. Anexo 13 - Notícia JN 25-08-12 .....	109

## I- Introdução

O presente trabalho de investigação foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

Este estudo teve como objetivo principal contribuir para a avaliação das necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais. Esta avaliação pretende validar a pertinência do projeto Gerações Solidárias, do qual sou mentor e apresento no ponto cinco deste documento, na medida em que permite orientar e potencializar a intervenção do referido projeto.

Perante uma realidade local sem redes de suporte social formal no ramo da terceira idade, a presente dissertação procurou caracterizar a população idosa de Santo André de Vagos. Para além de outros aspetos como dados gerais, condições de habitabilidade e níveis de dependência, este trabalho de investigação procurou avaliar os níveis de solidão e de satisfação com o suporte social da população-alvo em estudo de forma a permitir validar a pertinência do projeto *Gerações Solidárias* nas suas medidas para o fortalecimento das redes de suporte social.

O projeto *Gerações Solidárias* pretende manter ativos os idosos, estimulando-os na rentabilização das suas capacidades. Este projeto de *apadrinhamento* de idosos não prevê apenas a promoção de relações verticais entre as gerações mas também que os próprios idosos, quando autónomos, possam ter um papel preponderante na identificação de situações de risco. Dentro da promoção do envelhecimento ativo, o próprio projeto desenvolve um plano de atividades que permitem, para além da interação social, o desenvolvimento e proteção das faculdades motoras, cognitivas e sociais.

Na obra de Quivy e Campenhoudt (1998), investigação surge-nos como algo que se procura num caminho de melhoramento do conhecimento aceitando como tal todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica.

O investigador deverá traçar um fio condutor elaborando uma questão de partida mesmo que, segundo Quivy e Campenhoudt (1998), pareça um pouco banal e que a reflexão do investigador não seja totalmente madura.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Na mesma obra, Quivy e Campenhoudt (1998, p. 32), pergunta de partida aparece exposta de forma muito interessante: “como um acampamento-base que os alpinistas constroem para prepararem a escalada de um cume e que abandonarão por outros acampamentos mais avançados até iniciarem o assalto final”.

Assim, foi adotada a seguinte pergunta de partida: Quais as necessidades biopsicossociais dos idosos de Santo André de Vagos e qual a pertinência do projeto Gerações Solidárias?

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p. 105), a problemática “é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados. Constitui uma etapa-charneira da investigação, entre a rutura e a construção”

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), num primeiro momento faz-se balanço das problemáticas possíveis, elucidam-se e comparam-se as suas características. Num segundo momento escolhe-se e explicita-se a sua própria problemática escolhe-se e explicita-se a sua própria problemática como conhecimento de causa. “Escolher é adotar um quadro teórico que convenha ao problema e sobre o qual se tenha um domínio suficiente” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 105).

Face ao supracitado, a problemática teórica que é referência deste trabalho passa por fazer o levantamento de necessidades reais dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos por ordem a aferir a pertinência do projeto “Gerações Solidárias” como meio de combate à solidão e à exclusão social.

Este trabalho académico de investigação encontra-se estruturado em 4 partes fundamentais: uma primeira parte de fundamentação teórica; uma segunda parte de apresentação da metodologia de trabalho; uma terceira parte por uma apresentação e discussão dos resultados de investigação; e por fim uma quarta parte de apresentação do projeto *Gerações Solidárias* relacionando-o com os dados revelados.

## II - Conteúdo teórico

### 2.1. Envelhecimento – Processo de Envelhecimento

O envelhecimento, na sociedade atual, é uma realidade inevitável, condicionado por uma maior longevidade.

É critério comum considerar as pessoas idosas como os homens e as mulheres com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, sendo a idade da reforma uma referência para a velhice, embora podendo ser variável, em função da profissão, país, sistema social ou cultura (Spar & La Rue, 2005). Para Paúl (2005), os sessenta e cinco anos deixaram de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, devido à existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

A partir da segunda metade do século XX, conforme refere Oliveira (2010), emergiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, denominado de envelhecimento demográfico.

Branco e Gonçalves (2000, *cit. in* Vaz, 2009) definem o envelhecimento demográfico pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento surge em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos.

Envelhecer, segundo Ermida (1999, *cit. in* Cabete, 2005), é um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Não sendo uma doença, o envelhecimento pode ser agravado por uma situação patológica.

O envelhecimento é um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos. Berger e Mailloux-Poirier (1995, *cit. in* Cabete, 2005) salientam várias teorias para explicar este fenómeno:

- Teoria imunitária: o sistema imunitário poderá deixar de reconhecer as

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

células do próprio organismo, gerando anticorpos contra si próprio; é chamada a teoria do relógio biológico interno que determinaria a caducidade do sistema;

- Teoria genética: o envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento, geneticamente programado;
- Teoria do erro na síntese proteica: erros na síntese proteica podem conduzir à existência de moléculas de ADN incompetentes para desempenhar o seu papel e deixam de funcionar;
- Teoria do desgaste: o organismo comporta-se como uma máquina onde componentes se deterioram com o uso traduzindo-se em défices de funcionamento e bloqueio;
- Teoria dos Radicais Livres: há envelhecimento celular em que os radicais livres de oxigénio sobre a célula originam deficiências ao nível do ADN;
- Teoria Neuro-endócrina: o sistema endócrino está programado para desenvolver hormonas que têm efeitos de envelhecimento no sistema neurológico.

No mesmo seguimento, Oliveira (2010) refere-se a um processo que devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas como repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo.

É importante distinguir entre o que é consequência do processo de envelhecimento e aquilo que é causado por processos patológicos, habituais nestas idades distinguindo-se assim padrões de envelhecimento. Pode abordar-se o envelhecimento primário, também chamado de senescência que, para Sequeira (2010), é caracterizado pelas mudanças corporais da idade, pelas alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem habitualmente no processo do envelhecimento. Lage (2007) acrescenta que este tipo de envelhecimento está relacionado com as mudanças intrínsecas ao processo que se apresentam como irreversíveis, progressivas e comuns a todas as pessoas.

Ao envelhecimento secundário pode dar-se o nome de senilidade. A senilidade, também caracterizada de envelhecimento patológico, é entendida como os danos à saúde associados com o tempo causados por doenças ou maus hábitos de saúde. Desta forma, este envelhecimento patológico ocorre devido aos efeitos do meio ambiente, de

traumatismos e de doenças (Figueiredo, 2007).

Há autores que ainda referem um envelhecimento terciário. Lage (2007) caracteriza-o pelo declínio terminal, por um grande período de perdas num tempo muito curto.

O envelhecimento não se resume só a perdas ou redução de funções, mas sim a um processo complexo, que difere de pessoa para pessoa, que envolve perdas e aquisições. As perdas desenvolvem-se num processo natural e as aquisições são consolidadas com base no conhecimento que cada um tem de si e pela estimulação do corpo e da mente (Santos, 2008).

Ricarte (2009) defende que esta etapa da vida implica aprendizagens, adaptações, participação e ajudas, pelo que é necessário encarar a vida de forma positiva, tentando resolver os problemas que vão surgindo, preservando a sua autonomia. É também diferencial, pois manifesta-se de maneira diferente de pessoa para pessoa e é variável nas formas, nos ritmos, nos efeitos e nas reações que provoca. Varia de sociedade para sociedade e de época para época.

O envelhecimento é então caracterizado por três categorias que são a biológica, psicológica e social.

A do envelhecimento biológico, que ocorre da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, que se denomina de senescência, onde se desenvolve um aumento gradual de doenças crónicas, que podem progredir para dependência, ou final de vida. O envelhecimento psicológico definido pela autorregulação do individuo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e o envelhecimento social, relacionado com os papéis sociais adaptados às expectativas da sociedade para os idosos (Paul, 2005, *cit. in* Grelha, 2009).

## **2.2. Funcionalidade – Necessidades de saúde dos idosos**

Envelhecer com saúde é o que todo o ser humano deseja. O envelhecimento saudável é um dos temas que se tem mostrado presente na maioria das discussões relativas à saúde dos idosos. O reconhecimento das necessidades de saúde dos idosos implica abordar-se a questão da funcionalidade.

O termo funcionalidade é definido como capacidade de determinar e executar Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), considerando-se as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. O termo incapacidade, em contraponto, abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação do convívio social (Cabral, 2003).

No domínio da funcionalidade, a mobilidade é um dos indicadores importantes para se avaliar a capacidade funcional dos idosos e envolve as atividades mais simples, como mover-se da cama para uma cadeira, caminhar pequenas e longas distâncias, subir e descer escadas, atividades estas que exigem uma grande amplitude articular, resistência, força e potência muscular (Cabral, 2003).

Estes termos determinam o estado de saúde de um indivíduo, deslocando-se a percepção negativa dos agravos à saúde para a visão pautada na preservação da autonomia e da independência. São conceitos utilizados atualmente após a criação, pela Organização Mundial de Saúde, da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF, 2004).

A funcionalidade ou a capacidade funcional tem um caráter multifatorial e, por norma, deve ser avaliada sobre os âmbitos físico, cognitivo e emocional. Está ligada às capacidades que o indivíduo revela para desempenhar o seu papel quotidiano e social. De acordo com a Classificação das Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (2004), a pessoa apresenta funcionalidade quando não tem restrição na participação, caso contrário torna-se incapacitada. Neste documento, que contém a CIF, a Organização Mundial de Saúde refez a noção de incapacidade ligada a um défice de funcionalidade e propôs novas abordagens que potenciam as pessoas dependentes, assim em vez de “deficiência” propõe “defície na funcionalidade”; em vez de

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

“incapacidade”, “restrição da atividade”; em vez de desvantagem, “restrição na participação”.

Assim, a pessoa idosa apresenta funcionalidade se tiver a capacidade para efetuar a higiene pessoal, para se vestir, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, alimentar-se, mover-se no interior e exterior do domicílio e efetuar escolhas (AVD), bem como a capacidade de limpar e lavar a casa, preparar refeições, gerir os medicamentos, manusear o dinheiro, utilizar o telefone, os transportes públicos ou particulares, resolver assuntos administrativos e decidir sobre os assuntos quotidianos e futuros (AIVD) (Cabral, 2003;CIF, 2004).

A idade avançada não constitui uma razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional. Na realidade, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas com o passar da idade. Associada a estas doenças, aparecem as incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia (Hogstel, Curry, & Walker, 2005).

A avaliação funcional do idoso deve ter um cariz multidimensional, uma vez que as alterações que surgem, à medida que se envelhece, dizem respeito a vários órgãos e sistemas, a mudanças no estilo de vida e a condicionantes socioeconómicos, estando frequentemente presentes determinadas doenças. Mediante uma avaliação multidimensional é possível a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e a contribuição para um plano de intervenção em que a ênfase seja posta na manutenção e/ou recuperação de capacidades. Assim, as áreas a avaliar devem ser as mais capazes de predizer a possibilidade dos indivíduos se manterem a viver independentes no seu domicílio, designadamente as capacidades funcional e locomotora, a mortalidade física e mental e aspetos socioeconómicos (Hogstel, Curry, & Walker, 2005).

A avaliação funcional compreende sempre uma interação entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam pessoas, regras, barreiras físicas ou limitações de tempo (Cabete, 2006).

Lawton e Brody (1995, *cit. in* Cabete, 2006) foram dos primeiros autores a trabalhar a questão do estado funcional da pessoa idosa, referindo-o como a interação entre dois conjuntos de variáveis: variáveis individuais, ou competências, e as variáveis ambientais (pressão exercida pelo meio envolvente). É nessa relação dinâmica que se verifica a funcionalidade da pessoa idosa, ou seja, a capacidade de se manter autónomo e ativo, num meio determinado.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

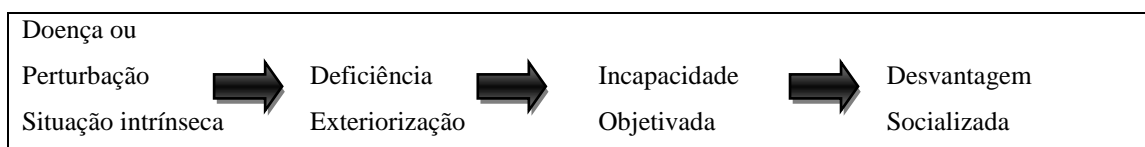
As competências individuais incluem a saúde física e a saúde mental, capacidades cognitivas, afetividade e qualidade de vida, autoeficácia e controlo de si e no meio; as variáveis ambientais incluem a habitação, o ambiente social, e as relações de vizinhança. É a relação entre as capacidades individuais e as exigências do meio que determina o estado funcional de cada indivíduo (Cabete, 2006).

Num outro nível, refira-se que a avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para se poder compreender a sua capacidade de autocuidado, não só no que diz respeito às AVD, como em relação a outras atividades mais complexas, como sejam as AIVD, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia da vida. A avaliação funcional permite também ter a noção do estado cognitivo do indivíduo, bem como da sua força física e destreza, uma vez que envolve capacidades como gerir o dinheiro, tomar medicação, ir às compras e alimentar-se entre outras (Costa, 2005).

Nesse contexto, surge a capacidade funcional como um novo paradigma de atenção à saúde da população idosa e uma importante ferramenta para o envelhecimento saudável.

Importa referir que, ao considerarem-se as manifestações patológicas, é habitual fazer-se referência ao conceito de doença relegando para segundo plano a quem os fenómenos patológicos afetam no seu todo. Com efeito, a doença interfere com a capacidade funcional do indivíduo desempenhar as funções e satisfazer as obrigações que dele se esperam. Ou seja, a pessoa doente é atingida na sua capacidade de desempenhar o seu papel social ou de manter o seu relacionamento habitual com os outros (Martins, 2006).

De acordo com a autora supracitada, quando a interação do indivíduo com o seu meio é afetada por uma incapacidade ou deficiência, causando-lhe prejuízos inequívocos, está-se perante uma desvantagem. Para se obter um perfil completo sobre o estado do indivíduo é, pois, necessário utilizar e analisar estas três dimensões do fenómeno causado pela doença (cf. Esquema 1).



Fonte: Martins (2002, p. 70).

Esquema 1 -Relação da doença com as dificuldades vividas pelo indivíduo

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Uma análise mais sumária dos fatores expostos no esquema 1 pode remeter para uma sequência linear, embora a relação destes fenómenos seja complexa.

Em suma, as atividades funcionais são aquelas identificadas por um indivíduo como essenciais à manutenção do seu bem-estar físico e psicológico, bem como para criação de um senso pessoal de uma vida significativa. Estas exigem a integração dos recursos cognitivos e efetivos com as habilidades motoras. Neste sentido, a atividade funcional e influencia a forma como é globalmente compreendido o envelhecimento (Martins, 2006).

### 2.3. Solidão – Realidade na terceira idade

A solidão é um fenómeno complexo, plurissignificativo e subjetivo, sobre o qual existem diversas abordagens teóricas e metodológicas que têm realçado distintas causas e manifestações da mesma (Teixeira, 2010).

Esta é uma ideia partilhada por Neto (2000) o qual menciona que, apesar de vários autores terem tentado definir o conceito solidão, não existe uma definição que seja mundialmente aceite pelos especialistas. Contudo, segundo Peplau e Perman (1982, cit. Por Neto (2000) nas definições conferidas à solidão sobressaem três aspetos comuns: (1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; (2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para a pessoa; (3) a solidão é o resultado de uma forma de relacionamento imperfeito.

Neto (2000) refere que têm sido identificadas várias formas de solidão relacionadas com os mais diversos sentimentos. Por exemplo, Weiss (1973), referenciado pelo mesmo autor, distinguiu a solidão social, a qual se refere ao estado em que uma pessoa se sente insatisfeita e solitária devido à falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas, da solidão emocional, sendo esta um estado em que a pessoa está insatisfeita e solitária por causa de uma relação pessoal e íntima, sendo esta última, de acordo com o mesmo autor, a forma mais dolorosa de isolamento. Neto (2000) salienta que a solidão emocional é experienciada por alguns idosos, sobretudo em situações em que os idosos não têm uma companhia íntima.

Fernandes (2007) também considera que a solidão, para alguns autores, tem sido estudada numa vertente unidimensional, ou seja, a solidão é tida como um todo e não como um estado influenciado por uma única variável, sendo a mesma subjetiva.

Um dos fatores que pode estar subjacente à solidão nos idosos tem a ver com a exclusão social, que é definida por Carvalho e Batista (2004, p.25) como “uma relação com um modo de vida dominante alargado às práticas sociais (...) no qual algumas camadas sociais não estão objetivamente integradas, ou do qual os mais desfavorecidos se sentem excluídos subjetivamente”.

Este conceito “oscila entre o défice e o excesso de sentido, refém (...) de uma sociedade que oscila entre o individualismo e o solidarismo, entre a ignorância, a indiferença e o sensacionalismo mediático” (Carvalho & Baptista, 2004, p.26)

Posto isto, pode referir-se que a exclusão constitui cada vez mais uma realidade para os idosos, que por vezes são vistos como obstáculo pela família e pela sociedade. Se outrora ser mais velho era visto como fonte de sabedoria e respeito, atualmente, para muitos, representam um estorvo na sociedade e no seio familiar. Hoje em dia as famílias, constituídas maioritariamente por duas pessoas ativas e uma ou duas crianças, não têm tempo para cuidar de uma pessoa idosa e prestar-lhes todos os cuidados que necessitam. Atualmente, os núcleos familiares são cada vez mais diminutos e desagregados o que faz com que não exista uma comunicação intergeracional profunda e intensa (Sousa et al., 2004).

Um motivo pelo qual os idosos são frequentemente marginalizados é pelo facto de já não constituírem uma fonte de rendimento e, pelo contrário, constituírem uma fonte de despesa. Como supostamente já não contribuem para a sociedade com o seu despenho quer profissional quer pessoal, já não têm direito a pertencer ao meio social. Como afirma Sousa et al. (2004), vigora uma sociedade sem tempo para respirar, em que a preocupação com a produtividade e a prosperidade económica fala mais alto remetendo os idosos para situações graves de solidão e exclusão.

Assim, a pessoa idosa é, na maior parte dos casos, rejeitada do sistema produtivo e socialmente desqualificada. As limitações económicas e físicas, a indisponibilidade da família, a perda de desempenho de papéis e a cessação da atividade fazem com que praticamente perca a sua identidade (Sousa et al., 2004).

Para alterar esta realidade, é necessário haver uma “mudança de mentalidades” e “comportamentos”, “acabar com os preconceitos” relativos aos idosos e continuar com a criação de respostas sociais aos problemas dos idosos. Além disso, é preciso “dinamizar a participação das pessoas idosas na vida familiar, social, cultural, económica e política” (Sousa et al., 2004).

Melo e Neto (2003, *cit. in* Teixeira, 2010, p. 5) salientam um outro fator, a satisfação com a vida, a qual “está negativamente ligada com a solidão”. Teixeira (2010) refere, na mesma página, que estudos empíricos têm comprovado que “as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida encontram-se habitualmente melhor adaptadas e libertas de patologias.”

Teixeira (2010) faz referência a um estudo sobre a solidão dos idosos desenvolvido por Savikko e colaboradores, em 2002, na Finlândia, com uma amostra de 3915 indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 75 anos. Os autores analisaram a prevalência da solidão e as atribuições causais de que essa solidão é alvo. Os seus

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

resultados demonstraram que 39% da amostra manifestava sentimentos de solidão, 5% sofria de solidão frequentemente ou sempre. Por sua vez, a sensação subjetiva de solidão era mais sentida entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais, comparativamente aos idosos que habitavam em grandes centros urbanos. Os autores concluíram igualmente que existem agentes considerados potencializadores de solidão: o fraco estado físico a nível funcional, a viuvez e baixos rendimentos. Referiram que as causas subjetivas mais comuns para os idosos sofrerem de solidão são as próprias doenças, a morte do companheiro e a falta dos amigos.

As conclusões obtidas por Savikko e colaboradores (2005), citados por Teixeira (2010), estão em conformidade com o postulado por Neto (1999), a reforma, a viuvez, e a diminuição de saúde privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas. Estes parecem constituir-se como os principais determinantes da solidão nos idosos.

Na obra de Teixeira (2010), faz-se também referência ao estudo realizado por Sequeira e Silva (2003), os quais investigaram os níveis de bem-estar de um grupo de idosos moradores no meio rural e identificar quais as variáveis mais importantes para o bem-estar dos mesmos. Os autores concluíram que os meios rurais têm tendência para um ambiente privilegiado de envelhecimento, na medida em que promovem as redes de relação, havendo um maior contacto e uma maior rede de vizinhança, resultando num maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Como tal, e face aos resultados apurados, Sequeira e Silva (2003) citados em Teixeira (2010) referem que nos meios rurais o nível de solidão propende a ser menor comparativamente aos meios urbanos.

No que se refere ao estado civil, Sequeira e Silva (2003) citados em Teixeira (2010) verificaram uma influência desta variável na solidão apresentada pelos idosos estudados, uma vez que registaram diferenças significativas entre casados e viúvos, tendo o grupo de idosos casados manifestado menor sentimentos de solidão, bem como avaliaram subjetivamente, de forma mais positiva, o ambiente e o apoio das redes sociais, culminando em níveis mais elevados de bem-estar do que os idosos viúvos.

Sequeira e Silva (2003) citados em Teixeira (2010) verificaram também que o grupo de idosos que referiram ter um contacto muito frequente com a família patenteava uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento do que o grupo de idosos que declarava ter pouco contacto com a família. Assim, concluíram que o facto de os idosos serem casados é uma variável preditora de bem-estar.

Na mesma linha, Russel (2004, *cit. in* Fernandes, 2007, p. 42) afirma que “a solidão é uma das queixas mais frequentes entre a população idosa. Isto resulta da saída dos filhos para o mercado de trabalho, com deslocação para uma cidade diferente, com a chegada da reforma e com a viuvez”. A autora citada acrescenta que as modificações operadas pela viuvez são diversas, entre as quais a nível pessoal, familiar, social, sendo difíceis de assimilar no momento dado o seu carácter cumulativo. Como tal, os idosos têm de se adaptar a uma nova realidade, implicando, por sua vez, um empreendimento por parte do idoso viúvo num processo de adaptação e compensação. Por este motivo, para muitos idosos a solidão que ocorre depois de enviuvarem é mais uma ameaça e, em muitos casos, resulta na institucionalização do idoso num lar.

Neste contexto, Neto (1999) refere que o maior trauma com que se confrontam as pessoas idosas é a morte de um cônjuge. No entanto, se estas pessoas idosas dispuserem de fortes redes de apoio social superam a perda com mais sucesso.

Neto (2000) considera que, na sociedade, é lugar-comum afirmar-se que as pessoas idosas são pessoas solitárias. Contudo, este cliché não se confirma quando as pessoas revelam a sua própria experiência de solidão. Como forma de explicitar esta afirmação, Neto (2000), referenciando Gutek, afirma que há, inclusive, uma tendência generalizada para a diminuição da solidão com o avançar da idade, ou seja, estes autores consideram que os idosos apresentam níveis mais baixos de solidão, ainda que o motivo para a sua redução, ao longo do ciclo da vida, ainda não esteja bem explorado, sendo este um aspeto que necessita de ser mais investigado.

Pimentel (2001, *cit. in* Fernandes, 2007, p. 46) refere que “as perdas de nível interpessoal têm uma importância primordial na vida dos idosos, pois muitas vezes condicionam todas as suas vivências posteriores, na medida em que podem criar sentimentos de solidão e de abandono, e pode levar a pessoa a questionar-se acerca da sua própria existência”. Há casos em que os idosos rejeitam participar em atividades com conotação de divertimento, dado que para eles a viuvez é um estado que prevê a privação voluntária ou, quanto muito, de uma participação passiva.

Neto (1999) refere que a solidão é igualmente evidenciada após a reforma, operando-se um declínio no padrão de vida e a perda de utilidade social. A reforma, para o mesmo autor, acarreta várias perdas, designadamente, a perda de rendimento, de prestígio, do sentido de competência e utilidade e é frequente haver a perda de alguns contactos sociais. Estas são algumas das razões implícitas ao isolamento social, à inatividade e à depressão. A reforma, na maioria das vezes, tem implicações em termos

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

económicos, originando no idoso uma quebra no rendimento, o que pode resultar num sentimento de privação de importância e de utilidade, influenciando a sua autoestima e o seu bem-estar.

Um outro fator, considerado como potenciador de solidão no idoso, segundo Ussel et al. (2001), tem a ver com o grupo de amigos, que se assume de extrema relevância nesta etapa da vida. Refere-se também a saída dos filhos de casa, passando muitos deles a visitar os pais esporadicamente. Contribui igualmente para a solidão no idoso, segundo os mesmos autores, o facto de, em alguns casos, os idosos já não terem o cônjuge para partilhar os acontecimentos quotidianos. Quando os dias parecem ser todos iguais, quando não têm uma atividade profissional para desempenhar, o grupo de amigos é de facto importante. Nestes casos, os vizinhos e os amigos mais próximos são as pessoas com as quais o idoso convive e desabafa, desenvolve atividades lúdicas e partilha experiências, conhecimentos, sentimentos de tristeza ou de alegria. Porém, também estas redes sociais nem sempre estão disponíveis. Neste sentido, os idosos tendem a envolver-se menos e a desvincular-se socialmente.

O processo de envelhecimento tende a acompanhar-se de uma perda de número de amigos, que se reflete num empobrecimento das relações sociais, sendo este um fenómeno mais notório nas grandes áreas urbanas. Nas pequenas áreas rurais, ainda na opinião do mesmo autor, os vínculos sociais tendem a conservar-se, possivelmente por haver encontros casuais diários entre as pessoas, os quais favorecem a troca de informação e promovem, muitas vezes, apoio mútuo. Quando as relações sociais são quase nulas, surge o tempo morto, as experiências não partilhadas, o silêncio... instalando-se no idoso um enorme sentimento de solidão, do qual nunca ou dificilmente sairá (Ussel et al., 2001).

## **2.4. Suporte social**

### **2.4.1. Redes de suporte formais**

Como forma de se demonstrar a orgânica das instituições de apoio formal ao idoso, apresenta-se a sua caracterização e a sua estrutura, bem como os pressupostos legais que as suportam.

O Serviço Apoio Domiciliário (SAD), refere-se à equipa que vai a casa das pessoas, utentes ou famílias quando estas não possuem capacidades para cuidar de si ou das tarefas domésticas. Ajudam a arrumar e limpar a casa, fazer e/ou deixar as refeições, tratar das roupas, cuidar da higiene pessoal, acompanhar ao exterior, adquirir géneros alimentícios e outros, e fazem pequenas reparações na casa. Tem como objetivos: melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; garantir cuidados físicos e apoio psicológico e social; ajudar nas tarefas básicas do dia-a-dia, como fazer compras, limpar a casa, cozinhar as refeições e tratamento de roupa; incentivar as relações familiares; colaborar e/ou assegurar o acesso a cuidados de saúde; evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições; prevenir situações de dependência, e promover a autonomia (Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de Setembro; Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março; Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro; Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril; Circular normativa n.º 3, de 97/05/02 da Ex - Direção Geral da Ação Social; Circular normativa n.º 7, de 97/08/14 da Ex - Direção Geral da Ação Social).

Fazem parte também dos apoios formais os Centros de Dia, que consistem em estabelecimentos que funcionam durante o dia e que prestam vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar, cujos objetivos são os seguintes: atender às necessidades dos utentes; estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover as relações pessoais e entre as gerações; permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro; evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições; prevenir situações de dependência e promover a autonomia (Decreto-Lei n.º 99/2011 de 28, de setembro; Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março; Despacho do MESS de 03/08/1993; Circular normativa n.º 3, de 97/05/02; Circular normativa n.º 7, de 97/08/14).

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Por sua vez, as Residência para Pessoas Idosas caracterizam-se por ser apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas com autonomia total ou parcial. Estas cedem alojamento temporário ou permanente; garantem às pessoas idosas uma vida confortável num ambiente calmo e humanizado; prestam serviços adequados às necessidades das pessoas idosas; estabilizam ou retardam as consequências desagradáveis do envelhecimento; preservam e incentivam as relações familiares (Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro; Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro; Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março; Despacho Normativo n.º 30/2006, de 8 de maio; Despacho Normativo n.º 12/98 de 25, de fevereiro).

Quanto aos Lares de Idosos, estes consistem em estabelecimentos que visam o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em situação de risco, perda da sua independência ou autonomia. A Estrutura orgânica do Lar e Residência, de acordo com o Diário da República – I série B 47/98, Despacho Normativo n.º 12/98, é a seguinte:

“1 — O lar é composto por áreas funcionais que constituem a estrutura orgânica do edifício, entendendo-se por áreas funcionais o conjunto de compartimentos e espaços necessários para realizar determinadas funções específicas, devidamente articuladas entre si, por forma a possibilitar o bom funcionamento do lar.

2 — As áreas funcionais a prever são:

*a) Área de acesso; b) Área de direção e dos serviços administrativos; c) Área das instalações para o pessoal; d) Área de convívio e de atividades; e) Área de refeições; f) Área de serviços; g) Área de quartos; h) Área de serviços de saúde; i) Área de serviços de apoio.*

3 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades no estabelecimento e o seu dimensionamento, bem como as condições a observar nos projetos de especialidades, estão sintetizados e sistematizados nas fichas constantes do anexo I ao presente despacho e que dele faz parte integrante.”

Esta infraestrutura de apoio formal ao idoso objetiva acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não lhes permita viver em casa; prestar os cuidados adequados à satisfação das necessidades dos utentes, tendo em vista a manutenção da sua autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família; preservar e incentivar as relações familiares; encaminhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação (Despacho

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro; Despacho n.º 7837/2002, de 16 de abril; Despacho n.º 9400/2001 do SESSS, 4 de maio de 2001; Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro; Despacho do MESS de 03/08/1993; Circular normativa n.º 3, de 97/05/02 da Ex - Direção Geral da Ação Social; Circular normativa n.º 7, de 97/08/14 da Ex - Direção Geral da Ação Social).

Foram definidos pelo Estado alguns princípios orientadores que regulam o funcionamento, orgânica e estruturamento das referidas organizações e são eles: administrar gradualmente o número de idosos por lar; garantir a privacidade do idoso; melhorar a qualidade dos serviços prestados através da formação do pessoal admitido, no sentido de proporcionar aos idosos que necessitam desses serviços, um atendimento de qualidade.

De uma forma geral, as valências de Centro de Dia, Residência e Lar asseguram, entre outros, os seguintes serviços: refeições; convívio/ocupação; cuidados de higiene; tratamento de roupas e férias organizadas. No caso do Centro de Dia assegura ainda a higiene habitacional.

Salienta-se que, quando a capacidade funcional da pessoa idosa se encontra comprometida, esta pode procurar auxílio de terceiros em cinco tipos de instituições (Figueiredo, 2007, p. 93):

- Os serviços formais ao domicílio, que compreendem uma diversidade de tarefas (cuidados de higiene e conforto, confeção e distribuição de refeições, higiene da habitação, apoio de saúde, companhia, acompanhamento ao exterior, etc.) cujas atividades são remuneradas;
- Hospitais que cumprem as funções de acolhimento e tratamento da doença, mas raramente incluem unidades geriátricas especializadas em doenças crónicas e outras dependências;
- Lares de idosos, que promovem o alojamento coletivo temporário ou permanente;
- A família, onde a prestação de cuidados é realizada por um dos seus membros (conjugue, descendente ou outro parente, ou mesmo em articulação com vários elementos);
- Prestação informal de cuidados por parte de vizinhos, amigos, entre outros.

A prestação de cuidados formais é habitualmente executada por profissionais, devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais...), os quais contam com uma preparação específica para o desempenho deste papel integrado no âmbito de uma atividade profissional com competências próprias. Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados em hospitais, lares, instituições comunitárias, entre outros (Sequeira, 2007).

#### **2.4.2. Redes de suporte informais**

Em termos de apoio aos idosos, surgem igualmente as “redes de apoio ou suporte informal que incluem quer as estruturas da vida social, como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares, quer funções explícitas, instrumentais ou sócio-afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença” (Paúl, 2008, p. 277).

Neste sentido importa falar de cuidadores informais. Os cuidadores informais são então “elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos colegas...) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, p. 53).

A discussão sobre as potencialidades das redes informais é atualmente muito pertinente. A maior parte dos cuidados prestados na comunidade é ministrada por familiares, amigos e vizinhos, apesar das alterações que ocorreram na sociedade e consequentes repercussões ao nível socioeconómico e familiar.

O desenvolvimento industrial e a consequente concentração urbana resultaram, na maioria dos casos, numa separação geográfica e social entre gerações. O modelo dominante da família tradicional, em que cabia ao homem o sustento da família enquanto a mulher se dedicava às tarefas domésticas, cuidar dos filhos e dos familiares doentes ou idosos, sofreu profundas alterações. Estas ocorreram, em parte, dada a crescente entrada da mulher no mercado de trabalho, pelo que as redes de suporte ao indivíduo dependente são de extrema importância. Apesar destas alterações, Pimentel (2005) afirma que a sociedade portuguesa continua a caracterizar-se pela existência de fortes laços de solidariedade familiar e comunitária onde “a pressão social funciona, muitas vezes, como garante da prossecução de determinados tipos de ajuda, em particular quando estas implicam alterações na organização e no equilíbrio familiar e

envolvem um esforço significativo em termos materiais, de trabalho e de disponibilidade de tempo” (Pimentel, 2005, p. 27)

Esta rede, além de se encontrar mais próxima das pessoas, conhece melhor as suas necessidades e limitações, daí ser fundamental no apoio ao idoso com dependência. A rede informal é intensa, embora não deixe de ser influenciada pelo tipo de família, proximidade da residência, número de descendentes e existência de filhas, entre outros.

O apoio social refere-se, conforme a autora supracitada, essencialmente a três medidas: 1) a integração social, isto é, a frequência de contactos com os outros; 2) o apoio recebido que corresponde à quantidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede; 3) o apoio percebido. As medidas de apoio estrutural que se referem à existência e conexão entre os laços sociais são, por norma, preferidas por sociólogos enquanto as medidas de apoio funcional que avaliam as funções específicas que essas relações servem são a opção dos psicólogos.

O apoio percebido tem a ver com a crença de que os outros significativos podem auxiliar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido reforça ou não a crença (Krause, 2001, *cit. in* Paúl, 2008). Ainda que existam várias medidas de apoio social, as medidas de apoio percebido são as que aprecem traduzir um efeito mais forte e consistente na saúde e no bem-estar dos mais velhos (Norris & Kaniasty, *cit. por* Paúl, 2008).

“O papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito protetor de evitar o stresse ou o efeito de ‘almofada’ que amortece o stresse associado ao envelhecimento” (Paúl, 2008, p, 278).

Pimentel e Albuquerque (2010, p. 253) abordam a questão das “teses familiaristas” a partir de duas premissas: “em primeiro lugar, a agregação entre uma lógica de querer assegurar apoio e a de poder efetivamente assegurá-lo; em segundo lugar, a equivalência funcional entre o suporte efetivado pela família e aquele que seria garantido pelas instâncias públicas”.

Assim sendo, é relevante perceber se as redes primárias têm efetivamente possibilidade para prover o bem-estar necessário aos seus elementos, se têm capacidade para suportar mais encargos, se é aceitável exigir-lhes novos reajustamentos e, principalmente, conhecer as implicações desses reajustes para as famílias e para as estruturas em que elas se inserem. Na verdade, “as famílias portuguesas veem-se confrontadas com uma dupla escassez de recursos: por um lado, a provisão de bem-estar fornecida pelo sistema estatal é francamente insuficiente e, por outro lado, a capacidade

de encontrar respostas no interior da sua rede de relações tende a ser cada vez mais reduzida” (Hespanha & Portugal, 2002, *cit. in* Pimentel & Albuquerque, 2010, p. 253).

Esta crescente incapacidade de resposta, no seio das redes primárias, prende-se, de acordo com inúmeros autores, com fatores amplamente interligados a tendências recentes no domínio dos valores e dos comportamentos demográficos. A fragmentação familiar associada à diminuição do número de casamentos e ao acréscimo das uniões livres, assim como ao aumento das taxas de divórcio e de reconstituição familiar; a diminuição de potenciais efetivos disponíveis para integrarem as redes de apoio, resultante do decréscimo da fecundidade e da natalidade; a diminuição do tempo disponível para os cuidados, decorrente das elevadas taxas de atividade laboral e da valorização da carreira profissional por parte dos adultos de ambos os sexos; a redefinição dos papéis de género, associada a uma vivência menos tradicional da conjugalidade e a uma recusa das mulheres em restringirem a sua esfera de ação e de realização ao espaço doméstico, são alguns dos fatores que provocam alterações profundas na estrutura e na morfologia das famílias e que têm implicações na disponibilidade destas para prover os cuidados de que os seus elementos mais dependentes necessitam (Pimentel & Albuquerque, 2010).

Contudo, as autoras supracitadas, fazendo referência a Vasconcelos (2005), alertam para o facto de não se poder deixar de realçar a ambivalência que se cria neste domínio quando, a par de todos estes condicionalismos, as investigações no âmbito das representações sociais acerca das solidariedades primárias fortalecem o pressuposto explícito de que as famílias devem assumir um papel importante na provisão de bem-estar social. Pimentel e Albuquerque (2010, p. 254) acrescentam que “as solidariedades familiares não podem substituir as solidariedades públicas, com as quais aliás sempre coexistiram no contexto português, uma vez que são de naturezas distintas”. Neste sentido, reforçam fraseando Attias-Donfut (1995), “a solidariedade pública e a solidariedade familiar consubstanciam um movimento circular e sinérgico entre gerações, tradutor de uma lógica de complementaridade e não de concorrência ou exclusividade”.

Em Portugal, o papel de cuidar do idoso é remetido, histórica e culturalmente, para a esfera familiar – apoio primário e/ou informal – o que está na base do que se convencionou chamar de “sociedade providência”, continuando a estar extramente enraizada, principalmente nas comunidades rurais do interior norte do país, onde o sentido de obrigação para com os familiares mais idosos continua a constituir-se como

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

“um padrão ético e comunitário fortemente partilhado” (Pimentel & Albuquerque, 2010, p. 256).

## 2.5. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento do indivíduo é uma realidade cada vez mais frequente, pelo que as alterações demográficas causadas por estas transformações impõem esforços económicos e sociais mais intensos. Não importa só prolongar a vida dos indivíduos, mas sim fomentar um envelhecimento mais saudável e bem-sucedido possível.

Pensar sobre qualidade de vida e bem-estar social em idade avançada implica perspetivar este conceito não como algo atingido e inflexível, mas antes como um processo social, económico, cultural e psicológico. Não tem sido fácil definir o conceito de envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente, pela dificuldade em conceptualizar o processo de envelhecimento e o próprio conceito de idoso.

O conceito de Envelhecimento Ativo e bem-sucedido foi criado 1997 pela Organização Mundial da Saúde [OMS] (2002), e define-se como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas forem envelhecendo”. Pretende ser mais abrangente, alongando-se para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos, sociais e ambientais integrados num modelo multidimensional. Desta forma, esta noção tem por base permitir que os idosos permaneçam integrados e motivados na sua vida laboral e social.

Na *Encyclopedia of Aging*, Palmore (1995, p.914) propõe uma definição compreensiva de envelhecimento bem-sucedido que “combinaria sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de incapacidades), e satisfação com a vida (felicidade)”.

Jones e Rose (2005) salientam que Havighurst, em 1961, associou ao conceito de “*successful aging*” termos como: dar “vida aos anos” e extrair “satisfação da vida”. Acrescentam, ainda, que o envelhecimento bem-sucedido não se inicia com a idade da reforma mas é consequência do longo percurso de vida de cada indivíduo.

Para Martins (2007), o envelhecimento bem-sucedido dependerá da inclusão das determinantes biológicas, psicológicas e sociológicas do processo de envelhecimento. Considera que a inclusão dos fatores genéticos, do envolvimento pessoal e social, dos comportamentos, do estilo de vida, da adaptabilidade, das atitudes, de certas características da personalidade e, igualmente, do suporte social serão os aspetos fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido.

Para Rowe e Kahn (1999, *cit. in* Simões, 2006, p.141), o envelhecimento bem-sucedido baseia-se “num conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental”. Segundo estes autores, existem três aspetos fundamentais a ter em conta num envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doenças ou incapacidades, um elevado funcionamento físico e mental e, por último, um empenho ativo na vida. Deste modo, atingir um envelhecimento bem-sucedido depende essencialmente de cada pessoa.

Também Riley (1993, *cit. in* Pestana, 2003) encontra como solução formal para permitir um envelhecimento bem-sucedido a mudança das estruturas sociais. De acordo com o mesmo autor “numa futura revolução estrutural, a alteração de instituições e normas poderá permitir a pessoas de todas as idades entrar e sair do ensino, mudar de empregos ou começar novas carreiras, e intervalar o lazer com outras atividades ao longo de toda a vida” (p.89) (cf. Imagem 1).



**Imagem 1:** Tipos de Estruturas Sociais em referência à idade

Fonte: Riley (1993) adaptado por Pestana (2003, p.89)

Poder-se-á dizer que as teorias do envelhecimento bem-sucedido veem o indivíduo como proactivo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

De forma mais abrangente reconhece-se a relevância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas. Esta enfatiza o comprometimento das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos vários parâmetros que compõem o seu quotidiano.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Para falarmos de envelhecimento saudável, é necessário pensar na interação de múltiplos fatores, de entre eles: saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica, entre outros.

Desde a década de 1980 há diversas ações internacionais que valorizam a possibilidade de se tomar o envelhecimento como processo positivo, pensado como um momento da vida para se exercer bem-estar, prazer e qualidade de vida de forma a elevar o estatuto social da pessoa idosa e a crença nas suas potencialidades, promovendo qualidade de vida e bem-estar (Milheiro, 2012).

Em 1982 realizou-se a I Assembleia da ONU sobre o Envelhecimento em Viena. Daqui saiu o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de onde saíram 66 recomendações referentes a sete áreas: (i) saúde e nutrição; (ii) proteção ao consumidor idoso; (iii) habitação e meio ambiente; (iv) bem-estar social; (v) assistência social; (vi) trabalho e educação e (vii) família.

Em 1990, é criado na UE o Observatório Europeu do Envelhecimento e dos Idosos que define quatro áreas-chave de atuação: (i) a questão da idade e do emprego; (ii) os rendimentos e os padrões de vida; (iii) os cuidados de saúde e sociais e (iv) a integração social.

Em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou o Principio das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas, enumerando 18 direitos relativamente a: (i) independência; (ii) participação; (iii) cuidado; (iv) autorrealização e (v) dignidade.

No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação sobre o Envelhecimento.

Em 1993, decorre o Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre as Gerações, cuja preocupação chave se centrou na discriminação etária contra os trabalhadores idosos na UE.

Em 1999, celebra-se o Ano Internacional dos Idosos, baseado no tema “Uma sociedade para todas as Idades” de onde resulta o comunicado da Comissão Europeia com as seguintes preocupações: (i) a necessidade de se integrar, na gestão dos recursos humanos das empresas e nas políticas sociais dos Governos; (ii) a promoção da aprendizagem ao longo da vida, assim como a criação de novas oportunidades que contrariem a saída antecipada do mercado de trabalho pelos trabalhadores mais velhos e (iii) a necessidade de proporcionar maiores garantias ao nível dos sistemas de segurança

social através da implementação de taxas de atividade e emprego mais elevadas e de medidas de proteção social que respondam eficazmente às evoluções demográficas.

Em 2002, realizou-se em Madrid a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. Pretendendo desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI, a Assembleia adotou um Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. O Plano de Ação pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI. As suas orientações dão prioridade à pessoa idosa e ao desenvolvimento, promoção da saúde e o bem-estar na velhice, e a criação de um ambiente propício e favorável, tendo sido produzidos 35 objetivos e 239 recomendações. Com novidade, esta sugere parcerias com a sociedade civil e o sector privado.

O Parlamento Europeu aprovou o ano de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, visando chamar a atenção para a importância do contributo dos idosos para a sociedade e incentivar os responsáveis políticos e todas as partes interessadas a tomarem medidas para criar as condições necessárias ao envelhecimento ativo e ao reforço da solidariedade entre as gerações (Silva, 2008).

Tem vindo a ser, gradualmente, visível o surgimento de projetos que visam a intergeracionalidade e a promoção de um envelhecimento bem-sucedido, como consequência da dinâmica de diferentes fatores, tais como as transformações na estrutura familiar, o aumento da esperança média de vida e a necessidade de jovens e menos jovens contribuírem para a comunidade onde se encontram incluídos.

Em Portugal, como verificado em Milheiro (2012), são vários os projetos desenvolvidos em prol dos mais velhos. A Rede Global das Cidades Amigas dos Idosos é uma estrutura implementada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, como resposta ao rápido envelhecimento da população mundial. Esta ideia é promovida pela Associação Valorização Internacional e Desenvolvimento Ativo (VIDA), cuja finalidade principal é sensibilizar para o conceito apresentado e ainda verificar, em conjunto com instituições parceiras no projeto, a “amigabilidade” das cidades portuguesas. Para esse propósito, e através do Project cIDADES<sup>1</sup>, são verificadas as

---

<sup>1</sup> O conceito de “**Cidade Amiga dos Idosos**” foi concebido pela Organização Mundial da Saúde que, em 2005, lançou o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, posteriormente traduzido para português pela Fundação Gulbenkian. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços, de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas, com diferentes necessidades e capacidades.

condições dos munícipes idosos no que concerne a diversas áreas: (i) espaços exteriores e edifícios; (ii) transportes; (iii) habitação; (iv) participação social; (v) respeito e inclusão social; (vi) participação cívica e emprego; (vii) comunicação e informação; e (viii) serviços comunitários e de saúde (S.A., 2009).

Outros programas, como revela Milheiro (2012), mesmo que não em todos os distritos vão emergindo da necessidade de repensar estratégias e práticas relacionadas com o enquadramento que o envelhecimento tem tido, são eles: a Comissão Proteção dos Idosos, o Observatório Gerontológico Municipal em Lisboa, a elaboração do Guia de Lisboa para a Idade Maior, a criação das Universidades Seniores, o Programa Praia, Campo Sénior, os serviços de Tele Assistência, o cartão “RailPlus”, onde a CP, no seu serviço internacional, oferece a todas as pessoas, com mais de 60 anos, a possibilidade de adquirirem o cartão “RAIL EUROPE PLUS SENIOR”.

O Programa Integrado de Policiamento de Proximidade (PIPP, Relatório Anual de Segurança Interna, 2012) que agregou projetos, como o Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança e o Programa Comércio Seguro, integrando-os numa estratégia global com maior enfoque na prevenção da criminalidade. O objetivo é a prevenção da violência doméstica, apoio às vítimas de crime e acompanhamento pós-vitimação e identificação de problemas que possam interferir na situação de segurança dos cidadãos. Este programa promove a divulgação/informação de ações de sensibilização em articulação com o Ministério Público, Polícia Municipal e Polícia de Segurança Pública.

Também o Instituto da Segurança Social tem tido a preocupação de intervir ao nível das políticas sociais procurando integrar estes novos conceitos nos programas que elabora, intervindo a vários níveis:

- Políticas de Proteção Social: através do Complemento Solidário para Idosos<sup>2</sup> e do Complemento por Dependência<sup>3</sup>;
- Políticas à Participação e Promoção dos Idosos: no apoio à criação das Universidades Seniores, Voluntariado Sénior, e Programa Inatel;
- Políticas na Qualidade das Respostas Sociais e qualidade nos cuidados prestados: através da criação de Planos Gerontológicos, a utilização da teleassistência, investimento através do Programa PARES (Programa de Alargamento da Rede de

---

<sup>2</sup>O **Complemento Solidário para Idosos** é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com poucos recursos. É uma prestação complementar à pensão que o idoso já recebe. Ver Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de Dezembro.

<sup>3</sup>O **Complemento por Dependência** é um apoio em dinheiro para pessoas em situação de dependência que não podendo praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana precisam da assistência de outrem. Ver Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Equipamento Sociais<sup>4</sup>) e do PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos<sup>5</sup>), e a criação de Manuais da Qualidade da Segurança Social de forma a garantir aos cidadãos após os 65 anos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades.

O objetivo do manual da Qualidade da Segurança Social de acordo com o Instituto da Segurança Social [ISS] (2011) é “ ser um instrumento de diferenciação positiva das respostas sociais, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados; ser um instrumento de autoavaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o desempenho da organização, as oportunidades de melhoria e a ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem; apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento, nomeadamente através de:

- Melhoria da eficiência e a eficácia dos seus processos;
- Maior grau de participação dos clientes nos serviços que lhes são destinados;
- Maior dinamização e efetivação da participação da família no âmbito da resposta social;
- Aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, colaboradores, fornecedores, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade em geral.

A ênfase já não é posta apenas no facto de a ciência poder possibilitar o prolongamento da esperança de vida, mas antes no aumento do bem-estar e na qualidade da forma como são vividos os últimos anos da velhice, tentando que as pessoas se preparem de forma efetiva para viver esses anos da melhor maneira possível. As políticas e os programas que têm surgido visando atender à heterogeneidade das novas necessidades e interesses dos idosos, exigem condições propícias e práticas inovadoras e alternativas perante situações concretas e em mudança que sustentem um envelhecimento bem-sucedido.

---

<sup>4</sup>O **Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais** (PARES) tem como objetivo a ampliação da Rede de Equipamentos Sociais, constituindo-se como um dos pilares da estratégia de desenvolvimento integrado das políticas sociais do país. Este é um fator determinante do bem-estar e da melhoria das condições de vida dos cidadãos e das famílias. Ver Portaria n.º 426/2006, de 2 de Maio.

<sup>5</sup> O **PAII** é caracterizado por um conjunto de medidas inovadoras que visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projetos de desenvolvimento central e a nível local. Ver Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, Diário da República n.º 166, II Série, de 20 de Julho de 1994.

### **III – Metodologia Científica**

#### **3.1. Método Científico**

Em todo e qualquer trabalho de investigação a metodologia adotada vai constituir a base de toda a produção científica e de todos os resultados. Bravo (1992) define método como um procedimento de atuação geral com base no conhecimento científico. Desta forma, Bravo (1992, p. 20) refere que método científico “consiste em formular questões sobre a realidade, o mundo e o ser humano, baseando-se em observações da realidade e teorias já existentes, em antecipar soluções para problemas e contrastá-los com a mesma realidade, mediante a observação de casos, a classificação e sua análise”.

A metodologia científica assegura de forma indiscutível “a fiabilidade e qualidade dos resultados de investigação” (Fortin, 2000, p. 102).

Todo o trabalho de pesquisa deve ter uma base metodológica científica que permita a organização crítica das práticas de investigação, no entanto, essa não deve ser reduzida aos métodos e técnicas. A investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos, na disciplina a que diz respeito, e facilitar o desenvolvimento desta ciência.

O conhecimento adquire-se de muitas formas, mas na perspectiva de Fortin (2000), de todos os métodos de aquisição de conhecimentos a investigação científica é o mais rigoroso e aceitável uma vez que assenta num processo racional dotado de um poder de escrita e explicativo dos factos e dos fenómenos.

Segundo Polit e Hungler (1995), a metodologia em investigação consiste na determinação das etapas, procedimentos e estratégias utilizadas para a reunião e análises de dados.

É através da metodologia que se estuda, descreve e explica os métodos que se vão aplicar ao longo do trabalho, de forma a sistematizar os procedimentos adotados durante as várias etapas, procurando garantir a validade e fidelidade dos resultados. A metodologia tem como objetivo analisar as características dos vários métodos disponíveis, observando as suas vantagens e desvantagens.

De acordo com Fortin (2000) o estilo da pesquisa adotada e os métodos de recolha de informação selecionados dependem da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter.

Na fase metodológica deve-se operacionalizar o estudo, isto é: precisar o tipo de estudo, que no caso concreto o estudo optou pela metodologia quantitativa. A investigação quantitativa apresenta como objetivos a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação mostra-se geralmente apropriado quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população. Usa medidas numéricas, mediante uma rigorosa recolha de dados, ou procura padrões numéricos relacionados com conceitos. A escolha desta metodologia deve-se ao facto de esta nos permitir a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Dado a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis, este tipo de metodologia mostrava-se apropriado para os objetivos propostos.

### **3.2. Objetivo de estudo**

Pode afirmar-se que o objetivo de estudo é o porquê de se realizar uma investigação. Fortin (2000, p. 100) refere que “o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação, segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

#### **3.2.1. Objetivo geral**

- ✓ Caracterizar os idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro simples de necessidades reais biopsicossociais: caracterização geral do idoso, condições de habitabilidade, redes de suporte, graus de dependências, nível de solidão e nível de satisfação com o suporte social.

#### **3.2.2. Objetivos específicos**

- ✓ Avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária;

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

- ✓ Avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade;
- ✓ Avaliar psicometricamente o grau de solidão no idoso;
- ✓ Avaliar a percepção do suporte social: dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida;
- ✓ Refletir a importância e congruência do projeto Gerações Solidárias tendo em conta dos dados obtidos.

### 3.3. Amostra

A amostra é de conveniência, isto é, baseia-se no pressuposto de uma maior acessibilidade dos elementos que constituem a população alvo para responderem aos inquéritos (cf. Reis et al, 1997). Assim sendo, a minha amostra foi selecionada tendo em conta a maior facilidade de acesso aos inquiridos.

A amostra deste trabalho de investigação científica é constituída por um grupo de idosos da freguesia de Santo André de Vagos. Para a análise estatística dos dados recolhidos sobre a população-alvo recorreu-se à ferramenta Microsoft Excel.

A escolha da amostra centrou-se no facto de que sendo da freguesia em questão, e estando envolvido em diversas causas sociais e culturais, seria mais fácil o acesso aos inquiridos. Para além de que, na ausência de redes de suporte sociais formais e com a necessidade de avaliar a pertinência do projeto Gerações Solidárias seria pertinente estudar a realidade.

Relativamente às questões geográficas e demográficas, podemos verificar que, a freguesia de Santo André de Vagos, local sobre o qual incide a investigação de mestrado e do próprio projeto de voluntariado social, é uma freguesia portuguesa do concelho de Vagos, situada no Distrito de Aveiro, região Centro e sub-região do Baixo Vouga, com 12,44 km<sup>2</sup> de área e 2 033 habitantes (2011). Densidade: 163,4 hab/km<sup>2</sup>. É uma freguesia, com posição central no concelho de Vagos, limitada a norte pela união de freguesias de Santo António e Vagos, a este pela freguesia de Ouca, a sul pela freguesia de Calvão e pela união de freguesias de Ponte de Vagos e Santa Catarina e a oeste pela freguesia da Gafanha da Boa-Hora.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

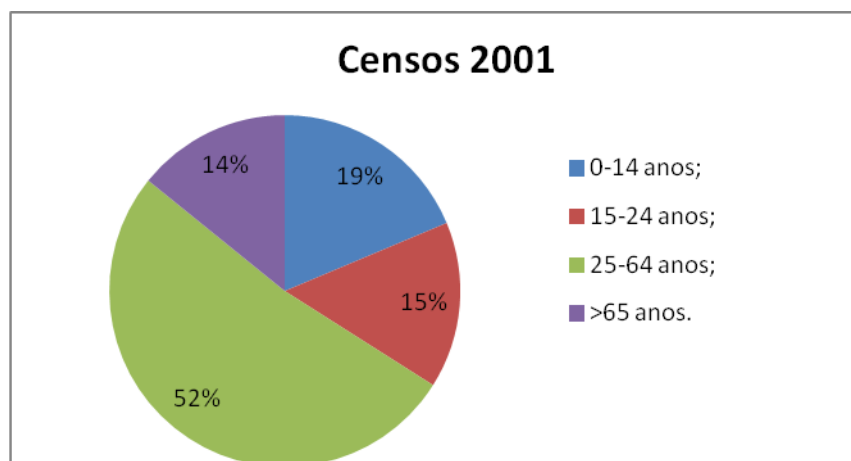
### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Dados da Instituto Nacional de Estatística (2001 e 2011), permitem-nos analisar a evolução dos grupos etários e a sua tendência, e refletem uma preocupação crescente que valida a importância do projeto Gerações Solidárias em causa neste trabalho científico. Através da análise dos seguintes gráficos, podemos perceber que a população de Santo André de Vagos ainda não é na sua maioria envelhecida, mas percebemos, face à tendência global, da diminuição das taxas de natalidade, que caminhamos para um quadro de pirâmide invertida. Assim sendo, é neste ponto de viragem que é pertinente integrar e implementar programas sustentáveis de promoção da saúde.

Censos 2001	
Escalões Etários	Nº de Indivíduos
0-14 anos;	383
15-24 anos;	314
25-64 anos;	1063
>65 anos.	291
TOTAL	2051

**Quadro 1** – Quadro de indivíduos residentes em Santo André de Vagos por grupo etário

Fonte: INE, Censos 2001



**Imagem 2** – Gráfico de percentagens de indivíduos residentes em Santo André de Vagos por grupo etário

Fonte: INE, Censos 2001

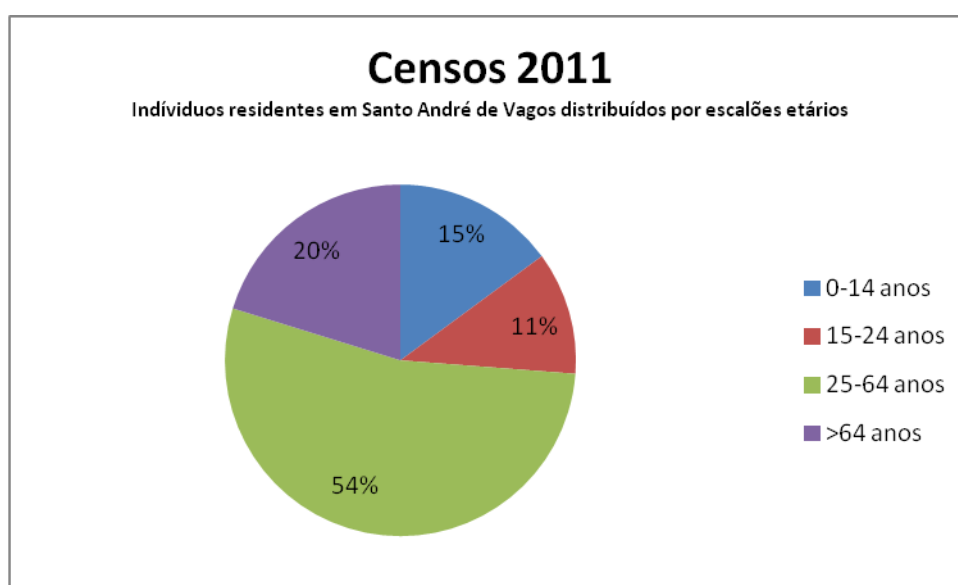
## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Censos 2011	
Escalões Etários	Nº de Indivíduos
0-14 anos;	303
15-24 anos;	230
25-64 anos;	1089
>65 anos.	411
TOTAL	2033

**Quadro 2** – Quadro de indivíduos residentes em Santo André de Vagos por grupo etário

Fonte: INE, Censos 2011



**Imagem 3** – Gráfico de percentagem de indivíduos residentes em Santo André de Vagos por grupo etário

Fonte: INE, Censos 2011

Em 2011 (INE), dos 411 idosos, 166 eram do sexo masculino (40,39%) e 245 (59,61%) do sexo feminino.

A fidelidade da amostra assenta também na congruência e equilíbrio de inquéritos aplicados por género face aos dados apresentados pelos censos 2011. Foram inquiridos 33 indivíduos do sexo masculino (37,93% da amostra em estudo) e 54 indivíduos do sexo feminino (62,07% da amostra em estudo).

Durante este trabalho de investigação foram abordados 106 idosos (25,79% da população de 2011). De acordo com os critérios de aplicação, obtiveram-se 87 inquéritos válidos (21,17% da população de 2011). Importa frisar os critérios de

inclusão dos inquiridos neste estudo: este estudo requeria que as duas últimas escalas, escalas de avaliação de nível de solidão e de nível de satisfação do suporte social, apresentadas mais à frente, fossem de autopreenchimento ou, em caso de analfabetismo, de preenchimento por parte de um cuidador através das respostas conscientes e orientadas por parte do inquirido. Assim, através do recurso ao *Questionário Curto do Estado Mental (OARS)*, também apresentado mais à frente, foi avaliado o défice da função cognitiva do inquirido de forma a poder validar ou não a aplicação do inquérito.

Em dois anos terão passado inevitavelmente a fronteira dos 65 anos mais indivíduos, no entanto não havendo ferramentas que me permitam quantificá-los apoio-me na informação sobre o número elevado de óbitos de indivíduos de mais de 65 anos (desde Maio de 2011, data de término das aplicações dos censos 2011 foram registados, em sede da junta de freguesia, 38 óbitos) para sustentar a hipótese de que o número real e atual é similar aos dados revelados em 2011. Assim sendo, considero a amostra de estudo representativa.

### **3.4. Procedimentos e instrumentos**

O inquérito por questionário (anexo 1) foi a técnica de recolha de dados utilizada. Esta técnica permite a recolha de informação diretamente de um interveniente na investigação através de um conjunto de questões organizadas segundo uma determinada ordem. Estas podem ser apresentadas ao respondente de forma escrita ou oral. (Tuckman, 2000).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998, p. 188), o inquérito por questionário consiste “numa aplicação, a um determinado número de pessoas, de perguntas relacionadas com uma dada temática relativamente à sua situação socioprofissional, familiar, às suas opiniões, atitudes, referentes a escolhas ou matéria humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de informação ou de perceção de um facto ou de um problema, ou ainda, sobre qualquer outra matéria de importância para os investigadores e cientistas.”

As estratégias de divulgação adotadas foram:

- Divulgação da investigação científica em duas eucaristias, com autorização do pároco (anexo 2);

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

- Divulgação da investigação científica na Assembleia de Freguesia, com autorização do presidente da Junta de Freguesia (anexo 3);
- Divulgação da investigação científica na Assembleia Geral da Associação de Solidariedade Social de Santo André de Vagos, com autorização da presidente da referida associação (anexo 4).

A divulgação permitiu divulgar as datas em que o investigador estaria em sede de Junta de Freguesia para a aplicação dos inquéritos. Em alguns casos, quando solicitado pelos idosos, houve uma deslocação por parte do investigador ao domicílio.

Todos os participantes assinaram a declaração de consentimento informado (anexo 5) através de uma rubrica ou através de impressão digital para alguns casos de analfabetismo. Importa frisar que em caso de analfabetismo (26,44% dos casos), a declaração de consentimento informado foi lida por um cuidador de referência sendo que os inquiridos anuíram assinando o nome (para aqueles que, mesmo analfabetos, sabiam assinar o nome) ou colocando impressão digital sobre o local de assinatura. Importa sublinhar que o anonimato foi garantido através da separação do mesmo do inquérito, sendo colocado num envelope à parte do arquivo dos inquéritos. Os inquéritos foram auto preenchidos pelos inquiridos ou, em caso de analfabetismo, foram preenchidos com recurso a um cuidador de referência, em todos os casos um cuidador informal (um familiar).

O inquérito por questionários foi constituído pelo Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional, por uma avaliação inicial do idoso criada pelo investigador deste trabalho científico, pela Escala de Katz, pela Escala de Lawton & Brody, pela Escala de Solidão da UCLA e pela Escala de Satisfação com Suporte Social que foram aplicados pelo investigador, a uma amostra de idosos da freguesia, referida no ponto anterior, no contacto direto com estes através do registo das suas respostas no papel definido para tal.

#### **3.4.1. Inquérito por questionário**

O inquérito por questionário deste estudo é composto por duas grandes partes: a avaliação inicial do idoso e a avaliação multidisciplinar do idoso. Na primeira parte do inquérito por questionário encontra-se um conjunto de questões que permitiram fazer

uma avaliação geral do idoso: dados gerais, condições habitacionais e rede(s) de suporte. Tais questões permitiram fazer uma sondagem inicial do tipo de utente e as suas condições gerais. Na segunda parte recorreu-se a escalas de avaliação de dependência, escala de solidão e escala de satisfação do suporte social. Todo o inquérito permitiu caracterizar os idosos da freguesia de Santo André de Vagos, objetivo geral desta dissertação, de modo a refletir a importância e congruência do projeto Gerações Solidárias bem como todos os outros objetivos específicos.

Este inquérito por questionário destina-se, como já referido, a todos os idosos, indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, conscientes e orientados, disponíveis a participar deste estudo científico, da freguesia de Santo André de Vagos.

#### 3.4.1.1. Questionário Curto do Estado Mental (OARS)

O Questionário Curto do Estado Mental faz parte do OARS que é um instrumento que surge como resultado dos trabalhos desenvolvidos nos Estados Unidos da América pelo *center for the study of aging and human development* da Universidade de Duke. O questionário OARS é constituído por 101 perguntas que se subdividem em três campos, ou seja, 70 perguntas dirigidas ao idoso; 10 perguntas que serão efetuadas a um informante, caso o idoso, não esteja capaz de responder, ou caso o entrevistador se aperceba que as respostas não são fidedignas (Ferreira, Nogueira, & Rodrigues, 2006).

O *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) avalia o défice da função cognitiva que é estimado através da análise compósita de dez questões. Este questionário permite definir se o inquirido tem capacidade cognitiva para responder ao questionário.

No entanto, estudos já efetuados (Fillenbaum, 1988) demonstraram que o facto do inquirido errar mais de quatro respostas não indica que esteja necessariamente inapto a responder ao restante questionário. Na maioria das vezes, os erros indicam falta de informação ou ansiedade devido à confrontação inicial com o entrevistador.

Neste caso, se o idoso errar mais de quatro perguntas o inquérito não poderá ser aplicado dado que as escalas de suporte social e de solidão (escalas de autopreenchimento) só podem ser respondidas pelo próprio e não com recurso a um cuidador de referência, ao contrário das outras escalas aplicadas. Daí a importância deste questionário como critério de inclusão e exclusão.

Este questionário foi portanto utilizado com o intuito de avaliar o estado mental dos idosos inquiridos de forma dar credibilidade e viabilidade aos dados cedidos pelos mesmos. A aplicação deste questionário levou à exclusão de 19 idosos dos 106 abordados, pelo que só foram validados para a amostra 87 idosos que erraram 3 ou menos questões deste questionário<sup>6</sup>.

#### 3.4.1.2. Caracterização Geral do Idoso

Esta parte do inquérito foi desenvolvida pelo autor desta dissertação, como forma de apurar dados gerais, condições habitacionais e rede(s) de suporte, que pudessem vir a ser pertinentes cruzar com as escalas da segunda parte do inquérito. Trata-se de um conjunto de questões formuladas de modo a poder traçar um quadro geral do idoso.

O conjunto de questões formuladas nesta secção do inquérito por questionário visavam recolher dados que permitissem caracterizar os idosos sob diversos componentes: sexo, idade, estado civil, condição laboral, agregado familiar, condições habitacionais e rede de suporte.

#### 3.4.1.3. Escala de Katz

A Escala de Atividade de Vida Diária de Katz (1963), desenvolvida por Sidney Katz e colaboradores, é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional utilizado na avaliação das atividades de vida diárias (Duarte *et al.*, 2007; Hedrick, 1995). Esta escala foi desenvolvida para medir o funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos. Frequentemente tem sido usada para indicar a severidade da doença crónica e avaliar a eficácia do tratamento; tem sido usada também para fornecer valores preditivos no curso da doença específica (Katz *et al.*, 1963).

A Escala de Katz permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas de

---

<sup>6</sup> Questionário Curto do Estado Mental - traduzido e validado por Rodrigues e outros autores em 2006. Foi solicitada a autorização ao autor para utilização do mesmo, a qual foi deferida (anexo 6).

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo dos esfíncteres e Alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores.

Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (1). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como dependente nessa atividade.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

Com a aplicação desta escala pretendia-se avaliar os níveis de dependência dos idosos para poder validar a pertinência da promoção do envelhecimento ativo na amostra em estudo e avaliar o impacto destas dependências na solidão e consequentes redes de suportes necessárias e/ou associadas a estes níveis de dependência. A Escala de Katz visou cumprir o objetivo específico de avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária.

Duarte, Andrade & Lebrão (2007) desenvolveram um estudo com o objetivo de descrever o desenvolvimento histórico, a evolução e a correta utilização do índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, bem como as modificações e adaptações desenvolvidas.

Em 2008, Lino e outros autores desenvolveram a adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz)<sup>7</sup>.

#### 3.4.1.4. Escala de Lawton & Brody

As Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) exploram um nível mais complexo de funcionalidade (Alves *et al*, 2007). Estas descrevem as atividades

---

<sup>7</sup> Escala de Katz - Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária desenvolvida em 2008 por Lino e outros autores. Foi solicitado o pedido de autorização para a aplicação da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária sendo que Lino permitiu a utilização da escala sublinhando que a escala é de domínio público desde a sua publicação (anexo 7).

necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às atividades comunitárias, sendo mais influenciadas cognitivamente (Graman *et al* 2002, cit por Roehrig, 2007).

A Escala de Atividades Instrumentais de Vida Dárias de Lawton e Brody (1969) tem sido amplamente aceite como um instrumento de avaliação válido e de confiança, utilizada em diversos estudos (Cromwell *et al.*, 2003). Esta escala é utilizada numa população idosa, em contexto hospitalar ou na comunidade não estando adaptada para pessoas idosas institucionalizadas. Pode ser usada como avaliação inicial e posteriormente ser comparada com avaliações posteriores (Graf, 2008).

A Escala de Lawton & Brody permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone; Realização de comprar; Preparação de Refeições; Tarefas domésticas; Lavagem da roupa; Utilização de meios de transporte; Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores.

Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD em que o idoso é independente.

Em 1988, foi publicado um manual de utilização do instrumento, assim como os testes de fiabilidade e validade, o que permite divulgar a sua aplicação e posterior inserção em vários países (Fillembaum, 1988).

A escala de AIVD de Lawton & Brody (1969) baseia-se no auto relato das capacidades necessárias para viver em comunidade.

Pretendia-se com esta escala avaliar o impacto destas dependências na solidão e consequentes redes de suportes necessárias e/ou associadas a estes níveis de dependência<sup>8</sup>. A Escala de Lawton e Brody permitiu sobretudo cumprir o objetivo

---

<sup>8</sup> A Escala de Lawton e Brody – a escala de AIVD (1969) foi traduzida e validada para português por Araújo em 2008, a quem se pediu autorização para a utilização da mesma (anexo 8).

específico de avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade.

#### 3.4.1.5. Escala de Solidão da UCLA

A Escala (revista) de Solidão da *University of California - Los Angeles* (doravante UCLA) é uma adaptação portuguesa por Neto (1989) da *Revised UCLA Loneliness Scale* de Russel, Peplau e Cutrona. Com esta escala, os autores pretendiam criar um instrumento de fácil administração e psicometricamente adequado para incentivarem a investigação empírica sobre a solidão.

Surge, assim, segundo Neto (1989) a versão original da Escala da solidão da UCLA que originou uma versão final composta por 20 itens divididos em 10 itens redigidos de modo positivo e 10 de modo negativo. Os 20 itens são avaliados numa escala de escolha múltipla do tipo Likert com quatro alternativas: nunca (pontuado com 1), raramente (pontuado com 2), algumas vezes (pontuado com 3) e muitas vezes (pontuado com 4). Esta é uma escala de fácil administração, relativamente curta, altamente fidedigna demonstrando ser válida na avaliação da solidão quer na discriminação entre solidão e outros constructos correlatos (Neto, 1989).

No que concerne à versão portuguesa, esta contém apenas 18 itens. O modo de resposta é equivalente ao da escala original sendo a pontuação mínima obtida de 18 pontos e a máxima de 72 pontos, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de solidão. Esta pontuação é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados ao inverso (1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18). Desta forma, o maior número de pontos alcançado traduz solidão, ao invés uma pontuação baixa reflete maior satisfação social (Neto, 1989).

Com a aplicação desta escala pretendia-se caracterizar os níveis de solidão da população em estudo através do estudo da amostra anteriormente referida, de forma a poder considerar a pertinência das ações humanitárias desenvolvidas pelo projeto Gerações Solidárias<sup>9</sup>. A Escala da Solidão visou sobretudo cumprir o objetivo específico de avaliar psicometricamente o grau de solidão no idoso.

---

<sup>9</sup> Solicitou-se a Neto a autorização para a aplicação da Escala da solidão da UCLA (anexo 9).

## 3.4.1.6. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida e validada por Ribeiro (1999). É uma escala de autopreenchimento, composta por 15 itens de autopreenchimento, que permitem ao sujeito assinalar o grau de concordância com cada uma delas, numa escala do tipo Likert, divididos em cinco posições: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. Tratando-se de uma medida de percepção do suporte social, parte do princípio que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida, não só em populações saudáveis como também em populações doentes (Ribeiro, 1999).

Esta escala permite também a obtenção de um resultado global (ESSS), soma da totalidade dos itens, podendo variar entre os 15 e os 75 valores sendo que, valores mais altos perspetivam um maior suporte social e vice-versa. (Ribeiro, 1999).

Relativamente à pontuação da escala, esta encontra-se avaliada numa escala tipo *Likert* com 5 letras de A a E: A – “Concordo totalmente” – 1 ponto; B – “Concordo na maior parte” – 2 pontos; - “C - Não concordo nem discordo” – 3 pontos; D – “Discordo na maior parte “ – 4 pontos; E – “Discordo totalmente “ – 5 pontos. Esta cotação é adequada para todos os itens, exceto os casos de itens invertidos (itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15) (Ribeiro, 1999).

A escala está dividida em três partes: percepção de suporte social máximo (de 51 a 75 pontos), percepção de suporte social médio (de 26 a 50 pontos) e percepção de suporte social baixo (até 25 pontos) (Rodrigues & Susana, 2010).

Com o recurso a esta escala, pretendia-se caracterizar os níveis de percepção do suporte social da população em estudo através do estudo, de forma a poder avaliar a pertinência às ações humanitárias desenvolvidas pelo projeto Gerações Solidárias, dado que a freguesia em estudo não apresenta redes de suporte formais na valência dos idosos<sup>10</sup>. A ESSS permitiu sobretudo cumprir o objetivo específico de avaliar a percepção do suporte social: dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida.

---

<sup>10</sup> Ribeiro autorizou, perante a explicação do estudo, a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (anexo 10).

## **IV – Apresentação e discussão dos resultados**

No decorrer deste capítulo, procede-se à apresentação dos resultados referentes aos dados recolhidos dos questionários, os quais se encontram expostos em tabelas, precedidas da respetiva análise, por forma a facilitar o estudo dos dados estatísticos obtidos.

No capítulo, estruturado em duas partes, apresentam-se os resultados do questionário, com base na análise descritiva. Por fim, procede-se à discussão dos resultados alcançados, tendo presente os pressupostos teóricos expostos na primeira parte do trabalho.

### **4.1. Apresentação de resultados**

No presente ponto, pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida, através do instrumento utilizado – inquérito por questionário. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreu-se ao uso de tabelas com os respetivos dados estatísticos, através da ferramenta *Microsoft Excel*. Assim, numa fase inicial começa-se por apresentar a análise descritiva da amostra em geral. Num segundo momento, serão apresentados dados, tendo em conta: diferença entre géneros no que respeita ao risco de solidão e ao apoio social; idosos que passam grande parte do dia no que respeita ao risco de solidão e ao apoio social; viuvez no que diz respeito ao risco de solidão; grupos etários no que diz respeito ao risco de solidão; níveis de dependência para viver em comunidade (Escala de Lawton e Brody) no que diz respeito ao risco de solidão.

#### **4.1.1. Género**

Verificou-se que a amostra é constituída maioritariamente por pessoas do sexo feminino (cf. Tabela 1).

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Tabela 1: distribuição da amostra em função do género

<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	33	37,93
<b>Feminino</b>	54	62,07
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

#### 4.1.2. Idade

Quanto às idades dos sujeitos da amostra, constatou-se que o grupo maior que corresponde à faixa etária dos 65-75 anos, seguindo-se o grupo dos sujeitos que têm entre 76 e 85 anos de idade. Os sujeitos que se encontram na faixa etária dos 86-95 constituem uma percentagem muito reduzida. (cf. Tabela 2).

Tabela 2: distribuição da amostra em função da idade

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>65-75 anos</b>	42	48,28
<b>76-85 anos</b>	40	45,98
<b>86-95 anos</b>	5	5,75
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

#### 4.1.3. Estado civil

A análise dos dados demonstra o estado civil da maioria dos idosos é casado/união de facto, sendo também significativo o valor percentual dos idosos viúvos (cf. Tabela 3).

Tabela 3: distribuição da amostra em função do estado civil

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Casado/União de Facto</b>	53	60,92
<b>Solteiro</b>	4	4,60
<b>Viúvo</b>	29	33,33
<b>Divorciado</b>	1	1,15
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**4.1.4. Condição laboral**

Apurou-se que quase a totalidade da amostra é reformada (cf. Tabela 4).

Tabela 4: distribuição da amostra em função da condição laboral

<b>Condição laboral</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ativo</b>	3	3,45
<b>Reformado</b>	83	95,40
<b>Baixa</b>	1	1,15
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**4.1.5. Agregado familiar**

De acordo com os dados obtidos, a maior parcela dos idosos inquiridos tem um agregado familiar constituído por 2 pessoas, seguindo-se os que vivem sozinhos. Os restantes, com valores percentuais menos significativos, têm um agregado familiar constituído por 3-5 ou mais pessoas (cf. Tabela 5).

Tabela 5: distribuição da amostra em função do agregado familiar

<b>Agregado familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vive sozinho</b>	28	32,18
<b>2 pessoas</b>	46	52,87
<b>3 pessoas</b>	8	9,20
<b>4 pessoas</b>	3	3,45
<b>5 ou mais pessoas</b>	2	2,30
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**4.1.6. Edifício residencial/condições habitacionais**

Fazendo-se uma análise global aos resultados obtidos, no que se refere às condições habitacionais a maioria dos idosos referiram que a sua habitação tem: WC com chuveiro/banheira e sanita; água canalizada/potável; cozinha com fogão e frigorífico; recursos de higiene pessoal, como esquentador ou bailarina; recursos de higiene das roupas (máquina de lavar a roupa); recursos de entretenimento (televisão e/ou rádio); recursos de contacto (telefone e/ou telemóvel).

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Quanto ao estado de conservação da habitação, verificou-se que a maior parcela são dos idosos que revelaram um razoável estado de conservação, seguindo-se dos de bom estado de conservação. Com menor percentagem, contabilizaram-se as habitações em mau estado de conservação (cf. Tabela 6).

Tabela 6: distribuição da amostra em função das condições habitacionais

Condições habitacionais	n	%
<b>WC</b>		
<b>Sim (chuveiro/banheira e sanita)</b>	85	97,70
<b>Não</b>	2	2,30
<b>Água canalizada/potável</b>		
<b>Sim</b>	75	86,21
<b>Não</b>	12	13,79
<b>Recursos de cozinha</b>		
<b>Sim (fogão e frigorífico)</b>	85	97,70
<b>Não</b>	2	2,30
<b>Recursos de higiene pessoal</b>		
<b>Sim (esquentador ou bailarina)</b>	80	91,95
<b>Não</b>	7	8,05
<b>Recursos de higiene das roupas</b>		
<b>Sim (máquina de lavar a roupa)</b>	63	72,41
<b>Não</b>	24	27,59
<b>Recursos de entretenimento</b>		
<b>Sim (TV e/ou Rádio)</b>	83	95,40
<b>Não</b>	4	4,60
<b>Recursos de contacto</b>		
<b>Sim (telefone e/ou telemóvel)</b>	71	81,61
<b>Não</b>	16	18,39
<b>Estado de conservação da habitação</b>		
<b>Bom estado de conservação</b>	34	39,08
<b>Razoável estado de conservação</b>	38	43,68
<b>Mau estado de conservação</b>	15	17,24

#### 4.1.7. Rede de suporte

No que se refere ao suporte/apoio do utente (ajuda de terceiros: família e/ou prestador de serviços), registou-se que pouco mais de metade dos inquiridos não a

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

possui. Todavia, alguns idosos admitiram que tem apoio diário e pontual. Uma percentagem menor, admitiu possuir apoio pontual e uma percentagem diminuta admitiu possuir apoio diário e permanente.

Dos idosos que referiram possuir apoio de terceiros nalgum tipo de suporte/apoio, uma percentagem significativa referiu não o ter para a higiene pessoal. Ao invés, a mesma percentagem de idosos dispõe de apoio para a higiene da roupa. A quase totalidade dos que dispõem de ajuda de terceiros conta com apoio para a higiene da habitação.

Em percentagem significativa, mas menor, seguem-se os que dispõem de apoio para a confeção de refeições. Cerca de metade dos idosos que referiram possuir ajuda de terceiros identificam esse apoio como um apoio familiar. O número dos que possuem apoio domiciliário e dos que têm empregada/cuidador particular é menor. Constatou-se que a maioria dos idosos inquiridos passa grande parte do seu dia acompanhada (cf. Tabela 7).

Tabela 7: distribuição da amostra em função da rede de suporte

	n	%
<b>Suporte/apoio do utente (ajuda de terceiros: família e/ou prestador de serviços)</b>		
<b>Diário e permanente</b>	3	3,45
<b>Diário e pontual</b>	18	20,69
<b>Pontual</b>	14	16,09
<b>Inexistente</b>	52	59,77
<b>Se dispõe de terceiros nalgum tipo de suporte/apoio, qual/quais serviço(s)</b>		
<b>i. Higiene pessoal</b>		
<b>Sim</b>	8	22,86
<b>Não</b>	27	77,14
<b>ii. Higiene das roupas</b>		
<b>Sim</b>	27	77,14
<b>Não</b>	8	22,86
<b>iii. Higiene da habitação</b>		
<b>Sim</b>	34	97,14
<b>Não</b>	1	2,86
<b>iv. Confeção das refeições</b>		
<b>Sim</b>	23	65,71
<b>Não</b>	12	34,29

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

<b>Se dispõe de terceiros nalgum tipo de suporte/apoio, tipo de serviço</b>		
<b>Apoio domiciliário</b>	8	22,86
<b>Centro de dia</b>	2	5,71
<b>Familiar</b>	18	51,43
<b>Empregada/Cuidador Particular</b>	7	20,00
<b>Utente passa grande parte do dia</b>		
<b>Sozinho</b>	33	37,93
<b>Acompanhado</b>	54	62,07

#### 4.1.8. Escala de Katz

A Escala de Katz permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo dos esfíncteres e Alimentação. Para cada uma das atividades existe uma classificação do inquirido como independente (um ponto) ou como dependente (zero pontos). Depois de avaliadas todas as seis atividades, faz-se o somatório e depois atribui-se a seguinte classificação: dependência total: zero pontos; dependência grave: um a dois pontos; dependência moderada: três a quatro pontos; dependência ligeira: cinco pontos; e independente: seis pontos.

Quanto aos dados obtidos da Escala de Katz, verificou-se que a maioria da amostra é independente nas suas atividades de vida diária (AVDs), ou seja, estes idosos revelam capacidade funcional (cf. Tabela 8).

Tabela 8: Avaliação funcional - Escala de Katz

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dependência total</b>	2	2,30
<b>Dependência grave</b>	3	3,45
<b>Dependência moderada</b>	2	2,30
<b>Dependência ligeira</b>	2	2,30
<b>Independente</b>	78	89,66
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**4.1.9. Escala de Lawton & Brody**

A Escala de Lawton & Brody permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone; Realização de comprar; Preparação de Refeições (questão exclusiva para mulheres); Tarefas domésticas (questão exclusiva para mulheres); Lavagem da roupa (questão exclusiva para mulheres); Utilização de meios de transporte; Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros. Para cada uma das atividades os autores sugerem que o inquirido seja classificado como independente (um ponto) ou dependente (zero pontos). No caso do participante do sexo feminino, depois de avaliadas as oito atividades, faz-se o somatório e depois atribui-se a seguinte classificação: dependência total: zero a um pontos; dependência grave: dois a três pontos; dependência moderada: quatro a cinco pontos; dependência ligeira: seis a sete pontos; e independente: oito pontos. No caso do participante do sexo masculino, depois de avaliadas as cinco atividades, faz-se o somatório e depois atribui-se a seguinte classificação: dependência total: zero pontos; dependência grave: um ponto; dependência moderada: dois a três pontos; dependência ligeira: quatro pontos; e independente: cinco pontos.

Deste modo, os resultados obtidos demonstram que cerca de metade dos idosos da amostra em estudo são independentes a este nível. Seguem-se os idosos com dependência grave, os quais se seguem os que têm dependência ligeira. As percentagens relativas à dependência total e à dependência moderada são iguais (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Capacidade funcional - Escala de Lawton &amp; Brody

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dependência total</b>	9	10,34
<b>Dependência grave</b>	14	16,09
<b>Dependência moderada</b>	9	10,34
<b>Dependência ligeira</b>	12	13,79
<b>Independente</b>	43	49,43
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

#### 4.1.10. Risco de solidão

Em conformidade com os dados obtidos da Escala de Solidão da UCLA, pode dizer-se que a percentagem mais significativa é a relativa ao médio risco de solidão, seguindo-se o alto risco de solidão. (cf. Tabela 10).

Tabela 10: Risco de solidão (Escala de Solidão da UCLA)

	n	%
Baixo risco de solidão	20	22,99
Médio risco de solidão	39	44,83
Alto risco de solidão	28	32,18
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

#### 4.1.11. Nível de perceção do suporte social

Em conformidade com os dados obtidos da Escala de Satisfação com o Suporte Social, pode dizer-se que a percentagem mais significativa dos idosos tem perceção de suporte social máximo. (cf. Tabela 11).

Tabela 11: Nível de perceção do suporte social

	n	%
Perceção de suporte social máximo	37	42,53
Perceção de suporte social médio	25	28,74
Perceção de suporte social baixo	25	28,74
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

#### 4.1.12. Risco de solidão: diferenças entre géneros

Fazendo-se uma análise dos resultados, verificou-se que as percentagens de baixo e médio risco de solidão entre os idosos do sexo masculino são iguais e são mais elevadas. Nos idosos do sexo feminino verificou-se uma situação diferente: os valores percentuais mais elevados verificam-se no alto e médio risco de solidão. Estes dados sugerem que as mulheres revelam um maior risco de solidão (cf. Tabela 12).

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:  
Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Tabela 12: Risco de solidão - homens e mulheres

	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%
<b>Baixo risco de solidão</b>	15	45,45	5	9,26
<b>Médio risco de solidão</b>	15	45,45	24	44,44
<b>Alto risco de solidão</b>	3	9,09	25	46,30
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

#### 4.1.13. Nível de percepção do suporte social: diferenças entre géneros

No que se refere ao nível percepção do suporte social, no grupo de idosos do género masculino, apurou-se que a maioria tem uma percepção de suporte social máximo, enquanto no grupo de idosos do género feminino, a maioria (relativa) tem uma percepção de suporte social baixo. É também significativo o valor encontrado para a percepção do suporte social médio em ambos os géneros. São poucos os idosos do sexo masculino que revelam possuir uma percepção de suporte social baixo, contrariamente ao grupo de idosas, no qual a percentagem que revela uma percepção de baixo nível de suporte social é mais significativa. Apurou-se igualmente que a percentagem de idosas que revela uma percepção de suporte social máximo é mais baixa, ao contrário do que acontece com os idosos do sexo masculino (cf. Tabela 13).

Tabela 13: Nível de percepção do suporte social - homens e mulheres

	Homens		Mulheres	
	N	%	n	%
<b>Percepção de suporte social máximo</b>	23	69,70	14	25,93
<b>Percepção de suporte social médio</b>	7	21,21	18	33,33
<b>Percepção de suporte social baixo</b>	3	9,09	22	40,74
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**4.1.14. Risco de solidão na viuvez**

De acordo com os dados obtidos, dos 29 idosos viúvos, a maior parte apresenta alto risco de solidão, seguindo-se os que revelam médio risco de solidão e os que apresentam baixo risco de solidão (cf. Tabela 14).

Tabela 14: Risco de Solidão: viuvez

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Baixo risco de solidão</b>	6	20,69
<b>Médio risco de solidão</b>	7	24,14
<b>Alto risco de solidão</b>	16	55,17
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

**4.1.15. Risco de solidão e nível perceção do suporte social nos utentes que passam grande parte do dia sozinhos**

Em conformidade com os dados obtidos, uma percentagem significativa dos idosos que passam grande parte do dia em casa apresentam alto risco de solidão. Seguem-se os que revelam médio risco de solidão e os que apresentam baixo risco de solidão.

Relativamente ao nível de perceção do suporte social, os dados obtidos revelam que, nos idosos que passam grande parte do dia em casa, uma percentagem significativa revela uma perceção de suporte social baixo; seguindo-se os que relevam uma perceção de suporte médio. A percentagem daqueles que releva uma perceção de suporte máximo é a menor (cf. Tabela 15).

Tabela 15: Risco de solidão e nível de suporte social nos utentes passam grande parte do dia sozinhos

<b>Risco de Solidão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Nível de perceção do Suporte Social</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Baixo risco de solidão</b>	2	6,06	<b>Perceção de suporte social máximo</b>	5	15,15
<b>Médio risco de solidão</b>	6	18,18	<b>Perceção de suporte social médio</b>	7	21,21
<b>Alto risco de solidão</b>	25	75,76	<b>Perceção de suporte social baixo</b>	21	63,64
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**4.1.16. Risco de solidão: diferença entre grupos etários**

De acordo com os dados obtidos, nos idosos dos 65 aos 74 anos, a maior percentagem apresenta médio risco de solidão; seguindo-se o grupo daqueles que revelam baixo risco de solidão. Os que revelam alto risco de solidão constituem o menor valor percentual.

De acordo com os dados obtidos, nos idosos dos 75 aos 84 anos, a maior percentagem apresenta alto risco de solidão; seguindo-se o grupo daqueles que revelam médio risco de solidão. Os que revelam baixo risco de solidão constituem o menor valor percentual.

De acordo com os dados obtidos, nos idosos dos 85 aos 94 anos, a maior percentagem apresenta médio risco de solidão; seguindo-se o grupo daqueles que revelam alto risco de solidão (cf. Tabela 16).

Tabela 16: Risco de solidão: diferença entre grupos etários

<b>Grupo Etário 65-74</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Grupo Etário 75-84</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Grupo Etário 85-94</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Baixo risco de solidão</b>	14	33,33	<b>Baixo risco de solidão</b>	6	15,00	<b>Baixo risco de solidão</b>	0	0,00
<b>Médio risco de solidão</b>	20	47,62	<b>Médio risco de solidão</b>	15	37,50	<b>Médio risco de solidão</b>	4	80,00
<b>Alto risco de solidão</b>	8	19,05	<b>Alto risco de solidão</b>	19	47,50	<b>Alto risco de solidão</b>	1	20,00
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

**4.1.17. Risco de Solidão e níveis de dependência segundo a Escala de Lawton & Brody**

De acordo com os dados obtidos, entre os idosos com níveis de dependência ligeira segundo a Escala de Lawton & Brody, o maior grupo é aquele que apresenta médio risco de solidão; seguindo-se o grupo dos que revelam alto risco de solidão. Os que apresentam baixo risco de solidão constituem o grupo menos numeroso.

De acordo com os dados obtidos, entre os idosos com níveis de dependência moderada segundo a Escala de Lawton & Brody, o maior grupo é aquele que apresenta alto risco de solidão; seguindo-se o grupo dos que revelam médio risco de solidão. Os que apresentam baixo risco de solidão constituem o grupo menos numeroso.

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

De acordo com os dados obtidos, entre os idosos com níveis de dependência grave segundo a Escala de Lawton & Brody, o maior grupo é aquele que apresenta alto risco de solidão; seguindo-se o grupo dos que revelam médio risco de solidão.

De acordo com os dados obtidos, entre os idosos com níveis de dependência total segundo a Escala de Lawton & Brody, o maior grupo é aquele que apresenta alto risco de solidão; seguindo-se o grupo dos que revelam médio risco de solidão (cf. Tabela 17).

Tabela 17: Risco de solidão e níveis de dependências segundo a Escala de Lawton & Brody

<b>Dependência Ligeira</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo risco de solidão	1	8,33
Médio risco de solidão	9	75,00
Alto risco de solidão	2	16,67
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
<b>Dependência Moderada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo risco de solidão	2	22,22
Médio risco de solidão	3	33,33
Alto risco de solidão	4	44,44
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
<b>Dependência Grave</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médio risco de solidão	4	28,57
Alto risco de solidão	10	71,43
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
<b>Dependência Total</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo risco de solidão	0	0,00
Médio risco de solidão	3	33,33
Alto risco de solidão	6	66,67
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

## 4.2. Discussão dos resultados

Constatou-se que, na amostra total, predominam os idosos do género feminino (62,07%), o que comprova as tendências atuais do INE (Censos 2011 – Freguesia de Santo André de Vagos), segundo as quais, é notória a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900.

Verificou-se que a maioria dos idosos é casada ou vive em união de facto (60,92%). O valor percentual que se segue é o dos viúvos (33,33%). No que diz respeito ao agregado familiar, ele é constituído maioritariamente por 2 pessoas (52,87%), seguindo-se o agregado constituído por 1 pessoa (32,18%). Atendendo que se trata de pessoas idosas, e como a maioria vive com o cônjuge, pode dizer-se que estes resultados estão em conformidade com os dados dos Censos 2011 (INE, 2011), segundo os quais, na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas ou a residir exclusivamente com outras pessoas com 65 ou mais anos aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011.

Como seria de esperar, em função da idade, atendendo a idade da reforma aplicada em Portugal, a quase a totalidade da amostra era reformada (95,40%).

Na globalidade, verificou-se que os idosos referem que as suas habitações possuem boas condições de habitabilidade no que diz respeito a instrumentos básicos e essenciais. A maioria possui: chuveiro/banheira e sanita indispensável para a manutenção de níveis básicos de higiene; água canalizada/potável, elemento bastante positivo uma vez que a contaminação das águas é um problema de saúde pública; fogão e frigorífico, instrumentos essenciais para a conservação e preparação dos alimentos; esquentador ou bailarina, instrumento essencial para a qualidade e conforto sobretudo na higiene pessoal; máquina de lavar a roupa essencial na promoção de higiene das roupas; rádio e/ou TV como recurso de entretenimento; telemóvel e/ou telefone elemento importante como meio de proximidade e contacto. Apenas uma pequena percentagem refere que a sua habitação se encontra em mau estado de conservação o que se revela uma realidade positiva no que se refere aos riscos de saúde pública cujos idosos são mais vulneráveis.

Quanto aos dados obtidos da Escala de Katz, verificou-se que maioria da amostra (89,66%) era independente nas suas atividades de vida diária (AVDs), ou seja,

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

estes idosos revelam capacidade funcional. Por sua vez, os resultados da Escala de Lawton & Brody demonstram que a grande parte dos idosos eram independentes (49,43%), outros apresentavam dependência grave (16,09%) e, apesar de em menor número, alguns idosos tinham dependência ligeira (13,79%), dependência total e a moderada (10,34% em ambos os níveis de dependência). Apesar de durante o processo de envelhecimento, devido a determinadas patologias e fatores do próprio envelhecimento, haver uma tendência para o comprometimento da qualidade de vida e da funcionalidade dos indivíduos no desempenho das atividades quotidianas (Cabral, 2003), na generalidade tal não se verificou na amostra de idosos em estudo. Assim sendo, a idade avançada não constitui uma razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional. Na realidade, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas com o passar da idade. Associada a estas doenças, aparecem as incapacidades físicas no idoso, resultando, então, no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia (Hogstel, Curry & Walker, 2005). Todavia, tal como se afirmou, em termos gerais, os idosos da amostra em estudo revelam ainda capacidade funcional, à exceção de alguns casos, o que também pode ser reforçado com o facto de, na mostra, haver 3 idosos com idades compreendidas entre os 86-95 anos.

Assim sendo justifica-se o facto de 59,77% dos inquiridos não possuírem ajuda de terceiros como suporte/apoio. Note-se ainda que, dos restantes inquiridos que possuíam algum tipo de ajuda de terceiros, uma parcela considerável (51,53%) recorria à família, o que corrobora a família como uma importante rede de suporte social informal, e o que se justifica ainda pela ausência de redes de suporte sociais formais na freguesia em estudo. Apesar da ausência de suportes sociais formais na freguesia em estudo, 42,53% dos inquiridos revelam um nível de perceção de suporte social máximo, seguindo-se com igual percentagem (28,74%) os que revelam um nível de perceção de suporte social médio e baixo.

No que se refere aos níveis de solidão, os valores não são muito expressivos, visto que as percentagens se distribuem de forma bastante uniforme pelos três níveis, sendo a parcela mais significativa a do "médio risco de solidão" (44,83%).

Verificou-se que são os idosos do género feminino a revelarem um risco mais elevado de solidão (46,30%) quando comparados aos homens que revelaram, maioritariamente, com a mesma percentagem (45,45%) um baixo e médio risco de solidão. Neste âmbito, pode dizer-se que os resultados apurados confirmam os de Savikko e colaboradores (cit. por Teixeira, 2010), segundo os quais, as mulheres

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

revelam maiores índices de risco de solidão uma vez que as mesmas, por norma, quando ainda têm capacidade funcional, dedicam-se às atividades domésticas, ficando mais isoladas do convívio social. Por outro lado, os homens acabam por se socializar mais, no convívio com os amigos, a jogar às cartas e a conversar, entre outras ocupações dos tempos livres. Estes dados de sociabilização podem apoiar-se num facto constado neste estudo: numa comparação entre géneros, são poucos os homens que passam a maior parte do dia sozinhos (6,06%), ao contrário das mulheres: 57,41% passa a maior parte do dia sozinha.

Aliás, os autores citados concluíram igualmente que existem agentes considerados potenciadores de solidão: por exemplo, ser dependente e essa situação não lhe permitir viver em comunidade, a viuvez e o aumento da idade. Cruzando esses dados, os níveis de solidão no homem idoso viúvo aumentam para 55,17%. Verifica-se ainda que os níveis de solidão sobem gradualmente com o aumento das dependências segundo a Escala de Lawton & Brody: ligeira (16,67%), moderada (44,44%), grave (71,43%) e total (66,67%).

Relativamente ao aumento dos níveis de solidão face ao aumento da idade, tal verifica-se neste estudo. Tendo em conta apenas o grupo etário dos 65-74 e 75-84 anos, uma vez que os de 85-94 anos são um valor de amostra baixo, podemos reparar que os valores de solidão passam de 19,05% para 47,50%.

Sequeira e Silva (2003) verificaram nos seus estudos uma influência do estado civil na solidão nos idosos, uma vez que registaram diferenças significativas entre casados e viúvos, tendo o grupo de idosos casados manifestado menor níveis de solidão. Os autores avaliaram ainda subjetivamente, de forma mais positiva, o ambiente e o apoio das redes sociais, apresentando estes idosos níveis mais elevados de bem-estar do que os viúvos. Neste contexto, há a salientar o facto de, na amostra do estudo desta dissertação, maior parte das mulheres serem viúvas (46,30%) e são reformadas (98,15%), enquanto, a maioria dos homens (87,88%) são casados, uma evidência que pode corroborar os resultados de Sequeira e Silva (2003). Acresce ainda dizer que uma percentagem significativa das mulheres da amostra deste estudo vive sozinha (44,4%), contrariamente ao que acontece com os homens: grande parte dos homens participantes neste estudo vive com as suas esposas. O facto de existir uma percentagem mais elevada de idosas do que de idosos a viver sozinhas constitui um fator potenciador do risco de solidão das primeiras.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Sequeira e Silva (2003) referem que os idosos que têm um contacto muito frequente com a família patenteiam uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento do que o grupo de idosos que não o têm. Assim, concluíram que o facto de os idosos serem casados é uma variável preditora de bem-estar.

Por outro lado, Fernandes (2007) salienta que as modificações operadas pela viuvez são variadas, entre as quais a nível pessoal, familiar, social, sendo difíceis de assimilar no momento dado o seu carácter cumulativo. Como tal, os idosos têm de se adaptar a uma nova realidade, implicando, por sua vez, um maior empreendimento num processo de adaptação e compensação. Por este motivo, para muitos idosos os níveis de solidão aumentam depois destes enviuvarem, o que parece ir ao encontro dos resultados encontrados nesta dissertação, uma vez que a maioria das idosas já é viúva. Teixeira (2010) postula que o maior trauma com que se confrontam as pessoas idosas é a morte de um cônjuge. Todavia, se estas pessoas idosas dispuserem de fortes redes de apoio social a vivência do processo de luto será menos penosa.

Botelho (2001) afirma que a perda de familiares ou do seu afeto proporciona maiores níveis de isolamento e solidão nos idosos. Paúl (2007) refere que a viuvez deixa marcas indeléveis em qualquer pessoa que a experiencie, ou seja, a perda do companheiro de uma vida representa uma forte rutura a nível pessoal e familiar. A pessoa passa a sentir-se mais só, vivendo numa esfera emocional negativa.

Neto (2000) refere também que os idosos viúvos sofrem mais de solidão que os casados. Assim, alude a um estudo que aponta para a conclusão de que a solidão nos idosos viúvos era maior do que nos casados e nos divorciados.

Na mesma linha de pensamento, Pimentel (2001) refere que as perdas de nível interpessoal assumem grande importância na vida dos idosos, porque podem condicionar todas as suas vivências posteriores, uma vez que estes podem desenvolver sentimentos de solidão e de abandono, o que os levará a questionar-se acerca da sua própria existência. Há, inclusive, idosos viúvos que rejeitam participar em atividades com conotação de divertimento e de recreação, porque, para eles, a viuvez é acompanhada de uma privação voluntária ou, quando muito, de uma participação passiva.

Neste seguimento, os dados referentes aos níveis de perceção do suporte social, demonstraram que, no grupo de idosos do género masculino, grande parte revelou uma perceção de suporte social máximo (69,70%), enquanto no grupo de idosos do género feminino, a maioria apresenta uma perceção de suporte social baixo (40,74%). Assim

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

sendo, pode dizer-se que os dados apurados vão ao encontro do defendido por Teixeira (2010): os idosos do sexo masculino revelam maiores níveis de percepção de suporte social, comparativamente aos idosos do sexo feminino.

Na amostra em estudo, os homens tinham um maior apoio familiar e apoio domiciliário, comparativamente às mulheres. Ussel et al. (2001) referem que as mulheres idosas, quando não revelam índices de incapacidade funcional, continuam a assumir as suas atividades domésticas, dispensando mais o apoio social, uma vez que ainda têm autonomia. Contudo, salvaguarda-se que o processo de envelhecimento tende a acompanhar-se de uma perda de número de amigos, que se reflete num empobrecimento das relações sociais, sendo este um fenómeno mais notório nas grandes áreas urbanas. Nas pequenas áreas rurais, ainda na opinião de Ussel et al. (2001), os vínculos sociais tendem a conservar-se, possivelmente por haver encontros casuais diários entre as pessoas, os quais favorecem a troca de informação e impulsionam, muitas vezes, apoio mútuo, o que poderá justificar o facto de se terem registado casos de idosas, no presente estudo, que se revelaram satisfeitas com o apoio social e com menor risco de solidão.

## V – Apresentação do Projeto “Gerações Solidárias”

### 5.1. Enquadramento – Construir uma sociedade humanizada

Face à grave crise económica que o país atravessa e que tem piorado as situações de exclusão social, num Ano Europeu dedicado ao Envelhecimento Ativo e Solidariedade Intergeracional (2012), ano que sucedeu o Ano Europeu do Voluntariado (2011) que tanto estimulou os cidadãos para o desenvolvimento de ações humanitárias, surgiram as primeiras linhas orientadoras do projeto de voluntariado *Gerações Solidárias*.

Mais que crise económica que se fazia sentir em 2012, imperava uma real crise de valores. Assim, em 2013, perante o mesmo panorama social e económico, o Ano Europeu dos Cidadãos veio inspirar o nosso foco de ação: tornava-se emergente estimular e responsabilizar todo o cidadão no reconhecimento dos seus deveres como indivíduo em relação a outrem e em relação à coletividade e da sua responsabilidade pela promoção dos direitos humanos.

Cada vez mais é necessário integrarmos o empoderamento e sustentabilidade na promoção e desenvolvimento da saúde e ação social em todos os seus domínios. Este projeto toma parte desse princípio, e face aos dados revelados por este estudo, este é um bom momento de promoção e prevenção da saúde no que diz respeito à terceira idade.

O empoderamento é uma via que permite melhorar a qualidade, a produtividade e, conseqüentemente, o serviço prestado. Consiste na delegação de autoridade e de responsabilidade, e favorece a criação de relações de confiança. No fundo, trata-se de descentralizar poderes: conferir autonomia de modo a estar-se apto a diagnosticar, analisar e propor soluções no dia-a-dia baseado na cooperação de todos - “não dar o peixe, ensinar a pescar!”. Desta forma, através de uma vasta oferta formativa, pretende-se com este projeto criar mobilidade: conjugar forças e potencializar recursos humanos.

Aliado ao empoderamento, é necessário imprimir medidas de sustentabilidade. Não basta por si só criar medidas inovadoras da qualidade; não basta definir objetivos. É necessário delinear estratégias de sustentabilidade: toda ação destinada a manter as condições que sustentam um projeto, visando a sua continuidade e ainda a atender as necessidades presentes e futuras tendo em conta aos diversos recursos necessários, quer humanos como físicos. A estratégia, obviamente sustentável, trata-se assim, da forma de

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

pensar no futuro, integrada no processo decisório, com base num procedimento formalizado e articulador de resultados. A maior estratégia deste projeto é reunião de forças, obter maior número de parceiros locais (empresas cooperadoras) e formar em educação para a saúde, quer os voluntários (indivíduos dos mais diversos escalões etários cujas capacidades não esteja diminuídas) como a população-alvo (a população idosa como grupo de risco, grupo vulnerável).

No entanto, sempre que se pretende criar medidas sustentáveis, para mobilizar os diversos agentes, é necessário consciencializar os demais intervenientes, desde os implementadores aos próprios beneficiários do projeto (conjunto de pessoas que possuem as mesmas características ou interesses; exemplo neste projeto: Idade – maiores de 65 anos). A consciencialização é a primeira atitude que nos posiciona face um processo de mudança, um processo de tomada de medidas preventivas.

Depois de todos estes aspetos considerados, para a implementação de um projeto no terreno, não basta congregar um conjunto de ideias concretizadas em objetivos bem-intencionados. É necessário, para sucesso do projeto, ser possuidor de uma visão holística. Uma visão que permita, numa sondagem inicial, sob a forma de levantamento de necessidades reais, perceber, sob vários domínios, qual o contexto de trabalho. Esta dissertação de mestrado revelou-se importante nesse aspeto.

Tudo isto carece de muito trabalho terreno de supervisão, mas para tal, e como disse anteriormente, este projeto pretende investir fortemente na formação.

Resumidamente, a implementação de um projeto carece de uma visão ecológica que nos favoreça uma situação contextual.

Finalmente, um projeto não pode, por si só, ser simplesmente lançado no terreno. Temos de testar a viabilidade dos recursos e das estratégias através de avaliações sistemáticas. Entende-se por avaliação, nada mais, nada menos, do que a supervisão do projeto na sua globalidade em todas as suas componentes e consequentemente aumentar as hipóteses de sucesso. Este processo requererá avaliações periódicas de satisfação e de revisões das estratégias implementadas bem como a sua viabilidade.

O projeto *Gerações Solidárias* é coordenado e dinamizado pela Associação de Solidariedade Social de Santo André de Vagos e apoiado pela Junta de Freguesia de Santo André de Vagos apresentando-se como um programa de voluntariado com objetivos e plano de intervenção específicos.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

O presente projeto visa promover a dinamização do setor de voluntariado na freguesia, constituindo-se como um serviço privilegiado na organização e monitorização do voluntariado ao nível local.

Pretende-se com este projeto reforçar as redes de solidariedade intergeracional, promover o envelhecimento ativo e combater a solidão e o isolamento das pessoas idosas da freguesia de Santo André de Vagos através do apadrinhamento.

O principal foco de ação será apoiar os idosos com pouca ou nenhuma retaguarda familiar e que dependem de si próprios. Deste modo, o projeto *Gerações Solidárias* pretende que os idosos rentabilizem as suas capacidades de forma ativa, de modo que os mesmos possam responsabilizar-se socialmente por situações de risco através da identificação, apoio e supervisão. Assim, o projeto implementa um plano de atividades que possibilitem não só a interação social, mas também o desenvolvimento e proteção das faculdades motoras, cognitivas e sociais dos idosos, com base na política do envelhecimento ativo.

### 5.2. Missão

O projeto de voluntariado tem como primordial missão o desenvolvimento da solidariedade e ações sociais no combate à pobreza e à exclusão social, promovendo a inclusão e coesão sociais e assegurando os direitos básicos de cidadania, através de uma política de promoção da equidade e justiça que permitam um justo desenvolvimento social: política de concertação social direcionada ao envelhecimento ativo e solidariedade intergeracional.

### 5.3. Logotipo



**Imagem 4 – Logotipo do Projeto Gerações Solidárias**

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Este logotipo simboliza três níveis de gerações inseridos num coração numa simbologia de fraternidade e comunhão. Podemos interpretar um casal e o seu filho conjuntamente a entregarem uma rosa a um idoso. O sénior aparece-nos aqui representado como o “maior” no auge da sua experiência de vida e sabedoria. A rosa, por sua vez, simboliza uma responsabilização e consciencialização, um ato convicto dos demais pela salvaguarda dos grupos vulneráveis.

#### **5.4. Objetivos do Projeto “Gerações Solidárias”**

##### **5.4.1. Objetivos gerais**

1. Promover a igualdade de direitos e oportunidades evitando a privação da possibilidade de desenvolvimento junto dos idosos;
2. Promover ativamente uma cultura de paz e diálogo na sociedade primando o respeito em todas as diversidades através de uma consciencialização e responsabilização intergeracional;
3. Promover a participação ativa da população na promoção do desenvolvimento social no combate à exclusão social dos idosos imprimindo-lhes qualidade de vida;
4. Desenvolver intervenções integradas e multisectoriais: articular a ação dos diferentes agentes com atividade num território, através do desenvolvimento do trabalho em parceria, da cooperação e da partilha de responsabilidades;
5. Desenvolver a proteção das faculdades motoras, cognitivas e sociais dos idosos através de atividades e programas de intervenção.

##### **5.4.2. Objetivos específicos**

1. Analisar a distribuição socioeconómica dos recursos na população idosa de forma a detetar as carências socioeconómicas;
2. Promover a inserção social, autonomia e proximidade dos idosos;
3. Promover cuidados de saúde primários aos idosos para deteção precoce de desvios de saúde;

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

4. Desenvolver à população em geral programas de promoção da saúde e prevenção da doença através de atitudes educativas de hábitos de vida saudáveis;
5. Promover aos idosos um sentimento de segurança através de um sistema de continuidade de cuidados;
6. Incentivar e fomentar a prática do voluntariado a favor da comunidade estimulando através da missão do projeto espírito de responsabilidade social e encorajam a solidariedade familiar e comunitária;
7. Promover através do voluntariado um fator de realização pessoal, aquisição de conhecimentos e novas competências, desenvolvimento das capacidades, favorecendo a iniciativa e a criatividade, permitindo a cada um ser mais membro ativo do que beneficiário da ação voluntária;
8. Sensibilizar, através de ofertas formativas e de atitudes proactivas, a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo e das suas diversas dimensões a fim de destacar o contributo útil das pessoas mais velhas para a sociedade;
9. Estimular o debate, proceder ao intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua a fim de, divulgar as boas práticas e de incentivar a cooperação e as sinergias;
10. Propor um quadro de compromisso e de ação concreta que permita elaborar soluções, políticas e estratégias de longo prazo inovadoras, incluindo estratégias globais de gestão da idade relacionadas com o emprego e objetivos concretos no domínio do envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional;
11. Promover atividades que contribuam para lutar contra a discriminação em razão da idade, para superar os estereótipos relacionados com a idade e para eliminar obstáculos, em especial no que diz respeito à empregabilidade.
12. Desenvolver a capacidade dos idosos para manter a autonomia o máximo de tempo possível através da integração e responsabilidade social e através da participação ativa em programas, projetos e atividades que permitam desenvolver as capacidades cognitivas, motoras e sociais.

#### **5.5. Atividades de Acompanhamento/ Ocupação dos tempos livres**

Realizar técnicas de estimulação motora, psicológica, cognitiva e social:

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

1. Leitura de jornais, livros, correspondência, entre outros;
2. Preenchimento de documentos;
3. Dinamização de Jogos: xadrez, damas, cartas, dominó, entre outros;
4. Incentivo do uso de novas tecnologias;
5. Promoção de conversas informais;
6. Acompanhamento e/ou transporte a vários serviços: Centro de Saúde, Farmácia, Correios, Segurança Social, Finanças, Supermercado, entre outros;
7. Acompanhamento de idosos em passeios;
8. Promover diferentes atividades lúdicas: ginásticas, ateliers, entre outros;
9. Promover eventos organizados pela instituição da freguesia: passeios, comemoração de datas festivas, convívios, entre outros;
10. Desenvolvimento de pequenos arranjos no domicílio;
11. Organização da medicação;
12. Entre outros.

#### **5.6. Deveres dos voluntários**

1. Encorajar a transformação do compromisso individual em movimento coletivo;
2. Apoiar, de maneira ativa, no projeto, aderindo conscientemente aos seus objetivos, informando-se das suas políticas de funcionamento;
3. Comprometer-se a cumprir corretamente as tarefas definidas em conjunto, de acordo com as suas capacidades, tempo disponível e responsabilidades assumidas;
4. Cooperar, com espírito de compreensão mútua e estima recíproca, com todos os membros do projeto;
5. Aceitar receber formação;
6. Trabalhar com ética, no desempenho das suas funções.

#### **5.7. Atividades desenvolvidas**

Este projeto desenvolveu até então um conjunto de ações de formação pertinentes a esta realidade abordada até então.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

A SHF – Segurança, Higiene e Formação, Lda, entidade formadora promotora de um Projeto de Unidades de Formação de Curta Duração desenvolveu, em coordenação com mentor do projeto Eddy Martins, autor do presente estudo, um conjunto de seis unidades de formação modular financiada:

- ✓ UFCD 0755 “Processador de texto – funcionalidades avançadas”;
- ✓ UFFCD 3274 – “Primeiros socorros – tipos de acidentes e formas de atuação”;
- ✓ UFCD 3264 “Técnicas de expressão dramática”;
- ✓ UFCD 3265 “Técnicas de expressão musical”;
- ✓ UFCD 3266 “Técnicas de expressão plástica”;
- ✓ UFCD 0350 – “Comunicação interpessoal – comunicação assertiva”

Realizaram-se ainda duas formações não financiadas sobre a mesma coordenação:

- ✓ “Curso de Saúde Primários Pediátricos e Geriátricos”;
- ✓ “Formação Prática Inicial para Utilização de Computadores”;

Destas formações saíram formados com sucesso 194 cidadãos que permite que, partir deste momento, com a formação relevante e pertinente promovida, se crie uma bolsa de voluntários deste projeto (padrinhos) iniciando no primeiro semestre de 2014 o contacto/acompanhamento direto com os idosos para que cada voluntário possa apadrinhar pelo menos um idoso e coresponsabilizar-se por ele, oferecendo-lhe uma rede de suporte social que o integre na sociedade local, promovendo-lhe qualidade de vida na primazia da sua dignidade. Para a coordenação do projeto é importante que os voluntários sejam formados e informados sobre a realidade da terceira idade.

Também foram promovidas diversas atividades de angariação de fundos que irão permitir que a Associação de Solidariedade Social de Santo André de Vagos termine no ano de 2014 o Centro Social: obra tão pertinente para o apoio aos idosos desta freguesia.

## VI – Conclusão

De forma a espelhar o contributo para o percurso formativo, além da motivação e ponto de partida para a continuidade do processo de investigação no âmbito dos cuidados de saúde primários e ação social, realizou-se o presente trabalho.

Os aspetos conceptuais da temática abordada demonstraram que, apesar do aumento da esperança de vida se revelar positivo, pela maior eficácia das medidas preventivas de saúde, bem como pelo progresso da ciência no combate à doença, não deixa de surgir a preocupação da solidão a que muitos idosos estão voltados.

O apoio prestado ao idoso pela família tende a diminuir, não significando com isto que a família os abandona. A vida familiar também sofreu grandes alterações. A redução do número de filhos, a emancipação da mulher, a maior mobilidade geográfica e a maior longevidade são alguns dos fatores responsáveis por essas mudanças. Como refere Arantes (2003, p. 63), “as famílias tradicionalmente multigeracionais têm vindo a dar lugar a famílias nucleares, levando a um isolamento cada vez maior dos idosos”. Por outro lado, como argumenta a mesma autora, vive-se numa sociedade cada vez mais “atomizada”, ou seja, uma sociedade onde não há lugar para os idosos ativos. Nela predominam um dos maiores problemas sociais da atualidade que é o problema social dos idosos, resultando, em muitos casos, em quadros de solidão.

Nesta perspetiva, o tema escolhido para o estudo intitulou-se “Gerações solidárias: ação humanitária na promoção da solidariedade intergeracional”, tendo como principal objetivo conhecer as necessidades dos idosos de Santo André de Vagos e qual a pertinência do projeto Gerações Solidárias.

Para tal, realizou-se um estudo quantitativo, cuja colheita de dados foi realizada através de um inquérito por questionário, a uma amostra constituída por 87 idosos de ambos os géneros.

Dos resultados obtidos, pôde constatar-se que foram os idosos do género feminino a revelarem maior risco de solidão e a demonstrarem menor satisfação com o suporte. Face ao exposto, sugere-se um maior investimento no envelhecimento ativo, como estratégia a adotar não só para que os idosos se sintam ativos física e mentalmente, mas também socialmente. Por certo, o envelhecimento ativo

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

proporcionar-lhes-á outro tipo de sentimentos, como o de valorização da vida e da não resignação à condição de velho que lhes é, quase sempre, atribuída.

Considera-se pertinente sensibilizar os mais jovens para as consequências do envelhecimento individual e coletivo. Por outro lado, é importante, no futuro, estar-se atento ao que os idosos têm para dizer, valorizando os seus sentimentos e estados de espírito, compreendendo que só se pode valorizar o idoso no seu todo biopsicossocial, quando se der valor ao seu sistema de valores e de relações, onde as suas emoções e os sentimentos interagem. Não se pode confinar os idosos a quatro paredes, sejam elas domiciliárias, sejam de lares ou de centros de dia, tem de se lhes dar espaço para eles exprimirem os seus sentimentos, partilharem as suas vivências, sem que se sintam tão sós, como alguns idosos observados, que manifestavam um sentimento de desvalorização e de abandono.

Salienta-se que o Projeto Gerações Solidárias enquadra-se no paradigma do envelhecimento ativo, ao reforçar o valor da participação das da pessoa idosa em todos os domínios da vida em sociedade, pretende promover a exclusão social e autonomia dos próprios idosos, potencializando as suas capacidades, fomentando igualmente a entreajuda, prioritariamente no seu meio habitual de vida.

O presente estudo revelou que a realidade de Santo André de Vagos apresentar valores de solidão e insatisfação do suporte social, apesar de não atingir percentagens drásticas. Face às tendências globais de envelhecimento, e à realidade diagnosticada, é importante investir na promoção e prevenção da saúde. Assim, o projeto Gerações Solidárias, como promotor do envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional, mostra-se como um importante instrumento social na promoção da qualidade de vida dos idosos da referida freguesia.

Penso, por fim, que se atingiram os objetivos que motivaram a realização deste trabalho, que, compreendendo todas as limitações, se revelou bastante satisfatório, na medida em que se compreende atualmente a importância da investigação na área da saúde comunitária e ação social já que só compreendendo as verdadeiras necessidades e conhecimentos dos idosos, se pode intervir na tentativa de melhorar a sua vida.

## VII – Bibliografia

Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T. C., et al. (2007). *A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 23, pp. 1924-1930.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Observatório Europeu do Envelhecimento e dos Idosos (1990). Disponível em: [https://osha.europa.eu/pt/priority\\_groups/ageingworkers/index\\_html](https://osha.europa.eu/pt/priority_groups/ageingworkers/index_html) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Araújo, P.M.P., Atra, E., Ferraz, M.B., Oliveira, L.M. e Tugwell, P. (1990). Cross-cultural reliability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 17, pp. 813-817.

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. e Martins, T. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde, pp. 217-220. Lisboa: ISPA.

Arantes, P. (2003). *Perspectiva holística do idoso: uma visão necessária*. Revista Ciência e Técnica, 48, pp. 62-66.

Assembleia Geral das Nações Unidas. Princípio das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas (1991). Disponível em: [http://direitoshumanos.gddc.pt/3\\_15/IIIPAG3\\_15\\_1.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Proclamação sobre o Envelhecimento (1992). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/resolutions/47/5GA1992.html> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Basham, R., Levine, H., Sarason, B. e Sarason, I. G. (1983). *Assessing social support: the social support questionnaire*. Journal of Personality and Social Psychology, 44, pp. 127-139.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl, & A.M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal* (pp.110-135). Lisboa: Climepsi Editores.

Bravo, R. S. (1992) *Técnicas de Investigación Social – Teoria y Ejercicios*. Espanha: Editora Paraninfo.

Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.

Cabete, D. (2006). *O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Editora Lusociência.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Cabral, M.V. (2003). *Saúde e incapacidade*. In *Portugal Social-1991-2001*. Lisboa: INE, pp. 179-196.

Câmara Municipal de Lisboa (2013) *Campo Sénior* - Disponível em: <http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/envelhecimento/praiacampo-senior> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Câmara Municipal de Lisboa. Grupo de Missão Envelhecimento e Intervenção Municipal. Observatório Gerontológico Municipal em Lisboa. Plano Gerontológico Municipal (2008). Disponível em: [http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/plano\\_gerontologico\\_cml.pdf](http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/plano_gerontologico_cml.pdf) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Câmara Municipal de Lisboa (2013). Guia de Lisboa para a Idade Maior - Disponível em: <http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/envelhecimento/guia-para-idade-maior> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Carvalho, A. & Baptista, I. (2004). *Educação Social: Fundamentos e Estratégias*. Porto: Porto Editora.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004). Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Centro de Informação Europeia Jacques Delord. Eurocid (2012) *Ano Europeu 2013: Ano Europeu dos Cidadãos*. Disponível em: [www.eurocid.pt/](http://www.eurocid.pt/) (Consultado em: 20/12/2012).

Comissão Proteção dos Idosos (1999). Disponível em: [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=2120226](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2120226) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Conselho da União Europeia (1993). Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações. Jornal Oficial nº C 343 de 21/12/1993 p. 0001 – 0003. Disponível em: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:41993X1221:PT:HTML> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Conselho da União Europeia (1999). Ano Internacional dos Idosos. Disponível em: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/com221\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_pt.pdf) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Costa, M.A. (2005). *Cuidar de idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Educa Formasau.

Cromwell, D.A., Eagar, K. e Poulos, R. (2003). *The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents*. Journal of Clinical Epidemiology, 56, pp. 131-137.

Cruz Vermelha (2013) *Tele Assistência* - Disponível em: <http://www.cruzvermelha.pt/actividades/teleassistencia.html> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Declaração Universal sobre o Voluntariado (1990) *Declaração Universal sobre o Voluntariado*. Disponível em: [www.cascaisvoluntario.org/](http://www.cascaisvoluntario.org/) (Consultado em: 06/11/2012).

Diário da República (1998) *Lei de Bases de Voluntariado*. Disponível em: [www.voluntariado.pt/](http://www.voluntariado.pt/) (Consultado em: 06/11/2012).

Duarte, Y., Andrade, C. e Lebrão, M. (2007). *O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41, pp. 317-325.

Eurocid (2012). *Ano Europeu 2012: Envelhecimento Ativo e Solidariedade Intergeracional*. Disponível em: [www.eurocid.pt/](http://www.eurocid.pt/) (Consultado em: 20/12/2012).

Fernandes, H.J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Ferreira, P. L., Nogueira, D. e Rodrigues, R. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.

Figueiredo, D. (2007) *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. Disponível em: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007001045> (Consultado em: Outubro de 2013).

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fillenbaum, G. G. e Smyer, M. A. (1981). *The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire*. Journal of Gerontology, 10 (4), pp. 428-434.

Fillenbaum, G.G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke older Americans resources and services procedures*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Freire, L. e Almeida, T. (2008) *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. (5ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Fortin, M. (2000) *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência.

Graf, C. (2008). *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale*. AJN, American Journal of Nursing, 108, pp. 52-62.

Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade de vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto domiciliário*. Disponível em: Faculdade de Medicina de Lisboa: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226\\_ulsd057824\\_td.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf) (Consultado em novembro de 2013).

Guillemin F., Bombardier C. e Beaton D. (1993) *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. J Clin Epidemiol.

Handicap International (s/d) Disponível em: <http://www.handicap-international.org/> (Consultado em 18/01/2013).

Hedrick, S.C. (1995). *Assessment of functional status: Activities of daily living*. Geriatric Assessment Technology: The State of the Art, pp. 51-57.

Herdman, M., Fox-Rushby, J. e Badia X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.*; 7(4), pp. 323-35.

Hilton, A. e Strutkowiski, M. (2002). Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nurs*; 25, pp. 1-7.

Hogstel, M., Curry, L. e Walker, C. (2005). *Caring for Older Adults: The Benefits of Informal Family Caregiving*. Journal of Theory Construction & Testing, 9(2), pp. 55-60.

Instituto da Segurança Social (2011). *Carta Social*. Rede de Serviços e Equipamentos. Disponível em: <http://www.cartasocial.pt/index1.php#> (Consultado em: 25/04/2012).

Instituto da Segurança Social (2011). *Modelo de avaliação da qualidade: estrutura residencial para idosos*. Disponível em: [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=21437&m=pdf](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21437&m=pdf) (Consultado em Novembro de 2013)

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos - Resultados definitivos – 2001*. Disponível em: <http://censos.ine.pt/> (Consultado em Novembro de 2013).

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos - Resultados preliminares – 2011*. Disponível em: <http://censos.ine.pt/> (Consultado em Novembro de 2013).

Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. (2007). Programa Praia - Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/17/praias-acessiveis> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Jaques, M.E. (2004). *Ser Idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar*. In Revista Sinais Vitais, 55, pp. 34-37.

Jones, C. e Rose, D. (2005). *Physical Activity Instruction of Older Adults*. Human Kinetics Publishers, Champaign, Illinois.

Kane, R. L., Ouslander, J. G. e Abrass, I. (1999). *Essentials of Clinical Geriatrics* (4ª Edição ed.). New York: McGraw-Hill Professional Publishing.

Kane, R. e Rubenstein, L. (1998). *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Chichester: John Wiley & Sons.

Katz, S. (1983). *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living*. Journal of the American Geriatrics Society, 31, pp. 721-727.

Katz, S. e Akporn, C. (1976). *A measure of primary sociological function*. International Journal of Health Services, 6, pp. 493-507.

Katz, S. e Chinn, A. (1959). *Multidisciplinary studies of illness in aged persons. II. A new classification of functional status in activities of daily living*. Journal of chronic diseases, 9, pp. 55-62.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA, 21, pp. 914-919.

Lage, M.I.G.S. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Acedido em novembro de 2013, em Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto.: [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRI L.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRI%20L.pdf)

Lakatos, E. e Marconi, M. (1999) *Metodologia de Trabalho Científico*. (4ª Edição) São Paulo: Atlas.

Lakatos, E. e Marconi, M. (2001) *Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. (5ª Edição) São Paulo: Atlas.

Lawton, M. P. e Brody, E. M. (1969). *Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 9, pp. 179-186.

*Manual 2011 (ISS)* Disponível em: <http://www4.seg-social.pt/publicacoes?kw=manual+2011> (Consultado em: Novembro de 2013).

*Manual de Diagnóstico Estatística das Perturbações Mentais (DSM -IV -TR)* (2000), Associação Psiquiátrica Americana (APA) (4 ed.). Lisboa: Climepsi editores.

Marconi, M. (1999) *Metodologia de Trabalho Científico*. (4ª Edição) São Paulo: Atlas.

Neto, F. (1989). *Avaliação da Solidão*. Disponível em: [http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Avaliacao\\_Solidao\\_Felix\\_Neto.pdf](http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Avaliacao_Solidao_Felix_Neto.pdf) (Consultado em 23/12/2012).

Martins, M.M.F.P.S. (2002). *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau.

Martins, R. (2007). *Exercício físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar*. Coimbra: Formasau.

Milheiro, V.F. B. (2012). *Perceção dos idosos da sua qualidade de vida em instituição. Dissertação de Mestrado*. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.

Neto, F. (1999). *As Pessoas Idosas são pessoas; aspectos Psico-sociais do Envelhecimento*. Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III, nº2, pp. 297-322.

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2002). *Health and ageing, a discussion paper*. Disponível em: <http://www.who.int/http://www.who.int/en/> (Consultado em Outubro de 2013).

OMS - Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização das Nações Unidas. Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento (1982). Disponível em: <http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Organização Mundial da Saúde (2005). Rede Global das Cidades Amigas dos Idosos. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/publications/Age\\_friendly\\_brochure\\_Portuguese.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_brochure_Portuguese.pdf) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Palmore E (1985). *Normal Aging III*. Durham NC: Duke University Press.

Parode, N. (s.d.). Rail Europe Plus Senior. Disponível em: <http://seniortravel.about.com/od/seniortravelbargains/f/EuropeTrainDisc.htm> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. (2008). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Sociologia, I 15, pp. 275-287.

Pestana, N.N. (2003), *Trabalhadores Mais Velhos. Políticas Públicas e Práticas Empresariais*. Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho, Lisboa, MSST/DGERT.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Pimentel, L.G. e Albuquerque, C.P. (2008). *Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações*. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, 2, pp. 251-263.

Pimentel, L.G. e Albuquerque, C.P. (2010). *Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações*. Textos & Contextos, v. 9, 2, pp. 250 -263.

Polít, D.; Hungler B. (1995) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª Edição) Porto Alegre: Artes Médicas.

Presidência da República - Secretaria Especial dos Direitos Humanos - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI. (2002). Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. Disponível em: [http://c-fam.org/docLib/20080625\\_Madrid\\_Ageing\\_Conference.pdf](http://c-fam.org/docLib/20080625_Madrid_Ageing_Conference.pdf) (Consultado em: Janeiro de 2014).

Programa PIPP (2011) Disponível em: [www.psp.pt/psp/proximidade/pipp/pipp.html](http://www.psp.pt/psp/proximidade/pipp/pipp.html) (Consultado em: Novembro de 2013).

Quivy, R. e Van Campenhoudt, L. (1998) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Relatório Anual de Segurança Interna (2012) Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/media/904058/20130327\\_RASI%202012\\_vers%C3%A3o%20final.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/904058/20130327_RASI%202012_vers%C3%A3o%20final.pdf) (Consultado em: Novembro de 2013).

Ribeiro, J. L. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Análise Psicológica, 3, pp. 547-558.

Ricarte, L.F. (2009) *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de ciências Biomédica Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf> (Consultado em: Outubro de 2013).

Roehrig, B., Hoeffken, K., Pientka, L. e Wedding, U. (2007). *How Many And Which Items Of Activities Of Daily Living (ADL) And Instrumental Activities Of Daily Living (IADL) Are Necessary For Screening*. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 62, pp. 164-171.

Rodrigues, C. e Susana, M. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Rodrigues, R. (2009) *Avaliação Comunitária de Uma População de Idosos. Da funcionalidade à utilização de serviços*. Mar da Palavra.

Santos, D. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Conselho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

### Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

Sequeira, A. e Silva, M. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. Análise Psicológica, 3 (XX), pp. 505-518.

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2003). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. Análise Psicológica, 3, pp. 505-516.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.

Silva, L. (2008). *Acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta Editora.

Simões, A. (2006). *A nova velhice – um novo público a educar*. Porto: Âmbar.

Sousa, L. et al. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar Editora.

Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.

Spar, J E. e La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Teixeira, L.M.F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Tuckman, B. (2000) *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Universidades Seniores - Disponível em: <http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi/?naction=4&mn=EkpFuVZIEynEumlwll> (Consultado em: Janeiro de 2014).

Ussel, J.I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.

Vasconcelos, P. (2005). Redes sociais de apoio. In: Wall, K. (Org.). *Famílias em Portugal*, pp. 599-631. Lisboa: ICS Imprensa de Ciências Sociais.

Vaz, S. (2009). *A depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Residentes nos lares do Distrito de Bragança*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Saúde, Universidade do Porto.

Wikipédia (2012) *Vagos*. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/> (Consultado em: 02/12/2012).

Wikipédia (2012) *Santo André de Vagos*. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/> (Consultado em: 02/12/2012).

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

**Legislação consultada:**

*Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de Abril.*

*Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março.*

*Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de Setembro.*

*Despacho do MESS de 03/08/1993.*

*Despacho n.º 7837/2002, de 16 de Abril.*

*Despacho n.º 9400/2001 do SESSS, 4 de Maio de 2001.*

*Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro.*

*Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de Fevereiro.*

*Despacho Normativo n.º 30/2006, de 8 de Maio.*

*Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de Novembro.*

*Despacho Normativo n.º 12/98.*

*Diário da República-Despacho Conjunto n.º 407/98.*

## **VIII - Anexos**

### **8.1. Anexo 1 – Inquérito por Questionário**

# **Inquérito de Avaliação Multidisciplinar do Idoso**

**GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:  
Envelhecimento Ativo e Solidariedade Intergeracional**

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

**Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para idosos (OARS):**

**Questões preliminares:**

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano: tolerância de um dia.
2. Que dia da semana é hoje?
3. Como se chama esta localidade?
4. Qual é o seu endereço ou qual é o seu telefone?
5. Quantos anos têm?
6. Qual é a sua data de nascimento?
7. Como se chama o anterior presidente da república?
8. Como se chama o atual presidente da república?
9. Qual é o seu apelido?
10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três.

AVALIAÇÃO:

Mais de 3 questões erradas, inquérito não aplicado ao idoso.

Menos de 3 questões erradas, inquérito aplicado ao idoso.

## **PARTE I - Avaliação Inicial do Idoso:**

### **1. DADOS GERAIS:**

#### **1.1. Sexo:**

- Masculino;
- Feminino;

#### **1.2. Idade:**

- 65-75 anos;
- 76-85 anos;
- 86-95 anos;
- Mais de 96 anos.

#### **1.3. Analfabeto:**

- Sim;
- Não.

#### **1.4. Estado civil:**

- Casado/União facto;
- Solteiro;
- Viúvo;
- Divorciado.

#### **1.5. Condição laboral:**

- Ativo;
- Reformado;
- Desempregado;
- Baixa;
- Outro.

#### **1.6. Agregado familiar:**

- Vive sozinho;
- 2 pessoas;
- 3 pessoas;
- 4 pessoas;
- 5 ou mais pessoas.

### **2. EDIFÍCIO RESIDENCIAL:**

#### **2.1. Condições habitacionais:**

##### **2.1.1. WC:**

- Sim (chuveiro/banheira e sanita);
- Não.

##### **2.1.2. Água canalizada/potável:**

- Sim;
- Não.

**2.1.3. Recursos de cozinha:**

- Sim (fogão e frigorífico);
- Não.

**2.1.4. Recursos de higiene pessoal:**

- Sim (esquentador ou bailarina);
- Não.

**2.1.5. Recursos de higiene das roupas:**

- Sim (máquina de lavar a roupa);
- Não.

**2.1.6. Recursos de entretenimento:**

- Sim (TV e/ou rádio);
- Não.

**2.1.7. Recurso de contacto:**

- Sim (telefone e/ou telemóvel);
- Não.

**2.1.8. Estado de conservação da habitação:**

- Bom estado de conservação;
- Razoável estado de conservação;
- Mau estado de conservação.

**3. REDE DE SUPORTE:**

**3.1. Suporte/apoio do utente (Ajuda de terceiros: família e/ou prestador de serviços):**

NOTA: No caso do homem, se vivem com esposa ou parceira, a higiene **das roupas, higiene da habitação e confeção das refeições** não entram para estatística de ajuda de terceiros caso seja a mesma a realizar estes serviços.

- Diário e permanente;
- Diário e pontual;
- Pontual;
- Inexistente.

**3.1.1. Se dispõe de terceiros nalgum tipo de suporte/apoio, qual/quais serviço(s):**

**i. Higiene pessoal:**

- Sim;
- Não.

**ii. Higiene das roupas:**

- Sim;
- Não.

**iii. Higiene da habitação:**

- Sim;
- Não.

**iv. Confeção das refeições:**

- Sim;
- Não.

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

**3.1.2. Se dispõe de terceiros nalgum tipo de suporte/apoio, tipo de serviço:**

- Apoio domiciliário;
- Centro de dia;
- Familiar;
- Empregada/cuidador particular.

**3.2. Utente passa grande parte do dia:**

- Acompanhado;
- Sozinho.

## PARTE II – Avaliação Multidisciplinar do Idoso:

### 1. ESCALA DE KATZ:

#### 1.1. BANHO:

(1) **Independente:** Necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo. Por exemplo costas ou extremidades.

(0) **Dependente:** Necessita de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho.

#### 1.2. VESTIR:

(1) **Independente:** Escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos.

(0) **Dependente:** Precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir.

#### 1.3. UTILIZAÇÃO DA SANITA:

(1) **Independente:** Não necessita de ajuda para entrar e sair no WC; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar o urinol pela noite.

(0) **Dependente:** Usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar sanita.

#### 1.4. TRANSFERÊNCIA (cama/cadeirão):

(1) **Independente:** Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas como a bengala.

(0) **Dependente:** Necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/cadeira; está acamado.

#### 1.5. CONTINÊNCIA (vesical/retal):

(1) **Independente:** Controlo completo da micção e defecação.

(0) **Dependente:** Incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira.

#### 1.6. ALIMENTAÇÃO:

(1) **Independente:** Leva comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne.

(0) **Dependente:** Necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica.

### AValiação:

- Dependência total** – 0 Pontos;
- Dependência grave** – 1-2 Pontos;
- Dependência moderada** – 3-4 Pontos;
- Dependência ligeira** – 5 Pontos;
- Independente** – 6 Pontos.

## **2. ESCALA DE LAWTON & BRODY:**

### **2.1. UTILIZAÇÃO DO TELEFONE:**

- (1) Utiliza o telefone por iniciativa própria;
- (1) É capaz de marcar bem alguns números familiares;
- (1) É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar;
- (0) Não é capaz de usar o telefone.

### **2.2. FAZER COMPRAS:**

- (1) Realiza todas as compras necessárias independentemente;
- (0) Realiza independentemente pequenas compras;
- (0) Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra;
- (0) É totalmente incapaz de comprar.

### **2.3. PREPARAÇÃO DA REFEIÇÕES (só na mulher):**

- (1) Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente;
- (0) Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos;
- (0) Prepara, aquece e serve as refeições mas não segue uma dieta adequada;
- (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.

### **2.4. TAREFAS DOMÉSTICAS (só na mulher):**

- (1) Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados);
- (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama;
- (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza;
- (0) Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas;
- (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica.

### **2.5. LAVAGEM DA ROUPA (só na mulher):**

- (1) Lava sozinho toda a sua roupa;
- (1) Lava sozinho pequenas peças de roupa;
- (0) A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.

### **2.6. UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE:**

- (1) Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro;
- (1) É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte;
- (1) Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado;
- (0) Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de terceiros;
- (0) Não viaja.

### **2.7. MANEJO DA MEDICAÇÃO:**

- (1) É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas;
- (0) Toma a medicação se a dose é preparada previamente;
- (0) Não é capaz de administrar a sua medicação.

### **2.8. RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS:**

- (1) Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho;
- (1) Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco;
- (0) Incapaz de manusear o dinheiro.

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

AVALIAÇÃO:

MULHER:

- Dependência total** – 0-1 Pontos;
- Dependência grave** – 2-3 Pontos;
- Dependência moderada** – 4-5 Pontos;
- Dependência ligeira** – 6-7 Pontos;
- Independente** – 8 Pontos.

HOMEM:

- Dependência total** – 0 Pontos;
- Dependência grave** – 1 Ponto;
- Dependência moderada** – 2-3 Pontos;
- Dependência ligeira** – 4 Pontos;
- Independente** – 5 Pontos.

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

**3. ESCALA DE SOLIDÃO DE UCLA:**

<b>Instruções:</b> Abaixo estão representadas algumas afirmações que exprimem aquilo que as pessoas sentem relativamente às pessoas que o envolvem. Leia cada uma delas e, em seguida, assinale com um círculo ou um X a frequência com que acontece. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor aquilo que sente atualmente.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	4	3	2	1
2. Sinto a falta de camaradagem.	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	4	3	2	1
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	4	3	2	1
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora.	4	3	2	1
9. Há pessoas a quem me sinto chegado.	4	3	2	1
10. Sinto-me excluído.	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado dos outros.	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero.	4	3	2	1
14. Há pessoas que me compreendem realmente.	4	3	2	1
15. Sou infeliz por ser tão retraído.	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	1	2	3	4
17. Há pessoas com quem consigo falar.	4	3	2	1
18. Há pessoas a quem posso recorrer.	4	3	2	1

AValiação:

- Baixo Risco de Solidão** – 18-24 Pontos;
- Médio Risco de Solidão** – 25-48 Pontos;
- Alto Risco de Solidão** – 49-72 Pontos.

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

**4. ESCALA DE SATISFAÇÃO COM SUPORTE SOCIAL:**

Instruções: Abaixo estão representadas algumas afirmações que exprimem aquilo que as pessoas sentem relativamente às pessoas que o envolvem. Leia cada uma delas e, em seguida, assinale com um círculo ou um X a frequência com que acontece. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor aquilo que sente atualmente.	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1) Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
2) Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	5	4	3	2	1
3) Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	5	4	3	2	1
4) Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	5	4	3	2	1
5) Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	5	4	3	2	1
6) Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	1	2	3	4	5
7) Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	5	4	3	2	1
8) Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	5	4	3	2	1
9) As vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	1	2	3	4	5
10) Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	5	4	3	2	1
11) Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	5	4	3	2	1
12) Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
13) Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	1	2	3	4	5
14) Gostava de participar mais em atividades sociais que me satisfaçam.	1	2	3	4	5
15) Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex.: clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1	2	3	4	5

AValiação:

- **Suporte Máximo** – 51-75 Pontos;
- **Suporte Médio** – 26-50 Pontos;
- **Suporte Baixo** – 15-25 Pontos.

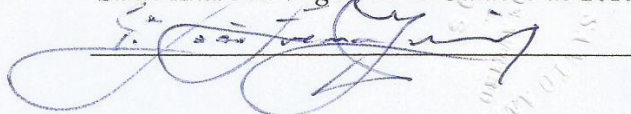
## 8.2. Anexo 2 – Declaração de Divulgação – Padre João Sarrico

### Declaração de Divulgação

Eu, abaixo-assinado, **Pe João Sarrico**, pároco de Santo André de Vagos, tomei conhecimento da Tese de Mestrado de Eddy Martins - **Gerações Solidárias: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais no âmbito do Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

Acedi ao pedido de divulgação do mesmo, pelo que declaro que o fiz em duas eucaristias.

*Santo André de Vagos, 25 de Outubro de 2013*



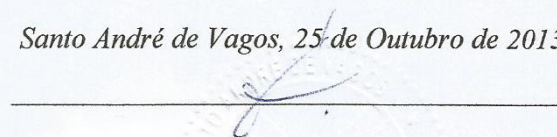
### 8.3. Anexo 3 - Declaração de Divulgação – Amílcar Raimundo

#### Declaração de Divulgação

Eu, abaixo-assinado, **Amílcar Raimundo**, presidente da Assembleia de Freguesia de Santo André de Vagos, tomei conhecimento da Tese de Mestrado de Eddy Martins - **Gerações Solidárias: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais no âmbito do Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

Acedi ao pedido de divulgação do mesmo, pelo que declaro que o fiz numa assembleia de Junta de Freguesia.

*Santo André de Vagos, 25 de Outubro de 2013*



## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

### 8.4. Anexo 4 - Declaração de Divulgação - Dulcinea Sereno

#### Declaração de Divulgação

Eu, abaixo-assinado, **Dulcinea Sereno**, presidente a Associação de Solidariedade Social e Cultural de Santo André de Vagos, tomei conhecimento da Tese de Mestrado de Eddy Martins - **GERAÇÕES SOLIDÁRIAS: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais no âmbito do Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

Acedi ao pedido de divulgação do mesmo, pelo que declaro que o fiz numa assembleia de direção da referida associação.

*Santo André de Vagos, 25 de Outubro de 2013*

*Dulcinea Sereno*

### 8.5. Anexo 5 – Declaração de Consentimento Informado

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Envelhecimento Ativo e Solidariedade Intergeracional

**Eu, abaixo-assinado,** -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2013

**Assinatura do participante no projeto:**

\_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

Eddy Francisco Martins

**Assinatura:**

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

### 8.6. Anexo 6 - Autorização de aplicação do Questionário Curto do Estado Mental

#### Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Eu, Eddy Francisco Martins, mestrando em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto pretendo realizar dissertação, de nome **GERAÇÕES SOLIDÁRIAS: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais.

Perante uma realidade local sem redes de suporte social formal no ramo da terceira idade, a presente dissertação, para além de outros aspetos como dados gerais, condições de habitabilidade e níveis de dependência, procura avaliar os níveis de solidão e de satisfação com o suporte social da população-alvo em estudo permitindo validar a pertinência do projeto *Gerações Solidárias*, projeto de apadrinhamento de idosos que sou mentor, nas suas medidas preventivas de fortalecimento das redes de suporte social.

Assim sendo, venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da **Questionário Curto do Estado Mental faz parte do OARS**, desenvolvida e validada por si.

Atenciosamente,  
*Eddy Francisco Martins*

---

Declaro que autorizo a utilização do Questionário Curto do Estado Mental faz parte do OARS para a realização do trabalho académico supracitado.

*Prof. Manuel Almeida Rodrigues* Sem outro assunto,

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

### 8.7. Anexo 7 - Autorização de aplicação da Escala de Katz

#### **Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados**

Eu, Eddy Francisco Martins, mestrando em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto pretendo realizar dissertação, de nome **GERAÇÕES SOLIDÁRIAS: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais.

Perante uma realidade local sem redes de suporte social formal no ramo da terceira idade, a presente dissertação, para além de outros aspetos como dados gerais, condições de habitabilidade e níveis de dependência, procura avaliar os níveis de solidão e de satisfação com o suporte social da população-alvo em estudo permitindo validar a pertinência do projeto *Gerações Solidárias*, projeto de apadrinhamento de idosos que sou mentor, nas suas medidas preventivas de fortalecimento das redes de suporte social.

Assim sendo, venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da Escala de Katz, desenvolvida e validada por si e outros autores para a língua portuguesa.

**Atenciosamente,**

*Eddy Francisco Martins*

- 
- Declaro que autorizo a utilização da Escala de Katz para a realização do trabalho académico supracitado.

**Sem outro assunto,**

*Valéria T. S. Lino*

Valéria T. S. Lino  
Médica  
CRM-RJ 52463400

24-02-2014

GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

**8.8. Anexo 8 - Autorização de aplicação da Escala de Lawton & Brody**

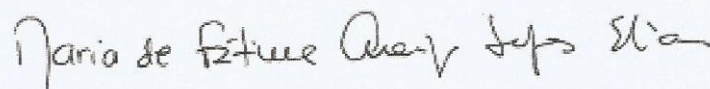
Exm. Mestrando  
Eddy Francisco Martins

Serve o presente documento para autorizar a utilização a versão da “Escala de Lawton & Brody” no seu trabalho de investigação” **GERAÇÕES SOLIDÁRIAS: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**” que está a desenvolver no âmbito do Mestrado em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

Votos do maior sucesso para este percurso académico.

Com os melhores cumprimentos pessoais

Porto, 01 de março de 2014



(Maria de Fátima de Araújo Lopes Elias)

## GERAÇÕES SOLIDÁRIAS:

Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional

### 8.9. Anexo 9 - Autorização de aplicação da Escala de Solidão

#### Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Eu, Eddy Francisco Martins, mestrando em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto pretendo realizar dissertação, de nome **GERAÇÕES SOLIDÁRIAS: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais.

Perante uma realidade local sem redes de suporte social formal no ramo da terceira idade, a presente dissertação, para além de outros aspetos como dados gerais, condições de habitabilidade e níveis de dependência, procura avaliar os níveis de solidão e de satisfação com o suporte social da população-alvo em estudo permitindo validar a pertinência do projeto *Gerações Solidárias*, projeto de apadrinhamento de idosos que sou mentor, nas suas medidas preventivas de fortalecimento das redes de suporte social.

Assim sendo, venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da **Escala de Solidão da University of California - Los Angeles** adaptada e validada por si em 1989.

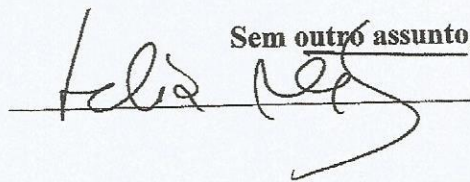
Atenciosamente,

*Eddy Francisco Martins*

---

Declaro que autorizo a utilização da **Escala de Solidão da University of California - Los Angeles** para a realização do trabalho académico supracitado.

Sem outro assunto,



## 8.10. Anexo 10 - Autorização de aplicação da Escala de Suporte Social

### Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados

Eu, Eddy Francisco Martins, mestrando em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto pretendo realizar dissertação, de nome **GERAÇÕES SOLIDÁRIAS: Ação Humanitária na Promoção da Solidariedade Intergeracional**, com o intuito de avaliar as necessidades dos idosos da freguesia de Santo André de Vagos de forma a desenhar um quadro de necessidades reais biopsicossociais.

Perante uma realidade local sem redes de suporte social formal no ramo da terceira idade, a presente dissertação, para além de outros aspetos como dados gerais, condições de habitabilidade e níveis de dependência, procura avaliar os níveis de solidão e de satisfação com o suporte social da população-alvo em estudo permitindo validar a pertinência do projeto *Gerações Solidárias*, projeto de apadrinhamento de idosos que sou mentor, nas suas medidas preventivas de fortalecimento das redes de suporte social.

Assim sendo, venho por este meio pedir a sua autorização para a utilização da **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**, desenvolvida e validada por si em 1999.

Atenciosamente,  
*Eddy Francisco Martins*



José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt) Adicionar aos contactos 13-02-2014

Ações ▾

Para: Eddy Francisco Martins ▾

Autorizo a utilização da ESSS.

Mais informo que existe um manual que é vendido em formato digital pela editora placebo, e que pode ter informação adicional útil

José Luís Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

## 8.11. Anexo 11 - Anexo 11 - Notícia Edição 251 O PONTO

### Ponto em Destaque

#### Acção social para dignificar qualidade de vida

*O dia a dia dos tempos que correm não fazem alimentar o espírito de vizinhança que se tende a perder, mesmo nos meios rurais. Uma tendência a que Dulcinea Sereno, Virginia Pinho e Eddy Martins, entre muitas outras pessoas, pretendem pôr termo na freguesia de Santo André. Conheça uma parte do projeto Gerações Solidárias que está a ser implementado em abono dos idosos e das que mais necessitam*



►►► Junta de freguesia e associações de Santo André querem ajudar idosos no combate à solidão

#### Projeto Gerações Solidárias

## Santo André convidado a olhar pelos idosos e necessitados

«-Então d. Maria Evangelina, como tem passado? -Olha o meu "netinho", que nunca mais veio ter comigo», diz, brincando, Maria Evangelina quando vê Eddy Martins a entrar pela porta em sua direção. O sorriso estampado na sua cara ao olhar para o jovem enfermeiro deixa perceber a confiança e a cumplicidade entre os dois. E não é para mais. Vivendo sozinha, mas contando com o apoio da irmã e de outros familiares, Maria Evangelina (87 anos), residente em Santo André, necessitou, durante cerca de dois meses, de cuidados de saúde. «Queimei-me num pé com óleo quente e era preciso mudar o penso e fazer o curativo a esta ferida danada e era esta joia de menino que cá vinha a casa», conta à nossa redação. «Mas depois que ficou bom nunca mais cá veio, tenho que te puxar as orelhas», brinca, uma vez mais com ele. Para além do curativo, Eddy Martins controlou também a sua saúde, desde tensão a níveis de colesterol ou glicémia. Uma vez acabou por ter que ser encaminhado ao hospital. «Mas esse menino não quis vir comigo», disse.

«Críticas» que não são mais que meras brincadeiras. «Os velhinhos precisam de ser ajudados» e por isso vê com bons olhos os cuidados de saúde que a junta de freguesia proporciona todos os dias de manhã. Uma ação que está englobada num conjunto de outras iniciativas que a junta de freguesia de Santo André tem promovido em parceria com a Associação de Solidariedade de Santo André de Vagos e que, com o apoio da Conferência Vicentina e do grupo de jovens Amigos do André, criaram recentemente o projeto Gerações Solidárias. Sob o lema «Sê voluntário, apadrinha um idoso», o objetivo é «tentar juntar as várias gerações e fazer um trabalho com elas num trabalho de solidariedade e de ação social, no sentido da promoção da saúde pública, de ações sociais e, no fundo, também tentar dignificar e melhorar a qualidade de vida, sobretudo dos nossos idosos», afirma Eddy Martins à nossa redação. A ideia passa por apelar à solidariedade da comunidade em prol dos que menos possuem e sobretudo dos idosos. Ele próprio, todos

os dias, dispensa duas horas para estar na junta, no «consultório» que ali foi criado. «Pretende-se promover a saúde, porque ainda existem pessoas que não têm uma vigilância tão digna quanto possível», seja pela falta de meios de transporte ou de informação. Para tal, faz uma avaliação geral dos sinais vitais das pessoas que ali se dirigem e encaminha os casos urgentes. «Funciona desde novembro e neste momento já temos mais de cem utentes», diz orgulhoso. E mais do que ir tratar da saúde, verificou-se que as pessoas se deslocam para «dois dedos de conversa».

#### Miséria descoberta a cada canto

Com o novo projeto, apresentado recentemente, houve já muitas pessoas a ligar para a junta e centro a dar conta de situações «gritantes» de vizinhos. Um dos casos já detetados é de «Maria» (nome fictício). Com 73 anos, vive com a sua filha que tem algumas deficiências nuns anexos que têm apenas duas divisões. «Aqui na cozinha chove por todo o lado:

#### Dulcinea Sereno

«O projeto já tem alguns anos. Com os poucos recursos que temos, económicos e de recursos humanos, tentamos ajudar os mais necessitados. Temos duas carrinhas da associação a transportar os idosos às consultas e aos serviços que não existem na freguesia (centro de saúde, bancos, farmácia, CTT, ...), porque havia muitas pessoas que não tinham como ir e outras tinham medo de ir sozinhas. Temos já um enfermeiro, voluntário, a prestar serviços de saúde (a junta apenas paga o material) e a assistente social Virginia Pinho, com a minha ajuda e a do Eddy Martins, está a fazer o levantamento das necessidades existentes. Gostariamos que este trabalho fosse partilhado, a título de voluntariado, pela comunidade local. Numa freguesia que tem 2100 habitantes, cerca de 120 ou mais são idosos. Temos um grupo de mais de 50 pessoas válidas e ativas prontas para trabalhar. A ideia é ter pessoas para transportar estes idosos, para os acompanhar ou até simplesmente para conversar. As pessoas sentem necessidade de conversar. Quem quiser voluntariar-se basta informar a junta ou a associação.»

aqui, acolá e além», vai apontando o dedo, apesar de pouco ver. E como faz em dias de chuva? «Chove como se estivéssemos na rua. Temos que pôr aqui uma bacia, outra ali, e às vezes são tantas as beiras que usamos os tachos». O quarto não é melhor. Pequeno, tem apenas espaço para as duas camas, encostadas entre si contra a parede, onde dormem, por vezes debaixo das beiras causadas pela chuva. Casa de banho nem sabem o que é, nunca tiveram. Para ambas é normal «fazer num balde e deitar numa fossa que temos ali atrás». É este tipo de realidades com que está a contactar Eddy Martins, a assistente social da IPSS Virginia Pinho e a presidente da junta e da IPSS Dulcinea Sereno, os três mentores do projeto. «Estamos a tentar visitar todos os idosos que estão sozinhos para tentar perceber se têm retaguarda familiar ou de vizinhos e se têm apoios económicos, porque há pessoas completamente abandonadas, seja por viuvez, seja por ter os filhos longe», explicou Eddy.

## 8.12. Anexo 12 - Notícia Edição 261 O PONTO



Dia dos avós celebrado em Santo André

# Avós e netos partilharam alegrias durante um dia

No dia dos avós, que se assinala a 26 de julho, a Associação de Solidariedade Social e Cultural de Santo André de Vagos promoveu, no âmbito do projeto “Gerações Solidárias” um dia de convívio para os idosos e as crianças da freguesia.

Ao todo, inscreveram-se 35 idosos (dado que a instituição não possui valência de idosos) e 19 crianças (dos 6 aos 10 anos) que frequentam a valência de ATL. Durante a manhã, os participantes tiveram a oportunidade de participar no passeio de moliceiro pelos canais de Aveiro e, em seguida, visitar o museu de Santa Joana Princesa, também na cidade de Aveiro. O almoço convívio teve lugar no Santuário de Vagos, e a tarde passada entre cânticos, danças e risos com Deus com os momentos de risoterapia proporcionados por Fernando Batista.

A acompanhar estavam 8 adultos da instituição e voluntários que frequentam o curso de cuidados de saúde primário de geriatria e pediatria. O formador, Eddy Martins, voluntário na IPSS e um dos mentores do projeto Gerações Solidárias, afirmou que esta passou a ser uma «aula prática» para algumas das 35 formandas que frequentam o curso de 75 horas e que permite prática nestas áreas. «Não quer dizer que vão arranjar trabalho nesta área, porque muitas frequentam para poder cuidar dos seus familiares acamados, por exemplo». Uma iniciativa «para repetir», garantiu

Virgínia Pinho, assistente social da IPSS e pertencente ao projeto. «É uma forma de fomentar a intergeracionalidade»,

acrescentou, garantindo que os idosos da freguesia «aderem muito bem» a este tipo de iniciativas.



Segundos pais com o dobro da alegria

Nem todos os avós tiveram a oportunidade de partilhar este dia, nesta atividade, com os seus netos. Lucília Santos e o marido Manuel Cravo tiveram sorte bem diferente. Ambos se inscreveram nesta ação e conseguiram partilhar o dia com duas das sete netos que têm. Inês (11 anos) e Sofia Teixeira (10) gostaram muito do dia passado com os avós que, para elas, são «muito bons» e «até nos levam a passear; há dias fomos a Fátima», disseram. A satisfação era notável nos rostos dos avós. «Antigamente não se falava neste dia, mas acho bem que se comemore porque, afinal, os avós são segundos pais. E quando se dão bem com os netos, é uma felicidade imensa», garantiram.



O projeto conta já com dez voluntários

VAGOS // GERAÇÕES SOLIDÁRIAS

## Jovens ajudam idosos nas tarefas quotidianas

**E**ram muitos os pedidos de ajuda de idosos que não tinham qualquer resposta institucional. E o que se faz quando alguém se aproxima e diz "Eu preciso mesmo de ajuda e atenção?". Empurrados pela necessidade de dar resposta à população de Santo André, em Vagos, o enfermeiro Eddy Martins, a assistente social Virginia Pinho e a presidente da associação de solidariedade local Dulcinea Sereno deram início ao Gerações Solidárias.

O projeto - baseado no voluntariado e dentro do espírito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade Entre Gerações, que se promove este ano - é um sucesso. Os gestos multiplicaram-se e, desde Janeiro, uma dezena de voluntários, despende tempo e esforço para ajudar idosos a preencher documentos, a fazer pequenos arranjos nas habitações. Sucede ainda levarem-nos ao centro de saúde e às finanças, ou, simplesmente a dar um passeio.

Entram nas casas dos idosos, mas sem invadir a sua intimidade. Aliam-se à junta de freguesia, aos vicentinos ou a outros parceiros, e mostram-se disponíveis para o que for

preciso. Recentemente, juntaram algumas dezenas de idosos e celebraram o dia dos avós com um passeio de moliceiro. Muitos deles nunca tinham andado de barco.

"Em alguns casos damos resposta a necessidades físicas concretas, mas noutras situações trata-se de dar qualidade de vida e atenção, para evitar a solidão e a exclusão social", explica Eddy Martins, frisando que "o projeto é uma resposta a pedidos explícitos, a outros que estão nas entrelinhas e necessidades várias da população".

Na memória, Eddy guarda muitos pedidos. Alguns "marcam emocionalmente", como é o acompanhamento de pessoas em fase terminal e dos seus familiares.

O grupo, que já promoveu uma formação em cuidados geriátricos, avança em setembro com uma formação sobre voluntariado, procurando, desta forma, continuar a crescer e melhorar as respostas.

ZULAY COSTA

**JOVENS DÃO O SEU TEMPO PARA AJUDAR IDOSOS EM VÁRIAS TAREFAS**

### [ EXEMPLOS ]



As mentoras do projeto: Olga e Ascension

LISBOA // HEALTH SOCIAL CARE

## Médicos na rua a darem consultas a quem precisa

**H**á um ano apareciam só os sem-abrigo, hoje são também pessoas com casa, filhos e toda uma vida montada, que se foi perdendo até não haver dinheiro para coisas tão básicas como medicamentos. Chegam de receita na mão e pedem ajuda à equipa de enfermeiros e médicos que todas as quartas-feiras levam, gratuitamente, a saúde às ruas de Lisboa.

Sem este projeto, designado Health Social Care e apadrinhado pelos Hospitais Privados de Portugal - Hospital dos Lusitãos, muitas destas pessoas não teriam qualquer acesso a cuidados de saúde. "A realidade é dura", sintetiza a enfermeira Olga Vasconcelos. "É está cada vez mais assustadora", corroborava Ascension Lopez, a médica que garante que "nunca tanto como agora se viram famílias inteiras e crianças na rua".

É a visão do inferno, é o espelho que diz que "alguma coisa está a falhar na sociedade portuguesa", alerta esta profissional que, um dia, em conversa de circunstância com a enfermeira Olga descobriu que tinham muito em comum. Foi, aliás, dessa circunstância que nasceu uma longa parceria e este projeto que já conta cerca de 50 voluntários,

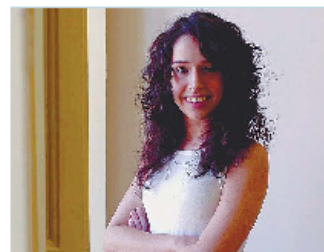
entre enfermeiros, técnicos sociais, auxiliares e médicos. Pena que sejam só dois médicos. Se fossem mais, a saúde poderia descer às ruas de Lisboa, mais vezes por semana.

A rota é sempre a mesma: São Jorge de Arroios, Campo das Cebolas, Martim Moniz e Expo. Muitas das caras também. Em média, são vistas 30 pessoas. Recebem medicamentos, produtos de higiene e, quando precisam, uma carta para irem fazer exames. "Hoje, 70% são sem-abrigo e 30% são pessoas que até agora tinham vidas absolutamente normais", diz Olga.

"Muitos aparecem com roupas boas, as que podiam comprar quando tinham emprego. São pessoas qualificadas, educadas. É aflitivo. Percebemos mesmo que pode acontecer a qualquer um", avisa Ascension.

É talvez esta clara noção da fragilidade humana que leva estas mulheres a persistirem, semana após semana. "Afinal, amanhã pode ser qualquer um de nós." LEONOR PAVIA WATSON

**"AFINAL, AMANHÃ PODE VIR A SER QUALQUER UM DE NÓS".**



Sofia Valdoletros, 21 anos, aluna de Medicina

PORTO // PROJETO KARATÉ KID

## Universitários ensinam a arte do respeito a crianças

**P**rimero, foi preciso conquistar o seu olhar. "A segunda-feira, era quase impossível dar aulas. Passavam o fim de semana em roda livre, sem regras, e não obedeciam. Tivemos de mudar as aulas."

Outro obstáculo a vencer foi a falta de confiança dos miúdos. Inicialmente, não queriam fazer os exercícios porque não acreditavam ser capazes e receavam expor-se ao fracasso frente aos colegas. Pouco a pouco, a autoestima foi-se solidificando e tornaram-se mais audazes. **Ganham consciência dos seus limites e cresceram em humildade à medida que aprendiam que a auto-superação é grande objetivo.** Sofia conta com orgulho que os sete alunos que se propuseram a passar ao cinto amarelo foram aprovados.

As aulas são atualmente muito mais tranquilas. O karaté tornou-se um espaço de disciplina e de valorização pessoal. "Agora, estão tranquilos e tentam até conseguirem. Não desistem." HELENA NORTE

**RESPEITO É A PRIMEIRA E A MAIS IMPORTANTE LIÇÃO DO KARATÉ**