José António Araújo de Freitas

Centros Sociais Paroquiais

Redes de comunicação e de cooperação para a "terceira idade": contexto institucional e social

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2011

José António Araújo de Freitas

Centros Sociais Paroquiais

Redes de comunicação e de cooperação para a "terceira idade": contexto institucional e social

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2011

© 2011
José António Araújo de Freitas
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

José António Araújo de Freitas

Centros Sociais Paroquiais

Redes de comunicação e de cooperação para a "terceira idade": contexto institucional e social

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais, sob a Orientação do Prof. Doutor Álvaro Campelo.

RESUMO

JOSÉ ANTÓNIO ARAÚJO DE FREITAS: Centros Sociais Paroquiais. Redes de comunicação e de cooperação para a terceira idade: contexto institucional e social.

(Sob a orientação do Prof. Doutor Álvaro Campelo)

O envelhecimento demográfico, a pobreza, o isolamento e a solidão preocupam, na actualidade, muitos estudiosos, políticos, trabalhadores sociais, dirigentes de instituições, familiares, todos empenhados em prestar aos idosos os mais adequados serviços de intervenção. A família, habitual refúgio e segurança das pessoas, encontra-se em profunda mudança. De facto, a família vê alterada a sua função protectora e é, hoje, também ela, campo de intervenção social.

Desde o seu início, a Igreja buscou formas de socorrer, ajudar e acolher as pessoas carenciadas. A Doutrina Social da Igreja, difundida particularmente a partir da publicação da *Rerum Novarum*, e sistematicamente aprofundada em vários documentos posteriores, veio dar consistência a uma riquíssima tradição solidária. Ultimamente, a acção solidária da Igreja tem sido feita, de forma mais organizada, nos Centros Sociais Paroquiais.

No concelho de Ponte de Lima, nas últimas duas décadas, construíram-se vários Centros Sociais Paroquiais e, em Março de 2009, estavam a funcionar dez com valências para idosos. Lançámos, então, nessas instituições, questionários aos utentes das valências de Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e aos seus funcionários, que nos fornecem dados sobre a comunicação e o relacionamento entre os vários actores sociais: direcção, utentes, pessoal técnico e não técnico. Este estudo fornece também, entre outros, dados sobre os motivos da institucionalização, o espaço gerontológico, a comunicação gerontológica e a qualidade dos serviços prestados nessas valências sociais.

Num tempo em que se defende o envelhecer em casa, e se valoriza o Serviço de Apoio Domiciliário, mostram-se, neste estudo, as suas vantagens, mas também se revelam as suas debilidades. Constata-se que o envelhecimento activo começa a ser uma realidade entre nós, e que se têm alterado os velhos preconceitos sobre os serviços prestados no Centro de Dia, no Centro de Convívio e no Lar de Idosos. Nestas valências gerontológicas, muitos funcionários (técnicos e não técnicos) e dirigentes procuram dar a maior qualidade possível à vida das pessoas idosas. Os Centros Sociais Paroquiais exercem, presentemente, uma acção importante no campo social, mas são obras com futuro também noutras áreas como nas de intervenção recreativa e cultural.

RÉSUMÉ

JOSÉ ANTÓNIO ARAÚJO DE FREITAS: Centres Sociaux Paroissiaux. Réseaux de communication et de cooperation pour le troisième âge. Contexte institucionnel et social.

(Sous l'orientation du Professeur Álvaro Campelo)

Le vieillissement démographique, la pauvreté, l'isolement et la solitude préoccupent, présentement, grand nombre de scientifiques, politiques, travailleurs sociaux, dirigeants d'institutions, parents, tous engagés à prêter aux personnes âgées les services d'intervention les plus adéquats. La famille, abri habituel et sécurité de tous, se trouve en profond changement. En effet, la famille voit sa fonction protectrice se modifier et devient, elle aussi, champ d'intervention sociale.

Depuis ses débuts, l'Église a cherché des formes de secourir, aider et accueillir les plus démunis. La Doctrine Sociale de l'Église, diffusée particulièrement à partir de la publication du *Rerum Novarum*, et systématiquement approfondie dans plusieurs documents postérieurs, vient rendre plus consistante une riche tradition solidaire. Récemment, l'action solidaire de l'église se fait, de forme plus organisée, dans les Centres Sociaux Paroissiaux.

Dans la commune de Ponte de Lima, dans les deux dernières décennies, plusieurs Centres Sociaux Paroissiaux ont été construits et, en mars 2009, dix étaient en fonctionnement et offraient des services pour personnes âgées. Dans ces institutions, nous avons alors lancé des questionnaires auprès des usagers des services de Centre de Jour, Centre de Convivialité, Service d'Aide Domiciliaire, Foyer pour Personnes âgées et auprès de leurs fonctionnaires, ce qui nous a fourni des données sur la communication et les relations entre les différents acteurs sociaux : direction, usagers, personnel technique et non technique. Cette étude nous a aussi fourni, entre autres, des

données sur les raisons de l'institutionnalisation, l'espace gérontologique, la communication gérontologique et la qualité des services.

Dans un temps où l'on défend la stratégie vieillir chez soi et où l'on valorise le Service d'Aide Domiciliaire, on montre, dans cette étude, leurs avantages, mais on révèle aussi leurs faiblesses. On constate que le vieillissement actif devient une réalité parmi nous, et que les vieux préjugés sur les services prêtés dans le Centre de Jour, dans le Centre de Convivialité et dans le Foyer pour Personnes âgées se sont progressivement altérés. Dans ces services gérontologiques, nombreux fonctionnaires (techniciens et non techniques) et directeurs cherchent à donner la plus grande qualité possible à la vie des personnes âgées. Les Centres Sociaux Paroissiaux exercent, actuellement, une action importante dans le champ social, néanmoins ce sont aussi des œuvres d'avenir dans d'autres secteurs comme celui de l'intervention récréative et culturelle.

ABSTRACT

JOSÉ ANTÓNIO ARAÚJO DE FREITAS: Parish Social Centres. Communication and cooperation networks for the elderly: Institucional and social context.

(Under the orientation of Prof. Álvaro Campelo)

The aging population, poverty, isolation and loneliness concern at present, many scholars, politicians, social workers, heads of institutions, family members, all committed to providing the elderly the most appropriate intervention services. The family, habitual refuge and safety, is undergoing profound change. In fact, the family sees amended its protective function and is, today, too, the field of social intervention.

Since its inception, the Church has sought ways to help, assist and accommodate people in need. The Social Doctrine of the Church, particularly since the widespread publication of *Rerum Novarum*, and systematically detailed in several subsequent documents, came to give consistency to a rich tradition of solidarity. Lately, the action of solidarity of the church has been made, more organized, in the Parish Social Centers.

In Ponte de Lima, for the last two decades, several Parish Social Centers were built and in March 2009, were operating ten with valences for the elderly. We launched then these institutions, questionnaires to users of the valences of the Day Center, Gathering Center, Home Support Service, Home for the Elderly and their employees, who provide data on the communication and relationship between various social actors: management, users, technical and non-technical staff. This study also provides, among others, data on the reasons for institutionalization, the area of gerontology, gerontological communication and quality of services provided in these social valences.

At a time when it defends the aging at home, and appreciates the Home Support Service, in this study are shown not only their advantages, but also revealed their

weaknesses. It appears that active aging is becoming a reality among us, and which have changed the old prejudices about the services provided in the Day Center, the Center for Coexistence and the Home for the Aged. In these geriatric valences many employees (technical and non technical) and leaders seek to give the highest possible life quality to older people. The Parish Social Centers carry out, at present, an important action in the social field, but they are also future works in other areas and in recreational and cultural intervention.

DEDICATÓRIA

Ofereço este estudo aos utentes, ao pessoal técnico e não técnico dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima, aos seus Presidentes e membros das Direcções. A dedicatória geral justifica-se porque os utentes são a razão de ser destas instituições de solidariedade social; os seus trabalhadores (técnicos e não técnicos) partilham trabalhos e alegrias para dar qualidade de vida às pessoas idosas; os presidentes e os restantes membros da Direcção praticam um verdadeiro e generoso serviço social.

Dedico este estudo, de modo especial, ao meu sobrinho Carlitos, à Maria Luísa e à Rosa Maria com muito apreço pelo saber e labores partilhados comigo no serviço prestado às pessoas idosas dos Centros Sociais Paroquiais.

AGRADECIMENTOS

Feita a dedicatória, impõe-se um agradecimento especial ao Senhor Professor Doutor Álvaro Campelo. Esta tese, fruto de reflexões pessoais, é devedora de muita gratidão a ele que a orientou e ajudou a limar. Muito obrigado.

Agradeço também a Filipe Sá a ajuda dada no lançamento dos questionários, a Anselmo Sousa o levantamento fotográfico das instituições estudadas e a Almeno Leite a apresentação gráfica do texto.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE IMAGENS XXV
ÍNDICE DE FIGURAS XXV
LISTA DE ABREVIATURAS XXVIII
INTRODUÇÃO GERAL 1
Parte I: Conceitos 15
Capítulo I: A problemática do envelhecimento 17
Introdução 19
1. O envelhecimento da população 20
2. Ser velho 24
3. Algumas perdas na velhice 34
4. O envelhecimento demográfico da população 35
5. O envelhecimento demográfico da Europa: tendências e perspectivas 37
6. O envelhecimento da população em Portugal 40
7. Velhice, pobreza e o isolamento 45
8. As Redes Sociais 51
Capítulo II: Gerontologia Social 57
Introdução 59
1. A emergência da Gerontologia Social 60
2. A Qualidade de Vida do Idoso 64
3. Envelhecimento activo e saudável 72
Capítulo III: O contexto sociocultural da Gerontologia 85
Introdução 87
1- A Família em mudança 87
2- A Família e o cuidar na doença crónica, na pobreza e na velhice 103
3- Trabalho Social com as famílias 107
Capítulo IV: A comunicação na terceira idade 111

Introdução 113
1. Comunicação – conceitos 114
2. Teorias da comunicação - múltiplas visões do fenómeno comunicativo 130
3. Competências para a comunicação 136
4. Barreiras à comunicação 137
5. Comunicação eficaz 140
6. Processos de gestão de uma instituição 142
7. Comunicação na gestão / tomada de decisões / liderança 145
8. A participação como comunicação 148
9. Comunicação geriátrica 153
Capítulo V: O Espaço gerontológico 169
Introdução 171
1. O espaço e a comunicação interpessoal 172
2. Espaço e comunicação do idoso 177
3. Organização física de um Lar de Idosos 182
Capítulo VI: Recursos institucionais 187
Introdução 189
1.Institucionalização 189
2.Por que é que os idosos vão para um Lar? 193
3. O Lar é último recurso ou uma necessidade? 197
4. Ingresso e acolhimento numa Instituição 198
PARTE II: A solidariedade organizada da Igreja 203
Capítulo I: Centros Sociais Paroquiais 205
Introdução 207
1. Tradição solidária da Igreja 208
2. Princípios e critérios da Doutrina Social da Igreja 213
3. A Paróquia: uma comunidade solidária que pratica a caridade 219
4. Intervenção Social da Paróquia 221
5. O Centro Paroquial, organização complexa e específica de acção social 226
6. Cooperação entre os membros da organização dos Centros Sociais Paroquiais 233
7. Respostas sociais para os idosos dos Centros Paroquiais 237
8. O Centro Social Paroquial como Serviço Social 248
9. Redes de cooperação com os Centros Sociais Paroquiais 255

Capítulo II: A Solidariedade organizada no Concelho de Ponte de Lima 261
Introdução 263
1. A Questão demográfica e económica do concelho de Ponte de Lima 264
2.Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima 267
PARTE III: Os idosos nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima 283
Capítulo I: Metodologia e apresentação de dados 285
1.Metodologia 287
2. Apresentação e análise de dados dos questionários dos utentes por valências 293
3. Apresentação e análise de dados do Questionário – Funcionários 296
PARTE IV: Discussão dos dados e conclusões 299
1. O Serviço de Intervenção nos Centros Sociais Paroquiais 301
1.1. Intervenção Social da Paróquia 301
1.2. Opinião dos Presidentes da Direcção 308
2 - A família e a institucionalização do idoso 318
3 - O espaço gerontológico nos Centros Sociais Paroquiais 330
4 - A Comunicação Gerontológica nos Centros Sociais Paroquiais 340
4.1. Comunicação das decisões da Direcção 342
4.2. Comunicação das decisões do pessoal técnico 344
4.3. Comunicação das decisões da Paróquia 347
4.4. Comunicação/relação interpessoal 351
4.5. Comunicação dos problemas 355
4.6. Comunicação organizacional 357
4.7. A Participação 360
4.8. Relacionamento com os amigos e vizinhos na opinião dos utentes do Centro de Dia/ Centro de Convívio e do Serviço de Apoio Domiciliário 367
4.9. Relacionamento com a Paróquia 371
4.10. Relacionamento com os residentes 374
4.11. O relacionamento interno nos Centros Sociais Paroquiais, na opinião dos Presidentes da Direcção 377
4.12. O relacionamento dos Centros Sociais Paroquiais com a Segurança Social visto pelos Presidentes da Direcção 378
5. Qualidade de Vida nas valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais 381
5.1. Como se sentem os utentes idosos nos Centros Sociais Paroquiais? 382
5.2. Qualidade de vida dos utentes 385

5.3. Como se sentem os trabalhadores sociais nos Centros Sociais Paroquiais?. 389
5.4. Os trabalhadores dos Centros Sociais Paroquiais vistos pelos utentes..... 392
5.5. Como são vistas as valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais?. 393
6. Conclusões..... 400
6.1. Conclusões sintéticas..... 400
6.2. Centros Sociais Paroquiais, que futuro? 404
6.3. Conclusão geral..... 410
BIBLIOGRAFIA 421
ÍNDICE ONOMÁSTICO..... 467
INDICE DIDASCÁLICO..... 484

ANEXOS – "Apresentados em Volume Próprio"

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Centro Paroquial e Social de Beiral do Lima 269
Imagem 2 - Centro Paroquial e Social de Calheiros 270
Imagem 3 - Centro Social Paroquial da Correlhã 271
Imagem 4 - Centro Paroquial e Social de Fontão 272
Imagem 5 - Centro Paroquial e Social de Fornelos 273
Imagem 6 - Centro Paroquial e Social de Rebordões Santa Maria 274
Imagem 7 - Centro Social Paroquial de S. Martinho da Gandra 275
Imagem 8 - Centro Paroquial e Social de Santa Maria dos Anjos 277
Imagem 9 - Centro Paroquial e Social de Santa Cruz do Lima 278
Imagem 10 - Centro Social Paroquial de Arcozelo 279

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Número de respondentes por valências 293
Figura nº 2 - Caracterização da amostra por sexo (geral e por valência) 293
Figura nº 3 - Idade 294
Figura nº 4 - Habilitações Literárias 294
Figura nº 5 - Estado Civil 295
Figura nº 6 – Grupos familiares 295
Figura nº 7 – Sexo 296
Figura nº 8 – Idade 297
Figura nº 9 – Habilitações 297
Figura nº 10 – Estado civil 297
Figura nº 11 – Situação profissional 298
Figura nº 12 – Categoria Profissional 298
Figura nº 13 - Motivos do ingresso na instituição por valência 318

Figura nº 14- Motivos de ingresso por sexo 326
Figura nº 15 - Motivos por idade 326
Figura nº 16 - Satisfação na instituição 328
Figura nº 17 - Como se sente na instituição 328
Figura nº 18 - Condições físicas do local de trabalho (funcionários) 334
Figura nº 19 - Condições físicas do local de trabalho por situação profissional 335
Figura nº 20 - Lugar onde os utentes se sentem melhor 335
Figura nº 21 - Lugar onde os utentes se sentem melhor, por sexo 336
Figura nº 22 - Como são comunicadas as decisões da direcção (funcionários) 342
Figura nº 23 - Como são comunicadas as decisões da Direcção por situação profissional 342
Figura nº 24 - Comunicação das decisões da Direcção 343
Figura nº 25 - Comunicações das decisões do pessoal técnico 345
Figura nº 26 - Comunicações das decisões do pessoal técnico por sexo 345
Figura nº 27 - Comunicações das decisões do pessoal técnico por idade 346
Figura nº 28 - Como são comunicadas as decisões do pessoal técnico (funcionários) 346
Figura nº 29 - Comunicações das decisões da Paróquia 348
Figura nº 30- Comunicações das decisões da Paróquia por sexo 348
Figura nº 31 - Comunicações das decisões da Paróquia por idade 349
Figura nº 32 - Como são comunicadas as decisões da paróquia (funcionários) 349
Figura nº 33 - Relação com amigos e vizinhos no C. D. e S.A.D. 351
Figura nº 34 - Relação com os residentes no Centro Paroquial 352
Figura nº 35 – Relação com os residentes no Centro Paroquial (funcionários) 352
Figura nº 36 - Comunicação/relação interpessoal (funcionários) 353
Figura nº 37 - Comunicação/relação interpessoal por situação profissional 353
Figura nº 38 – Relação com os outros funcionários 354
Figura nº 39 – Qualidade da relação com os outros funcionários por situação profissional 354
Figura nº 40 – Comunicação dos problemas 355
Figura nº 41 – Atenção prestada pelos funcionários 356
Figura nº 42- O mais importante para a comunicação interna (funcionários) 358
Figura nº 43 – O mais importante para a comunicação interna por situação profissional 358
Figura nº 44 - Participação nas actividades do Centro Paroquial 360

Figura nº 45 - Participação nas actividades do Centro Paroquial por sexo 361
Figura nº 46 - Participação das actividades do Centro Paroquial por idade..... 361
Figura nº 47 - Em que actividades participam..... 362
Figura nº 48 - Em que actividades participam por sexo 362
Figura nº 49 - Em que actividades participam por idade..... 363
Figura nº 50 - Participação nas actividades (funcionários) 363
Figura nº 51 - Participação nas actividades por situação profissional..... 364
Figura nº 52- Em que actividades participam (funcionários) 364
Figura nº 53 - Em que actividade participa por situação profissional 364
Figura nº 54 - Relação com amigos e vizinhos por sexo (C.D. e S. A.D.)..... 368
Figura nº 55 - Relação com amigos e vizinhos por idade (C.D. e S.A.D) 368
Figura nº 56 - Qualidade relação com amigos e vizinhos (C.D. e S.A.D.) 369
Figura nº 57 - Qualidade relação com amigos e vizinhos por sexo (C.D. e S.A.D.).... 369
Figura nº 58 - Qualidade relação com amigos e vizinhos por idade (C.D. e S.A.D.) .. 370
Figura nº 59 - Relações com a paróquia da instituição..... 371
Figura nº 60 - Relações com a paróquia da instituição por sexo 372
Figura nº 61 - Qualidade das relações com a paróquia da instituição 373
Figura nº 62 – Relação com a Paróquia da Instituição (funcionários) 374
Figura nº 63- Relação com os residentes no Centro Paroquial por sexo 375
Figura nº 64 – Relação com os residentes no Centro 375
Figura nº 65 - Qualidade da relação com os residentes no Centro Paroquial..... 376
Figura nº 66 - Interrupção da prestação de cuidados..... 384
Figura nº 67 - Gosto pelo trabalho..... 390
Figura nº 68 - Como se sente na instituição (funcionários)..... 391

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD - Actividades Básicas da Vida Diária

CD - Centro de Dia

CLAS - Conselho Local de Acção Social

CNIS - Confederação Nacional de Solidariedade Social

CSP - Centro (s) Social (ais) e Paroquial (ais)

D. – Presidentes da Direcção

DSI - Doutrina Social da Igreja

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

ESEM- Exame Sumário do Estado Mental

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

MO – Memória operativa

PG - População Geriátrica

PL- Ponte de Lima

PNAI - Plano Nacional de Acção Para a Inclusão

R. – Relatórios Sociais

REAPN - Rede Europeia Anti – Pobreza

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SD - Sintomatologia Depressiva

V. – V(idas): Relatos Biográficos e Entrevistas

INTRODUÇÃO GERAL

As questões relacionadas com o envelhecimento interessam a todos os que trabalham com idosos, aliciam os estudiosos, preocupam os formuladores de políticas públicas, e dizem respeito a todos nós, que também envelhecemos. É abundante a biblioteca sobre gerontologia e envelhecimento.

As mudanças demográficas e as alterações verificadas na organização familiar motivam os investigadores a um olhar atento sobre o envelhecimento da população. Ao mesmo tempo, estas alterações demográficas e sociais obrigam a novas formas de pensamento e de intervenção. O envelhecimento é acompanhado por uma série de transformações da pessoa tanto a nível biológico, com transformações a nível corporal, como social e psicológico. A Gerontologia Social ocupa-se em conhecer e aprofundar os fenómenos que visam o prolongamento e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Actualmente, assumem relevo crescente a promoção do envelhecimento activo, a prestação de cuidados aos idosos e a busca de ambientes favoráveis à sua vivência.

Tendo em conta o contexto em que desenvolvemos a nossa investigação, os sentidos e modos de acção oriundos da doutrina social da Igreja não podem ser descurados. Os cristãos que, desde sempre, afirmam cultivar a solidariedade, desenvolvem um sentido de compromisso com a pessoa humana, com cada pessoa; pedem que lhes seja permitido servir a humanidade, sobretudo a mais excluída e marginalizada (Bento XVI, 2009, DMM)[1]. Desta forma, a Igreja é chamada a trabalhar no contexto social e a assumir as suas responsabilidades diante das transformações da sociedade. Nos documentos que se aproximam do cerne do cristianismo encontramos a atenção ao pobre e ao marginalizado e o empenhamento em eliminar as causas da

[1] Mensagem de Bento XVI para o Dia Mundial das Missões de 2009.

pobreza e da marginalização. Ao estudarmos os Centros Sociais Paroquiais, onde encontramos os Lares e os Centros de Dia, procuramos ver como esta especificidade cristã está presente, ou como ela pode ser uma oportunidade ou impedimento à renovação dos cuidados gerontológicos.

A família, muitas vezes classificada como unidade básica da organização social, tem mudado ao longo dos tempos. A família moderna tem-se transfigurado, surgindo novas formas de família. Paralelamente, têm surgido questões, como conflitos entre o papel do homem e da mulher, como os novos discursos sobre o género e a emancipação feminina, do pai e da mãe, que redefinem a questão das relações dos casais, da divisão do trabalho, e o relacionamento pais/filhos, com novos papéis da parentalidade, do poder parental e dos espaços da educação. A família de hoje, com a sua importância constatada e com as profundas alterações que sofreu, pode cuidar dos seus idosos?

Os idosos, no século XXI, sentem-se atormentados pelo isolamento, pelo silêncio, pela família em profunda mudança. A situação demográfica actual, as necessidades de novas perspectivas de intervenção social e educativa na terceira idade, motivam a nossa investigação. O envelhecimento da população é uma evidência crescente no mundo e o concelho de Ponte de Lima não escapa a essa realidade, apesar de ser dos mais jovens no contexto regional. Para dar resposta à problemática da velhice, entre outras instituições, existem vários Centros Sociais Paroquiais no concelho. Que valências têm estas Instituições? Que serviços prestam? Como e a quem os prestam?

Os Centros Sociais Paroquiais ligados à Igreja são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que servem a comunidade em várias áreas. Uma delas, e a que nos interessa aqui, é aquela que visa dar uma resposta ao envelhecimento da população, ao aumento da esperança de vida e à exigência de mais qualidade de vida por parte das pessoas idosas. Pretendemos, por isso, problematizar estas instituições e os serviços gerontológicos nelas prestados, dentro de uma base teórica fundamentada e crítica tendo como objecto de estudo os Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima que estavam a funcionar em 2009.

Abordamos temáticas referentes à organização, gestão e administração destes Centros Sociais Paroquiais, analisamos os indivíduos e grupos aí existentes; questionamos os vários actores sociais sobre a satisfação / insatisfação na instituição e a qualidade de vida; como se gerem as pessoas e, de modo especial, como é feita a comunicação organizacional, grupal e interpessoal. No cerne da problemática, estão a dimensão institucional dos Centros Sociais Paroquiais, enquanto IPSS; as vivências e relações que decorrem dos papéis técnicos e das necessidades dos utentes; a adequação ou não das políticas e estratégias destas instituições para a satisfação da qualidade de vida dos seus utentes.

Os Centros Sociais Paroquiais, instituições de solidariedade, cooperam com os serviços de Segurança Social, com a Autarquia, com a Comunidade. A relação institucional, a inserção na rede social de apoio aos idosos e a mais-valia da presença destas instituições num determinado espaço cultural proporcionam uma visão crítica e problematizada da história destas instituições que, além de responderem aos problemas de muitos idosos, surgem, enquanto solidariedade organizada, como um dos paradigmas de intervenção social na terceira idade e, neste caso, como a concretização da Doutrina Social da Igreja. Porque estas instituições têm direcção, pessoal (técnico e não técnico) e utentes nas várias valências, pretendemos saber como se relacionam e comunicam entre si, como participam nas actividades, quais os motivos que levam as pessoas a recorrerem aos Centros Sociais Paroquiais e como encontram, nestas instituições, mais qualidade de vida. Procuramos saber, também, qual o sentimento dos funcionários e dos utentes nas várias valências que os Centros Sociais Paroquiais têm para os idosos.

Buscam-se, na actualidade, formas de prestação de serviços de proximidade aos idosos que levantam várias questões na intervenção social ou de investigação. Até onde se pode trabalhar, numa instituição, com o utente e o mais próximo possível do utente?

Aos profissionais do serviço social compete criar vínculos de proximidade com os utentes. O trabalho social exige uma diversificação da rede de interlocutores no campo social, pois os idosos, por vezes, sentem-se demasiadamente distantes, abandonados, isolados. Como se adaptam os trabalhadores sociais, nas instituições, às preocupações, sensibilidade e necessidades do utente beneficiário? O trabalho social

exerce-se num espaço e num tempo. Como é prestado o serviço social dentro de uma instituição, ou em situações de isolamento e de forte dependência física, mental e psicológica?

O idoso, mesmo que tenha feito tudo para ter uma óptima saúde, chega a uma etapa da vida em que se sente mais fraco e mais velho. Perante o aumento do número de pais e de mães que se encontram em situação de dependência, como reagem e que soluções têm os membros das famílias, cada vez menos alargadas?

Nos Centros Sociais Paroquiais, o trabalho de proximidade desenvolve-se com pessoas (utentes) que têm de superar muitas dificuldades, bloqueios e defesas. Como se desenvolvem nestas instituições as capacidades de expressão, de relacionamento, de acção, de lazer, de participação em actividades lúdicas? O trabalho de proximidade confronta os funcionários das instituições, em posições de empatia activa, com situações de medo, sofrimento, abandono. Como se pratica a deontologia da aproximação nas instituições sociais?

Muitos idosos são internados em Lares de terceira idade onde passam a envelhecer juntos com outros. São integrados numa comunidade, numa nova família? Que qualidade de vida podem ter os utentes institucionalizados nos Centros Sociais Paroquiais? O itinerário da construção de vínculos é lento. Como estabelecer e fortalecer vínculos nos Centros Sociais Paroquiais? A comunicação reforça a proximidade entre as diversas equipas de proximidade. Como comunicar com os utentes idosos? Como se estabelecem redes de comunicação entre os utentes e todos os actores do trabalho social numa instituição?

A investigação desta tese estuda as valências dos Centros Sociais Paroquiais dirigidas aos idosos: Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário e Lar. Os serviços prestados nestas valências prosseguem uma história de intervenção social da Igreja Católica em Portugal. A história mostra que a política social de intervenção sobre os idosos passou do alheamento do Estado aos seus problemas à validação e afirmação de um Estado social cada vez mais presente (cf. Lino Maia, 2007). O desenvolvimento social pressupõe a mobilização dos actores para a resolução

de casos concretos. A intervenção em rede pode ajudar a encontrar novas formas de rentabilizar os recursos existentes. As instituições de solidariedade terão, por isso, de estar em rede, colaborarem com os municípios e particularmente com o CLAS[2].

O serviço prestado nos Centros Sociais Paroquiais e a comunicação estabelecida entre os utentes e o pessoal técnico/ não técnico e os elementos da direcção são as problemáticas a desenvolver nesta tese. No centro de todas as atenções, estão sempre os utentes, muitos deles carregados de anos, e que precisam de ajuda para envelhecer bem. Este estudo que, para além de assentar em larga pesquisa bibliográfica e em longas reflexões, é também sustentado por vinte e três anos vividos como Presidente da Direcção de um Centro Social Paroquial que sonhámos, construímos e ainda dirigimos.

É certo que se pode supor uma dificuldade de afastamento ao objecto de estudo, tendo em conta a nossa história de vida particular. No entanto, supomos que, com a devida construção crítica do objecto de estudo e os cuidados metodológicos de investigação de campo, o conhecimento, acumulado ao longo dos anos, que temos destas instituições, leva-nos a ter a ousadia de pensar que podemos aprofundar a reflexão sobre o funcionamento destas instituições, possibilitando uma leitura e aplicação mais abrangentes das conclusões que a investigação nos proporcionar. Tivemos, no entanto, de enfrentar muitas dificuldades porque nos metemos num mundo complicado e problemático onde há conflitos, encontros e desencontros de opiniões, mas também onde há pessoas que envelhecem e cuidadores que falam, comunicam com pessoas idosas que sentem necessidade de serem escutadas e ouvidas. Envelhecer é uma evidência, e há muita gente que ajuda a envelhecer em conjunto e com a qualidade de vida possível.

Este estudo, sustentado por um trabalho de campo, recorreu ao lançamento de três questionários nos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima. Julgamos que, com a análise das respostas, podemos tirar conclusões sobre a realidade

[2] Conselho Local de Acção Social, designado por CLAS, rege-se nos termos da Resolução do Conselho de Ministros nº197/97, de 18 de Novembro, do despacho nº8/2002, de 12 de Fevereiro e de demais legislação complementar.

social do concelho de Ponte de Lima e, de modo especial, sobre os serviços que aí são prestados e sobre a comunicação organizacional e interpessoal estabelecida nestas instituições. Pretendemos, principalmente, encontrar resposta para as várias inquietações e dúvidas que temos ou encontrar argumentos que promovam os nossos anseios e abram novas vias de acção.

Em 1987, pensámos construir um Centro Social Paroquial. Sonhávamos, então, nos jovens e em espaços para dinamizar actividades com eles e para eles. Como necessitávamos de ajuda financeira, dirigimo-nos à Segurança Social de Viana do Castelo. Passados dias, recebemos a visita de um antigo Director da Segurança Social[3], que ouviu, atenciosamente, as nossas intenções, louvou os nossos propósitos e rematou com uma pergunta inesperada: - Já pensou nas pessoas idosas que vivem sós e isoladas nesta freguesia? Talvez necessitem mais de ajuda do que os jovens para quem já tem tantas respostas: Banda de Música, Agrupamento de Escuteiros, Grupo de Teatro, Rancho Folclórico das Lavradeiras, Grupo Recreativo e Desportivo. Aquela pergunta ficou a ecoar na nossa mente. No dia seguinte, começámos a indagar quem vivia, de facto, só e isolado, na freguesia. E, em pouco tempo, contámos dezenas de pessoas! Mudámos de opinião. O Centro Social Paroquial poderia dinamizar jovens músicos, promover o teatro juvenil mas, prioritariamente, tinha de acolher os que viviam sós e isolados. Assim, se construiu o Centro Social Paroquial que começou por ser um Centro de Dia. Pensámos, então, que o Centro de Dia seria a valência ideal para dar qualidade de vida àquela gente que vivia só e isolada.

Perguntavam-nos, depois, por que não construir um Lar? Respondíamos que não, porque o Centro de Dia era a valência que melhor respondia às carências das pessoas, oferecendo-lhes variadas actividades ocupacionais, sem as retirar de sua casa nem as separar da família.

Decorrido algum tempo, quando alguns utentes do Centro de Dia começavam a não poder sair de casa, devido à doença e aos efeitos do peso dos anos, fomos obrigados a dar passos para alargar a actividade do Centro Social Paroquial criando o Serviço de

[3] Dr. Manuel Alberto Barbosa Sá do Rio.

Apoio Domiciliário. Pensámos, então, ter as respostas sociais para as pessoas da freguesia. Enganámo-nos. Passados poucos anos, alguns dos utentes do Centro de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário, cada vez mais velhos, mais doentes, mais dependentes e sem retaguarda familiar ficavam ainda mais desamparados. Incapazes de dar solução às carências dos nossos utentes, vimo-nos mergulhados na luta pela construção de um Lar de Idosos.

Hoje, passados vinte e três anos, ouvimos vozes a questionar os Centros Sociais Paroquiais. Terão razão? Enganámo-nos, quando decidimos construir um Centro Social Paroquial? O Centro de Dia, a valência que primeiro nos convenceu, não é comparticipada pela Segurança Social como esperávamos. Errámos, quando a idealizámos como sendo a primeira resposta social? Será o Serviço de Apoio Domiciliário a melhor resposta social, como parecem defender os programas sobre o envelhecimento em casa? A valência de Lar de Idosos, a última a convencer-nos e a que mais tempo nos ocupa, será, de facto, o último dos últimos recursos, como dizem tantos médicos, sociólogos, psiquiatras, psicólogos? A institucionalização nos Lares dos Centros Sociais Paroquiais será tão negativa para as pessoas, como insinuam alguns e afirmam outros teóricos que versam sobre o envelhecimento? Por fim, as formas de comunicação, relacionamento e de gestão dos Centros Sociais Paroquiais serão diferentes?

Surgiu assim a ideia deste estudo sobre *Centros Sociais Paroquiais. Redes de comunicação e de cooperação para a "terceira idade": contexto institucional e social.*

O título da tese justifica-se. O envelhecimento não tem sido encarado ao longo dos séculos sempre da mesma maneira, e o seu conceito tem sofrido grandes alterações na forma de ser percebida e sentida, variando estas de acordo com as diferentes culturas e a diferente evolução das comunidades. Há, no entanto, concordância no reconhecimento de que todas as pessoas precisam de atenção e as pessoas da Terceira Idade muito mais, e precisam de bons relacionamentos, pois, mesmo no ambiente familiar, o idoso nem sempre recebe um tratamento digno.

Perante o impacto da esperança de vida nos sistemas de reforma, nos sistemas de saúde e nos sistemas económicos surgiu ultimamente a proposta da União Europeia, face a este problema, de promover a estratégia de envelhecimento activo, que se traduziu, por exemplo, no aumento da idade da reforma e no aumento do tempo de permanência no mercado de trabalho dos trabalhadores mais velhos. Neste cenário, novas problemáticas têm sido trazidas para a discussão do envelhecimento. De facto, dentro de uma perspectiva ocupacional e activa (Fernández-Ballesteros, 2009), há pessoas que são jovens aos setenta anos e outros que são velhos aos cinquenta.

Sendo assim, o conceito de estar na Terceira Idade é complexo, porque para cada pessoa a mudança de idade é muito diferente de outra. As diferenças físicas e biológicas não são as mesmas e isso invalida os critérios cronológicos da definição. O termo "velho" é, por vezes, mal interpretado e está carregado de aspectos negativos, enquanto "terceira idade", "idade activa", "melhor idade", apresentam-se como mais suaves e próximos de atitudes e sentimentos novamente valorizados na relação com grupos de idade mais avançada, como é o caso de atitudes de carinho

O conceito de Terceira Idade começa a ser considerado ultrapassado, pois, com os avanços da medicina e cuidados de saúde, os reformados de 65 anos andam excelentes, cheios de vida e de vitalidade. O problema, agora, passou para uma outra faixa etária e sobretudo para a falta de apoio social que não se pode ocultar. Fala-se, hoje, da Quarta Idade (cf. Santos e Encarnação, 1998, p. 69; e Esteves (1995, p. 152) que muitas vezes vive isolada e sem laços de afecto.

Em 2009, todavia, quando lançámos este nosso estudo, estava estabelecida legalmente a idade de 65 anos como a idade de reforma. Sabe-se que, nessa idade, muitos utentes ainda têm uma vida activa, outros envelheceram precocemente, enquanto outros já sentem o isolamento da denominada quarta idade. Embora sabendo que a discussão está aberta, nós, neste estudo, adoptamos a expressão "Terceira Idade" para designar os utentes das valências de idosos. E fazemo-lo porque muitos utentes que são objecto de estudo ainda não têm 65 anos, mas a doença e as limitações físicas exigem um atendimento precoce; uma boa parte deles está na idade da dita Terceira Idade a quem pode ser propiciado o envelhecimento activo; e outros já estão numa Quarta Idade, mas que já não deveriam estar nas valências das instituições em que se

encontram, porque a sua situação exige outras respostas. Entendemos que as pessoas institucionalizadas numa valência de idosos podem melhorar aí a sua qualidade de vida. Por isso, preferimos usar a designação Terceira Idade que, no nosso entender, não reúne todos os aspectos negativos da velhice e duma Quarta Idade isolada e sem afectos. Também não embarcamos pelo termo "sénior", tão em voga nos dias que correm. Sénior significa mais velho. O termo "velho" é mal interpretado e está carregado de aspectos negativos. O termo "mais velho" ainda mais. Achamos que "Terceira Idade" ou "Envelhecimento Activo" são mais adequados ao nosso estudo.

Temos como objectivo principal responder às dúvidas e interrogações referidas sobre as valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais. Para atingir este objectivo, temos de alcançar outros, tais como:

Conhecer a mudança demográfica da sociedade actual; justificar a emergência dos estudos gerontológicos; analisar métodos e técnicas de intervenção em Gerontologia Social; reconhecer novas formas da organização familiar na sociedade contemporânea verificar o envelhecimento da sociedade actual como uma prioridade a atender também no concelho de Ponte de Lima; conhecer documentos da Doutrina Social da Igreja; reconhecer os Centros Sociais Paroquiais como concretizações da Doutrina Social da Igreja; conhecer a dinâmica interna dos Centros Sociais Paroquiais; conhecer os serviços prestados nas valências do Centro de Dia, Centro de Convívio, Apoio Domiciliário e Lar de Idosos; detectar marcas distintivas dos CSP das outras instituições prestadoras de serviços aos idosos; aferir o processo de comunicação na dinâmica organizacional dos Centros Sociais Paroquiais; enumerar terapias que desenvolvam a capacidade de comunicação das pessoas idosas utentes dos Centros Sociais Paroquiais; saber como se relacionam e comunicam os funcionários (pessoal técnico, não técnico), os utentes e a direcção dos Centros Sociais Paroquiais; conhecer políticas e programas direccionados para as pessoas idosas; conhecer a organização dos equipamentos, serviços e projectos sociais dirigidos às pessoas idosas; reflectir sobre as formas de comunicação e de cooperação dos Centros Sociais Paroquiais com o Estado e as Autarquias, Associações Recreativas, Culturais; sugerir pistas tendentes à melhoria dos cuidados prestados e/ou a prestar aos idosos; tomar posição perante os serviços prestados pelos Centros Sociais Paroquiais nas valências dirigidas aos idosos: Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar.

Este estudo divide-se em quatro partes. Na primeira parte, em seis capítulos, são apresentados os conceitos operativos da tese.

No primeiro capítulo, desenvolve-se a problemática do envelhecimento da população, do envelhecimento demográfico europeu e português. Para além dos problemas sociais e económicos criados por esta questão demográfica, o envelhecimento provoca perdas nas pessoas e a associação à velhice da pobreza e da exclusão social exige redes sociais atentas e actuantes.

O segundo capítulo trata da emergência dos estudos gerontológicos. A Gerontologia e a Geriatria, ciências emergentes, distinguem-se. Estas disciplinas têm ganho importância crescente nos elencos programáticos a leccionar no Ensino Superior. A Qualidade de Vida do idoso preocupa as pessoas em vários domínios do saber. Os técnicos de apoio social podem dar um grande contributo para a Qualidade de Vida do idoso. Por exemplo, entre outros, o animador sociocultural, ao promover a educação para o lazer, o envelhecimento activo e a terapia ocupacional, é uma figura importante na vida das instituições gerontológicas.

O terceiro capítulo trata do contexto sociocultural da gerontologia. A família está em profunda mudança. De facto, as mudanças demográficas, legais, socioculturais e outras, têm alterado profundamente a instituição familiar. Os novos tipos de família debatem-se também com a problemática da doença, do envelhecimento. As mudanças verificadas exigem nova legislação, novas políticas sociais e trazem novos desafios às instituições e trabalhadores sociais. Trabalhar com as famílias é parte integrante da intervenção social.

No quarto capítulo aborda-se o processo da comunicação humana. Enumeram-se vários conceitos de comunicação (antropológico, sociológico, semiótico, interpessoal, mediado, interpessoal, no grupo, na organização). A comunicação interpessoal pode ocorrer num contexto de interacção face-a-face, num contexto de pequeno grupo, em contexto organizacional, em contexto de massas. Depois de se referirem as principais teorias da comunicação, parte-se para um estudo sobre os contextos em que se incluem formas distintas de organizar o acto comunicativo isto é, como se estabelece a

comunicação interpessoal, a comunicação grupal, a comunicação organizacional nas instituições. O interesse da questão comunicacional prende-se com o facto de trabalharmos aqui a comunicação institucional e interpessoal como factores de relação sadia e como condição de qualidade de vida. Desenvolve-se a comunicação existente entre a direcção, o pessoal técnico e não técnico, os utentes duma organização, incidindo também sobre a comunicação na velhice. A comunicação é essencial para a vida das pessoas que trabalham numa instituição, para a imagem e qualidade de vida da organização, e, em especial, para que os utentes da instituição mantenham as suas relações sociais e possam minimizar a carência afectiva e emocional. Desenvolve-se o tema da importância da participação como comunicação e, porque o trabalho se desenrola em domínios gerontológicos, valorizam-se as temáticas referentes à comunicação e ao relacionamento com os idosos.

O quinto capítulo desenvolve o tema do espaço gerontológico. Existe uma relação de interdependência entre a organização social e a organização espacial. A questão coloca-se em saber como é que o indivíduo percepciona, conhece e cria o ambiente e, ainda em saber qual o papel que o ambiente físico tem neste processo e como é que influencia o comportamento. O Lar apresenta características que o assemelham a uma "instituição total". Tem, todavia, algumas particularidades que o diferenciam de outras instituições. Por isso, este capítulo trata da importância do espaço para a comunicação e como devem ser planeados os espaços físicos de um Centro Social Paroquial.

O sexto capítulo é dedicado à institucionalização dos idosos. Há um número crescente de pessoas que recorre à institucionalização dos idosos. A institucionalização está associada ao peso da idade e ao agravamento da dependência provocada pela velhice. Além disso, tem mudado o conceito de Lar porque ele oferece, hoje, melhores condições. Por um lado, permanecem os que manifestam a opinião de que a institucionalização deve ser a última alternativa a ser considerada para o idoso. Dizem que as instituições são, habitualmente, espaços impessoais, frios, escuros, monótonos, com poucos estímulos, que não favorecem a qualidade de vida dos idosos. Por outro, a realidade da vida mostra-nos pessoas idosas cada vez mais dependentes e sem retaguarda familiar que pedem ajuda às instituições de solidariedade. Constata-se que a

institucionalização dos idosos é, ainda, um recurso necessário. A questão que se coloca é se estamos perante uma instituição passageira, ou ela, quando renovada, responde às exigências dos idosos sem retaguarda familiar. Apesar de haver várias teorias e opiniões, não poderemos, depois, testá-las, dado o nosso objecto de estudo ser os serviços dos Centros Sociais Paroquiais aos idosos.

A Parte II é dedicada à tradição solidária da Igreja.

1. Faz-se referência à história assistencial da Igreja mostrando como ela se empenhou nestas obras, tendo deixado marcas, mais ou menos louvadas, ou mais ou menos criticadas, na civilização ocidental, no passado, em todo o mundo, e, actualmente, prossegue, por todo o lado, a sua acção social. A Europa ocidental deve muito à caridade católica que tem uma riquíssima tradição solidária. Apesar de o termo caridade ter hoje pouca aceitação dentro dos campos teóricos dos serviços sociais, os papas do século XX deixaram-nos documentos que foram e são um património de ensinamentos sobre a Doutrina Social da Igreja. Nestes ensinamentos, para além da caridade cristã, surgiram outros termos que conceptualizam a visão social da doutrina cristã, como o da solidariedade e, principalmente, o da subsidiariedade que tanto desenvolvimento, actualmente, recebe. Nesses vários documentos, foram enunciados os princípios e critérios orientadores da acção social. Os Centros Sociais Paroquiais, expressões da Doutrina Social da Igreja, praticam a acção social para com os idosos e, no exercício da sua acção social, cooperam e colaboram com o Estado, as autarquias, a comunidade envolvente. Estas instituições são geridas por uma direcção e nelas trabalham técnicos e não técnicos que se relacionam e comunicam entre si, bem como com os utentes das várias valências e com as suas famílias. As valências dirigidas aos idosos são o Centro de Dia, Centro de Convívio, o Serviço de Apoio Domiciliário e o Lar que prestam vários serviços aos idosos nestas valências.

2. São apresentados os Centros Sociais Paroquiais de concelho de Ponte de Lima que procuram fazer face ao envelhecimento demográfico da população de concelho. Em 2009, estavam a funcionar dez Centros Sociais Paroquiais em Ponte de Lima: Santa Cruz do Lima, S. Martinho da Gandra, Beiral do Lima, Fornelos, Ponte de Lima, Rebordões (Santa Maria), Correlhã, Fontão, Arcozelo e Calheiros. Além de se fazer uma breve caracterização de cada instituição, salientam-se os serviços prestados nas

valências para idosos, justifica-se a sua necessidade, quem as procura e como são acolhidos os utentes nessas instituições.

Na parte III, depois da indicação da metodologia seguida, é feita a apresentação e uma análise dos dados colhidos dos questionários lançados aos funcionários e aos utentes dos Centros de Dia, Centros de Convívio e do Serviço de Apoio Domiciliário do concelho de Ponte de Lima. Perante os dados extraídos do questionário feito aos funcionários comparam-se as opiniões do pessoal técnico e não técnico. A análise de dados confirma os aspectos positivos das valências do Centro de Dia e do Centro de Convívio, verifica que as opiniões dos questionados do Lar não confirmam a maioria dos aspectos negativos que muitos teóricos lhe apontam, indicam-se algumas deficiências do Serviço de Apoio Domiciliário e fazem-se sugestões para o futuro dos Centros Sociais Paroquiais.

Na Parte IV, discutem-se os dados colhidos dos questionários, dos relatórios sociais, das entrevistas e relatos biográficos dos utentes. Na discussão de dados, tem-se presente o desenvolvimento teórico realizado e abordam-se as temáticas referentes ao serviço de intervenção junto dos idosos; à família e institucionalização do idoso; ao espaço gerontológico; à comunicação gerontológica; à qualidade de vida do idoso nas diversas valências. No final, apresentam-se as conclusões e sugestões, verificam-se os objectivos e tecem-se considerações sobre o futuro dos Centros Sociais Paroquiais.

Parte I: Conceitos

Capítulo I: A problemática do envelhecimento

Introdução

A questão demográfica do envelhecimento da população é um problema mundial que preocupa particularmente os decisores políticos da Europa, onde nos situamos. Todos os âmbitos associados ao envelhecimento interpelam o nosso país e as nossas famílias. Compreende-se que os estudos gerontológicos ocupem um lugar de saliência crescente nas universidades, docência e investigação, e que a formação técnica dos trabalhadores sociais nesta área seja uma exigência para obter qualidade na assistência a prestar aos idosos. Daí que os primeiros conceitos a desenvolver, neste estudo, sejam precisamente a problemática do envelhecimento, a emergência da Gerontologia Social e os novos discursos sobre a qualidade de vida do idoso.

Pela análise do contexto sócio-cultural em que tratamos o quadro gerontológico descortina-se qual o lugar dos idosos na sociedade, nos meios urbanos e tradicionais, em especial no concelho de Ponte de Lima. Tenta-se conciliar a Gerontologia com a sociedade e com os cuidados prestados aos idosos nas instituições.

O desenvolvimento do serviço social pressupõe a intervenção concertada dos actores sociais dando atenção especial às redes de comunicação e de cooperação nos Centros Sociais Paroquiais. Sendo assim, este estudo valoriza a comunicação organizacional e pessoal nestas instituições.

Nenhuma investigação pode abarcar a totalidade das dimensões e níveis da realidade social que está em constante transformação, mas, para dar sustentabilidade ao nosso trabalho, desenvolvemos neste capítulo os conceitos que julgamos essenciais: a problemática do envelhecimento, a emergência da Gerontologia Social, e o contexto sociocultural da Gerontologia.

1. O envelhecimento da população

A questão do envelhecimento é uma problemática que sempre concitou a atenção do homem. Ultimamente tornou-se um tema prioritário pois os idosos atingem 20% da população e tornam-se uma grande franja das sociedades democráticas ocidentais e uma preocupação social dos Estados (Paúl, 2005). Os idosos são, cada dia que passa, em maior número e mais velhos (porque vivem mais tempo). Espera-se que tenham também mais saúde, mais instrução, melhores condições habitacionais e mais disponibilidade para usufruir da cultura e do lazer.

O envelhecimento é antes de mais uma questão demográfica (Fernandes, 2008; Nazareth, 2009; Binstock, 2005; Nações Unidas, 2006; Sen, 1995). O Eurostat,[4] a organização estatística da Comissão Europeia, que produz dados estatísticos para a União Europeia e, em Portugal, o Centro de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística (INE),[5] têm dado um contributo importante na divulgação de trabalhos sobre a população idosa.

Os dados estatísticos fornecidos pelo INE (2002) permitem a constatação do duplo envelhecimento da população (aumento do número dos idosos, e diminuição do número de jovens) e levam ao reconhecimento de que estamos perante um problema de saúde, de educação e de intervenção social (Simões, 2006). As consequências económicas e sociais derivadas do aumento da população idosa trouxeram novos desafios ao Estado e à sociedade. Por outro lado, os cuidados com os idosos, devido ao insistente estudo da sua realidade física, psicológica e social, têm vindo a pautar-se por novos paradigmas de intervenção, novas metodologias e novos papéis (Osório, 2007).

[4] O Eurostat – Gabinete de Estatística da União Europeia. É uma das Direcções Gerais da Comissão Europeia e tem a sua sede no Luxemburgo.

[5] INE: Instituto Nacional de Estatística, criado em 1935, é o organismo oficial de Portugal responsável por produzir e divulgar informação estatística oficial de qualidade, promovendo a coordenação, o desenvolvimento e a divulgação da actividade estatística nacional.

Perante o avanço do envelhecimento, verifica-se que diminui a disponibilidade dos parentes para tomarem conta dos idosos. Os meios de comunicação fazem eco desta situação e das consequências que o envelhecimento tem sobre o bem-estar das pessoas. São recorrentes, hoje, as temáticas referentes ao aumento do número das pessoas idosas; ao envelhecimento populacional; à impossibilidade de manter o sistema de assistência e de pensões sociais; ao aumento do grau de dependência dos idosos; à necessidade de cuidados adicionais para os idosos.

O envelhecimento não é uma doença. Trata-se de um estado evolutivo normal no qual se produz uma degeneração de funções e órgãos, com o passar do tempo (González et al, 2004). Cronologicamente, nas sociedades modernas, considera-se idosa a pessoa de 65 anos de idade ou mais, que coincidia na definição institucional de velhice e de idade de reforma. Mas a idade de reforma e de velhice deixaram de coincidir. A velhice aparece, agora, associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais, que surgem nas idades muito avançadas (Fernandes, 2001). A velhice dependente é o grande desafio no início deste milénio. Em contrapartida, as novas gerações, pensava-se antes da crise económica entretanto vivida, virão mais bem munidas para responder às dificuldades materiais e culturais. A velhice, para além de responder às necessidades materiais e sociais, é cada vez mais conotada com os apoios médico-sociais.

Dentro da população idosa distinguem-se vários grupos (González, 2004, p.14):

1. Pessoa idosa sã – aquela cujas características físicas, funcionais e mentais estão de acordo com a sua idade. As actuações a favor destes são de prevenção;
2. Pessoa idosa enferma - aquela que apresenta alguma patologia aguda ou crónica, habitualmente não invalidante. As actuações para com a pessoa enferma encaminham-se para a ajudar a satisfazer as suas necessidades básicas e a evitar complicações originadas pelas patologias;
3. Pessoa idosa dependente - é aquela que precisa de outras para satisfazer as suas necessidades básicas. O objectivo será proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível e evitar que aumente o grau de dependência.

Por sua vez, o processo de envelhecimento pode ser entendido como a acumulação progressiva de mudanças ao longo do tempo que provocam o aumento da probabilidade da doença e morte do indivíduo (cf. Harman, 1981) ou a partir de quatro postulados (cf. Strechler, 1977; Alonso, 2007, p.21):

1. O envelhecimento é universal, isto é, dá-se em todos os indivíduos.
2. É intrínseco pois as causas que o provocam devem ser de origem endógena e não dependem de factores externos ou ambientais.
3. É progressivo porque as mudanças que conduzem a envelhecer dão-se de forma paulatina ao longo da vida.
4. Além disso, o envelhecimento é degenerativo e manifesta-se nas mudanças físicas, na aparência, na visão, na audição, no sistema cardiovascular, no sistema respiratório.

Deve-se também distinguir o envelhecimento normal do envelhecimento patológico. O normal é a mudança no sistema físico universal, progressivo e irreversível. Um envelhecimento normal exige equilíbrio entre estado físico, psíquico e social. Não é consensual a teorização sobre o envelhecimento. Denomina-se normal porque segue as leis do envelhecimento biológico, e é explicado de várias maneiras (cf. Simões, 2006, p. 32):

1. Há um momento da vida que põe em marcha o gene do envelhecimento que provoca mudanças a nível molecular, celular e de sistema;

2. O envelhecer produz-se porque deixam de funcionar os genes que mantinham o indivíduo jovem;

3. No metabolismo das células produzem-se processos de oxidação - redução, que libertam radicais livres. Há uns sistemas aclaradores que evitam que estes radicais livres produzam alterações da própria célula. Por causas ainda não muito bem conhecidas, se deterioram estes sistemas aclaratórios e se produz o envelhecimento;

4. O envelhecimento ocorre como consequência da acumulação de substâncias tóxicas derivadas do metabolismo celular, em especial em células que não se reproduzem, como as neuronas. A causa é a diminuição dos mecanismos de defesa e um aumento dos processos auto - imunes.

Já o envelhecimento patológico é causado por doenças ou estilos de vida inadequados (Simões, 2006). As doenças, todavia, não são iguais. Há doenças agudas (afecções passageiras - gripe, constipação) e doenças crónicas, isto é, duradouras ou permanentes (coração, tromboses, hipertensão, cancro, artrite). A saúde funcional é aferida pela capacidade de realizar a actividade da vida real, sem ajuda (caminhar, tomar banho, vestir-se, comer). A saúde mental pode ser afectada por desordens mentais tais como: o delírio, a demência, a depressão.

Para além do envelhecimento normal e patológico, alguns autores (cf. Figueiredo, 2007; Benjamim e Cluf, 2001) apresentam o conceito de envelhecimento terciário ou padrão de declínio terminal que é caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais, ou seja, uma deterioração dos níveis prévios de capacidade diferente das modificações normais associadas à idade.

Pode-se considerar o envelhecimento segundo a saúde, o envelhecimento precoce, e o envelhecimento administrativo. Uma pessoa idosa é sã quando tem uma função adequada à sua idade e as suas condições físicas não interferem nas suas relações sociais. Entre as doenças mais frequentes dos idosos podemos citar: deficit visual (glaucoma, cataratas, diabetes…); deficit auditivo; úlceras; osteoporose; reumatismo; acidente cérebro – vascular; demência.

As alterações da saúde trazem várias incapacidades (Figueiredo, 2007, p. 65). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) propõe o seguinte esquema conceptual para interpretar as consequências das alterações da saúde:

a) Défice na funcionalidade, isto é, anomalia de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica;

b) Restrição da actividade: perda de capacidade para exercer actividades consideradas normais para o ser humano;

c) Restrição da participação: o indivíduo fica em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal.

Sendo assim, o envelhecimento (cf. Monteiro et al, 2008) provoca mudanças físicas, graduais e progressivas; mudanças psicossociais (alterações afectivas e

cognitivas, suspensão da actividade, tomada de consciência da aproximação do fim da vida, solidão, declínio do prestígio social…)*;* mudanças quanto à memória; mudanças funcionais (necessidade de ajuda para desempenhar as necessidades básicas da vida diária); mudanças sócio-económicas. De acordo com o entendimento que tivermos da vida, assim há-de ser a perspectiva a partir da qual poderemos olhar e compreender a velhice e a velhice é uma das idades da vida (Abreu, 2005).

Envelhecer é, pois, um processo natural e contínuo, mas que levanta problemas à sociedade, às famílias, às pessoas. O próprio processo de envelhecer concita a atenção dos estudiosos (Medvedev, 1990)[6]. A velhice não é definível por uma simples cronologia, mas sim pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas (Osório, 2007). Além disso, há fases distintas no processo de envelhecimento:

Uma fase é a da passagem do trabalho ao não trabalho em que há a diminuição das relações sociais e o idoso começa a ter tempo livre e a sua vida necessita de ser reinventada. O não fazer nada transforma-se em cansaço. Noutra fase, reorganiza-se a vida quotidiana, buscam-se antigos amigos e novos saberes. Há ainda a fase em que os idosos perdem a capacidade de participar na vida social. O idoso, que viu alterar o seu papel na sociedade e o seu *status* na família, também viu, com o aumento da idade e dos cuidados de saúde, oportunidades e espaços sociais novos e promissores (Fonseca, 2006; Manton, Gu e Lamb, 2006).

2. Ser velho

O termo envelhecer deve ser usado com precaução (Wickens, 1998). No seu uso quotidiano, envelhecer significa simplesmente ficar com mais idade. Isto é verídico na fase do desenvolvimento ou crescimento do ser humano. Um adolescente acrescenta, com o passar do tempo, mais idade à que já tem, mas os adolescentes não envelhecem, num sentido biológico, pois vão crescendo em idade e em vigor físico e psíquico. O declínio só começa a ocorrer quando o ser humano atinge a maturidade, na vida adulta.

[6] Medvedev (1990) afirma que existem mais de trezentas teorias do envelhecimento e que o número continua a aumentar em consequência do progresso da nossa compreensão dos fenómenos biológicos e da aplicação à investigação gerontológica de muitas análises e métodos.

O processo de envelhecimento traz consigo, gradualmente, o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções corporais e intelectuais. Mas nem todas as funções declinam ao mesmo tempo (Serra, 2006).

O envelhecimento é um fenómeno bio-psico-social de cariz individual. Qualquer abordagem que a ele se faça terá de ser necessariamente multidisciplinar (Fonseca, 2007). O envelhecimento dos organismos é intrínseco (inerente à sua própria condição de organismo vivo), universal (abrangendo todos os organismos da mesma espécie), progressivo e irreversível (a intensidade das manifestações aumenta com o passar do tempo e não há possibilidade de regressar aos estádios anteriores) e geneticamente determinado (no sentido em que o tempo de envelhecimento é semelhante dentro da espécie, diferente entre as espécies e parece decorrer de um programa pré-estabelecido) (Almeida, 2007). Todos envelhecem, mas nem todos envelhecem do mesmo modo e nem todos exprimem a mesma involução de determinada função. Qualquer estudo que se faça tem de ter em consideração as dimensões biológicas, psicológicas, sociais (Fonseca, 2007, p. 68). De facto, ao estudar-se o envelhecimento, tem-se em consideração que o envelhecimento possui:

1. *Uma componente biológica* (Figueiredo, 2007; Fontaine, 2000; Paul, 2005; Almeida, 2007; Osório, 2007*)*: os estigmas da velhice traduzem-se com a idade por um aumento das doenças, por modificações no nosso aspecto, tal como na forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele. Verifica-se uma vulnerabilidade crescente, donde resulta uma maior probabilidade de morrer.

A teoria biológica considera o envelhecimento como um fenómeno biológico devido ao envelhecimento celular e a perturbações de saúde. A velhice manifesta-se no estado fisiológico e patológico. As alterações moleculares e celulares provocam perdas progressivas no organismo. Berger e Mailhot-Poirier (1995) indicam as alterações estruturais no envelhecimento primário: alterações nas células e tecidos, na composição global do corpo e peso corporal, nos músculos e articulações, na pele e tecido subcutâneo, nos tegumentos. O mesmo autor apresenta as alterações funcionais que se verificam no sistema cardiovascular, no sistema respiratório, no sistema renal e urinário,

no sistema gastrointestinal, no sistema nervoso e sensorial, no sistema endócrino e metabólico, no sistema reprodutor, no sistema imunitário, nos ritmos biológicos e sono.

A teoria biológica considera o envelhecimento como fenómeno a ser interpretado por teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e das perturbações da saúde. Tais teorias defendem que todo o organismo multicelular tem um tempo limite de vida. À medida que a idade avança são menores as probabilidades de sobreviver. O envelhecimento é devido às alterações moleculares e celulares, as quais provocam perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo. Sendo assim, à medida que a idade avança, as células vão diminuindo, as alterações no corpo são visíveis e provocam uma diminuição da estatura e do peso.

São muitos os factores que influenciam o envelhecimento. Um deles é o sexo. A esperança de vida das mulheres é superior à do homem[7]. Além disso, quanto mais se utilizar a aptidão intelectual mais ela será protegida do envelhecimento e a prática do exercício físico leva a melhores resultados a nível do raciocínio, da memória e do tempo de reacção (cf. Clarkson, Smith e Hartley, 1989).

2. *Uma componente social:* relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário. As transformações verificadas a nível dos papéis sociais exigem capacidade de adaptação às novas condições de vida. A velhice é um período em que ocorrem algumas modificações e perdas. A perda mais evidente é a perda do papel profissional, que ocorre no momento da reforma. A reforma pode provocar uma alteração brusca nos papéis profissionais e gera-se um processo de adaptação nem sempre bem sucedido. Também na vida familiar e comunitária se dão algumas transformações. O mesmo acontece nas relações sociais. Em geral, observa-se que o tamanho das redes sociais e das trocas de apoio social diminuem com a idade (Figueiredo, 2007). A solidão aparece associada à temática da redução das redes sociais. Há uma interligação entre o isolamento social e o viver só (Victor e colaboradores, et all, 2000).

[7] A esperança média de vida, em Portugal (INE, 2000): os homens cerca de 74,2 anos e as mulheres cerca de 81,3anos.

A investigação tem demonstrado também que há relação entre dependência e idade, principalmente depois dos 75 anos (Walker, 1999; Marin et al 2001). À medida que se envelhece, surge a impossibilidade ou a limitação de realizar de forma independente algumas actividades.

A teoria social do envelhecimento, apresentada por Fernandez-Ballesteros (2004), propõe a Teoria da Subcultura que defende que a velhice leva o idoso ao isolamento. O envelhecimento social provoca mudanças no *status* bem como no relacionamento com os outros. A falta de papel social provoca perda de auto-estima. Portanto, a teoria social assenta no interaccionismo simbólico e na teoria da estrutura social. Rocio Fernandes Ballesteros (2004) identifica fundamentalmente a teoria da desvinculação, da subcultura e da modernização.

a) A Teoria da desvinculação, também conhecida pela teoria do desinvestimento, postula a desvinculação do indivíduo da sociedade ao longo do processo do envelhecimento. O adulto, à medida que envelhece, vai desinvestindo ou afastando-se dos papéis sociais que antes representava, centrando-se mais no eu e envolvendo-se menos social e emocionalmente, diminuindo os seus relacionamentos. Este retraimento manifesta-se sobretudo no momento da aposentação, como referente fundamental no alheamento da vida produtiva.

b) Teoria da subcultura postula que os idosos têm os traços de qualquer grupo isolado, isto é, possuem uma cultura própria de isolamento. Rocio Fernandez-Ballesteros fala na Teoria da Subcultura, na qual se constata que a velhice acaba por conduzir a pessoa idosa ao isolamento. Este isolamento foi abordado por Rose (1968) postulando que os mais velhos possuem todas as características de qualquer grupo isolado. O envelhecimento social da população suscita mudanças no status. A falta de papel social conduz à perda de auto-estima. Uma maior disponibilidade de tempo acarreta a necessidade de se adaptar a novos papéis impostos pela sociedade transformada. No que diz respeito aos contactos sociais, a partir de certo momento, muitos idosos manifestam uma diminuição nos seus relacionamentos.

c) *Teoria da modernização* procura explicar a mudança de estatuto e dos papéis sociais dos idosos em função do grau de industrialização da sociedade. Há uma substituição da tradição por outros critérios de organização social. O estatuto das pessoas idosas decresce com a modernização da sociedade e é inversamente proporcional ao grau de industrialização.

Há, portanto, duas visões opostas. Por um lado, a teoria da desvinculação, que já tinha sido proposta por Cumming y Henry (1961), afirma que os idosos são propensos a certas formas de isolamento social e a modelos sociais que implicam a redução de contactos sociais. Sustentam os defensores desta teoria que as pessoas idosas, mesmo as dotadas com ajuda e serviços sociais, são determinadas pelo desejo de desvinculação do contexto social e adquirem formas de isolamento. Por outro lado, há outros estudos que sustentam que as pessoa idosas continuam a ter relações interpessoais e actividade social, sendo difícil aceitar o isolamento ou a redução dos contactos sociais (Leher, 1969). Tartler, (1961), contrariando a teoria da desvinculação, defende que as pessoas idosas devem encontrar novas formas de adaptação que impeçam o seu isolamento social e, portanto, devem potenciar a máxima relação com os outros. A velhice satisfatória é possível através do permanente desenvolvimento de actividades e para manter a auto-estima é necessária a substituição das actividades anteriores por outras de importância similar.

3. Uma componente psicológica (Fonseca, 2006; Fayos, 2005; Paúl, 1997; Osório, 2007): definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência. O nosso corpo modifica-se. Percebemos as mudanças físicas e também as psicológicas que influenciam os nossos pensamentos, sentimentos, crenças, valores, atitudes, conduta, personalidade e a maneira de comportar-se com os outros (Fayos, 2005). A psicologia social centra-se no estudo do Homem enquanto ser social. A *teoria psicológica do envelhecimento* postula que há diferentes maneiras de envelhecer, que estão relacionadas com a inteligência, a memória, a personalidade, a motivação, as habilidades. Tudo isto, quando exercitado, contribui para a preservação da capacidade funcional e bem-estar dos idosos (Paúl, 1997). Os papéis e as interacções sociais são factores psicológicos que afectam os idosos. Além disso, as pessoas idosas vão-se deparando com perdas e privações na saúde, na actividade profissional, no

falecimento de alguém íntimo. Alguns autores (cf. Hoffman, Paris e Hall, 1994) evidenciam que a investigação antropológica mostrou que em algumas culturas os idosos permanecem fortemente comprometidos socialmente até morrerem e que, no Ocidente, ainda que à velhice possa associar-se a perda de papéis sociais, isso não significa necessariamente que as pessoas idosas se desliguem da vida (Fonseca, 2007). Pela Teoria Psicológica, os investigadores procuram encontrar explicações para o processo do envelhecimento, descrevendo as diferentes maneiras de envelhecer relacionadas com a inteligência, memória, personalidade, motivação, habilidades. Segundo Paúl (2005), tudo isto, quando exercitado, contribui para a preservação da capacidade funcional e bem-estar dos idosos. Como já foi referido, a reforma leva a uma alteração nos papéis profissionais que obriga a um processo de adaptação que afecta psicologicamente muitos idosos. Além disso, as pessoas idosas vão-se deparando com perdas ou sucessivas privações na saúde, na actividade profissional, perda do cônjuge, dos amigos. Tais situações originam fragilidades psico-afectivas e sentimentos de vulnerabilidade.

4. *Uma componente cultural* (Pellón, 2007; Pires, 2006) - A cultura refere-se aos comportamentos simbólicos e aprendidos, tais como a língua, a religião, os hábitos de vida e as convenções. Nos últimos anos, tem ganho crescente importância dentro da antropologia social o conceito de património cultural. É um assunto que tem mobilizado as atenções de antropólogos, de sociólogos, economistas, historiadores. O património cultural é um conjunto de conquistas culturais categorizadas como próprias por parte dos grupos sociais. Tylor (1856-1915) referia-se ao património cultural como um complexo conjunto adquirido pelo homem enquanto membro de uma sociedade (Pellón, 2007). Fora da cultura apenas fica o natural, se bem que as fronteiras entre cultural e natural estejam hoje mais problematizadas (cf. Philipe Descola 1994). A teoria do património cultural reconhece como próprias as criações do presente. Todos os bens que constituem o legado do passado, juntamente com os acumulados no presente, dão vida ao património cultural. As sociedades modernas inovam sem parar, devido a que são dinâmicas por definição e constroem a sua imagem a partir de uma mudança incessante. O património das sociedades tradicionais é hoje parte substancial do nosso património cultural, que constitui a expressão do culto que as sociedades modernas rendem à tradição e ao passado. A constante mudança e a persistente modernização das

sociedades europeias atentam aparentemente contra as referências dos grupos humanos. O património é a memória do grupo, é a imagem do grupo, é a força que alimenta a sua identidade (Gómez Pellón, 2007; Campelo, 2008; Prats, 1997). Basta que na cultura tradicional se produzam pequenas mudanças para que dentro do grupo social se gere uma consciência patrimonial da cultura. As sociedades tradicionais têm escassa consciência do processo permanente de fabricação do património e resistem à mudança e à incorporação de novo património cultural. Mas a cultura é, por definição, dinâmica. As sociedades percebem de forma distinta o património cultural. Há quem o veja de forma economicista e utilitarista. Mas o património cultural é tanto mais valioso quanto é capaz de gerar benefícios. As sociedades tradicionais, dizia Weber (1922), pensam que a tradição é um travão à mudança. As sociedades modernas, dominadas pelo racionalismo, põem em causa as verdades tradicionais. O património cultural, todavia, fabrica-se de acordo com a cultura de uma sociedade e esta não é outra coisa que o conjunto das ideias armazenadas nas mentes das pessoas que integram a sociedade Ideias que, em forma de regras, informam acerca do que fazer em cada momento. Assim se cria e recria o património geração atrás de geração.

A população idosa tem o seu património cultural, a sua língua, a sua religião. Toma a vida tal como ela é e quer fazer o que verdadeiramente gosta. Por isso, como refere Dias (2005), há que desafiar os idosos para novas aventuras (formação/ ensino, tempo livre útil, voluntariado e evitar que percam o vínculo a uma vida social, cultural e politicamente activa. As criações populares são também património cultural. Os antropólogos sociais estão em condições de mostrar à sociedade os valores, as normas, as crenças, das culturas. Nos museus etnológicos, exibem-se e guardam-se bens que nos ensinam como nascem, como vivem e como morrem os seres humanos no seio das culturas, como falam, como pensam, que fazem, como se divertem, como amam, como se entregam às causas justas, em que crêem e como se comportam (Gómez Pellón, 2007, p. 396). O mesmo autor conclui:

> El antropólogo puede mostrar las conquistas de las generaciones precedentes y la manera en que han sido aprovechados los recursos que las gentes teníam a su alcance para construir una cultura dotada de una identidad. Esta identidad individualiza a la cultura y enseña a apreciar la cultura própria, pêro, al mismo tiempo, enseña que outras

> culturas han hecho lo próprio marco de lo que los antropólogos denominam como relativismo cultural.

Pode-se dizer, portanto, que, no concernente à dimensão cultural da velhice, a sua classificação e a sua vivência depende daquilo que uma cultura define como idoso, bem como a dimensão do cultural, onde se insere o património, que pode ser um espaço de excelência para contextualizar as actividades com os idosos, pois muito desse património fez parte da sua experiência de vida.

Quando falamos de idosos, podemos usar uma classificação etária múltipla, como:

- *Idade cronológica*: velhice em função dos anos vividos. Para além da idade cronológica, é necessário recorrer a outros índices. Mais importante do que o tempo em si mesmo, é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem durante esse tempo (Fonseca, 2006, p. 22). Pode-se focalizar o estudo nas diferenças relativas à idade. Há diferenças derivadas das variáveis sócio-demográficas, ambientais, psicossociais ou relativas ao estilo de vida além de outras variáveis tais como: autonomia, competência, saúde. No entanto, a idade cronológica explica parcialmente o processo do envelhecimento.

- *Idade física e biológica:* Encontra-se ligada ao envelhecimento orgânico, em que se começa a assistir a uma diminuição de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua auto-regulação. Mas nem todos os órgãos envelhecem ao mesmo tempo (Moniz, 2003). O envelhecimento físico desenvolve-se gradualmente (os calos rareiam, aparecem as rugas, aumenta o peso). O envelhecimento físico modifica a imagem que temos de nós e indica que os outros devem olhar de modo diferente para nós. O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo (Sequeira, 2007). Mas é no declínio das funções cognitivas que o envelhecimento tem a sua expressão mais visível, mais incapacitante, mais cruel. Quando falamos em idade biológica, referimo-nos ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano. É verificável, com o tempo, a diminuição do funcionamento desse sistema. As limitações do aparelho locomotor são sentidas dolorosamente (Antunes, 2007, p. 87) referindo-se a seu pai escreve:

> O espírito ainda não se vergara, mas o corpo começara a derrotá-lo, e foram-se-lhe enferrujando os músculos. Ele, que fora um atleta, seco, rijo, começou a queixar-se, sempre preciso na nomenclatura, de que se atrofiavam os nadegueiros (…) As pernas não lhe obedeciam mais, já não podia contar com a sua servidão.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, em que se começa a assistir a uma diminuição de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua auto-regulação. No entanto, nem todos os órgãos envelhecem ao mesmo tempo e da mesma maneira em todas as pessoas.

- *A idade psicológica:* refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental (Fonseca, 2006). O envelhecimento psicológico é muito complexo. As alterações físicas têm repercussões psicológicas nos idosos: Verificam-se mudanças nas atitudes e nos comportamentos. O envelhecimento psicológico depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e das formas como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida (Sequeira, 2007). O envelhecimento é, pois, um processo no qual intervêm várias componentes e não segue uma evolução linear para todas as pessoas (Moniz, 2003, p. 50).

- *A idade sociocultural:* a velhice é o estado de uma pessoa que, devido ao seu crescimento em idade, sofre uma decadência biológica no seu organismo e um retrocesso na sua participação social. A idade sociocultural refere-se aos papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem (comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal). As pessoas, independentemente da idade cronológica, apresentam outras idades. Um estudante de 60 anos, por exemplo, pode ser psicologicamente mais jovem do que um colega de carteira de apenas vinte anos. A idade sociocultural justifica, também, a impossibilidade de participação dos idosos, dos casados, numa actividade para jovens. Se é verdade que como cada ser humano é marcado pelo momento histórico em que nasce, o sexo constitui também uma marca que, sobretudo em determinadas culturas e contextos sociais, assinala um destino específico (Fonseca, 2006). A sociedade actual

realça a juventude, a riqueza e o sucesso, mas a velhice, a pobreza, o fracasso, a doença e, sobretudo, a morte são naturalmente afastadas como realidades inconvenientes, em que não se deve pensar e que se deve mesmo evitar ver nos outros (Gonçalves, 2007). Há, no entanto, uma realidade inegável: todos envelhecem e morrem. O tema da morte deve muito às análises existencialistas defensoras de que a existência humana está marcada pelo ser-para-a-morte, que leva à angústia. No entanto, como refere Costa (2007), é preciso não ceder à deserção niilista e a ter uma visão mais positiva perante as questões suscitadas pela condição humana.

O envelhecimento populacional traz consequências económicas, culturais, políticas e éticas (cf. Pimentel, 2001; Fernandes, 1997; Ermida 1995; Kalache, 1996):

1. Consequências económicas porque com envelhecimento as pessoas deixam a vida activa e passam a usufruir das reformas ou pensões de velhice. O aumento da população dependente e a diminuição a diminuição da população activa acarreta um aumento da despesa do Estado com as reformas e as despesas com a saúde a nível hospitalar, ambulatório e domiciliário. Também não nos podemos esquecer do papel de consumidor e de agente de lazer que o idoso tem actualmente. É tendo em conta este factor que surgem mercados e segmentos produtivos e comerciais orientados para este grupo etário, cada vez maior e exigente.

2. Consequências sociais - porque os problemas consequentes da velhice alteram a vida familiar. O agregado familiar suporta as consequências ou recorre a redes de apoio como as instituições de solidariedade social.

3. Consequências sanitárias - devidas à maior vulnerabilidade do grupo etário dos idosos. O aumento da população idosa vai sobrecarregar os sistemas de saúde, tanto ao nível do seu uso físico, como económico.

4. Consequências éticas - decorrentes das políticas económicas e sociais de cada país. Os aspectos éticos vão desde a intensidade dos tratamentos, aos estudos e campanhas preventivas, aos cuidados mais adequados de saúde, aos programas de animação para idosos, ao respeito pela autonomia e decisão dos idosos.

3. Algumas perdas na velhice

Spar e la Rue (1998) assinalam que, numa dada pessoa em particular, não devemos atribuir grande relevo à idade cronológica, pois é preferível considerar que a um indivíduo podem corresponder idades diferentes da natureza biológica, psicológica e social. Num dado parâmetro, pode ser considerado um velho e noutro ser considerado um jovem. Quando uma pessoa envelhece, os cinco sentidos declinam, como vimos. Há o prejuízo da visão, da audição. Estes sentidos têm grande importância na adaptação à vida do dia-a-dia e no convívio social.

Ao estudarem 95 indivíduos dos 25 aos 80 anos, Tric e Silverman (1991), comprovaram que a sensibilidade ao movimento tende a declinar cerca de 1% por cada década que passa. De acordo com Hull (1989), 92% das pessoas idosas usam óculos. Plomp (1978) diz que 50% das pessoas com mais de 75 anos tem perda da acuidade auditiva. Ship e Weiffenback (1993) referem que os indivíduos idosos apresentam declínio no olfacto e no gosto. Sturgis e al (1987) comprovaram que, em associação com a idade, se altera a percepção dos estímulos. As pessoas, a partir dos 60-70 anos, perdem a sensibilidade nas palmas das mãos e na planta dos pés (Serra, 2006).

O envelhecimento provoca também o declínio das funções vitais de órgãos como o coração, os rins. Rubert e al (1996) têm vindo a demonstrar que as aptidões cognitivas aceleram o declínio a partir dos 70 anos. Spar e La Rue (1998) mencionam que as pessoas idosas têm maior dificuldade em compreender as mensagens e evidenciam uma maior dificuldade em raciocinar. Em ralação com as pessoas de meia-idade, os idosos revelam um discurso mais repetitivo. São mais lentos nas tarefas que exigem planear, executar e avaliar. Enfim, geralmente os idosos são mais lentos nos aspectos perceptivos, mnésicos e cognitivos e também nas funções motoras.

No que diz respeito às aptidões visuais em relação ao espaço, os idosos mantêm a capacidade de reconhecerem os lugares e as caras que lhes são familiares, mas revelam um declínio na capacidade de reconhecerem e reproduzirem configurações complexas que lhes não sejam familiares. É de esperar que uma pessoa idosa se possa

manter a desempenhar tarefas que realizou durante toda a vida, mas revele grande dificuldade em se adaptar a tarefas ou ambientes novos (Serra, 2006).

Loewenstein e Rubert (1996) referem que os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais como vestir, lavar, cuidar de si e actividades de manutenção da vida diária como a possibilidade de fazer compras, de telefonar, de estar orientado no tempo e no espaço ou de efectuar pagamentos. Os mesmos autores verificaram que os idosos saudáveis são capazes de fazer tudo isto. O mesmo não acontece, todavia, a quem tenha limitações graves sensoriais, ou de saúde física e mental.

4. O envelhecimento demográfico da população

O envelhecimento das populações processa-se actualmente a um ritmo acelerado e tem tendência a acentuar-se. Segundo previsões médias das Nações Unidas, até 2050, os países da Europa, com excepção de Portugal, deverão apresentar as mais altas proporções de pessoas com mais de 65 anos (Fernandes, 2001). Verifica-se que aumenta o número dos mais velhos e reduz o dos mais novos.

Os estudos demográficos demonstram este envelhecimento da população. A Demografia é uma ciência social em cujo espaço científico articula a enumeração e a medida dos fenómenos populacionais com a investigação das suas causas. Segundo Rollet (2007), é preciso reconstruir a estatística sobre bases científicas. A demografia é filha da estatística, nomeadamente, do cálculo das probabilidades, mas aplicadas às populações humanas. Através de longas séries numéricas, a demografia acede, utilizando metodologias próprias, às atitudes invisíveis do ser humano face à vida, à morte e à sucessão das gerações (Baptista, 2007, p. 540).

O envelhecimento demográfico é também uma característica da população portuguesa, como constata o Centro de Estudos Demográficos do INE (2001). As novas realidades, como o envelhecimento demográfico, a acentuada queda da fecundidade e a

coexistência de um país de emigração com um país de retorno e de imigração, dominam a problemática das três últimas décadas.

As causas do envelhecimento demográfico são:

1. No caso da natalidade (ou a taxa de fecundidade), um decréscimo da mesma;
2. Na mortalidade (que reflecte a evolução das condições gerais de saúde), o aumento da esperança de vida;
3. Nas migrações (nas suas diversas formas – emigração, imigração e migrações internas), algumas alterações quanto ao número e orientação migratória.

A causa fundamental, como esclarece Nazareth (2009), é o declínio da fecundidade. Não é fácil determinar as causas da descida da natalidade. Em todo o caso, podem considerar-se como possíveis factores os seguintes: o alto nível de competência profissional que tira tempo para os filhos, o desenvolvimento do uso dos métodos anticonceptivos, a crescente laicização social, a crise da família ou do matrimónio como instituição, a progressiva industrialização, as mudanças de valores éticos (Monforte et al, 2001. P. 20).

A segunda causa natural é a melhoria das condições gerais de saúde. Há outros factores de longevidade. Para além dos avanços na saúde, encontramos os factores económicos, biológicos, psicológicos, sociais e ecológicos. Há também o estado de alma positivo, os contactos sociais, a actividade, a satisfação no trabalho, as boas condições sócio-económicas (Lehr, 1995; Mendizável, 2000). O incremento da esperança de vida leva a viver mais anos.

Os movimentos migratórios, como a capacidade para atrair população e reter os habitantes traduz-se em diferenças demográficas, políticas e económicas tendo relação directa ou indirecta com o envelhecimento da população e o seu rejuvenescimento (Munõs, 2006, p. 154). De facto, a emigração de indivíduos jovens provoca a descida da natalidade e, com o tempo, o envelhecimento da população.

Algumas questões relacionadas com o número das pessoas, a estrutura da população, a sua distribuição geográfica preocupam a sociedade actual. Os mais recentes dados demográficos relativos a Portugal (INE, 2009) apresentam-nos um quadro de envelhecimento crescente da população o que está de acordo com os dados de outros países ocidentais. A longevidade das pessoas está associada a aspectos sociais, ambientais, genéticos, biológicos e, também, à melhoria das condições de vida e aos progressos da medicina. Com o envelhecimento da população e, por conseguinte, o aumento da esperança de vida, verifica-se o que alguns chamam de quarta idade ou seja o do envelhecimento do envelhecimento (Munõs e al, 2006). Há também a feminização do envelhecimento. O processo do envelhecimento tem uma incidência muito mais alta nas mulheres do que nos homens (Iañez, 2004, Simón, 2001). As novas realidades, como o envelhecimento demográfico, a acentuada queda da fecundidade, e a coexistência de um país de emigração com um país de retorno e de imigração, dominam a problemática demográfica das últimas décadas em Portugal (Baptista, 2007), como veremos seguidamente.

5. O envelhecimento demográfico da Europa: tendências e perspectivas

O problema do envelhecimento preocupa cientistas e governantes. Estudam-se as dificuldades originadas pelo encargo dos idosos sobre as gerações futuras. Actualmente tem grande importância o desafio demográfico, isto é, as alterações da população. O Relatório Demográfico das Nações Unidas (2001) prevê uma redução da população na Europa uma vez que projecta uma descida significativa na maioria dos Países do Sul (28,2% na Itália, 22,4% na Grécia, 17,6 em Portugal, e nos países centro europeus, a Áustria 12,8%, Bélgica, 12 % e Alemanha, 10,7% (Osório, 2007). Com as taxas actuais (Nazareth, 2009) fazem-se projecções para 2050, prevendo mutações demográficas de grande amplitude que se traduzirão num envelhecimento da população europeia, cuja média de idades poderá passar de 39 anos, em 2004, para 49 anos, em 2050. O número de jovens com idades compreendidas entre 0 e 14 anos passaria de 100 milhões (índice de 1975) para 66 milhões, em 2050. O aumento do envelhecimento demográfico aparece assim como um dado irreversível para as próximas décadas. Em demografia, consideram-se dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base

(quando a percentagem de jovens em relação à população total começa a diminuir) e no topo (quando o peso das pessoas de idade avançada aumenta em relação à população total). A visão prospectiva da base demográfica de Portugal concentra-se nas seguintes questões, como enumera Nazareth (2007): a regulação dos nascimentos e o planeamento familiar; a concentração urbana e a desertificação dos campos; a concentração da população portuguesa no litoral, onde vive quase de 80% da população.

O aumento das pessoas idosas não é uma consequência directa do aumento da duração média de vida e da melhoria das condições de saúde. O declínio da fecundidade reforça o aumento da idade média da população. São as crianças que estão a menos. Não são os idosos que estão a mais.

No estudo do envelhecimento, salientamos a *teoria da transição demográfica (TAD)*[8]: É uma teoria estabelecida por demógrafos (Landry, 1982) para dar conta do processo de passagem, das populações humanas, de um regime demográfico caracterizado por uma taxa de natalidade e uma taxa de mortalidade elevadas para um regime demográfico caracterizado por uma taxa de natalidade e uma taxa de mortalidade baixas. Segundo o modelo mais geral, a mortalidade começaria por diminuir, provocando um excedente natural crescente, seguindo-se então, depois da diminuição da mortalidade, uma diminuição da natalidade, o que provocaria a perda do excedente natural cada vez mais baixo (Rollet, 2007).

A Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais do Parlamento Europeu, no Projecto de Relatório do Parlamento Europeu (2004 – 2009) sobre o futuro demográfico da Europa, anota, com preocupação, as projecções demográficas para 2050, e alerta para a necessidade de se encontrar respostas que permitam manter a competitividade e o modelo social europeu no futuro. Refere essa Comissão que as causas das mutações demográficas (quebra da natalidade e envelhecimento da população) são fruto do progresso; que o prolongamento da esperança de vida é consequência dos progressos da

[8] Teoria da Transição Demográfica sobre o processo de diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade. Foi iniciada por Warren Tompson (1929).

ciência, higiene e do nível de vida. Sublinha também que a taxa média de natalidade é, na UE, de 1,5%.

Saliente-se que a solidariedade entre as gerações pressupõe a intervenção dos poderes públicos que devem disponibilizar serviços sociais de interesse geral, para as famílias e crianças, para o acolhimento e a prestação de cuidados a idosos e aos dependentes. Por isso, esta Comissão exorta ainda os Estados Membros:

1. A terem em conta que o envelhecimento abrange desigualdades regionais;
2. Propõe que a atribuição de fundos estruturais tenha em conta as necessidades de investimento para o acolhimento e a assistência às pessoas idosas;
3. Recorda o princípio de solidariedade entre as gerações e entre os territórios.

A Comissão das Comunidades Europeias numa comunicação intitulada: *"O futuro demográfico da Europa: transformar um desafio em oportunidade"* (Comissão Europeia, Bruxelas, 12 de Outubro de 2006)[9], define cinco domínios que respondem a uma perspectiva comum na execução das políticas dos Estados Membros:

1. Uma Europa que favorece a renovação demográfica;
2. Uma Europa que valoriza o trabalho: mais empregos e uma vida activa mais longa e com qualidade;
3. Uma Europa mais produtiva e com melhores desempenhos;
4. Uma Europa organizada para receber e integrar os migrantes;
5. Uma Europa com finanças públicas viáveis: garante de uma protecção social adequada e da equidade entre gerações.

O Relatório da Comissão de 2008 sobre a evolução demográfica da União Europeia refere que, em 2008, há um envelhecimento rápido da população europeia. Segundo projecções da população do Eurostat referentes a 2008, são os seguintes os números-chave:

- População em idade de trabalhar em 2050 (dos 20 aos 64 anos): 52%
- População dos 15 aos 24 anos em 2050: 19%

[9] COMISSÃO EUROPEIA (2006). *O Futuro Demográfico da Europa*. Bruxelas 12/10/2006.

- População com idade igual ou superior a 65 anos em 2050: 29%
- Taxa de dependência em 2050: 50%
- Taxa de fecundidade em 2060: 1,68 filhos por mulher (limiar de renovação 2,1)
- Esperança de vida das mulheres em 2060: 89 anos
- Esperança de vida dos homens em 2060: 84,5 anos
- Saldo migratório em 2007: +1,9 milhões

O Relatório do Instituto da Política da Família, apresentado na União Europeia referente ao ano de 2008, mostra que a seguir a Portugal situa-se a Espanha onde a população mais está a envelhecer. A Irlanda é o país com a população mais jovem, com uma média de 35,1 anos. Em Portugal a média é de 40,5 anos.[10] A estratégia internacional para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional centra-se em viabilizar a inclusão social deste grupo na comunidade. A Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid em 2002[11], definiu os princípios básicos do envelhecimento activo e reconheceu que as políticas se devem basear nos direitos, necessidades, preferências e capacidades dos idosos (Kalache, Barreto e Keller (2005). Perante o envelhecimento há duas medidas a tomar. Uma é proporcionar o envelhecimento activo aos idosos. Outra é minorar o envelhecimento demográfico e a única saída é compensar o declínio demográfico e o envelhecimento com a imigração (Gaspar, 2008).

6. O envelhecimento da população em Portugal

Portugal, à semelhança dos outros países da Europa do Sul, acelerou, recentemente, o processo do envelhecimento, como resultado da baixa de fecundidade e do aumento da longevidade. Os resultados definitivos dos Censos 2001 apontam para uma superioridade numérica das pessoas idosas, comparativamente aos jovens. As

[10] Dados fornecidos na União Europeia, em 11de Novembro de 2009, pelo Instituto da Política da Família (IPF).

[11] A II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento realizou-se em Madrid de 8 a 12 de Abril de 2002.

diferentes evoluções demográficas observadas a nível regional determinam assimetrias regionais do fenómeno do envelhecimento.

Os indicadores de 2007 permitem acentuar duas tendências demográficas recentes em Portugal: abrandamento do crescimento populacional e envelhecimento da população. Segundo os indicadores demográficos divulgados pelo INE, relativos a 2007[12], em Portugal, o número de óbitos foi superior ao dos nascimentos. Morreram, nesse ano, 103 512 pessoas, enquanto o número de nascimentos foi de 102 492. As estatísticas confirmam, assim, a tendência de envelhecimento demográfico. De acordo com os dados estatísticos do INE relativos ao ano de 2008, o aumento da população é cada vez mais reduzido, tendo o país somado pouco mais de 9 mil pessoas. Segundo Maria Filomena Mendes (2008)[13], presidente da Associação Portuguesa de Demografia, estes dados mostram que não só não conseguimos fixar as pessoas em idade activa como não atraímos imigrantes. Os dados do INE (2008) indicam que os concelhos do Minho e Lima continuam a perder gente. O Relatório apresentado no Parlamento Europeu, em Bruxelas, referente a 2008[14], pelo Instituto da Política da Família, refere que as pessoas com mais de 65 anos passaram a de 11,2% , em 1980, para 17,4% em 2008. Portugal, segundo esse relatório, é o País da Europa que mais está a envelhecer.

A população residente em Portugal tem vindo a denotar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. O índice de fecundidade foi de 1,33 crianças por mulher, muito longe das 2,1 necessárias para assegurar a substituição de gerações. Em 2007, os nados vivos foram 102 492; houve 103 512 óbitos e 19 500 indivíduos de saldo migratório favorável a Portugal. Saliente-se, todavia, que houve mais óbitos do que nascimentos. Os valores destes índices manifestam, mais uma vez, que se acentua o envelhecimento demográfico português.

[12] INE – Instituto Nacional de Estatística

[13] III Congresso Português de Demografia realizado de 29 de Setembro a 1 de Outubro de 2008.

[14] Instituto da Política da Família (IPF) - Relatório apresentado na União Europeia a 11 de Novembro de 2009.

Em 2007, diminuiu também o número de casamentos. Nesse ano, foram celebrados 46 329, menos 1,528 do que em 2006. Os matrimónios na Igreja Católica tiveram uma quebra de 46%, na última década. Segundo dados do Anuário Católico de Portugal de 1999 e de 2008 todas as dioceses conheceram um decréscimo de celebrações matrimoniais. Num total de 52401 matrimónios em 1999, as dioceses celebraram 27908 no ano de 2008. A Diocese de Viana do Castelo, na comparação de dados referentes aos anos de 2001 e 2007, dá uma redução de 349 matrimónios passando de 1442 para 1093.

Os divórcios continuam a aumentar, tendo sido decretados 25 255, mais 1 320 do que no ano anterior. Além disso, é visível o crescente número das famílias recompostas. Projecções da população residente em Portugal, no período de 2008 e 2060, fornecidas pelo INE (2009), indicam que se a tendência não for contrariada, em 2060, haverá três idosos por cada jovem. Portugal será, então, um país maioritariamente idoso. O nosso sistema demográfico é caracterizado por baixas taxas de natalidade e baixas taxas de mortalidade o que está de acordo com o modelo TAD. São frágeis as políticas de apoio à natalidade em Portugal. Existe o abono de família, há o acompanhamento médico às mulheres grávidas e às famílias numerosas. Mas é longo o caminho a percorrer, por exemplo, no investimento em creches, em quantidade suficiente e adaptadas às necessidades das famílias; a educação, tendencialmente gratuita, traz encargos ao pai e à mãe que têm um emprego nem sempre próximo de casa. A verdade é que, como revela o INE, entre 1987 e 2006 as mulheres residentes em Portugal tiveram menos filhos e mais tarde. Enquanto em 1987 a maioria das mulheres tinha filhos entre os 20 e 24 anos, em 2006, é dos 25 aos 28 anos que se verificam os valores mais elevados das taxas de fecundidade. Os níveis de natalidade atingidos auguram desequilíbrios intergeracionais acentuados e irrecuperáveis, com consequências nefastas para o futuro (Fernandes, 2001). Além disso, assistimos a uma entrada significativa em Portugal de imigrantes: africanos, brasileiros, moldavos, ucranianos, polacos, checos. Os dados estão lançados e, no futuro, prevê Fernandes (2001), teremos provavelmente uma população multirracial e multicultural. O debate sobre a demografia conduz à questão da família e ao problema da fecundidade.

A dimensão média da família tem diminuído. Segundo dados do INE, apresentados no Jornal de Negócios em 10 de Maio de 2007, o número de famílias portuguesas tem aumentado. Aumentou de 3.483.800 em 1999 para 3.839.300 em 2006. As famílias, no entanto, são cada vez mais pequenas, pois a maioria dos agregados familiares tem apenas um filho. Em 2006, as dimensões mais expressivas concentram-se nas famílias de duas pessoas (28,9%) e de três pessoas (27,1%). No entanto, tem aumentado o número de pessoas a viver sós. Verifica-se o adiamento da fecundidade, o aumento do divórcio e envelhecimento populacional. Diminuem, assim, conclui Aboim, (2003), as famílias de casal com filhos e aumentam as de casal sem filhos e as monoparentais.

O envelhecimento é, antes de mais, uma questão demográfica, afirma Fontaine (2000). De facto, tem aumentado o número de idosos e diminuído o número de jovens. Projecções do INE (2003) e da UE (2006) apontam no sentido de que o envelhecimento demográfico se agravará no futuro. Segundo Carrilho et al (2005), em 1960, quando a população em Portugal era de 8 889 400 habitantes, havia um total de 2 591 980 jovens com menos de 14 anos (29% da população). Em 2001, a população cresceu para 10 356 117 de habitantes, mas o número de jovens diminuiu quase um milhão. As pessoas com mais de 65 anos passaram de 708 570, em 1960, para 1 693 493, em 2001. Maria José Carrilho e Cristina Gonçalves estudaram as Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento (2005) comparando os resultados dos Censos de 1991 e de 2001 e chegaram a conclusões que confirmaram muito dos pontos que vimos descrevendo, tais como[15]:

- O aumento contínuo da longevidade e a manutenção dos baixos níveis de fecundidade, aliados, em alguns casos, a fortes fluxos emigratórios são os principais factores demográficos que explicam a tendência do envelhecimento demográfico;
- Os elevados níveis de mortalidade e natalidade deram lugar a um modelo com níveis baixos de mortalidade e natalidade;

[15] Censo demográfico: contagem total do número de habitantes de um país, também designado por recenseamento populacional. Os censos à população são normalmente executados por serviços ligados ao Estado e são realizados de dez em dez anos.

- O processo de envelhecimento demográfico estende-se a todo o país. No entanto, há assimetrias entre o litoral com uma população mais jovem, e o interior com a população mais idosa;
- O expressivo ritmo de crescimento da população idosa, e em particular da muito idosa, embora com tendência para abrandar, caracteriza a evolução da dinâmica populacional nos próximos cinquenta anos e representa um grande desafio para a sociedade portuguesa;
- Em termos de proporção de pessoas idosas, Portugal acompanha o padrão comunitário.

De acordo com os dados recolhidos pelo INE no Censo de 1991, 13,6 % da população portuguesa tinha, nessa altura, mais de 65 anos de idade. No Censo de 2001, esta percentagem tinha aumentado para 16,4% e para 17% em 2004. Se alargarmos o nosso horizonte temporal até ao ano de 2010, encontramos previsões que apontam para que 17,6% ou mais da população portuguesa tenha uma idade superior a 65 anos, podendo ser 30% em 2044 (Carrilho, 2005).

Os idosos precisam de ajuda para reinventar a sua vida. Proporcionar-lhes contextos, ocupações e projectos, de modo que a velhice não seja vivida como um vazio, em estado de cidadania diminuída (Teixeira, 2005). Os idosos, pelo isolamento e pela solidão a que frequentemente são votados, estão carentes de afectividade e necessitados de atenções. As exigências de uma cidadania total obrigam-nos a dar-lhes o que lhes é devido não só por caridade mas por um imperativo de justiça (cf. J. Rawls, 1971). Como refere Teixeira (2005, p. 247):

> É necessário atender às tendências que atravessam as sociedades actuais, aos processos de reestruturação que as animam, para que se afirmem e se protejam os direitos do homem e se encontrem formas de inclusão de todos e não de indigna exclusão.

Há que construir uma sociedade inclusiva. Actualmente, há um enorme consenso quanto ao chamado envelhecimento activo e dar mais vida aos anos. Antunes (2008, p. 22) chama à velhice "o tempo da vida", porque entende que, afinal, a velhice é

apenas o último andamento da sonata do existir e que ele gostaria que fosse, sempre que possível, um *allegro vivace.*

7. Velhice, pobreza e o isolamento

Nos últimos anos, têm-se verificado grandes mudanças sociais em Portugal (Fernandes, 2008). Apesar de, em Portugal, a pobreza ser entendida como fenómeno residual e periférico e os programas de combate à pobreza também, Costa et al (2008) reconhecem que a pobreza é uma realidade preocupante. A pobreza material indica o estado de uma pessoa ou de uma família com falta de meios materiais, de dinheiro, com insuficiência de recursos, sinónimo de indigência, necessidade e privação (cf. Leandro, 2007). Para uma pessoa ou família, trata-se da ausência de bens ou de direitos, não permitindo satisfazer as necessidades elementares. A pobreza pode ser absoluta, relativa e consensual (Moore, 2002). A pobreza absoluta, enquanto privação de recursos mínimos, capazes de satisfazer as necessidades básicas materiais e biológicas, põe em risco a sobrevivência das pessoas. A pobreza relativa que, enquanto carência de recursos, coloca indivíduos ou famílias abaixo dos níveis de vida minimamente aceitáveis em função dos padrões de vida de uma determinada sociedade e em contraponto de situações de riqueza detida por outros grupos sociais (Ribeiro, 2008). Não é fácil definir as necessidades ou padrões de vida mínimos, uma vez que mudam ao longo dos tempos e das sociedades. Tomando como artigos essenciais, por exemplo, as despesas alimentares, de vestuário, de habitação, podemos considerar que, abaixo desta linha, as pessoas são consideradas pobres (Moore, 2002). As definições relativas da pobreza salientam não tanto as necessidades, mas a exclusão social dos padrões de vida normais na sociedade através da ausência de rendimentos. As definições relativas relacionam a pobreza com as expectativas da sociedade e proporcionam uma imagem realista da privação dentro de uma sociedade. Hoje há um consenso sobre quem é considerado pobre. São pobres os seguintes grupos: os desempregados, os que têm salários baixos, as famílias monoparentais, os doentes e deficientes, os idosos (cf. Bruto da Costa, 2008).

Entende-se por pobreza a situação de privação, de carência de recursos. A noção de pobreza expressa três tipos de carências: "ter pouco", "valer pouco", "ter pouca sorte*"* (Leandro, 2007, p. 158). Esta carência é estrutural quando as pessoas nascem, crescem e vivem em situações de pobreza. É circunstancial devido, por exemplo, a determinados reveses da vida. À primeira vista, parece mais fácil identificar a pobreza pelo seu lado mais visível: necessidades materiais. A pobreza, contudo, deve ser entendida como uma situação existencial, para a qual concorrem não só as necessidades materiais, mas também elementos de ordem psicológica, social, cultural, espiritual, etc. que, em conjunto, geram uma condição existencial que afecta os mais diversos aspectos da vida e da personalidade, bem como a relação do pobre com os outros e com a sociedade em geral (Costa, *et all*, 2008, p. 22). Sen (1999) associa a pobreza à noção de liberdade. Para este autor, uma pessoa com fome não é livre. Quem não é livre de comer também não tem condições para o exercício da liberdade. Há quem agrupe (cf. Costa, *et al*, 2008, p. 23) os diversos significados de pobreza em três grandes categorias: *a da necessidade material* (falta de bens ou serviços essenciais: alimentação, energia, alimentação), *a das circunstâncias económicas* (falta de recursos, insuficiência de rendimentos) e *a das relações sociais* (classe social mais baixa, caracterizada pela dependência, exclusão social).

A pobreza[16] é um problema que reclama uma solução e que exige a resolução de outros dois problemas: a privação e a falta de recursos. A pobreza é também uma forma de exclusão social, sendo que não existe pobreza sem exclusão social. No entanto, existem formas de exclusão social que não implicam pobreza, por exemplo, o ser idoso. O problema do idoso, às vezes, não é a pobreza, mas o isolamento. Os idosos são socialmente excluídos da sociedade em geral, independentemente do seu nível de rendimento, mesmo sendo um grupo de risco em relação à pobreza. Trata-se de pessoas que dependem da assistência social para satisfazerem as necessidades básicas. A relação entre esse tipo de benefícios sociais e a pobreza é tão forte que alguns não distinguem entre a pessoa pobres e a pessoa assistida (Costa et al, 2008). O mesmo acontece com certas minorias discriminadas por preconceitos da sociedade.

[16] O ano de 2010 foi proclamado o ANO Europeu de Combate à Pobreza e Exclusão Social.

A exclusão é uma palavra sinónima de precariedade dificilmente reversível, de eliminação, de marginalização com pouca esperança de regresso à normalidade. Podemos enumerar alguns tipos de exclusão social: a económica, a social, a cultural simbólica e a política (Costa, 1998).

A económica, a que mais se identifica com o conceito de pobreza, enquanto privação de recursos em função da subsistência (desempregados, subsidiodependentes, analfabetos, pessoas sem abrigo, moradores de bairros degradados).

A social, enquanto carência, perda ou diminuição de contactos e relações sociais (isolamento, guetização, enfraquecimento ou até ruptura de laços sociais, elevado grau de incerteza face ao futuro). Por exemplo: idosos, deficientes, doentes crónicos, acamados.

A cultural-simbólica, enquanto manifestação de formas de exclusão e estigmatização sobre certos grupos minoritários, cujas identidades e modos de vida não são valorizados, sendo, pelo contrário, objecto de processos de discriminação, segregação e/ou racismo. Por exemplo: toxicodependentes, alcoólicos, (ex)reclusos, prostitutas, minorias étnicas e religiosas.

A Política, enquanto passividade e indiferença, forte diminuição ou até destituição quanto à participação e capacidade de decisão nos mecanismos e nas esferas do poder institucional ou outro. Esta dimensão tem levado autores (cf. Fernandes, 1991) a introduzir a ideia de círculo vicioso na relação entre pobreza e poder: é-se pobre porque não se tem poder e não se tem poder porque se é pobre (Silva, 2008).

Há cada vez mais famílias mergulhadas na pobreza e na exclusão social. Em Portugal, segundo os dados do INE para 2006, 21% da população vive em risco de pobreza. Apesar do desenvolvimento económico e tecnológico que se tem verificado nas últimas décadas, os pobres aumentaram no século XIX, dando origem à "questão social", isto é, ao aumento da pobreza e da fragilidade dos laços sociais. Esta situação tendeu a melhorar no século seguinte, principalmente nas sociedades ocidentais mais desenvolvidas, passando a pobreza a ser considerada nestas sociedades apenas residual. Ultimamente, essas perspectivas têm sido desmentidas, mesmo nas sociedades ricas e desenvolvidas, onde os pobres, excluídos e miseráveis, continuam a aumentar.

Quem é mais vulnerável perante a pobreza e a exclusão social? Há uma categoria heterogénea de inadaptados sociais, composta de isolados, de idosos usufruindo apenas de uma reforma mínima (29% segundo dados do INE para 2006), de desempregados de longa duração, de beneficiários do Rendimento de Inserção Social, de drogados, de delinquentes, de sem abrigo, de pessoas atingidas com depressões de vária ordem, de famílias a viverem com um ordenado mínimo nacional, fenómeno que evidencia uma espectacular progressão, em virtude do desemprego prolongado.

A fragilidade estrutural da sociedade portuguesa revela-se de forma dramática nas diversas formas de pobreza em Portugal. Segundo Costa (2008), durante pelo menos um dos anos do período entre 1995 e 2000 passaram pela pobreza 46% de portugueses! A exclusão traduz-se em instabilidade familiar mais pronunciada, em isolamento crescente de uma parte da população. Para o mesmo autor (Costa, 2008), a família apresenta hoje uma geometria variável: conjugal clássica, conjugal ultramoderna, recomposta, monoparental (7% das famílias portuguesas), complexa, unipessoal, entre outras.

Em Portugal, de acordo com o Plano Nacional de Acção para a Inclusão de 2006 a 2008 (PNAI)[17], 29% dos idosos estão em risco de pobreza. Tendo em conta estudos de Capucha (2002), a pobreza em Portugal tem atingido sobretudo: os subsídio-dependentes (do rendimento mínimo garantido); reformados e pensionistas, principalmente os do regime geral e não contributivo (sobrevivência e velhice); os idosos com mais de 75 anos, cujo volume tem aumentado; os desempregados.

No distrito de Viana do Castelo, uma em cada cinco pessoas vive numa situação difícil, no limiar da pobreza. A REAPN (Rede Europeia Anti-Pobreza) indica que existem mais de cinquenta mil pessoas do distrito no limiar da pobreza, com relevo para os idosos sozinhos, as famílias monoparentais e trabalhadores pobres.[18]

[17] PNAI – *Plano Nacional de Acção para a Inclusão* 2006-2008- Ministério do Trabalho e da Segurança Social.

[18] REAPN (Rede Europeia Anti-Pobreza) - Núcleo Distrital de Viana do Castelo que iniciou a sua actividade em 2005.

Além da pobreza há diversas formas de dependência. As pessoas acamadas ou com graves restrições de mobilidade, estão associadas a outras incapacidades. E que dizer do envelhecimento e demência? Há doenças degenerativas primárias, demências provocadas por doenças cardiovasculares, doenças de Alzheimer, etc… Não se podem esquecer também as alterações psicológicas e comportamentais que uma demência origina nos doentes e nos familiares. No início deste milénio, e tendo em conta do âmbito institucional do nosso objecto de estudo, a pobreza de milhões de homens e mulheres é a questão que, em absoluto, mais interpela o cristão (cf. Compêndio de DSI, 2005)[19]. Em suma, como postula Leandro (2007), a pobreza e a exclusão social, as desigualdades sociais, o desemprego, as transformações demográficas, a instabilidade familiar, o isolamento, o envelhecimento, reclamam da sociedade uma reflexão e, sobretudo, uma solução possível. A solução exige políticas sociais e económicas. Exige necessariamente o anúncio firme e esclarecido da visão cristã do homem e da humanidade; a denúncia da injusta ignorância dos pobres, dos pequenos, dos fracos. Se pensarmos nas consequências da actual crise económica e na sua interferência no acesso à educação de tantos povos, podemos prever a continuidade de tantas situações de pobreza estrutural. É preciso buscar soluções responsáveis referentes à construção, à organização e ao funcionamento da sociedade atendendo ao incessante fluir dos acontecimentos que incidem no desenrolar da vida dos homens e das sociedades. A busca das soluções é determinada pelas grandes questões sociais a que se deve dar resposta de justiça social (cf. Compêndio da DSI, 2005).

A partir de 1980 fala-se de desenvolvimento sustentável. Para Roque Amaro (1991), o desenvolvimento deverá ser um processo que fomente ideias de participação, autonomia, solidariedade e diferença. O desenvolvimento local deve ser entendido como um processo que percepciona os problemas de cada zona, cuja meta é a melhoria das condições de vida da população. O desenvolvimento social visa a erradicação da

[19] CONSELHO PONTIFÍCIO DE JUSTIÇA E PAZ (2005). *Compêndio de Doutrina Social da Igreja*. Estoril - Cascais: Principia, nº 449.

pobreza e pressupõe uma noção de desenvolvimento económico, social, ambiental com a participação activa dos actores interessados (Conferência de Copenhaga, 2004)[20]. A intervenção em rede constitui o motor dos processos de desenvolvimento social local. Euclides Mance define as redes sociais como:

> Uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que se podem multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada nódulo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades se articulam através de diversos fluxos (Mance, 2000, p. 24).

A multidimensionalidade da pobreza e da exclusão social salientam a necessidade de se encontrarem respostas diversificadas para problemas também eles diversificados (Almeida, 2008). A condição de pobreza dos idosos agrava-se quando a ela se acrescenta a da exclusão social e o problema da solidão e do isolamento. Entende-se como solidão o estar só, ser só (Ochoa et al, 2006). É um estado emocional que inclui isolamento, tristeza, apatia, insatisfação, solidão. Antoine Mayrat (1981, p. 44) distingue dois tipos de solidão:

> *A solidão objectiva ou isolamento* é um facto observável, é uma privação da companhia humana, a marginalização do circuito social. Esta solidão às vezes escolhe-se, mas muito mais a miúdo sofre-se. Mas é sempre relativa e nunca pode ser absoluta de maneira duradoura.
>
> A *solidão subjectiva ou sentimento de solidão* é uma experiência vital que escapa à observação e ao controlo. Encontra-se no mundo do sensível, indubitável para o que a experimenta, incomunicável aos outros. É um estado anímico experimentado emocionalmente de forma dolorosa e angustiante. Experimentar um sentimento de solidão não é estar efectivamente só, é sentir-se só mesmo no meio dos outros, sem poder estabelecer com eles uma comunicação satisfatória, e crer-se perdido, incompreendido, abandonado, reduzido a si mesmo.

[20] A Cimeira da Conferência de Copenhaga sobre o Desenvolvimento Humano realizou-se em Março de 1995.

A maioria dos casos podem-se incluir no primeiro tipo. A solidão das pessoas idosas é uma das principais problemáticas da velhice; é um empobrecimento da qualidade de suas relações sociais derivado da diminuição do seu conjunto de experiências vitais com os seus (Laforest, 1989). Explicitando mais um pouco, a solidão mais do que a dimensão física, tem uma natureza afectiva, antes de ser uma perda da relação com os outros, é a desconexão com o próprio. Daí que possa ser sentida no seio de uma multidão, num espaço partilhado de uma instituição, de maiores ou menores dimensões (Leuschner, 2008, p. 329).

A velhice reduz a rede de relações sociais com a família, com os amigos. Muitos aposentados descobrem que estão condenados a viverem sós. A experiência de solidão pode comportar experiências de isolamento social, emocional ou ambas as experiências ao mesmo tempo. A experiência de isolamento social implica escassez de relacionamentos superficiais com os vizinhos, amigos, colegas de trabalho, parentes, confidentes. Os investigadores chamam a atenção para a importância, na velhice, em manter contactos sociais, frequentar associações culturais, religiosas, assistenciais, ter vínculos com os vizinhos, envolver-se em actividades de lazer (Néri et al, 2000). Uma percepção positiva de apoio social ajuda a que as pessoas não se sintam sós, isto é, a presença de outra pessoa ajuda a que a pessoa não se sinta só, mas não quer dizer que não tenha o sentimento de solidão (Ochoa et al, 2006).

Só uma atenta vigilância atenuará os aspectos socialmente perniciosos, como o aumento localizado da pobreza, isolamento, e fenómenos de exclusão. Para isso, é fundamental desenvolver actividades locais. Além do Estado, a palavra principal cabe aos empreendedores que têm que apostar claramente na comunidade em que se inserem. A Rede Social pode ser um factor potenciador e impulsionador do desenvolvimento social local.

8. As Redes Sociais

Urge repensar a pobreza portuguesa, a partir da base e muito para lá dos pobres, porque a pobreza não é fruto do acaso nem uma mera consequência de falhas e/ ou

omissões de origem individual. Ela é um fenómeno que diz respeito a indivíduos, famílias, gerações, comunidades e territórios (Portela, 2008). A reflexão sobre a pobreza em Portugal justifica-se, pois a reprodução social da pobreza tem custos elevados e consequências sérias. Neste domínio, exercem papel importante as Redes Sociais.

A Rede Social contribui substancialmente para o próprio reconhecimento da pessoa como indivíduo e da sua imagem (Sluzki, 1996, p. 42). As relações constitutivas da Rede Social contribuem para a ausência de isolamento e buscam uma adequada integração social. A Rede Social proporciona o apoio social que pode ser acessível (Navarro, S. 2004). O conceito de Rede Social, incorporado na acção social, ajuda a superar uma visão individualista, em que as relações se estabelecem só entre indivíduos, sem considerar que estes formam parte de grupos, mais ou menos organizados, entrelaçados, em ocasiões, com estratégias e fins comuns. A Rede Social é um universo colectivo em que as pessoas, por meio dos vínculos com os outros, têm a possibilidade de partilhar e trocar experiências vitais e fazer as suas leituras acerca da realidade, inventando conjuntamente novas soluções. Essas descrições têm a capacidade de reconverter o que antes era uma inquietação ou um problema individual, num problema dividido, susceptível de ter uma abordagem e uma solução colectiva (Navarro, 2004).

A Rede Social foi criada, em Portugal, pela resolução nº 197/97 do Conselho de Ministros, com o intuito de promover a articulação da intervenção das autarquias, serviços públicos e entidades privadas sem fins lucrativos, que trabalham no domínio da acção social, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e a promoção do desenvolvimento social. Uma Rede Social pode ser definida como um conjunto de unidades sociais e de relações, directas e indirectas, entre essas unidades sociais, através de cadeias de dimensão variável (Portugal, 2007).

A Rede Social assume-se como um fórum de articulação e de congregação de esforços em cada concelho do País. Propõe-se, por isso, que em cada comunidade se criem novas formas de conjugação de esforços, se avance na definição de prioridades e que se planeie de forma integrada e integradora, através de parcerias entre entidades públicas e privadas. O programa da Rede Social visa o desenvolvimento de relações de cooperação entre organismos públicos e de iniciativa social privada, bem como

incentiva ao desenvolvimento de dinâmicas de articulação a nível dos concelhos e das freguesias (Almeida, 2008). As Redes Sociais apelam a solidariedades partilhadas em cada concelho do país. Podem funcionar como um instrumento para permitir que o Estado saia de cena, desobrigando-o das responsabilidades que lhe devem ser assacadas Ribeiro). De facto, o Programa Rede Social torna-se, em cada concelho, um projecto comum das parcerias (institucionais) que se constituem para o viabilizar. São sempre compostas por entidades públicas e privadas sem fins lucrativos com intervenção social relevante nas duas estruturas que corporizam os projectos de Rede: o Conselho Local de Acção Social e as Comissões Sociais de Freguesia (Castro e Gonçalves, 2002). Assim as Redes Sociais concelhias são estruturadas por Conselhos Locais de Acção Social (CLAS), dos quais emanam os Núcleos Executivos (NE), e, de forma menos implementada, as Comissões Sociais de Freguesia (CSF).

O CLAS (Conselho Local de Acção Social),[21] principal estrutura de base concelhia que sustenta a implementação das Redes Sociais, é constituído geralmente por cinco ou sete representantes de várias entidades que a ele podem aderir: as Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Organismos da Administração Pública implantados na área, Instituições Privadas de Solidariedade Social sem fins lucrativos. O CLAS trabalha em parceria. No conceito de parceria, salienta-se a ideia de processo de acção conjunta, entre vários actores que se mobilizam para realizar objectivos comuns, a partir da construção partilhada de diagnóstico, disponibilizando recursos, para, de forma articulada definirem e negociarem estratégias e caminhos e implementarem actividades que viabilizam o referido objectivo, avaliando continuamente e em conjunto os seus resultados (Amaro, 2005).

As Redes Sociais podem ser uma oportunidade para pôr em prática os direitos dos idosos. Há legislação e programas de apoio para o idoso. As Nações Unidas

[21] O Conselho Local de Acção Social (CLAS) é constituído por representantes do Município, das Juntas de Freguesia, das IPSS do concelho, das Escolas, da GNR.

enumeraram vários princípios para os idosos que devem ser respeitados[22]. Os idosos têm os mesmos direitos e deveres que os demais cidadãos portugueses: A Constituição Portuguesa dedica-lhes o artigo 72º onde consta:

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade. Os residentes em equipamentos têm direito à sua privacidade.

[22] Os princípios das Nações Unidas (16/12/ 1991) para os idosos são: 1. Ter acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde, a ter apoio familiar e comunitária. 2.Ter oportunidade de trabalhar ou ter acesso a outras formas de geração de rendimentos. 3. Poder determinar em que momento se deve afastar do mercado de trabalho. 4. Ter acesso à educação permanente e a programas de qualificação e requalificação profissional. 5. Poder viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam possíveis mudanças. 6. Poder viver em casa pelo tempo que for viável. 7. Permanecer integrado na sociedade, participar activamente na formulação e implementação de políticas que afectam directamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades. 8. Aproveitar as oportunidades para prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com os seus interesses e capacidades. 9. Poder formar movimentos ou associações de idosos. 10. Beneficiar de assistência e protecção da família e da comunidade, de acordo com os seus valores culturais. 11. Ter acesso à assistência médica para manter ou adquirir o bem-estar físico, mental e emocional, prevenindo a incidência das doenças. 12. Ter acesso a meios apropriados de atenção institucional que lhe proporcionem protecção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social, num ambiente humano e seguro. 13. Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe assegurem melhores níveis de autonomia, protecção e assistência.14. Desfrutar os direitos e liberdades fundamentais, quando residente em instituições que lhe proporcionem os cuidados necessários, respeitando-o na sua dignidade, crença e intimidade. Deve desfrutar ainda do direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade de vida. 15. Aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades. 16. Ter acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade. 17. Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objecto de exploração e maus tratos físicos ou mentais. 18. Ser tratado com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros factores.

Em cada comunidade, podem ser criadas várias redes sociais e redes de conexão entre elas. Essas redes podem ser formais, como grupos de apoio formal, planificados e como redes informais ou naturais, com as que são constituídas por cuidadores que ajudam os outros: membros da família, amigos, vizinhos (Seed, 1990). A criação de uma rede de conexões pode levar consigo três estratégias (Coulshed y Orme, 1998):

1. Terapia de rede que emprega habilidades de trabalho em grupo para ajudar as famílias em crise, reunindo as suas redes para servir de agentes de mudança.

2. Reuniões das redes de solução de problemas que congregam cuidadores formais e informais, para aclarar quem faz, o quê, e a quem.

3. A construção de uma rede é como criar redes novas e manter ou mudar as existentes.

No trabalho social, a importância da criação de uma rede de conexões é a de fortalecer os vínculos e as relações que existem dentro de uma comunidade ou área geográfica determinada. É importante não esquecer que as Redes de Apoio Social devem ser complementares de outros serviços e não substituir o Estado na sua obrigação de proporcionar serviços chave. Trata-se do princípio da subsidiariedade.

No novo mundo a incrementar, é indispensável a inovação social. O envolvimento da sociedade civil terá como resultado a conjugação de diferentes factores: predispor para experimentação permanente; criar harmonia entre investigação e acção; aptidão para criar redes, colaborações e parcerias; novas soluções de investimento e capacitação de todos os actores sociais.[23]

Concluindo, contar com o apoio social e emocional é necessário para evitar sentimentos de abandono, de tristeza, de solidão. As Redes Sociais podem prestar ou organizar o apoio a dar. Estas redes concelhias, todavia, não excluem, mas supõem as redes familiares, as redes de amigos e vizinhos e as ajudas prestadas pelas diversas instituições de solidariedade.

[23] Conclusões da Semana Social 2009, realizada de 20 a 22 de Novembro de 2009, em Aveiro.

Capítulo II: Gerontologia Social

Introdução

Para que o envelhecimento dos cidadãos aconteça de forma saudável e com qualidade de vida há que ter em consideração duas ciências distintas, a Gerontologia e a Geriatria, que se relacionam e cruzam entre si, mas que também se distinguem. Estas disciplinas têm ganho importância crescente nos elencos de programáticos a leccionar no Ensino Superior. A Qualidade de Vida do idoso preocupa as pessoas em vários domínios do saber que procuram dar Qualidade de Vida à velhice, cada vez mais longa, como vimos. Os técnicos de apoio social podem dar um grande contributo para a Qualidade de Vida do idoso. Tendo em conta a emergência deste espaço teórico e prático, à sua volta desenvolveu-se um grande campo de investigação e de afirmação profissional. O trabalhador social, e principalmente o animador sociocultural, promovendo a educação para o lazer, o envelhecimento activo e a terapia ocupacional, são figuras importantes na acção social desenvolvida nas instituições gerontológicas.

A saúde das pessoas idosas deverá assentar na promoção do envelhecimento activo ao longo da vida; na adequação dos cuidados de saúde e de lazer às necessidades dos cidadãos, com particular atenção aos de idade mais avançada; na promoção de actividades que estimulem a autonomia e independência das pessoas idosas.

Neste capítulo, apresenta-se algo do que se pode fazer para tornar o envelhecimento mais activo e saudável. O papel da Gerontologia é precisamente estudar e investigar os procedimentos necessários para que o envelhecimento aconteça de forma saudável e feliz. Para conseguir isso, procura envolver a sociedade, as instituições gerontológicas, e, particularmente, os médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, professores de educação física, animadores sociais, trabalhadores sociais, psicólogos, sociólogos. Envelhecer activamente – com bem-estar e alta qualidade de vida - é um dos temas mais importantes da Gerontologia perante a longevidade e a mudança demográfica.

1. A emergência da Gerontologia Social

Como se tem vindo a verificar, e que já anteriormente desenvolvemos, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população têm preocupado, cada vez mais, cientistas, intelectuais e formuladores de políticas públicas. A Gerontologia Social procura conhecer os fenómenos que decorrem do prolongamento e da qualidade de vida das pessoas idosas. Que entendemos por Gerontologia?

Etimologicamente, o termo Gerontologia é composto por duas raízes gregas: *Geros (velho) + Logos (estudo)*. Por isso, podemos dizer que Gerontologia, de uma forma geral, é o estudo determinado de alguns elementos que têm a ver com o processo do envelhecimento. A Gerontologia[24] ocupa-se do comportamento na idade provecta, investiga as causas e condições do envelhecimento, assim como o estudo e descrição cuidadosa das mudanças do comportamento regularmente progressivas e que estão relacionadas com a idade (Fayos, 2005). Este campo disciplinar estuda o processo de envelhecimento do Homem, isto é, investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à acção do tempo no organismo humano, independentemente de qualquer fenómeno patológico (Fontaine, 2000). É uma ciência que investiga as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento (cf. Fernández-Ballesteros, 2000).

A Gerontologia começou a ganhar estatuto a partir dos anos 80, quando surgiram os primeiros manuais com a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecimento. Bengston, Rice e Johnson (1999) consideram que os gerontologistas tentam explicar:

[24] O russo Metchnikoff, um médico do Instituto Pasteur, é citado como aquele que teria cunhado o termo, num texto de 1903, chamado *The nature of man*. Para Metchnikoff, a gerontologia limitava-se, entretanto, ao estudo do potencial prolongamento da vida por meio de intervenções médicas. Em 1939, Edmund Cowdry publicou o clássico *Problems aging*, em que propôs que as questões da velhice fossem abordadas de maneira multidisciplinar. Esse modelo parece estar a ser seguido até aos dias de hoje.

1. Os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente;
2. O envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência)[25];
3. A idade enquanto padrão de comportamento social. Ideia idêntica tem Fernández–Ballesteros (2000) para quem a Gerontologia estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, diferenciando-se da Gerontologia Social, que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as acções sociais que podem optimizar o processo de envelhecimento, devem ser encaradas como áreas específicas da Gerontologia.

De uma forma geral, pode-se dizer que os gerontologistas procuram explicar (Paúl, 2005): os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente; o envelhecimento que ocorre ao longo do tempo, ou seja, como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência); e a idade enquanto padrão de comportamento social. A Gerontologia visa, pois, a abordagem multidimensional do envelhecimento e a preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas. Estuda o prolongamento da vida com saúde e busca os factores que podem possibilitar o retardamento dos declínios decorrentes do processo de envelhecimento, dos processos que favorecem o envelhecimento precoce ou patológico e a redução das situações que geram perda de capacidade de independência das pessoas idosas.

Gerontologia não é o mesmo que Geriatria. Geriatria é uma palavra formada de *geros* (velho) e *iatricos* (tratamento). É, portanto, uma parte da medicina que estuda este processo e as patologias. A Geriatria tem como objectivo principal o estudo dos aspectos clínicos das doenças de que os cidadãos em idades avançadas são portadores (Saldanha, 2009). O envelhecimento humano e a velhice foram, durante muito tempo e

[25] Senescência: este termo refere-se ao envelhecimento normal. Distingue-se de Senilidade: sinónimo de envelhecimento patológico.

quase exclusivamente, objectos de estudo da medicina. As alterações demográficas verificadas durante o século XX, produzidas no contexto das profundas transformações sociais e económicas que atravessam as nossas sociedades, levantam outras questões. Passa-se a estudar as interdependências entre o envelhecimento humano e social. Os estudiosos interessam-se pelo impacto que o envelhecimento tem nas estruturas familiares, na economia, na protecção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida (a morte, a velhice), nas práticas culturais. Nasce, assim, a *Gerontologia Social* que, como sustenta Paúl et al (2005), pesquisa o impacto das condições sócio-culturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice; as consequências sociais desse processo e as acções sociais que podem optimizar o processo de envelhecimento.

A Sociologia do Envelhecimento é a ciência que estuda a qualidade do envelhecimento humano de acordo com uma abordagem antropológica, a cultura do país de residência, os comportamentos e estilo de vida desde o nascimento, o meio familiar e social, bem como as suas condições económicas e as políticas para apoio ao envelhecimento activo (Saldanha, 2009). A psicologia dos idosos, da idade e do envelhecimento podem ser encaradas como áreas específicas da Gerontologia Social, a parte da Gerontologia que estuda as relações entre o idoso e o seu contexto, sendo uma ciência multidisciplinar e recente em Portugal. Nela convergem várias disciplinas tais como: biologia, medicina, antropologia, psicologia, sociologia, economia, trabalho social, ética e direito. Constitui-se como "conhecimento activo" que permite conhecer os fenómenos e agir sobre eles, possibilitando o prolongamento e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, de acordo com padrões de qualidade, nos quais estão implícitos as necessidades básicas, e também os direitos, as liberdades e as garantias. A Gerontologia estuda a relação entre as pessoas idosas, as famílias, as organizações e a comunidade. Procura aprofundar, debater, reflectir e definir estratégias de acção concertadas, integradas e proactivas que possibilitem o conhecimento e a construção de boas práticas gerontológicas. Pretende resgatar para o campo da intervenção social, a contribuição das ciências sociais e humanas para o conhecimento do envelhecimento humano e das respostas sociais.

O estádio do conhecimento, e sobretudo do debate, do reconhecimento e respostas sociais requeridas, é ainda manifestamente tardio, nomeadamente no nosso país. De facto, a sociedade actual encontra-se perante uma situação contraditória. Por um lado, confronta-se com o crescimento em massa da população idosa, fruto do aumento da esperança de vida e, por outro lado, alheia-se ou adopta atitudes preconceituosas sobre a velhice, retardando assim uma efectiva adopção de medidas que visem minorar situações de dependência e a promoção da qualidade de vida em simultâneo com a ampliação da expectativa de vida. Efectivamente, como afirma Sequeira (2007), a 'velhice' constitui um dos principais temas da sociedade portuguesa de interesse recente no domínio das políticas sociais. Fayos (2005) constata que se assiste nos nossos dias ao envelhecimento progressivo da sociedade. Verifica-se o aumento do número de pessoas idosas com idade superior a oitenta anos, a que podemos designar por envelhecimento do envelhecimento.

O idoso tende, com o avançar dos anos, a viver uma vida mais restrita e cada vez mais ligada à sua família (Martins, 2006). A família é a célula fundamental e o lugar privilegiado de trocas inter-geracionais. É aí que as gerações se encontram, se inter-ajudam e se completam de forma mais intensa. Na ideologia dominante tradicional, compete à família a responsabilidade de prover o sustento dos ascendentes. Nem todos pensam assim hoje. Um estudo da European Commission (1997) indica que 75,4%, dos idosos vivem nos seus domicílios e são cuidados por familiares. Desses, a maioria são cuidados pela esposa/marido, 17% pelos filhos; 5% por irmão/irmã; 4,4 por outros parentes; e 2,8% por outros. A família é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice. No entanto, entre nós, é importante a acção das instituições como, por exemplo, os Centros Sociais Paroquiais no amparo e gestão da velhice. Há outros motivos, como os problemas de saúde, a perda de autonomia, a falta de recursos económicos e habitacionais, mas o isolamento pesa na decisão da institucionalização. O isolamento é o principal factor determinante para o internamento do idoso.

2. A Qualidade de Vida do Idoso

As pessoas, buscando continuamente uma vida saudável e o seu bem-estar, preocupam-se com a habitação, a saúde, o lazer, o transporte, a educação, a liberdade, o trabalho, a auto-estima. Em suma: procuram ter Qualidade de Vida[26] que é uma preocupação cada vez mais presente nas sociedades modernas.

A Qualidade de Vida foi entendida, em tempos, como indicador de riqueza possuída, produzida e distribuída, como capacidade funcional, como satisfação. O conceito de Qualidade de Vida, engloba também os aspectos materiais relacionados com as necessidades básicas (habitação, água, saúde) e, mais recentemente, preocupa-se com as questões ligadas ao ambiente, ao património cultural, ao bem-estar. No entanto, o conceito de qualidade de vida muda de pessoa para pessoa, de estrato social para estrato social, de sociedade para sociedade. Fernández-Ballesteros (1996) refere que a qualidade de vida se converteu, nos últimos anos, num dos conceitos mais utilizados tanto por planificadores sociais como pelos profissionais das ciências ambientais, sociais e da saúde.

Os meios de comunicação, os políticos, os profissionais, têm como objectivo prioritário incrementar a "qualidade de vida" do cidadão nos diferentes contextos (saúde, serviços sociais). A Organização Mundial de Saúde define o conceito de saúde como o de bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo. Não se trata de viver mais, mas melhor.[27] O conceito de qualidade de vida advém da percepção do indivíduo

[26] Qualidade de vida: Conjunto de condições objectivas e subjectivas que contribuem para o bem-estar físico e espiritual dos indivíduos em sociedade. Estão neste caso, os aspectos materiais ou físicos da vida, tais como a habitação, alimentação e a saúde, os aspectos culturais, tais como a educação, a própria cultura nas formas mais variadas e o lazer, os aspectos espirituais e políticos, como a a liberdade, segurança, cidadania (Pité, J. (2004). *Dicionário Breve de Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença).

[27] OMS (1946) define saúde como "o estado de completo bem-estar físico, social e mental e não somente a ausência de doença ou enfermidade".

da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. A medicina, as ciências ambientais, a educação, a psicologia, a acção social, têm feito aproximações ao conceito de qualidade de vida que é objecto de estudo em várias ciências.

No campo da saúde, têm-se feito numerosos estudos dando ênfase aos pacientes com doenças crónicas e o efeito que produzem no seu bem - estar físico, mental e social (Spar, 1997; Curran et al, 2005; Menezes, 2010). É nesta área da saúde onde a objectivação do conceito de qualidade de vida mais avançou com a criação de métodos de avaliação, seriação e monitorização, tendo por base escalas construídas em função de determinados itens tidos por indicadores dessa qualidade de vida. Também a psicologia desenvolveu variadas escalas de avaliação do grau de qualidade de vida, tais como Índice de Barthel[28] (para avaliar a dependência – independência na realização de actividades básicas da vida diária (ABVD), o Índice de Lawton[29] (escala de avaliação da dependência – independência na realização de actividades instrumentais da vida diária).

No âmbito do meio ambiente, muitas organizações não governamentais fazem campanhas despertando para o conceito de qualidade de vida em relação com o impacto que as agressões ao meio ambiente podem provocar nas vidas das pessoas. No campo da educação, começa a haver uma forte preocupação com as necessidades educativas especiais dos alunos centrando o enfoque sobre a melhoria da qualidade de vida. Nas

[28] Índice de Bartthel é a escala fundamental na avaliação da dependência-independência na realização das actividades básicas da vida diária (ABVD). Avalia 10 ítens, com valores de 0, 5, 10 ou 15 em função de como se realize a actividade da pessoa. Obtém-se uma classificação final que oscila entre 0 e 100, sendo a 100 a máxima pontuação e o estado de independência total, e 0 a situação de dependência total.

[29] Índice de Lawton é a escala de avaliação da dependência na realização de actividades instrumentais da vida diária. Também é conhecida como escala de Philadelphia. É mais útil que as escalas que avaliam as actividades básicas da vida diária para detectar os estados iniciais deterioração, já que são as actividades instrumentais as que mais complexidade precisam para a sua realização e, portanto, as primeiras nas que se perde a independência. O índice avalia 8 ítens ou actividades instrumentais da vida diária (AIVD): utilizar o telefone, realizar compras, preparar comidas, fazer tarefas em casa, lavar a roupa, utilizar meios de transporte, tomar a medicação, usar o dinheiro. Todas se pontuam com 1 e 0, sendo a pontuação máxima 8 e o maior grau de independência e 0 a dependência absoluta para a realização de AIVD.

escolas, aprofunda-se o conceito de qualidade de ensino e busca-se a sua eficácia de modo que alunos aprendam o que realmente devem aprender (Val, 2000).

A psicologia, aportando muitos estudos sobre a desinstitucionalização do doente psiquiátrico, pesquisa a qualidade de vida dos pacientes crónicos, e estuda o funcionamento dos serviços de apoio social. O conceito de qualidade de vida aparece, assim, como uma reacção aos critérios economicistas. O sujeito pode e deve ter a sua qualidade de vida: casa, educação, saúde, cultura, relações sociais, acesso aos bens culturais, à saúde física e psíquica, enfim, à saúde física, mental e social.

A crise da sociedade, sustentada pela deterioração das condições da vida urbana, fez surgir um interesse crescente sobre o bem-estar humano. De facto, estuda-se a qualidade de vida nos bairros urbanos marginais, e qualidade de vida em ambiente de marginalização urbana (Santos, 2002). É importante dizer que a qualidade de vida está associada à percepção de bem-estar do indivíduo a nível físico, psíquico e social. Fazem-se, hoje, muitos estudos sobre o envelhecimento e sobre a qualidade de vida dos idosos. Em síntese, a melhoria da qualidade de vida é uma meta ambicionada pelas distintas áreas científicas que estudam a qualidade de vida na dimensão social, educativa, económica, habitacional, pessoal, vida diária, sanitária, sócio - sanitária.

Sendo a velhice um período da vida cada vez mais dilatado, em que nem todos os reformados são iguais, pois existem realidades muito distintas conforme a situação pessoal, biológica, psicológica, familiar, social, económica de cada pessoa, de forma que a qualidade de vida deve ser pensada e definida na velhice?

As pessoas idosas experimentam, ao longo da vida, uma série de perdas ou diminuições pelo que a sua qualidade de vida se vê afectada negativamente. Na velhice, há, geralmente, duas etapas: a da autonomia e a da dependência. Uma e outra etapa devem ser vividas com qualidade. Isto é válido também para os que estão internados num Lar, pois devem ter a melhor qualidade de vida possível, tanto na autonomia como na dependência.

Há valores que parecem integrar a qualidade de vida na velhice como sejam (Martinez, 2006): a saúde, as habilidades funcionais (ser autónomo), as condições económicas, as condições sociais (com família e amigos), a actividade (manter-se activo), os serviços sociais, a qualidade da própria residência e do contexto imediato (boa habitação e qualidade de ambiente), oportunidades culturais e de aprendizagem (ter oportunidade de ver e aprender coisas novas). A saúde, a longevidade e a qualidade de vida dependem das características biológicas, do estilo de vida, do contexto ambiental onde se vive, do sistema sanitário e das expectativas. De todas, a mais importante é o estilo de vida; a seguir, o contexto ambiental (Arrazola, 2001). O importante não é viver mais anos, mas viver uma vida que mereça a pena ser vivida, com capacidade para fazer as coisas que se quer realizar. Acrescentar vida aos anos não significa outra coisa senão ajudar as pessoas a desfrutar da sua vida e obter satisfação dela, isto é, melhorar a qualidade de vida na velhice (Arrazola, 2001). Não se devem ignorar também os *valores pessoais* quando se coloca a questão: o que é mais importante na vida? Na realidade, a qualidade de vida depende dos valores, das crenças, normas, condutas e atitudes; da espiritualidade e religiosidade.

Além disso, é preciso atender à integração do idoso. A qualidade de vida do idoso depende da sua integração, isto é, sentir-se bem consigo mesmo (não ter sentimento de culpabilidade, preocupações, temores); sentir-se bem com as outras pessoas; sentir-se com capacidade para fazer frente à exigência da vida. Os estudos (Bauman, 2002; Limón Mendizibal, 2000; Serrano 2004; Yuste et al, 2004) sobre a qualidade de vida do idoso induzem a explorar e a criar respostas inovadoras coerentes com as novas necessidades e problemáticas sociais. A investigação, nestes domínios, não pode ser isolada, mas em rede. O mesmo acontece com o Serviço Social. A realidade social das pessoas exige apoios que permitam a sua integração, a pertença e a competência. A rede permite materializar e gerar comunidade, mas uma comunidade real. Além disso, é necessário ter em conta que o trabalho social interessa à comunidade pois não começa nem acaba em si mesmo e só tem sentido se facilitador e capacitador das colectividades. Em suma, urgem as redes sociais: família, amizades, relações comunitárias, relações de trabalho e de estudo.

A família, o grupo primário de socialização, contribui para o sentimento de pertença e os nossos idosos são o símbolo da herança familiar (Alberdi, 1999). A família é a melhor instituição conhecida para proporcionar aos seus membros uma permanente disponibilidade para o afecto, apoio, intimidade, companheirismo, aceitação, respeito. Os avós são figuras fundamentais nas redes familiares porque desempenham actualmente papéis importantes no seio da família (Attias e Segalen 1998). Os idosos são apoio para as suas famílias. É comum ouvir-se dizer: *Graças aos avós, podemos trabalhar os dois. Quando os avós cuidam dos nossos filhos estamos muito mais tranquilos no trabalho. Se os avós cuidarem dos filhos podemos ir para férias uns dias…*

A espécie humana tem uma inclinação especial para a criação e manutenção dos vínculos sociais. Já Aristóteles afirmava que o homem é um ser social. Não existe organismo algum de nenhuma espécie cuja natureza ou constituição seja tal que possa permitir existir ou manter-se em completo isolamento de todos os demais organismos vivos (Musitu Ochoa et all, 2006). Todos os organismos vivos estão ligados no seu meio ou situação social geral, num complexo de interacções sociais do qual depende sua existência continuada (Herbert Mead, 1934). Os vínculos e relações sociais promovem a saúde e protegem os seres humanos da doença e, em certas circunstâncias, da morte. As relações e actividades sociais são consideradas positivas para a saúde e bem-estar dos seres humanos porque, através delas, se podem implicar em condutas de saúde preventivas e terapêuticas.

Em muitos casos, o recurso ao apoio social é necessário para dar alguma qualidade à vida de muitas pessoas. O apoio social pode exercer diferentes funções: apoio emocional, informacional ou estratégico, apoio material ou instrumental.

O apoio social é o resultado da interacção de quatro conjuntos de varáveis que operam em diversos níveis: intrapessoal, interpessoal, situacional, macrossocial (Garcia, E. Herrero, J. e Musitu. G. (2002).

a) Intrapessoal (modelos internos de representação de si próprio e dos outros);
b) Interpessoal (características das redes em que têm lugar a conduta de apoio e os processos de afrontamento);

c) Situacional (sucessos ou situações a que os participantes respondem nas relações sociais);
d) Macrossocial (posição na estrutura social e pertença a um determinado grupo social).

O apoio social pode exercer diferentes funções: apoio emocional, informacional ou estratégico, apoio material ou instrumental. São várias as fontes de apoio social a que podemos recorrer para acudir às pessoas necessitadas (Navarro, 2004, p. 51):

1. A rede natural de relações íntimas, de confiança, de vizinhança (família, amigos, vizinhos);
2. As organizações de ajuda informal ou organizações cívico-solidárias de apoio informal (organizações voluntárias e grupos cívicos e solidários);
3. Os serviços de ajuda formal ou instituições sociais de apoio formal - serviços e organizações profissionalizadas de ajuda - (nas equipas em que nos situamos como profissionais).

Deste modo, o sistema de apoio social atende à rede natural, isto é, às relações íntimas e de confiança entre familiares e vizinhos. Além disso, são importantes as organizações cívicas – solidárias de apoio informal e, naturalmente, as instituições existentes de apoio formal. O apoio social eficaz exige estratégias de linhas de colaboração que permitam o reforço do apoio das redes naturais; o reforço do voluntariado; a criação de redes de ajuda mútua; o estabelecimento no meio de laços entre os líderes informais para melhorar os serviços e identificar os recursos.

A qualidade do envelhecimento das pessoas de um país depende em grande parte da maneira como as políticas sociais e orçamentos económicos são organizados. As políticas sociais devem permitir que todos envelheçam de forma saudável. Para isso, há que promover não só a educação para o bom envelhecimento em todos os grupos etários, mas, sobretudo, criar estruturas de apoio à prevenção secundária do mau envelhecimento, com particular atenção na área da saúde (Saldanha, 2009).

Cano (2006) refere que a acção social[30] deve dirigir-se prioritariamente às pessoas idosas que carecem de família; a intervenção da acção social deve ajudar a enfrentar as perdas dos idosos (morte de familiares, solidão); deve fortalecer a capacidade de a família proporcionar apoio à pessoa idosa; deve fortalecer as redes de amizade dos vizinhos, do apoio da comunidade; deve fortalecer as redes existentes e coordenar as ajudas formais e informais procurando evitar a sua fragmentação; a intervenção da acção social procura também o apoio dos centros de dia, dos centros residenciais, do apoio domiciliário, dos cuidados paliativos. As dificuldades da pessoa que envelhece e que perde progressivamente a sua capacidade funcional levam ao recurso institucional a Lares ou Centros de Dia. Os idosos institucionalizados devem ser ajudados a superar as dificuldades e a sentir satisfação com a vida. O apoio social tem um efeito directo sobre o bem–estar, fomentando a saúde. Quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico experimentado (Martins, 2005).

Para que a vida dos idosos possa ser de qualidade é necessário começar a pensar na aposentação, logo que se inicie o primeiro emprego (Saldanha, 2009). A aposentação é uma nova porta que se abre para a realização pessoal. Os 65 anos da actualidade não têm nada a ver com os de há décadas. Hoje entende-se que fazem parte do conceito de qualidade de vida do idoso vários elementos (Ruiz y Baca, 1993; Martinez, Sílvia, 2002): manter as habilidades funcionais do cidadão; atender que a vida é ontologicamente multidimensional e a sua qualidade terá de sê-lo também e terão de ser considerados os factores pessoais (a saúde, a autonomia, a satisfação), assim como os factores sócio ambientais (redes de apoio, os serviços sociais); ter em consideração que o gozo de experiências de lazer é também um factor de qualidade de vida e que o direito ao *ócio* é cada vez mais uma realidade, sendo preciso ter a arte de viver o tempo de aposentação sabendo viver o ócio e o tempo livre.

[30]O termo "acção social" foi introduzido por Max Weber, em sua obra Ensaios de Sociologia - Obra transcrita de seu discurso num congresso na Universidade de Heidelberg. É um termo mais abrangente que o fenómeno social de Florian Znaniecki, posto que o indivíduo performando acções sociais não é passivo, mas (potencialmente) activo e reactivo.

Alguns autores (Paúl, Fonseca, Martin e Amado, 2005) referem-se ao *envelhecimento bem sucedido.* Entendem que o envelhecimento pode ser compreendido pelo modelo de optimização e compensação perante as perdas provocadas pelo declínio de recursos biológicos e cognitivos. Na velhice, é possível manterem-se actividades de vida diária e certa satisfação de vida. O declínio do idoso pode ser minimizado se os contextos sociais e culturais compensarem a perda dos recursos biológicos (Gonçalves, 2006).

Podem surgir vários riscos depois da aposentação e é possível aduzir as respectivas receitas (Serrano, 2006):

a) Imobilismo físico (parado, passivo, inactivo, sentado). Para o imobilismo há uma receita: a actividade.
b) Imobilismo mental (desinteresse, melancolia, desmotivação). A receita para o imobilismo mental é a informação e formação permanentes.
c) Imobilismo afectivo (solidão, deficit relacional, perda de grupos de amigos, depressões). A convivência, a integração em grupos, o associativismo, apresentam-se como receita contra o imobilismo afectivo.
d) Imobilismo social (desvinculação, isolamento, automarginalização). O remédio para o imobilismo social é a participação, o compromisso social.

Quando uma pessoa não pode efectuar sem ajuda as principais actividades de vida, por ser idosa ou por outros motivos de ordem física, psicológica ou social, torna-se dependente (Santos, 2002). A maioria dos idosos vai perdendo a capacidade de se recuperar das doenças e tende, na maioria dos casos, a ir perdendo a sua autonomia. A pessoa vai perdendo a capacidade de fazer as necessidades básicas (Gonzalez et al, 2004): respiração, alimentação, eliminação, mobilidade e postura, repouso e sono, higiene e estado da pele, vestir-se e despir-se, temperatura, segurança, comunicação e relação, crenças e valores, aprendizagem, auto-realização, lazer.

3. Envelhecimento activo e saudável

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) definiu o envelhecimento activo como um objectivo para os próximos anos, definindo-o como o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Procura fazer do envelhecimento uma experiência positiva. De facto, nos últimos anos, elaborou-se uma concepção positiva do envelhecimento e da velhice.

O envelhecimento activo visa ampliar a esperança de vida saudável e dar a qualidade de vida a todas as pessoas que envelhecem, mesmo as que necessitam de assistência. Com a actividade, tenta-se manter a autonomia e independência à medida que se envelhece. Assim o conceito de envelhecimento activo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e exige um compromisso social em defesa da independência, participação, dignidade, assistência e realização pessoal dos idosos (Fuente, 2009, p. 126). A OMS (2002) definiu a assistência de larga duração como o sistema de actividades desenvolvidas por cuidadores informais (família, amigos, vizinhos) ou por profissionais (serviços de saúde e serviços sociais) para garantir que uma pessoa que não se pode valer a si própria possa levar uma vida com maior qualidade possível (Fuente, 2009).

Em conclusão, envelhecimento activo pode ser considerado como o produto do processo de adaptação que ocorre ao longo da vida através do qual se obtém um óptimo desenvolvimento físico, psicológico e social do indivíduo. Portanto, a promoção do envelhecimento activo implica a optimização de todas essas condições através de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socioambientais. A promoção do envelhecimento activo supõe prevenir a doença e a incapacidade e melhorar o bem-estar e a qualidade na velhice (Fernández-Ballesteros, 2009). A velhice, a longevidade, não deve ser contemplada como um problema, mas como uma oportunidade e um desafio para todos: para o indivíduo, que envelhece, para a sua família e para a sociedade (Lehr, 2009).

Em muitos países, têm-se desenvolvido vários programas de promoção de envelhecimento activo **(**Fernández – Ballkesteros, 2009, p. 219 -223): Por exemplo, o *Califórnia Active Aging Project* tem como objectivos: educar, capacitar e animar os californianos com mais de 50 anos, a levar uma vida mais sã fomentando a actividade física e criar condições sociais e físicas que favoreçam o envelhecimento activo (por exemplo Hooker, 2002). Tem como princípio fundamental o modelo social ecológico que move as comunidades da Califórnia a difundirem e a fazerem as melhores práticas baseadas em dados empíricos para envelhecer bem.

Outro exemplo a *Active For Live (AFL)* tem como objectivo estender programas de actividade física, com base científica, a um grande número de pessoas (maduras) e idosos e manter os programas por meio de instituições existentes na comunidade formando o seu pessoal. Tem como base teórica guias para a actividade física das Associações Americanas de Medicina Desportiva e do Coração.

Também *a União Europeia* apresenta uma política geral como resposta ao envelhecimento da população na Europa: ajustar o mercado de trabalho ao repto do envelhecimento, flexibilizando e adiando a reforma, suprimindo a aposentação obrigatória como foi feito noutros países (Estados Unidos, Canadá, Áustria). Há duas metas a alcançar em 2010: a) aumentar a taxa de emprego dos trabalhadores idosos em 50 por cento (objectivo de Estocolmo); b) Aumentar a idade de saída efectiva do mercado de trabalho (objectivo de Barcelona). Finalmente, entre outros exemplos, o *Conselho Internacional sobre o Envelhecimento Activo (International Council on Active Aging, ICAA*) propõe associações de jubilados, centros de idosos, clubes que se unem no mesmo objectivo de que as suas mensagens, serviços, programas e guias sobre envelhecer activamente cheguem a todos os idosos. O ICAA apoia os profissionais e organizações que oferecem formação, informação, recursos e instrumentos de promoção do envelhecimento activo de modo que possam obter óptimos resultados.

Em Portugal, também começam a multiplicar-se programas que têm em vista a qualidade de vida dos idosos. A propósito do Dia Internacional do Idoso e do tema lançado pela ONU para 2008, a Direcção Geral de Saúde associa-se a este espírito e subscreve as necessidades e prioridades sublinhadas pela ONU. Com efeito, o Plano

Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) fundamenta-se nos princípios postulados pela ONU: independência, participação, auto-realização e dignidade do idoso. Salvaguarda ainda que a faixa etária em questão é ampla e heterogénea, devendo ser respeitada diversidade individual. Para Portugal, mediante o PNSPI, se assumem como prioridades de intervenção: a promoção de um envelhecimento activo; a adequação de cuidados de saúde às necessidades próprias do idoso; o desenvolvimento de ambientes favoráveis à autonimia e independência das pessoas idosas.

Alguns autores assinalam vários objectivos da educação para o lazer (cf. Sílvia Martinez, 2002): aquisição de um reportório amplo e variado, capaz de satisfazer as necessidades de lazer em diferentes momentos; descoberta e capacidade de utilizar os diferentes recursos para o tempo de lazer que a comunidade põe à disposição da pessoa; integração em novas redes sociais e de amizade; desenvolvimento da criatividade; favorecimento da autonomia pessoal, em relação ao descanso e à participação; promoção da aprendizagem auto-dirigida como recurso permanente para a mudança e a solução de conflitos; desenvolvimento de atitudes positivas para o tempo de descanso; descoberta de novas razões ou motivações para o gozo do mesmo.

Assim, a animação de idosos (Martinez, 2002) deve criar condições para que os sujeitos resolvam por si mesmos os problemas comuns; fomentar a relação de grupos de encontros interpessoais e inter-geracionais visando a instauração da comunicação e o diálogo; promover a criatividade, a iniciativa, impulsionando a responsabilidade individual e colectiva; propiciar a participação individual e grupal no bairro ou na povoação através da incorporação nas actividades religiosas, políticas, culturais, festivas, associativas; deve promover a convivência, a comunicação, a relação inter-geracional através de encontros sociais, grupos de trabalho, de apoio, e do exercício de tarefas associativas.

A animação sociocultural, para melhorar a qualidade de vida, é um processo que exige: tempo; recursos; espaço concreto; orienta-se para os grupos e não para indivíduos isolados; insere-se na base cultural dos grupos; dirige-se para o fomento da autonomia pessoal. A terapia ocupacional consiste basicamente num tratamento reabilitador físico, psíquico e social através da ocupação ou actividade significativa, com o objectivo de

melhorar a qualidade de vida da pessoa, favorecendo a sua autonomia nas actividades da vida diária (Hernandez, 2007; Fernandes, 2006). O objectivo fundamental da terapia ocupacional no trabalho com pessoas idosas consiste em conseguir a máxima independência possível do idoso para a realização das suas actividades quotidianas, o desempenho das suas tarefas, assim como a maior satisfação e motivação pessoal, e uma maior qualidade de vida. Além disso, a terapia ocupacional visa (Espada, 2006): prevenir a deterioração nas áreas física, cognitiva, social e psíquica; melhorar funções susceptíveis de recuperação; ensinar compensações, adaptações nos utensílios de uso quotidiano e modificações no meio ambiente do idoso; aumentar a auto-estima, a confiança e a motivação do idoso; integrar o idoso na vida quotidiana do centro gerontológico, da família e da sociedade.

Nos centros geriátricos encontramos idosos com perfis variados. Há pessoas independentes, muitas delas a viverem sós, e procuram espaço onde fomentar relações sociais e buscar actividades recreativas, prevenir certas deteriorações e controlar certas doenças crónicas (diabetes, hipertensão). Há pessoas idosas com certo grau de dependência transitória que procuram o centro para solucionar um problema concreto (familiar ou uma depressão). Pessoas idosas com patologias que comprometem a sua autonomia e provocam um desgaste na convivência familiar (demências, Parkinson, patologias vasculares, cardíacas, etc…). Casais em que um ou os dois membros estão afectados pela doença. Em todos estes casos, a terapia ocupacional pode intervir nuns casos como prevenção (idosos independentes), noutros como reabilitação de funções susceptíveis de recuperação e noutros, manutenção das capacidades residuais (demências) (cf. Espada, 2006).

Os terapeutas ocupacionais ajudam e procuram escutar os idosos em tarefas ocupacionais. De facto, saber falar e saber ouvir o idoso são uma grande ajuda para o idoso. A compreensão, a empatia e a preocupação são importantes para estabelecer uma boa relação terapêutica com o idoso. A terapia ocupacional deve respeitar os valores, as crenças, os estilos de vida do idoso (Mora, 2002). O desenvolvimento da espiritualidade não tem idade e, na velhice, pode haver um aumento da religiosidade o que pode trazer conforto e fazer com que as pessoas se identifiquem umas com as outras (Néri et al, 2000). No estabelecimento de uma relação terapêutica, é preciso atender ao contexto

cultural do paciente. A cultura determina, em grande parte, o motivo de mais ou menos sofrimento das pessoas, a atitude perante as diferentes situações, e o fundamento para que o tratamento siga numa direcção ou noutra. Além disso, deve-se ter sempre em conta as limitações do idoso: limitações auditivas, visuais, e uma grande variedade de doenças crónicas que fazem com que, por vezes, as metas não são curar mas ajudar o idoso a ser o mais independente possível na sua actuação quotidiana, enfim, a ter alguma qualidade de vida. Qualquer terapia ocupacional é feita depois de uma avaliação inicial correcta do idoso. Isto exige uma primordial coordenação com o médico, trabalhadores sociais, enfermeiro, psicólogo. A família deve ser informada. É necessário sobretudo conversar com a pessoa, ouvi-la. Na relação terapêutica, o idoso deve ser tratado com dignidade e com respeito. Por isso, o terapeuta respeita a identidade pessoal, chama-o sempre pelo nome; atende às mudanças físicas, psicológicas, sociais, pessoais; não actua de forma autoritária, de forma rígida, mas de forma flexível; tem empatia com o idoso; escuta o idoso (Espada, 2006).

Com o prolongamento da vida dos idosos diminui a capacidade funcional dos vários aparelhos e sistemas, aumenta a prevalência das doenças crónicas e é maior a incidência das patologias agudas. É inevitável a elaboração de planos que minimizem esta tendência e façam que seja melhorada a quantidade e a qualidade de vida (Veríssimo, 2006, p. 83). Muitos passatempos, como foi dito, têm uma componente cognitiva. É uma forma de estimular as suas funções mentais. Noutros casos, os passatempos estimulam as funções físicas.

O lazer, que é uma necessidade e um direito, permite uma utilização do tempo livre e produz bem-estar, ainda que a qualidade de vida não deixe de ser algo subjectivo que depende de cada pessoa. O lazer dá benefícios à pessoa idosa. Psicologicamente dá um sentimento de liberdade, diversão, pertença e mudança; socialmente propicia relações gratificantes com outras pessoas; fisiologicamente tem propriedades que melhoram a forma física, a saúde, o controlo do peso, o bem-estar; descansa do cansaço, reduz o stress, relaxa.[31]

[31] As actividades de lazer exigem espaços adequados, assunto que trataremos em campo próprio. Uma instituição para idosos precisa de espaços interiores adequados tais como: salas equipadas com TV;

Com o avançar da idade, diminui a actividade física dos idosos. Isto contribui para a quebra da sua capacidade funcional. A actividade física regular é benéfica para o idoso e é um dos principais factores que podem melhorar a qualidade de vida e reduzir consideravelmente a perda da sua autonomia (Nunes, 1999). Os idosos têm capacidade de melhorar a sua *"performance"* física com os respectivos benefícios para a saúde com um treino adequado (Barata, 2003). O citado autor aconselha a desenvolver as capacidades que mais se associam aos ganhos em saúde. Por isso, devem ser privilegiadas as actividades que se associam à capacidade de executar os gestos necessários ao auto - cuidado. Na verdade, a concretização destas actividades conduz ao bem-estar do idoso, tanto a nível orgânico e psicológico como ao nível social, uma vez que contribuem para uma integração social.

Há programas de lazer, de convívio; de ocupação de tempos livres através de actualização de conhecimentos, de promoção da sociabilidade (Monteiro et al, 2008). O jogo proporciona benefícios para a saúde física e mental dos idosos. O facto do idoso se manter ocupado com actividades gratificantes, ajuda a diminuir sentimentos de solidão, melhora o humor e motivação, expande a satisfação dos níveis de vida, melhora a comunicação das competências, potencia a percepção sensorial, exercita as competências cognitivas, aumenta os níveis de auto-estima e melhora a manutenção de hábitos saudáveis (Lamas, 2009, p. 9). É importante proporcionar à população idosa um ambiente aconchegante e agradável, criando eventos e fornecendo entretenimento e lazer, para que se possam sentir úteis e possam usar as suas capacidades manuais e intelectuais, assim como proporcionar momentos em que o idoso tenha oportunidade de criar e sonhar (Lamas, 2009). As organizações de viagens, de programas de termalismo, de programas culturais (Universidade Sénior) são também elementos que contribuem para a relação e integração das pessoas (Monteiro et al, 2008). Além do turismo sénior e da universidade da terceira idade apontam-se outras actividades. Muitos autores (cf.

internet; salas de jogos; salas de actividades; salas de jogos (cartas, damas, dominó); salas de fisioterapia; de projecção de vídeos; salas de estar com os outros. Além disso, são necessários espaços exteriores: jardim, horta, campo com árvores de fruto e animais (patos, galinhas); bancos de jardim…

Belmonte e Cano 2006; Serrano, 2006) sugerem a criação de grupos (comissões) de colaboração, para melhorar o ambiente de convivência e que permitam empregar o tempo livre em actividades solidárias ou enriquecedoras para a colectividade e para os indivíduos. Apontam também a criação de grupos ou comissões de apoio a convalescentes; de acolhimento; de visitas; de ligação com a localidade; de espiritualidade; de ajuda; para as actividades de ócio; de biblioteca; da imprensa diária. Eliazasu (2002, pp. 120-154) apresenta sugestões para a estruturação da animação numa instituição: grupos de conversação; terapia através da arte; organização de visitas ao exterior; satisfazer as necessidades gustativas; actividades com audiovisuais; luta contra o isolamento promovendo festas de animação e de convívio (celebrações de aniversários); festas anuais; animação através da comunicação; satisfação da necessidade de divertir-se promovendo a animação lúdica; jogos; actividades religiosas; exercícios para manter a saúde e que dêem confiança às possibilidades da pessoa; actividades de animação cultural; leitura de livros e jornais; de contos; ter à disposição cadernos de lembranças; Internet.

As actividades de lazer facilitam a comunicação, possibilitam manter e desenvolver habilidades comunicativas e conversacionais, e ajudam a manter e desenvolver habilidades linguísticas. É um trabalho, tanto quanto possível personalizado, que atende às necessidades comunicativas dos indivíduos, bem como à sua situação actual e à sua história de vida. As actividades de comunicação e de conversação realizam-se formando grupos de conversação e de discussão de variados temas, provocando a narração oral de sucessos ou histórias da vida pessoal passada dos idosos. Estas actividades permitem uma melhor fluidez verbal através de qualquer actividade cognitiva, social ou pessoal (Serrano, 2004).

Para os idosos independentes aconselham-se exercícios físicos, trabalhos de jardinagem, bricolages, viagens, participação em festas sociais, actividades desportivas, procurando desfrutar de qualidade de vida. Os idosos independentes devem viver o seu dia-a-dia fazendo as suas coisas: comer, andar, vestir-se, calçar-se, pentear-se, ir à casa de banho, deitar-se, levantar-se, andar a pé, subir as escadas, ir às compras, cuidar da casa, lavar a roupa, usar os meios de transporte (Gonzalez et al, 2004). Muitos passatempos têm uma componente cognitiva e podem estimular as funções físicas e

mentais. Por exemplo, fazer croché implica mobilidade dos membros superiores, coordenação, atenção, orientação espacial (acima, abaixo, dentro, fora).

O lazer pode ser desfrutado em várias dimensões (Gonzalez, 2004): *Lúdica*: proporciona descanso e diversão, evasão da realidade, enriquece e distrai a pessoa (exemplo: o jogo); *Ambiental e ecológica:* desenvolve as acções e sensações de encontro com a natureza; *Criativa:* aprender alguma coisa e formar-se, provocando um desenvolvimento pessoal (exemplo: cultural, estético); *Festiva:* alegre, no quotidiano; *Solidário:* a face altruísta e social do lazer (comunicação e participação em grupos). Na hora de ócio, terá em conta: distribuir o tempo de lazer, desfrutar dos bens e serviços, atender às barreiras arquitectónicas, relação com a natureza. Cada pessoa deve seguir o seu ritmo e manter este tipo de actividades o maior tempo possível.

Há pessoas que são dependentes. Precisam, por isso, de ajudas técnicas e ajudas personalizadas de modo que não aumente a dependência da pessoa. As tarefas devem atender ao avanço da deterioração mental, biológica, psicológica do idoso. A intervenção pode realizar-se também no envelhecimento patológico, mesmo nos chamados casos de demências e afasias. Nas demências o objectivo pode ser atrasar o processo e manter, na medida do possível, as capacidades comunicativas. Recomenda-se a intervenção precoce, quando começam a surgir os primeiros sintomas. Além destas há outras recomendações (Triadó, et al, 2006): manter e desenvolver ao máximo as actividades da vida diária; participar em programas de estimulação cognitiva; manter e desenvolver as relações sociais; participar em programas treino em relações pessoais e sociais; participar em programas específicos de logopedia. O objectivo destas actividades é manter as capacidades comunicativas que permitam ao utente uma maior qualidade de vida e uma maior satisfação.

A nova tecnologia (NT) na comunicação e linguagem com pessoas idosas abre grandes possibilidades de sucesso (Charness, Parks, e Sabel, 2001). As novas tecnologias permitem a interactividade e retro alimentação, dão segurança aos utentes e permitem utilizar uma grande variedade de estímulos visuais e auditivos. As novas tecnologias, em casos de afasias e demências, desenvolvem sistemas alternativos de comunicação, criam sistemas compensatórios de atenção e de memória, e desenham

programas de logopedia (Czaja, Guerrier, Fiar e Landauer, 1993). No envelhecimento normal, o acesso à internet, por exemplo, ajuda a desenvolver novos laços sociais e abrir novas ferramentas de comunicação e pode permitir o acesso à cultura e à educação permanente bem como a implicação em actividades de cooperação social. O Plano de Acção da União Europeia "Envelhecer Bem na Sociedade da Informação" lançado em 2007, faz várias recomendações sobre o reforço do uso das TIC nos cuidados a prestar no Envelhecimento (Jensen, 2008).

As actividades de animação desenvolvidas numa instituição podem estimular a comunicação. É verdade que os trabalhadores sociais, quando dão banho aos utentes, comunicam com eles. Os utentes, quando estão na sala de refeições, comunicam com os outros. Mas nas actividades lúdicas podem estimular as capacidades da pessoa para comunicar com os outros. A comunicação com os idosos nas actividades de animação, bem como no seu dia-a-dia, exige paciência e algum tempo para o escutar em lugar apropriado.

A actividade física, de acordo com a OMS (2003), é importante para a saúde dos idosos pois promove e mantém a sua qualidade de vida, a autonomia e independência. Um dos factores determinantes dos efeitos deletérios do envelhecimento é a diminuição da actividade física (Alonso, 2007). A actividade física regular é uma componente importante na prevenção de doenças neuromusculares e neurodegenerativas que conduzem à dependência. Apontam-se três tipos de exercícios (Alonso, 2007, p.163):

1. Exercícios de flexibilidade, por exemplo estirar os músculos para melhorar a movimentação dos músculos e das articulações;
2. Exercícios aeróbicos, por exemplo, caminhar para aumentar a capacidade cardiovascular;
3. Exercícios anaeróbicos, por exemplo, pegar em pesos para aumentar a força, massa muscular e óssea.

Cooper (1979) promoveu um programa de exercícios aeróbicos e observou que as pessoas que participavam obtinham as seguintes vantagens:

1. Fortalecimento dos músculos implicados na respiração, o que facilita o fluxo do ar dentro e fora dos pulmões;

2. Fortalecimento dos músculos do coração, o que favorece a eficácia do bombeio e reduz o ritmo cardíaco;
3. Tonificação dos músculos, o que permite uma melhoria na circulação total e uma redução da tensão arterial;
4. Aumento dos leucócitos, o que facilita o transporte do oxigénio através do corpo.

É evidente que as pessoas que realizam estes exercícios devem submeter-se a uma consulta médica. Sugerem-se actividades tais como: caminhar, uso da bicicleta estática, pesos e exercícios aquáticos.

Kramer (1999), estudando o benefício da actividade física, concluiu que:

1. Ela é mais benéfica para as mulheres idosas do que para os homens e para os adultos;
2. Os idosos beneficiam mais do que os adultos mais novos;
3. Há uma relação entre as alterações vasculares e a degeneração neuronal;
4. Caminhar durante 30 minutos, de forma regular, seria o suficiente para reduzir o declive cognitivo.

O exercício produz benefícios sobre a função cerebral e aumenta a memória. Spirduso et al (2005) concluíram que participação sistemática em programas de actividade física melhora, mantém e previne o funcionamento físico, cognitivo e emocional. A OMS (1997) põe em relevo que o exercício físico regular traz benefícios físicos, psicológicos e sociais. A actividade física é um factor protector da saúde (física e mental), previne ou atrasa a incapacidade e melhora o funcionamento físico, psicológico (cognitivo e emotivo-motivacional) e social. O exercício físico é um factor protector frente à deterioração cognitiva e a demência, e prolonga a vida e o bem - estar na velhice (Fernández-Ballesteros, 2009).

Parece existir uma relação inversa entre a actividade física e a mortalidade.

Vários estudos sustentam esta hipótese[32]. Pode-se dizer que o envelhecimento e actividade física têm efeitos antagónicos, havendo argumentos para estimular a sua prática, quer nos mais jovens como de forma de atingir um envelhecimento saudável, quer nos mais idosos como forma de se manterem activos, independentemente e com qualidade de vida. Mesmo que não juntasse anos à vida, o que também parece acontecer, junta seguramente vida aos anos (Veríssimo, 2006).

As vantagens da prática de actividade física pelos idosos são as seguintes (Saldanha, 2009): manutenção do tónus muscular; conservação ou mesmo melhoria dos movimentos articulares; fácil controlo dos movimentos espontâneo, evitando os desequilíbrios e as quedas; atraso no aparecimento das alterações da imagem corporal características da idade avançada, isto é, predominância do tecido adiposo na metade superior do corpo; influência benéfica sobre o sono; aumento da sensação de bem - estar; melhoria da auto-estima.

Em síntese, a actividade física, minorando a perda de capacidade funcional, quer física, quer mental, pode contribuir para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia, e independência, representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso (Veríssimo, 2006, p. 86).

Também *a música* é uma cura para o corpo e para a mente, desde a antiguidade (Meinek, 1948). A *musicoterapia*, quando usada de forma controlada, estimula a audição, o organismo (pulso, tensão arterial, tónus muscular, respiração). A utilização da musicoterapia em grupos de idosos melhora a existência diária (Lia Fernandes, 2006). A utilização desta intervenção vai desde a simples audição de música (associando imaginação e relaxamento), ter música ambiental, ou participar/criar música (cantando, tocando instrumento, escrevendo letras). É uma actividade que permite a socialização, junta diferentes tipos de idosos, com diferentes graus de participação e de

[32] Harvard Alumni Study (1993), Longiditudinal Study Aging (1987); Alameda County Study (1991); Aerobbics Center Longiditudinal Study (1989): De acordo com estes estudos, a actividade física diminui a mortalidade, e, consequentemente, aumenta a longevidade dos idosos.

envolvimento (Moore, 1986). Esta intervenção pode funcionar como alternativa ou como complemento de intervenções físicas.

Uma das formas de trabalhar com as pessoas idosas é fazer animação sociocultural entrando no mundo das memórias, ou seja, da lembrança do esquecimento e da mitificação. O idoso sente-se feliz *"a posteriori"* a recordar pela memória o tempo passado (Lavado, 2007). O hoje e o ontem é para o idoso pior do que o passado mais longínquo: "*…Naquele tempo, a vida era difícil, mas a gente tinha mais alegria…Hoje, não há respeito…ninguém quer saber dos velhos"…Dantes a palavra de um homem era uma escritura, valia, agora*…" (Lavado, 2007, p. 1). Alguns autores, como Maurice Halbwachhs, James Fentress, Crhis Wicheam Marc Augé, Giddens, estudaram estes fenómenos. Halbwachs (1994) refere o espaço e o tempo como categorias do entendimento e simultaneamente como formas privilegiadas para estruturar as memórias. Fentress e Wickham (1994) falam de memória social. Para estes autores, a memória passa a ser social pela partilha de recordações com outros que, para eles, são relevantes no contexto de um grupo mais ou menos estruturado.

As memórias do passado são conservadas e transmitidas através das memórias-hábito, materializando-se nas práticas corporais e nas comemorações das festas das comunidades. Augé (2001) sustenta que o esquecimento é necessário à sociedade e ao indivíduo, pois é necessário esquecer o passado recente para se poder recuperar o passado antigo. O esquecimento traz-nos de volta o presente, mesmo conjugando-se em todos os tempos – no futuro para viver o começo, no presente para viver o instante, no passado para viver o retorno. Em todos os casos para não repetir. É preciso esquecer para continuar presente, esquecer para não morrer, esquecer para permanecer. (Augé, 2001, p. 105). As memórias na velhice parecem esquecer o acessório, ao não se lembrarem dos lugares dos objectos ou das refeições ingeridas apenas horas antes. No entanto, porque a memória é regressiva, os velhos recordam / (re)vivem os bons e os maus momentos do passado (Lavado, 2007). As recordações de infância assemelham-se a recordações imagens, presenças fenomáticas que assediam, por vezes levemente, por vezes com mais insistência, o comum da nossa existência. Paisagens ou rostos desaparecidos que por vezes fugidiamente reencontramos nos nossos sonhos. É raro, de

facto, que nos contentemos em deixar vir as imagens até nós sem tentar datá-las, situá-las, ligá-las – em resumo, fazer delas uma narrativa…o aborrecido com as recordações de infância é que depressa são remodeladas pelas narrativas de todos os que a tomam a cargo: parentes ou amigos que as integram na sua própria lenda (Augé, 2001, p. 103).

Em vários países da Europa (Espanha, Holanda, Reino Unido, Suécia, entre outros) estas orientações têm sido implementadas, com particular relevo de programas de natureza inter-geracional. Também em Portugal é defendida a importância destas iniciativas, sendo que as escolas têm um papel importante a este nível. Há investigadores nacionais que defendem até a necessidade de "educar para a velhice" desde as idades mais precoces (Meireles, 2008). Os idosos, interagindo com os mais novos, tornam-se veículo de transmissão de aprendizagem e de memórias de grupo. Os comportamentos das pessoas, em qualquer tempo e espaço, traduzem modelos culturais, condutas, comportamentos e esteriótipos da sociedade e cultura e subcultura a que pertencem.

Todas estas acções contribuem para a qualidade de vida das pessoas idosas. Mas, se é difícil definir, com exactidão, o que é a qualidade de vida, também não é fácil medir a qualidade de vida. Existem questionários fiáveis e validados que avaliam a qualidade de vida relacionada com a saúde tais como: *Nottingham Health Profile (BHP) e o Short Form – 36 (SF 36)* do estudo MOS *(Medical Outcomes Study).* O questionário breve de qualidade de vida (CUBRECAVI), elaborado e validado por Fernandez-Ballesteros e Maria Dolores Zamarrón, em 1994, foi, mais tarde, reduzido a dezoito ítens integrados em dez áreas: saúde (subjectiva, objectiva e psíquica); integração social; habilidades funcionais; actividade e ócio; qualidade ambiental; satisfação com a vida; educação; ingressos e serviços sociais e sanitários. Neste estudo, teremos em atenção este questionário breve de qualidade de vida de Fernandez Ballesteros. Existem também escalas de avaliação geriátrica; escalas para detecção de idosos de alto risco; de avaliação da capacidade funcional, de avaliação do estado mental; da deterioração funcional na demência; de avaliação afectiva; da função social (Salinero, 2009).

Capítulo III: O contexto sociocultural da Gerontologia

Introdução

A família é o principal suporte social das pessoas idosas. É na família que os idosos, geralmente, encontram apoio e segurança. As evidentes mudanças sociais provocaram que seja cada vez mais difícil à família fazer frente a situações prolongadas de prestação de cuidados aos membros da família que necessitam dos cuidados familiares. De facto, verifica-se uma crescente confluência de vários factores: o aumento da população idosa, o aumento da esperança de vida, a inserção da mulher, cada vez maior, no mercado laboral. O segmento da população idosa constitui um problema social, pois uma doença progressiva, degenerativa e crónica obriga a uma modificação na vida do enfermo e de sua família. O idoso, ao perder a autonomia e ao necessitar de ajuda diária ou quase diária, coloca à prova os vínculos familiares. As alterações demográficas, as mudanças legais, socioculturais e outras, têm modificado profundamente a instituição familiar. Os novos tipos de família debatem-se com a problemática da doença e do envelhecimento. As mudanças verificadas exigem nova legislação, novas políticas sociais e trazem novos desafios às instituições sociais. Ao falarmos do envelhecimento dos idosos, temos de falar, necessariamente, da família e das suas alterações, pois, a ideia generalizada entre a população, ideia real ou infundada, é que os idosos estão cada vez mais sós e isolados e que os familiares, muitas vezes, não podem ou não querem saber deles. É necessária, então, a acção dos trabalhadores sociais que com os relatórios e informações sociais podem encontrar caminhos de solução.

1- A Família em mudança

Toda a pessoa sente necessidade de referência e de sentido de pertença a uma família. A família dá segurança pois preenche uma série de necessidades básicas afectivas, económicas, psicológicas e sociais. É na família que criamos tempos de interacção familiar (Garcia, 2008). Levi-Strauss (1993) assinala que a família possui

raízes naturais e está presente em todas as sociedades. A família está formada por duas ou mais pessoas unidas pelo afecto, o matrimónio ou a filiação, que vivem juntas, colocam os seus recursos económicos e consomem conjuntamente uma série de bens da vida quotidiana (Alberdi, 1999).

A palavra família vem do latim *família,* conjunto de pessoas unidas por vínculos de parentesco, mais os agregados (famulus =criado, empregado), que constituíam a menor unidade social autárquica. Era a família tipo patriarcal, hoje substituída pelo casal e seus filhos (cf. Ávila, 1991). A palavra latina famulus=servente não descreve o que se entende geralmente por família.

> Hoje o termo família cobre os vários grupos de parentes, todas as pessoas a viver na mesma casa, todos os descendentes de um mesmo ancestral. Contudo, a extensão destes vários tipos de relacionamentos tem variado de lugar para lugar e de tempo para tempo (Zonabend, 1996, p. 8).

Uma das maiores dificuldades em estudar a história da família é originada pela diversidade de modelos:

> Não há uma história da família ocidental porque não há, e nunca houve, um único sistema de família. O Ocidente sempre esteve caracterizado pela diversidade das formas de família, pela diversidade das funções da família e pela diversidade nos relacionamentos familiares não apenas no tempo, mas em tempos precisos do tempo (Anderson, 1986, p. 14).

A família, que exerce uma poderosa influência sobre a pessoa, é objecto de debate. Numa perspectiva antropológica, a família é uma união durável de indivíduos, socialmente aprovada, no seio da qual se dá o nascimento dos filhos e sua educação. Neste sentido, reconhece-lhe uma ligação de parentesco genético que pressupõe uma interligação entre os seus membros (cf. Meyebach, 2003). A família tem um papel socializador e educativo. A família é um conjunto em interacção; é um sistema e, portanto, suas qualidades são algo mais do que uma soma das qualidades dos indivíduos que o formam; criada para cobrir necessidades e funções básicas que lhe são próprias; com uma história, evolução e códigos próprios que lhe outorgam uma singularidade

(Minuchin, 1984). Esta definição é enriquecida por outros autores que lhe introduzem aspectos emocionais. A família é transmissora de conhecimento e de valores. Tem um sentimento emocional de auto-estima e de resistência à frustração com o que se dá sentido de pertença e identificação entre os seus membros (Bowlby, 1990). A família é, pois, um conjunto de pessoas unidas pelo sentimento de pertença de parentesco, que se sentem unidas por laços de solidariedade, afecto e responsabilidade. É na família que exprimimos a nossa individualidade e criamos tempos de *interacção* familiar (Garcia, 2008). *Na família*, grupo primário, a socialização desenvolve-se como função psicológica, de inter-relação e como função básica de organização social. Bento XVI, no encerramento do VI Encontro Mundial de Famílias,[33] reafirmou a função social essencial que a família desempenha. A família, disse então o Papa, é *"o local chamado a viver e a cultivar o amor, o respeito e a justiça, a lealdade e a colaboração, o serviço e a disponibilidade para com os outros, especialmente os mais débeis"*. A família é *"a célula vital da sociedade"* e, muitas vezes, *"o último amparo das pessoas".*

A família é considerada como o *lugar privilegiado das trocas intergeracionais*. As relações familiares, no entanto, têm sido perturbadas pelo aumento de rupturas matrimoniais e de novas conjugalidades que vieram criar as condições para uma reestruturação das relações, mais aberta, e com maior peso de imprevisibilidade (Fernandes, 2001). Além disso, têm aumentado também os casos problemáticos de isolamento e de abandono que são um campo de intervenção dos agentes sociais (Fernandes, 2001). Na verdade, a velhice dependente é, cada vez mais, um desafio nos nossos dias.

A família como institucionalização social das relações de parentesco mais frequente e comum nas sociedades ocidentais foi assumida pelos antropólogos como uma das categorias básicas no estudo do parentesco. Surgiram muitas polémicas sobre se a família e, especialmente a família nuclear, era universal ou não. A polémica reabre-se desde as instâncias políticas, sociais e religiosas cada vez que os homossexuais, pais e mães separados, uniões de facto, exigem a igualdade jurídica das novas formas de

[33] BENTO XVI (2009). VI *Encontro Mundial de famílias realizado no México* de 16 a 18 de Janeiro de 2009.

convivência familiar com a que é considerada, por amplos sectores da população, como natural e universal, a família nuclear, baseada, por sua vez, no matrimónio monógamo e hétero-sexual.

Um dos primeiros a propor e defender a tese da universalidade da família, como família nuclear, foi Murdock. Na definição clássica de Murdock (1949) a família é o grupo social caracterizado por residência em comum, cooperação económica e reprodução. Esta definição tem sido sujeita a muitas críticas, principalmente nos últimos anos. Alguns autores, entre eles, Goody (1956), propuseram o conceito de grupo doméstico. Tendo em conta estas divergências teóricas, existe um certo consenso em utilizar e definir estes conceitos. Rivas (2007) distingue entre grupo doméstico, família e família nuclear definindo-os do seguinte modo:

1. *Grupo doméstico*: grupo de pessoas que convivem numa residência comum, formando uma unidade de cooperação económica e em cujo seio se educa, se cria os filhos que nascem de seus membros. Pode ser ou não uma associação de parentes.
2. *Família:* grupo de pessoas vinculadas pelo matrimónio e descendência com uma residência local comum, adscrito à procriação e cuidado dos filhos.
3. *Família nuclear:* grupo de parentes formado por um matrimónio monógamo e os filhos de pelo menos um dos cônjuges sobre os que ambos assumem papéis paterno e materno, estabelecidos todos em convivência numa residência comum e assumindo funções de cuidado e de socialização dos filhos.

Neste estudo, usamos o conceito de família porque, apesar das limitações e das novas formas de estruturas, não deixa de ser o que mais se utiliza na prática. O Instituto Nacional de Estatística define a família como o conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito e de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Os empregados domésticos residentes no alojamento são integrados na respectiva família (INE, Census 2001). Sendo a família (Aboim, 2003), enquanto agregado doméstico, o grupo elementar de solidariedade quotidiana que tem como base a co-residência dos indivíduos, geralmente

unidos por grau de parentesco, que partilham o mesmo tecto (critério locacional) e partilham dos recursos e de actividades (critério funcional).

A família constitui-se quando duas pessoas decidem viver em comum debaixo do mesmo tecto com o objectivo de manterem entre si um relacionamento sexual. A maior parte das pessoas constitui família através do casamento. O secretariado das Nações Unidas para o Ano Internacional da Família publicou como funções da família as seguintes[34]:

a) Estabelecimento de laços emocionais, sociais e económicos entre os esposos.
b) Procriação e relações sexuais entre os esposos.
c) Dar nome e "status" especialmente aos filhos.
d) Cuidados básicos dos filhos e, em muitas culturas, dos idosos e dos parentes com incapacidades.
e) Socialização e educação dos filhos e dos pais.
f) Protecção dos membros da família.
g) Atenção emocional e descanso dos membros da família.
h) Intercâmbio de bens e serviços.

A família, na perspectiva ocidental tradicional, é um grupo social caracterizado por ter origem num casamento; compreender filhos nascidos da mesma união; determinar regras de comportamento em todas as áreas das relações entre todos os seus membros (Pité, 2004). No entanto, os modelos de relação íntima interpessoal vão-se modificando na sociedade moderna (San Román, 2006):

1. *A família é agente básico de socialização.* Transmite a cultura social da comunidade. Mas a generalização da escola e os meios de comunicação têm diminuído a importância da família.
2. *A família constitui uma unidade económica*. O sentido do consumo familiar tende a transformar-se em consumos individuais na sociedade moderna.
3. *Dá o primeiro "status" e nome.* No entanto, conta cada vez mais a qualificação profissional, as capacidades pessoais.

[34] Ano Internacional da Família realizou-se no ano de 1994.

4. *Satisfaz necessidades afectivas.* Os membros da família encontram apoio psicológico, compreensão e segurança.
5. A família como recurso último de afectividade mantém modernamente a importância quase exclusiva ante a despersonalização de outras instituições (escola, trabalho).
6. *Legitima relações sexuais.* Historicamente as relações sexuais não estavam socialmente legitimadas. Na sociedade moderna há desconexão entre o sexual, o afectivo e a procriação.
7. *Proporcionar novos membros à sociedade*. Modernamente há debates sobre a fecundação artificial, sobre a descendência fora do matrimónio.
8. Dar domicílio. O lugar de referência era a o lar familiar. Na sociedade moderna vive-se num domicílio virtual (correio electrónico, por exemplo).
9. *A família relaciona-se com outras.* O aumento da mobilidade física e social tende a diminuir de importância esta função na sociedade moderna.
10. *A família* é um meio de fazer públicas as relações individuais.

A família desenvolve uma função mediadora entre o indivíduo e a sociedade que é uma função importante na sociedade tradicional e na sociedade moderna. A família continua a ser designada pelo mesmo nome mas, por dentro, os seus fundamentos alteraram-se (Giddens, 2000). A Sociologia, no seu estudo comparativo com as sociedades europeias, permite discutir abertamente acerca das maiores alterações que ocorreram, desde 1970, na Europa ocidental, na família, e também em parte da Europa Central e de Leste. Essas alterações levam à reflexão sobre a família e, em seguida, sobre a demografia, incluindo outros aspectos da imigração e da diversidade cultural (Crouch, 2008).

A família, de facto, tem mudado e isto tem acontecido ao longo dos tempos. Verificam-se, recentemente, várias alterações na família. Uriós (2006, pp. 68-73) cataloga-as em mudanças demográficas, mudanças legais, mudanças socioculturais e outras mudanças.

- *Mudanças demográficas*: originadas pela mobilidade geográfica, pela descida da natalidade e o aumento da esperança de vida, pela diminuição do número de casamentos ou o seu retardar;

- *Mudanças legais*: lei da separação e do divórcio; a lei do aborto; o novo direito privilegia a igualdade e a liberdade preconiza um novo universo matrimonial e familiar; a igualdade entre os filhos naturais e os legítimos; liberdade de escolha do regime matrimonial; mais facilidades em obter o divórcio.

- *Mudanças socioculturais*: a transformação do papel social da mulher; diminuição do tamanho da família; surgimento de novas formas de familiares e de convivência (uniões de facto, famílias monoparentais);

- O*utras mudanças*: mudanças nas funções familiares. Na Família da actualidade existem conflitos e a desorganização familiar é uma evidência.

Eis algumas razões apontadas por Uriós (2006, pp. 77-85); Ussell (1995, p. 198):

1. Dissolução da família por separação, nulidade, abandono ou divórcio: separação de facto; separação legal; anulação do matrimónio; abandono da família; divórcio;
2. O surgimento de famílias cujos membros vivem juntos sem se separarem, mas mantêm comunicação mínima, contacto ou interacção mútua, faltando o apoio emocional entre si;
3. São frequentes neste tipo de famílias a violência aberta, as disputas, não havendo sinais de comunicação e de afecto. Por convicções religiosas ou sociais ou pelos filhos o divórcio é excluído e a situação não transparece para o exterior;
4. São frequentes as ausências involuntárias por crises externas motivadas pela dissolução da família por morte de um dos cônjuges, situações de prisão, separação da família devido a guerras, catástrofes naturais ou depressão económica ou devido à emigração. Estas situações obrigam a reajustes da família e do cônjuge que continua a viver com os filhos;
5. São frequentes também as falhas funcionais involuntárias ocasionadas pelos efeitos de crises internas dentro da família, como sejam as patologias graves de tipo físico, mental ou emocional;
6. A violência doméstica continua a existir, há maus tratos à mulher e aos filhos, principalmente;
7. Além disso, há desorganização familiar pela orfandade originada com a morte de um dos pais.

As famílias mudaram ao longo dos tempos e nos últimos anos. Estudá-las requer análise cuidadosa e melhor seria em falar em famílias (Anderson, 1986).

1. Fala-se, hoje, de família nuclear (um homem, uma mulher, e os seus filhos biológicos ou adoptados, habitando num agregado familiar comum). A família nuclear, aberta à família alargada, constrói uma rede de comunicação por onde circulam os problemas e as soluções, as dificuldades e os apoios, as críticas fraternais e os elogios afectuosos.

2. A família alargada, com duas ou três gerações, é o espaço de convivência sem egoísmos, sem intromissões. A família alargada não é só a que vive debaixo do mesmo tecto, na mesma casa, porque hoje isso é muito raro ou impossível. A família alargada realiza-se na comunicação, por exemplo, pelo telemóvel e pela internet. É uma realidade virtual ou uma virtualidade bem real. A família ampliada, portanto, consiste na família nuclear mais os parentes directos ou colaterais, havendo uma extensão das relações entre pais e filhos para avós e netos.

Antes da industrialização havia a família alargada. A família consistia num grande número de crianças, mais pais e avós, a viverem juntos, ou muito próximos. A família trabalhava como uma unidade, quer na agricultura, quer na indústria doméstica. O funcionalista americano W. J. Goode (1963), entre outros, argumentou que o efeito da industrialização é decompor esta rede familiar, e substituí-la pela família nuclear. Há várias razões para isso: Primeiro, a sociedade moderna necessita de mão-de-obra preparada para mover-se para onde quer que seja requerido trabalho, e esta mobilidade enfraqueceu os laços de parentesco. Em segundo lugar, o Estado assumiu muitas das funções da família, tais como a educação e a saúde, destruindo assim a utilidade prática da rede familiar. Em terceiro lugar, a industrialização trouxe perspectivas mais elevadas de mobilidade social, e a oportunidade de um membro de família passar para um melhor estrato social e económico do que os seus parentes. Em quarto lugar, a família alargada tinha proporcionado tradicionalmente a continuidade, com os pais a passarem as suas competências e habilidades aos filhos, mas a indústria moderna gera a especialização com uma complexidade de capacidades mutáveis, portanto é menos provável que um

filho siga o caminho do pai. Quando um homem pode sair-se melhor sem os parentes do que com eles, ele tenderá a ignorar estes laços de parentesco (cf. Moore, 2002, p. 44).

3. Ultimamente diz-se que a forma tradicional de família alargada tem sido substituída por uma rede alargada modificada (cf. Moore 2002). A família alargada modificada difere da da unidade clássica pelo facto de não depender da proximidade geográfica entre as famílias nucleares componentes, e não se basear em actividades partilhadas e não ter uma hierarquia de autoridade embutida (Moore, 2002). Enquanto a família alargada clássica envolve barreiras psicológicas contra um afastamento em relação aos parentes e em direcção a um emprego melhor, a família modificada chega mesmo a incentivar a mobilidade. Litwak (1960) demonstra que os laços próximos entre os parentes podem ser mantidos à distância e aponta o telefone e o telemóvel como substitutos do cara - a - cara. O modelo de hoje para uma família da classe média e trabalhadora é o de várias famílias nucleares a cooperarem e a proporcionarem, de diferentes formas, ajuda e apoio. Os recém-casados, por exemplo, são inicialmente ajudados pelos pais e irão devolver esta ajuda quando os pais forem mais velhos. A família alargada moderna depende dos telefones, das novas tecnologias, da Internet, dos automóveis e aviões, para manter o contacto à distância.

A sociedade moderna tem-se transfigurado quanto à forma mais tradicional, assim como nas suas funções, composição, ciclo de vida e nos papéis da mãe e do pai. A transformação que a família tem sofrido despertou o interesse dos pesquisadores: Uma das questões centrais que preocupa os observadores contemporâneos é saber se estamos a assistir à destruição total da família, do matrimónio e do parentesco (Goody, 1998, p.11). Cresce o número de divórcios, de mães solteiras, e nas sociedades contemporâneas, tem crescido também o número dos que constituem família através da *união de facto.* Em Portugal, eram 6,9 %, de acordo com os censos de 2001.

Surgem também as famílias monoparentais que compreendem um adulto (pai ou mãe) a viver com o(s) filho(s). Segundo os censos de 2001, eram 11,5% do total de núcleos familiares. Famílias monoparentais são as famílias com a estrutura de pais

únicos. Trata-se de uma variação da família nuclear tradicional devido ao divórcio, óbito, abandono do lar, mãe solteira, ou adopção de crianças por uma só pessoa. As famílias monoparentais podem ser tipificadas do seguinte modo (San Román, 2006):

a) Vinculadas à natalidade (mães solteiras);
b) Vinculadas à relação matrimonial: abandono da família, anulação do matrimónio, separação de facto, separação legal do matrimónio, separação de facto, separação legal, divórcio, viuvez.
c) Vinculadas ao ordenamento jurídico: adopção por solteiros.
d) Vinculadas a situações sociais: hospitalização prolongada, emigração, trabalho do cônjuge em localidades distantes, cumprimento de pena na prisão.

Aparecem, além disso, as novas famílias, as famílias reconstruídas, recompostas ou reconstituídas, que reagrupam pelo menos um membro do casal divorciado com filhos a outro membro também já com filhos de outra relação. As famílias reconstruídas, nos censos de 2001, eram de 2,7% dos casais com filhos. Surgem também as famílias homossexuais a reclamarem legalização em vários países da Europa.

As relações familiares têm sido perturbadas pelo aumento de rupturas matrimoniais e de novas conjugalidades que vieram criar as condições para uma reestruturação das relações, mais aberta, e com maior peso de imprevisibilidade (Fernandes, 2001). Além disso, têm aumentado também os casos problemáticos de isolamento e de abandono que são um campo de intervenção dos agentes sociais (Fernandes, 2001). Para completar este quadro de mudanças, é de recordar as novas técnicas de procriação, chamadas de procriação medicamente assistidas, que perturbam valores, crenças e representações que se julgavam intocáveis. Elas dissociam a sexualidade da reprodução, a concepção da filiação, a filiação biológica dos laços afectivos, a mãe biológica da portadora, dando lugar a muitas inquietações (Costa-Lascoux, 1991).

A família, em Portugal, está também em profunda mudança. As taxas de feminização dos sujeitos activos subiram de forma significativa. A figura da mulher doméstica é cada vez mais limitada (Freire, 2008). Isto tem originado desatenção e desenquadramento educativo dos filhos pois está associado ao fim de uma sociedade

predominantemente rural. Verifica-se a decadência da economia agrária. Em contrapartida, há a modernização dos espaços sociais de consumo, de lazer, a urbanização. A disseminação da cultura toca directamente a acção, a reflexão e a consciência social. Verifica-se uma alteração na família que sofre as consequências da revolução. De facto, há em Portugal uma mudança de mentalidade sobre o controle de natalidade. Essa mudança concretiza-se na desinstitucionalização das relações entre o indivíduo e a família. A existência dos filhos não impede a dissolução da conjugalidade; Aumentam as taxas de divórcios[35]. Os divórcios subiram de 8,9% em 1980 para 32,6 % em 2001. Aumenta o número das famílias recompostas. Crescem também as famílias monoparentais, e as formas de vida conjugal à margem do casamento. As uniões de facto passaram de 3,9 em 1991 para 6,9 em 2001. As estatísticas demográficas do INE, entre 1996 e 2001, indicam que há um aumento dos casais que partilhavam a residência antes do casamento ou já tinham filhos comuns em 2001 e que aumentam os nascimentos fora do casamento formal (Leandro, 2008). Aboim (2004) acrescenta que, para um certo número de casais, a relação conjugal é anterior ao casamento ou que muitos casais desligam o casamento da conjugalidade e da paternidade.

Atente-se, também, nestes dados: Diminuem os casamentos católicos (72,1 % em 1991 para 62,5 % em 2001). Os matrimónios católicos tiveram uma quebra de 46% na última década. Segundo dados do Anuário Católico de Portugal de 1999 e de 2008 todas as dioceses conheceram um decréscimo de celebrações matrimoniais. Num total de 52401 matrimónios em 1999, as dioceses celebraram 27908 no ano de 2008. A Diocese de Viana do Castelo, na comparação dos dados referentes aos anos de 2001 e 2007, dá uma redução de 349 matrimónios passando dos 1442 para 1093. Caminhamos seguramente para uma sociedade diferente da que conhecemos até agora e onde os padrões institucionais de actuação terão de adaptar-se às mudanças proporcionadas pelas alterações demográficas (Fernandes 2001). Verifica-se que há uma mudança na sociedade onde a hierarquia patriarcal constituía a base da sociedade. O casamento deixa de ser a trave-mestra das representações da família e da filiação (Leandro, 2001, p. 177).

[35] Taxa de divórcios: número de divórcios por cada mil habitantes.

Segundo dados do INE, em 2008, aumentou o número de cidadãos que optou pelo casamento estritamente civil. Em 2006, Caminha era o único concelho do distrito de Viana do Castelo com mais casamentos civis do que católicos. Em 2008, a mesma evolução deu-se nos concelhos de Melgaço, Paredes de Coura, Valença e Vila Nova de Cerveira. No distrito, apenas em Monção, Ponte da Barca, Ponte de Lima e Viana do Castelo os casamentos católicos são em maior número do que os civis. Em Viana do Castelo, dos 444 casamentos celebrados em 2008, 280 foram católicos. Em Ponte de Lima, dos 241 casamentos realizados, 174 foram católicos. Estes dados colocam em evidência as enormes transformações que se operam, actualmente, no modelo de família tradicional entre nós (cf. Leandro, 2001).

O retardar da idade de casamento em ambos os sexos é uma tendência que marca as últimas décadas. Em 2008, a idade média ao casamento foi de 32,6 anos para os homens e 30,1 anos para as mulheres. Uma série de circunstâncias tem dificultado a constituição de novos matrimónios e tem levado os jovens a permanecerem mais tempo em casa até idades bastante avançadas: a precariedade e a falta de emprego, a carestia da vida, o prolongamento dos estudos, o encarecimento das habitações (Ussel, 1994, p. 439).

Aumenta a taxa de divórcio (passou de 1,0 em 1991 para 1,8, em 2001) e é crescente o número de nascimentos fora do casamento (15,6% em 1991 e 23,8% em 2001). Segundo dados do Eurostat os nascimentos de meninos de pessoas não casadas situam-se na Europa na casa dos 20%. Aumentam as recomposições familiares que constituíram 11,8 % do total de casamentos realizados em 2001. Diminui o número dos filhos por mulher (o índice de fecundidade passou de 1,6 em 1991 para 1,5 em 2001). A taxa da actividade feminina passou de 53% em 1991, para 65% em 2001. Os agregados domésticos são hoje mais pequenos do que eram em 1960 (Aboim, 2004), mas tem aumentado o número das pessoas sós.[36]

[36] São abundantes os trabalhos produzidos em Portugal sobre as transformações operadas na família: Torres, A. *Divórcio em Portugal. Ditos e interditos e ainda outros inscritos noutras dimensões*; Lourenço, N. *Família rural e indústria*; Wall, K. *Famílias camponesas. Passado e presente em duas freguesias do Baixo Minho*.

Enfim, verifica-se o aumento da instabilidade conjugal como indica o aumento de taxa de divórcio; a durabilidade das uniões conjugais com descendência tem vindo a decrescer, modificando as condições de segurança tradicionalmente atribuídas à família (Fernandes, 2008). O avanço da idade traz também a probabilidade de ocorrência de viuvez, sobretudo feminina. A proporção de viúvas é substancialmente mais elevada do que a de viúvos (Fernandes, 2008, p. 139). Além disso, a redução de fecundidade terá provavelmente efeitos ao nível das solidariedades intergeracionais: "Num futuro próximo, viver mais tempo representará contar com menos ajudas dos descendentes" (Idem, p. 139). As pessoas idosas podem ser cada vez mais caracterizadas em três categorias sociais: velho, reformado e a viver só (idem p.140).

Esta constatação da situação da família actual e as mudanças da família levam a reflectir sobre o modo como cuidar os idosos. A estrutura das relações familiares tem sido perturbada pelo aumento das rupturas matrimoniais e de novas conjugalidades que vieram criar condições para a reestruturação das relações. De facto, as relações entre pais e filhos efectuam-se de modo diferente daquele que se verificava nas sociedades tradicionais (Fernandes, 2001). Aumentou também o número e a frequência de casos problemáticos e de isolamento na terceira idade. Na verdade, na família, os que parecem mais visados são os idosos, porque mais frágeis, dependentes, sem autonomia. A situação complica-se quando a dependência se prolonga e se agravam as condições económicas e familiares. Além disso, as mulheres ingressaram no mercado de emprego e, hoje, é cada vez mais raro que uma mulher deixe a profissão para se ocupar deste ou daquele membro da família designadamente quando está em idade avançada e dependente (cf. Leandro, 2001, p. 290).

Quantos idosos vivem sozinhos, entregues à sua sorte? Segundo os dados do recenseamento de 2001, cerca de 600 000 pessoas vivem sós em diferentes idades da vida e por uma grande variedade de razões: umas por escolhas assumidas, outras por reveses da vida individual e familiar (Leandro, 2007). As representações de família, hoje, não são as mesmas de há uns anos atrás. Em muitas situações (Leandro, 2008), já não é tanto o recuo do casamento ou a descida drástica da natalidade que mais

inquietam as pessoas, mas antes a capacidade da família para dar protecção aos seus membros em virtude das crises económicas e sociais.

Pode-se dizer que as tendências contemporâneas são as seguintes (Marin, 2006, p. 137):

Diminuição da natalidade, crescente procriação extramatrimonial. Segundo os dados recentes do Eurostat os nascimentos de meninos de pessoas não casadas situam-se na Europa na casa dos 20 %. Conforme dados do INE, o número dos nascidos fora do casamento disparou mais de 14% em 2008 relativamente a 2007. A mesma fonte revela que mais de 20% dos 10 mil 813 nados-vivos registados ao longo de 2008, no Baixo e Alto Minho, nasceram fora de casamentos. A maior parte de crianças nascidas em famílias desestruturadas (469) ocorreu na sub-região do Minho -Lima (24% dos nados vivos -1469). Os concelhos onde essa relação atinge valores mais elevados são Valença, (37,60 %), Caminha (35,18%), Melgaço (32%), Ponte da Barca (26,43%) da totalidade de nascimentos (165).[37]

Segundo Sofia Aboim (2009), em 2006, o número de casamentos civis foi superior ao de casamentos católicos e o número de crianças nascidas fora do casamento têm vindo a aumentar. A mesma socióloga exemplifica que, em 2000, 22% dos bebés nasceram fora do casamento e, em 2007, esse número chegava aos 34%. Mas 80% dessas crianças nasceram de pais que viviam em união de facto tendo-se banalizado a ideia de viver primeiro em união de facto e casar depois já com filhos. Há cada vez mais

[37] *Nupcialidade:* Como vimos, os índices de casamentos têm diminuído, há anos, em Portugal. Além disso, nos países ocidentais verifica-se a tendência de se casar mais tarde.

Coabitação: As uniões não formalizadas pelo matrimónio têm aumentado. Muitos governos ocidentais têm institucionalizado as uniões de facto.

Verifica-se também uma crise na relação matrimonial: separação, nulidade, divórcio, abandono são realidades que têm aumentado (INE 2004):

Separação: interrupção temporal ou definitiva da vida em comum dos cônjuges;

Nulidade: declaração provada de que o matrimónio nunca existiu porque contraído com algum erro de nulidade.

Divórcio: termo da relação matrimonial mediante acto jurídico formal sem a morte de nenhum dos cônjuges

Abandono: abandono do lar por um dos cônjuges

coabitação, mais divórcio, mais famílias recompostas. Sofia Aboim acrescenta que é uma outra forma de ver a família, pois a ênfase coloca-se nos afectos e nas realizações e não no ser casado.

Além das alterações demográficas, têm-se verificado várias mudanças sócio - culturais na família que giram à volta de vários aspectos (Uriós, 2006, p. 70-71):

1. A transformação do papel social da mulher: planeamento familiar, acesso e integração da mulher no ensino superior, exercício de uma profissão, o que traduz maior capacidade e autonomia sobre as formas de vida. Tudo isto tem efeitos no papel e funções da mulher na vida familiar.
2. Democratização do modelo familiar: mudaram as relações entre os elementos da família, tendo-se democratizado as atitudes e comportamentos familiares. O modelo de família em que o pai mandava e os filhos e a esposa obedeciam foi democratizado nos usos e costumes familiares.
3. Redução do tamanho da família: a decisão de quando ter os filhos, do número a ter ou de não ter passou a ser uma opção livre e individual.
4. Novas formas familiares e de convivência: a sociedade aceita novas formas de convivência como: famílias monoparentais, famílias recompostas, uniões de facto…A concepção monolítica da família deu lugar a uma concepção mais pluralista (Ussel, 1995).

Na actualidade, os estudos associam a fractura social com o enfraquecimento das famílias. A exclusão avança porque a família não é suficientemente forte e dotada de meios, tendo dificuldade em ser o fio condutor de solidariedades, como outrora. "Só a coesão social pode inverter o rumo da exclusão social" (Leandro, 2007. P. 170).

Além disso, a exclusão decorre, em grande parte, do desaparecimento das referências e dos valores que asseguravam a integração social. Leandro (2007) apresenta vários factores essenciais que estão, actualmente, na origem da pobreza e da exclusão social: a reprodução intergeracional da pobreza; o aumento do desemprego de longa duração; a falta de coesão e o agravamento das desigualdades sociais; o individualismo;

alguns casos de rupturas familiares, dando origem a certas formas de família mais vulneráveis perante os riscos da pobreza e da exclusão social.

Como principais tendências de mudança da família da actualidade Aboim (2003, p. 18) salienta:

> A diminuição da dimensão média da família, a par com o aumento dos agregados de pessoas sós e com o decréscimo dos agregados numerosos e das famílias complexas…Alterou-se a composição interna das famílias simples, formato de organização da co-residência simples e da família, como reflexo provável da descida e adiamento da fecundidade, do aumento do divórcio ou do envelhecimento populacional. Diminuem, assim, as famílias de casal com filhos e aumentam as de casal sem filhos e as monoparentais.

As transformações familiares têm levado o direito civil e o direito social a implementarem medidas de adaptação à nova realidade. E, perante a heterogeneidade da realidade, a política familiar do Estado tem mudado de modo a construir uma sociedade com justiça social (Leandro, 2001, p.291). No entanto, mesmo que a família se encontre num grande processo de mudança, não significa que esteja a desaparecer ou a perder as suas funções (Parsons, 1975; Martine Segalen, 2006). Há evidências que apontam para a estabilização de um novo tipo de família, mais especializada do que antes (Parsons, 1975). O maior grau de independência entre os seus membros não deve levar a concluir que a família está para sempre quebrada. Embora a família nuclear moderna seja mais independente, tanto económica como geograficamente, ainda há uma forte ligação entre os seus membros. A família ainda é uma unidade solidária.

A família tem uma função privada relacionada com a satisfação das necessidades individuais dos seus membros, e uma função pública: deve ser de utilidade à sociedade de que faz parte, sendo a socialização dos seus componentes uma função fundamental. Na última etapa da vida, os idosos estão perante o dilema. Por um lado, há o desejo de manter a independência e a necessidade de depender cada vez mais dos filhos pois existe a perda de autonomia, assim como o temor da doença ou a perda do outro com a morte. Por outro, a relação do casal entra numa ocasião de maior intimidade pelo facto

da reforma. Isto tanto pode trazer maior harmonia como mais conflitos. A velhice dependente é, sem dúvida, um grande desafio no início deste milénio para a estrutura familiar.

2- A Família e o cuidar na doença crónica, na pobreza e na velhice

Como vimos, a família, o núcleo de convivência básica da pessoa, está em mudança. No entanto, toda a pessoa sente a necessidade de arreigar-se a um contexto familiar. O sentimento de pertença é um indicativo da nossa natureza social. A família permite responder a uma série de necessidades básicas afectivas, económicas, psicológicas e sociais. É o núcleo central da pessoa onde poderá ver satisfeitas as suas necessidades bio-psico-sociais (Garcia, 2008). A família, todavia, é cada vez mais pequena e os tempos de convivência entre os seus membros são cada vez mais reduzidos. A mulher adulta, depois de ter sido filha de sua mãe, e de seu pai, transforma-se, frequentemente, também em mãe de sua mãe e de seu pai, até ser a que trata do marido dependente. Cuidar dos idosos é uma sobrecarga. Se se olha habitualmente para a família como unidade complexa que proporciona protecção, cooperação e ajuda mútua; como base da socialização, da educação e da pertença pergunta-se qual a razão de se multiplicarem os pedidos de internamento num Lar e se solicitarem os serviços do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário? As enfermidades crónicas que influência podem ter numa família?

Além das várias razões já aduzidas para a mudança da família, na actualidade, acrescenta-se que a velhice e as doenças crónicas também afectam a comunicação, as relações e a vida dos membros da família. O curso e o desenlace dependem do tipo de doença, de doente, da família. Uma doença avançada a apontar o desenlace final faz com que a família se aproxime do doente. A morte provoca uma onda de choque emocional na família.

Numa perspectiva antropológica, a família é uma união durável de indivíduos, socialmente aprovada, no seio da qual se dá o nascimento dos filhos e a sua educação. Reconhece-se uma ligação de parentesco que pressupõe uma inter-relação entre os seus

membros. Os elementos de uma família estão ligados por laços de solidariedade, afecto e responsabilidade íntima.

Cada família tem a sua maneira e estilo para cumprir as suas funções no relacionamento com os filhos e a sociedade. O que está em crise é a *família função* através das variadas dificuldades derivadas de ter filhos e de cuidar dos pais enfermos. Não existe outro grupo humano como a família em que os sentimentos estejam tão presentes para modelar as relações, até ao ponto de esses sentimentos, em algumas ocasiões, se convertem em verdadeiro conflito. Os problemas entre os membros da família têm origem nas interacções familiares. O aumento do número dos divórcios, por exemplo, pode não ser visto unicamente como uma desilusão com as relações conjugais, uma vez que o número de uniões consensuais cresce nos diversos países. O que está a ser posto à prova é o modelo original de casamento e de família, especialmente quando baseado na soberania masculina (Silva, 2002).

Pode-se falar em dois estilos de família. De um lado, a família problemática é caracterizada pela desunião entre os seus membros, com deficiente comunicação e uma marcada dependência dos serviços sociais para resolver os problemas que, por si mesmos, são incapazes de resolver (Garcia, 2008). Geralmente estas famílias estão associadas a uma problemática diversa, como a delinquência, drogas, violência doméstica, abandono dos filhos, abandono escolar. São famílias onde as normas não estão definidas, onde a comunicação é péssima, a carência económica é evidente e a falta de organização ainda é mais marcante Doutro lado, situam-se as famílias funcionais.

As doenças crónicas afectam indubitavelmente a comunicação, as relações e funções dos seus membros. As doenças progressivas como a *Alzheimer*, ou a esclerose múltipla implicam perdas sucessivas e inevitáveis. São doenças degenerativas e incapacitantes que provocam mudanças na família. A organização e estabilidade familiares são afectadas pelas enfermidades crónicas.

Que mudanças se costumam produzir na família perante uma situação de doença? Nadal (2003, p. 171) apresenta algumas respostas emocionais:

- Superprotecção: por sentimento de culpa ou ansiedade, chegando mesmo a provocar sentimentos de inferioridade ao doente;
- Conspiração do silêncio: evita-se a comunicação entre o enfermo e a família, por medo de ferir a pessoa doente;
- Incerteza*:* o desconcerto que provoca o desconhecimento do que possa suceder e o temor para onde se vão dirigir os acontecimentos;
- Negação*:* como mecanismo de defesa para o medo que provoca reconhecer a realidade, esta negação vai-se transformando numa perda de controlo e costuma piorar a situação;
- Isolamento social*:* o facto de sentir-se diferente dos outros e o temor por assumir esta nova situação pode ser acompanhado de falta de confiança e de sofrimento;
- Reivindicação para os profissionais ou para as instituições*:* o valorar a enfermidade para a família como uma agressão externa e injusta, em vez de a reconhecer como parte de um processo vital do indivíduo.

As famílias vêem-se na necessidade de recorrer a recursos comunitários e a recursos institucionais (Salanova, 2003):

a) *Recursos comunitários:* Viver numa aldeia, num bairro, num prédio, é fazer parte de uma comunidade. As pessoas que pertencem ao mesmo "território" ajudam-se mutuamente e formam redes sociais de apoio. Há muita gente a trabalhar para a comunidade e com a comunidade de uma forma participativa. A participação da comunidade pode fazer-se de diversos modos: voluntariado, grupos de ajuda, associações.

b) Voluntariado: É uma realidade em crescimento. Há pessoas que dialogam e apoiam afectivamente os idosos e ajudam-nos a comunicar com a comunidade; pessoas que visitam os doentes nos hospitais e nos centros. Existe o voluntariado social, o comunitário, o cultural, o ambiental, o e cooperação. O voluntário actua de forma livre, por responsabilidade própria, de forma gratuita e altruísta, sem esperar recompensa.

c) Grupos de ajuda: Formam-se grupos de pessoas afectadas por doenças comuns e se reúnem para compartilhar vivências e experiências:

toxicómanos, idosos, refugiados, minorias étnicas, incapacitados físicos e psíquicos.

d) Associações*:* desportivas, de cidadania, de bairro.

Recursos institucionais: Procuram organizações institucionais, como por exemplo, o Centro Social Paroquial e pedem apoio no Centro de Dia, no Serviço de Apoio Domiciliário ou o internamento num Lar onde se dê compreensão e ajuda aos seus idosos.

As famílias, perante a doença crónica, a pobreza e a velhice buscam ajudas, e a comunidade não pode alhear-se desta problemática. Perante esta realidade, a política familiar do Estado e das instituições terá, necessariamente, que contemplar a pluralidade das situações (Leandro, 2001). Já se instalou nas pessoas e na sociedade uma atitude de transferência para o Estado de muitas das responsabilidades que, em tempos não muito recuados, eram apanágio da própria responsabilidade familiar, da sociedade envolvente e das instituições de caridade ou filantrópicas (Leandro, 2001). Apesar disso, perante o envelhecimento da população e a inversão da pirâmide da população, Lima (2009) sugere o nascimento nas comunidades de diaconias da vida. E, para a idade avançada, apresenta a diaconia da bengala.

> A diaconia da bengala não é apenas um lugar de prestação de palavras de apoio, mas terá de concretizar-se na disponibilidade para as acções de apoio concreto na alimentação partilhada, na conversa que reaviva a memória, na prestação de serviços burocráticos aos idosos, no tempo disponível a eles dedicado, na forma de ocupação de tempos livres (Lima, 2009, p.389).

Para além do apoio dos vizinhos e dos voluntários, são necessárias as instituições que desenvolvam laços sociais, que pratiquem a solidariedade, de forma organizada, a que as famílias possam recorrer. Serão os Centros Sociais Paroquiais uma resposta relevante para as famílias que se debatem com a problemática da doença crónica e a velhice?

Bullmer (1991) apresenta algumas estratégias para fortalecer o papel do cuidado informal a nível local:

a) Estimular a sociabilidade entre os vizinhos;
b) Promover grupos de auto-ajuda a nível comunitário;
c) Mobilizar as redes de suporte social;
d) Descentralizar a subministração da assistência formal;
e) Reforçar a assistência formal a nível domiciliário;
f) Dar mais apoio a quem assiste.

Há necessidade de uma pluralidade de actores (de saúde, de instituições sociais, de famílias, parentesco, redes de vizinhos, de amigos, de voluntários). As transformações das famílias exigem o desenvolvimento de novas políticas sociais, o reconhecimento do trabalho assistencial feito pelas instituições, e o papel dos cuidadores sociais.

3- Trabalho Social com as famílias

Na família, há momentos ou situações críticas que podem romper o equilíbrio familiar e fazer surgir crises no seu seio. Os acontecimentos dramáticos podem aparecer, repentinamente, em qualquer família, tais como: uma morte inesperada, uma doença, uma separação, um envelhecimento normal ou patológico. Há situações que exigem a intervenção dos trabalhadores sociais. A intervenção do trabalho social implica a mobilização e utilização de elementos externos: recursos materiais, técnicos, serviços, etc… (Ramirez de Mingo, 1992).

Os trabalhadores sociais usam estratégias de intervenção em busca de soluções para o apoio às famílias. Numa primeira fase, fazem o diagnóstico familiar: análise do agregado familiar; entrevista às pessoas da família, levantamento dos problemas familiares. Esta investigação da família abarca três grandes áreas, o que de alguma forma conforma as diferentes modalidades de intervenção (Alwin y Solar, 2002):

1. As relações da família com outros sistemas a que pertence, o que proporciona informações sobre o estilo que tem a família para enfrentar os seus problemas;

2. O sistema intergeracional da família, as relações com a família de origem, o que oferece informação sobre o funcionamento e os potenciais recursos para a mudança;
3. No interior da família, detectar a estrutura e dinâmicas de funcionamento familiar.

Importa, naturalmente, que o técnico social faça a enumeração dos problemas familiares que podem ser classificados em algumas das seguintes categorias: mau funcionamento familiar (conjugal, parental, filial); conflitos interpessoais; conflitos com os vizinhos; com o meio. Podem-se destacar três grandes modalidades de intervenção familiar (Hartman y Laird, 1983):

- Intervenção centrada nas relações da família com o seu meio ecológico;
- Intervenção centrada nas relações intergeracionais da família;
- Intervenção centrada nas relações internas das famílias.

Numa segunda fase, o trabalhador social faz a programação da intervenção, tendo em consideração os problemas assinalados no diagnóstico. A informação social é uma técnica utilizada no trabalho social. Existem diversos tipos de informação social conforme o objectivo que respondam (San Román, 1990): dar a conhecer a existência de uma determinada situação; facilitar informação a outros profissionais; obter algum tipo de prestação ou recurso social; proporcionar novos recursos sociais; dar informação para decisões interprofissionais. Neste estudo, interessa sobretudo o trabalho social que é prestado às pessoas idosas. Convém prevenir, antes de mais, que a conceptualização dos idosos não deve ser entendida de forma homogénea (Sanchez Vera, 1993 pp. 34-35):

1. Existem vários estados de saúde física e mental;
2. Há diferentes grupos de idade e, portanto, processos de socialização diferenciados;
3. Há uma preponderância numérica de um sexo (mulheres) e de um estado (viúvas);
4. Há distintos níveis de instrução ainda que predominem a baixa escolaridade, principalmente nas mulheres;

5. Predominam as pensões sociais baixas, sendo a situação das mulheres geralmente de maior precariedade;
6. A variável espacial tem interesse porque introduz as diferenças geracionais e económicas, assim como alude o estatuto cultural na localização e caracterização das pessoas idosas.

A informação social é feita num relatório social. O relatório social destina-se a apresentar a situação de determinada pessoa-cliente ou utente a um juiz, médico, à instituição. O relatório, organizado de forma clara e sucinta, expõe: a identificação da pessoa a quem se refere; a situação problema em causa, enquadrada no contexto e antecedentes que lhe dão significado; a evolução da situação desde o início do contacto com ela; a avaliação sobre a situação actual e suas potencialidades; o plano e intervenção em curso ou definido; as propostas de intervenção; o relatório identifica o técnico que o elaborou (Silva, Luísa, 2001, pp. 174 – 175).

A informação social é dada por uma técnica do serviço social que deve cumprir vários requisitos (Escartin, Palomar y Soarez, 1997):

- Clareza e precisão na linguagem (vocabulário simples, empregando termos técnicos, mas de forma compreensível e evitando frases rebuscadas ou redundantes);

- Objectividade (não misturando as impressões pessoais com os dados concretos);

- Boa apresentação (escrita à máquina, cuidando das margens e dos espaços);

- Boa redacção (emprego dos verbos na terceira pessoa, e o tempo presente);

- A redacção deve realizar-se o mais próximo possível da entrevista, da visita, da apresentação ou seguimento do caso;

- A forma de redacção pode ser narrativa, condensada para descrever conversas ou extensa adequada a informações de seguimento;

- Sumário ou resumo (em forma de extractos breves apresentar histórias, visitas, gestão de acções concretas);

- Confidencialidade (as informações sociais devem guardar o princípio da confidencialidade).

A prioridade do trabalhador social é ajudar as pessoas idosas. Trabalhar com as famílias é parte integrante da intervenção social pois em primeiro lugar compete às famílias proporcionar, na medida do possível, a ajuda e o apoio que os idosos necessitam (Coleman, 1992). Mas há factores de risco: familiares, socioculturais e ambientais em famílias multiproblemáticas que exigem para os idosos, pois é dos idosos que tratamos, outras soluções fora da família.

Capítulo IV: A comunicação na terceira idade

Introdução

A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações entre sujeitos e desenvolve-se em vários campos das ciências humanas. Em geral, pode-se dizer que a comunicação é um processo complexo de interacção simbólica em que há emissão e recepção de mensagens codificadas, constituídas por sinais ou grupos de sinais. O sinal é um estímulo que tem significado para as pessoas. A comunicação interpessoal pode ocorrer num contexto de interacção face-a-face, num contexto de pequeno grupo, em contexto organizacional, em contexto de massas.

Neste estudo, não se pretende fazer uma teorização aprofundada sobre o desenvolvimento da linguagem e sobre as Teorias da Comunicação. Fazendo-se referência a elas, parte-se para um estudo sobre os contextos em que se incluem formas distintas de organizar o acto comunicativo, isto é, como se estabelece a comunicação interpessoal, a comunicação grupal, a comunicação organizacional nas instituições. Procura-se fazer uma abordagem integradora dos contextos comunicativos para se compreender como os vários actores comunicam numa organização. Desenvolve-se, por isso, a comunicação existente entre a direcção, o pessoal técnico e não técnico e os utentes duma organização. A comunicação é essencial para a vida das pessoas que trabalham numa instituição, para a imagem e qualidade de vida da organização, e, em especial, para que os utentes da instituição mantenham as suas relações sociais e possam minimizar a carência afectiva e emocional. Porquê valorizar a comunicação no presente estudo? Porque permite uma interacção entre os actores na instituição, faculta a obtenção e a circulação da informação, facilita a coordenação do trabalho, permite que todos os elementos manifestem a sua opinião, envolve as pessoas, é factor de interacção e de integração na instituição. A qualidade de vida das pessoas, organizações e, no nosso caso, das instituições sociais, depende da comunicação. Este capítulo termina com uma referência à comunicação com os idosos porque, neste estudo, se privilegiam as redes de relações que se estabelecem com os utentes em instituições com várias valências sociais destinadas aos idosos.

1. Comunicação – conceitos

O homem sente necessidade de comunicar. Para que isso seja possível, é necessário que haja um emissor, um canal de transmissão e um receptor. É um processo complexo, em que o emissor sente necessidade de comunicar, de elaborar a mensagem, codificá-la e emitir a informação. O receptor, por sua vez, ao recebê-la, tem de descodificá-la. A comunicação é um processo que consiste em transmitir ou fazer circular informações, ou seja um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do receptor, antes do acto comunicativo. Para que isso seja possível é necessário que (cf. Bitti e Zani, 1997, p. 26):

- O emissor e o receptor partilhem de um mesmo código para o processamento da descodificação;
- Que a relação entre o emissor e o receptor seja bilateral;
- Que a mensagem seja recebida como portadora de um significado e, portanto, conduzir a um acto cognitivo;
- Que haja flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental;
- O esquema de comunicação não pode ser desligado do ambiente em que se realiza. Aquilo que está em redor não pode ser desligado do ambiente, os participantes, o tipo de actividade e a linguagem vão influenciar o processo de comunicação.

Na comunicação humana é preciso combinar os dois códigos no processo de codificação e de descodificação. Deve escolher-se uma linguística adaptada a quem ouve (Watzlavick, 1967). O processo de comunicação é interdependente, pois os comunicadores afectam-se mútua e simultaneamente. É um processo adaptativo, envolvendo feedback. Através da comunicação ajustamo-nos ao mundo das pessoas e coisas que nos rodeiam.

A comunicação não verbal, anterior à linguagem, foi a base do desenvolvimento e factor decisivo para a sobrevivência, realiza-se através de códigos representativos como gestos, movimentos, olhar, tom de voz. A importância da comunicação não verbal reside no papel de reforço que esta tem no discurso verbal (Dias, 2001). Linguagem e mensagem não verbal coexistem como sistemas de comunicação, mas, têm diferentes

papéis na interacção social. Os sinais não verbais podem revelar atitudes, emoções e sentimentos que, por vezes, não queríamos revelar. A linguagem não verbal, na maior parte das vezes, traduz estados de alma. A linguagem corporal não sabe mentir porque a maior parte das vezes é involuntária e pode ser inconsciente (Lazur, 1994). O homem é o único organismo vivo que utiliza na comunicação os dois modelos: o analógico e o digital. Analógica é toda a comunicação não verbal. A digital é toda a linguagem necessária para a partilha de conhecimentos e informação através da linguagem (Watzlawich, 2002).

A palavra "comunicação" *etimologicamente* vem do latim *communicatio* (de *communis* = tornar comum) e quer dizer acção de tornar comum, fazer participar os outros em alguma coisa que primeiro era exclusivamente nossa, acção de tornar algo comum a muitos. Comunicar significa participação, troca de informações, tornar comum aos outros as ideias, convicções e estados de alma. Para que exista comunicação é pressuposto que exista uma relação, uma dinâmica, um fluxo de informações entre o emissor e o receptor da mensagem. A comunicação envolve o fazer entender-se do emissor e a expectativa de uma resposta do receptor.

A comunicação pode ser dividida em quatro grandes sentidos (Wolton, 1999):

1. C*omunicação biológica*, relacionada com a vida e o estudo dos seres vivos;
2. C*omunicação directa*, entendida como experiência antropológica fundamental, vinculada ao modelo cultural e à representação do Outro;
3. *Comunicação técnica* assente no desenvolvimento tecnológico e nas capacidades de comunicação à distância;
4. *Comunicação em sociedade*, vinculada à gestão política e económica das sociedades interdependentes.

O´Sullivan et al (1983) atribuem ao termo *comunicação*, na obra "*Key Conceps in Communication*, duas acepções fundamentais: numa acepção, comunicação é um processo pelo qual "A" envia uma mensagem a "B" provocando um efeito; numa segunda acepção, existe uma negociação e uma troca de sentidos entre emissores e receptores. As mensagens, pessoas, culturas e realidades interagem e são capazes de produzir quer novas significações, quer novas formas de compreensão. Uma negociação

satisfaz se (Vallicrosa, 2004): as duas partes se reunirem e debaterem sem tensões e conseguirem formular acordos em pouco tempo; o acordo formulado for equilibrado, ou seja, se tiver valor que satisfaça as partes; as duas partes continuarem a ter um relacionamento positivo no final e estiverem dispostas a novos processos de negociação.

Numa perspectiva de interacção pessoal, a comunicação surge como o processo mediante o qual determinadas informações ou significados são transferidos de um ou mais indivíduos, os emissores, para outros indivíduos, os receptores. Considera-se este processo uma interacção simbólica, na qual a possibilidade de transferir mensagens ocorre na base de signos, segundo regras cultural e socialmente partilhadas (Crespi, 1997).

A comunicação é um campo de investigação que mobiliza várias disciplinas: Antropologia, Linguística, Filosofia, Sociologia, Direito, Ciência Política, Psicologia, História, Economia (Wolton, 1999). O conceito de comunicação compreende todos os fenómenos de interacção efectivados de forma presencial ou mediados por instituições. O fenómeno de interacção apenas pode ser compreendido tendo como pano de fundo a comunicação mediatizada e as interacções propiciadas pela comunicação.

Seguidamente desenvolvem-se vários conceitos de comunicação porque numa instituição comunicam e relacionam-se muitas pessoas. O bem-estar na instituição depende da comunicação e do relacionamento interpessoal. Além disso, uma instituição sociocultural, em caso nenhum, pode ser uma entidade fechada ao que a rodeia, incomunicável com a sociedade, visto que são, precisamente a comunicação e o relacionamento que possibilitarão ser reconhecida, utilizada e valorizada socialmente. Uma instituição também depende, em grande medida, da imagem pública que oferecer (Bosch, 2004).

Há vários conceitos de comunicação:

1.1. Conceito antropológico: analisa a comunicação como veículo de transmissão de cultura ou como formadora da bagagem cultural de cada indivíduo. Entre as principais teorias da comunicação de massa encontramos a teoria culturológica

(cf. Monteiro et al, 2006). A cultura é o motor de desenvolvimento e de acção sociocultural e instrumento de gerar processos organização e dinamização de territórios e comunidades (Carreras, 2007, p. 232).

1.2. Conceito sociológico: o papel da comunicação é de transmissão de significados entre pessoas para a sua integração na organização social. Os homens têm necessidade de estar em constante relação com o mundo e, para isso, usam a comunicação como mediadora na interacção social, pois é compreensível enquanto código para todos os que dela participam. Os sociólogos acham que a comunicação é fundamental para o bom entendimento da sociedade e na construção social do mundo (cf. Monteiro et al, 2006).

Ao estudarmos a sociedade temos de abordar a comunicação, pois toda a actividade humana é afectada e pode ser promovida pela comunicação. A ausência de comunicação é já comunicação. Tudo é comunicação: a linguagem, a personalidade, o gesto. Estamos mergulhados num mar de comunicação, e não se vive um instante fora dele (Monteiro et al, p. 51). A palavra comunicação é usada para denominar os problemas de relações entre trabalhadores e dirigentes, entre nações, entre pessoas em geral. A revolução tecnológica criou o mercado do comunicador profissional. Os governos privilegiam cada vez mais a comunicação. Há redactores de publicidade, fazedores de imagem, assessores, comentaristas políticos e jurídicos. Todos aumentam o ruído social.

1.3. Conceito semiótico: A semiótica é a doutrina dos signos e estuda a natureza, tipos e funções de signos. Procura compreender o modo como a linguagem se torna significativa, e como o significado pode ser comunicado em sociedade. O estudo dos signos ganhou importância no âmbito da teoria da comunicação.

O linguísta suíço Ferdinand de Saussure (1857-1913) é considerado o fundador da semiótica, juntamente com outras figuras, como o filósofo da linguagem C.S. Pierce (1839-1914), o teórico da semiótica italiano Umberto Eco (1970), e o teórico da linguagem o russo Valentim Volosinov (1895-1936), Jackobson (1896-1982). Pierce propõe que a nova lógica seria uma ciência da praxis, ou pragmática. Toda a crença está

relacionada com a conduta orientada a realizar o pensamento, e a significação de todo o pensamento coincide com a conduta adequada, por isso, toda a distinção mental se fundamenta numa diferença da prática.

O termo semiologia aparece na literatura europeia com Saussure (1970). Designa aquela parte da psicologia social que visa analisar a função social dos signos. A semiótica saussuriana privilegia a abordagem sincrónica da linguagem em detrimento da diacrónica. Estava interessado na estrutura e nas regras que permitiam a produção de enunciados e não nas palavras existentes. Na sua proposta, a linguagem funciona como um sistema de diferença, em que o que cada elemento significa é arbitrário, consistindo em ser aquilo que os outros não são. Barthes (1915-1980) usou os conceitos saussurianos para analisar textos culturais, literários e populares, sobretudo através das suas *Mythologies* (1973).

A semiótica tem três áreas principais de estudo (cf. Fiske, 1995, p.14):

1. *O signo:* por exemplo, um enunciado, uma palavra ou uma imagem. Qualquer deles é decomposto nos dois componentes que constituem o signo - o significante e o significado - correspondendo o primeiro ao som, às letras ou à imagem e o segundo representado pelo seu significado mental associado.
2. *Os códigos e sistemas* em que os signos estão organizados. Os códigos envolvem a escolha e cadeia – paradigma e sintagma.
3. *A cultura* na qual esses signos e códigos operam. O significado depende de estruturas de entendimento partilhadas. Segundo Saussure, *os signos têm vida em sociedade.*

O signo pode ser analisado sob três perspectivas sociais (Serrano, 2008):

- Dimensão sintáctica: mostra as relações do signo com os restantes signos da linguagem a que pertence.

- Dimensão semântica: analisa a relação do signo com os diversos significados culturais.

- Dimensão pragmática: estuda a relação do signo com os grupos sociais que os utilizam para comunicar entre si.

1.4. A Comunicação interpessoal: A Comunicação interpessoal ocupa-se da investigação de situações sociais relativamente informais em que pessoas em encontros face-a-face sustentam uma interacção concentrada através de permuta recíproca de pistas verbais e não verbais (Barnelund, 1968). Esta definição pressupõe: 1) a existência de duas ou mais pessoas em proximidade física que percebam a existência uma da outra; 2) envolve a interdependência comunicativa; 3) envolve a troca de mensagens; 4) as mensagens são codificadas em várias formas verbais e não verbais; 5) a comunicação interpessoal é marcada pela informalidade (Freixo, 2006).

Watzlawick (1967) apresenta cinco axiomas de comunicação humana:

1. Não se pode não comunicar;
2. Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, de tal modo que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação;
3. A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicativas entre os comunicadores;
4. Os seres humanos comunicam digital e analogicamente;
5. Todas as permutas comunicativas ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença.

Na comunicação interpessoal veja-se o caso de E. Goffman (1922-1982), interaccionista simbólico, que analisa o comportamento humano como uma metáfora teatral. A interacção dá-se num contexto que se assemelha a um palco onde as pessoas são actores e estruturam os seus desempenhos para seduzir a plateia. Assim, a comunicação interpessoal constitui uma representação em que são projectados vários aspectos do eu.

A comunicação "não é, apenas, conteúdo: nela está englobada um outro aspecto de igual relevância, que é o da relação" (Melo, 1991, p. 17). A organização é um campo de relação. É um sistema de interacção social. A interacção é *"la accion de influencia y reciprocidade que se estabelece entre dos o más sujeitos en un entorno definido"* (Rivilla, 1989, p. 31). A interacção tem de ser vista no contexto em que se processa. "A comunicação e a organização funcionam como um sistema em interacção" (Michel, s/d,

p. 359), Assim, "todo o encontro interpessoal supõe interactuantes socialmente situados e caracterizados e desenrola-se num contexto social que imprime nele a sua marca dotando-o de um conjunto de códigos, normas e modelos que tornam possível e asseguram a sua correcção" (Marc e Picard, s/d, p. 11).

A comunicação interpessoal é essencialmente *diálogo*. Diálogo quer dizer precisamente comunicação através da palavra[38]. Num sentido mais comum é a conversa entre duas pessoas. Dialoga-se directamente (face a face) ou à distância (por carta, telefone). A linguagem na comunicação interpessoal pode ser verbal (fala) e não verbal (gestos, imagens, sons e até silêncios). Uma das características deste tipo de comunicação é o emissor ter a resposta do receptor. Costuma-se chamar participativa porque o emissor e o receptor interagem, renovando e reformulado suas mensagens.

Numa instituição estão pessoas, trabalham pessoas que comunicam. O sucesso de uma instituição, depende das pessoas. A motivação das pessoas contribui para a qualidade da organização. O homem faz o que faz por causa das necessidades. Maslow (1908-1970)[39]enumera as seguintes: necessidade de auto-realização, necessidade de estima, necessidades sociais, necessidade de segurança e necessidades fisiológicas. Ainda que não seja fácil, é preciso estimular a motivação das pessoas, dando-lhes boas condições de trabalho. A liderança pode influenciar a motivação. O líder atencioso, pontual, que sabe lidar com as pessoas sem autoritarismo, promovendo um bom clima de trabalho saudável e participativo, faz com que as pessoas se sintam bem e fortalece a interacção.

Carl Rogers (1985, p. 43-71) abordando as características das relações de ajuda psicológica, indica quais, na sua perspectiva, são as qualidades ideais de uma comunicação interpessoal:

1. Os comunicadores são mutuamente percebidos como dignos de confiança ou consistentemente confiáveis;

[38] "Diálogo" é uma palavra formada por dois termos gregos: *dia* que quer dizer "através de", e *logos* que significa *palavra.*

[39] MASLOW, Abraham, psicólogo americano, fundador da teoria da hierarquia das necessidades humanas.

2. Eles expressam sem ambiguidades os seus distintos eus;
3. Possuem atitudes positivas de afecto e de solicitude de um pelo outro;
4. Um parceiro numa relação de ajuda mantém a sua própria identidade separada;
5. Um parceiro permite que o outro faça o mesmo;
6. O comunicador tenta compreender os sentimentos do outro;
7. O parceiro que presta ajuda aceita as várias facetas da experiência do outro, tal como são comunicadas pelo outro;
8. Os parceiros numa relação respondem com suficiente sensibilidade para aliviar a ameaça;
9. São capazes de libertar-se da ameaça da avaliação pelo outro;
10. Cada comunicador reconhece que o outro está mudando e é suficientemente flexível para permitir que o outro mude.

Os comunicadores desenvolvem impressões, opiniões, sobre os outros. Quando se fala da percepção da outra pessoa refere-se ao processo pelo qual o homem passa a conhecer e a pensar sobre as outras pessoas, as suas características, qualidades e estados interiores (Tagiuri, 1969). A percepção interpessoal deve ser encarada sob o ponto de vista relacional, social e cultural pois a percepção interpessoal é afectada pelo contexto da mesma (Hinton, 1993).

1.5. Comunicação no grupo: D. W. Johnson e F. P. Johnson (1987) consideram que o grupo é constituído por dois ou mais indivíduos em interacção face-a-face, cada um consciente da sua qualidade de membro do grupo, cada um consciente de outros que pertencem ao grupo e cada um consciente de outros que pertencem ao grupo e cada um consciente das suas interdependências positivas quando se empenham em realizar objectivos mútuos.

Na perspectiva de Johnson e Johnson, o grupo é (cf. Freixo, 2006):

1. Uma colecção de indivíduos que estão a interagir uns com os outros;

2. Uma unidade social que tem duas ou mais pessoas que se percepcionam como pertencendo a um grupo;

3. Uma colecção de indivíduos que são interdependentes;

4. Uma colecção de indivíduos que se juntam para realizar um objectivo;

5. Uma colecção de indivíduos que estão a tentar satisfazer algumas das suas necessidades através da associação conjunta;

6. Uma colecção de indivíduos cujas interacções estão estruturadas por um conjunto de papéis e normas;

7. Uma colecção de indivíduos que se influenciam uns aos outros.

As pessoas exercem no grupo vários papéis. No grupo há liderantes e liderados. Os membros do grupo comportam-se de modo diferente, conforme o papel que desempenham. O mesmo se deve dizer da comunicação organizacional. Todas as organizações são constituídas por pessoas e por recursos não humanos (físicos, materiais, financeiros, tecnológicos). A organização pode ser económica, religiosa, de solidariedade, associativa. Berelson e Steiner (1971) descrevem quatro características da organização que a distinguem de outros agrupamentos sociais:

1. Formalidade, isto é, tem metas, regras, regulamentos que lhe dão forma;
2. Hierarquia: tem uma estrutura piramidal;
3. Tendem a integrar um grande número de pessoas;
4. As organizações duram geralmente mais do que a vida humana.

Numa organização, trabalha muita gente com papéis diferentes e subculturas variadas que não compreendem da mesma forma as normas que regem as suas relações. As instituições que são heterogéneas devido à composição sócio - cultural dos seus elementos. É necessário, por isso, estabelecer um sistema de ligação entre todos os que aí trabalham, vivem e convivem.

1.6. Comunicação na organização: Nos últimos anos, surgiu o conceito de comunicação organizacional que visa desenvolver o quadro de referência comum da organização, por um lado, e criar e definir uma imagem externa da mesma, promovendo-a e consolidando o posicionamento identificativo da organização – o logótipo, a marca, entre outros, por outro lado"(cf. Jorge et al, 2007). Apareceu como fundamental, a *comunicação interna,* eficiente, nas organizações. A comunicação interna é entendida como factor de mobilização e motivação dos trabalhadores e de integração de todos os actores da organização. As instituições necessitam de desenvolver e de dedicar uma especial atenção ao sistema de comunicação interna para

que se crie uma ordem interna, uma coordenação de actividades, uma integração das acções a desenvolver e uma linha orientadora de consolidação do papel que todos têm na organização. *A comunicação interna* não deve ser vista somente como circulação da informação para dar a conhecer o que deve ser feito, como deve ser feito e quem faz o quê. Ela deve ser entendida e vista como o processo de criação de um sistema de interacções entre vários emissores e receptores que se interligam, se inter-influenciam e partilham significados simbólicos. *A comunicação interna* é o conjunto das acções voluntárias de transmissão de informação no interior da organização, visando, regra geral, incentivar uma cultura da instituição (Duterme, 2008). A comunicação interna na instituição emerge desde o bom dia da manhã até à reunião geral, passando pelas ordens e conversas à volta do café. O jornal interno e a criação de meios de informação globalizante são meios preciosos para o fortalecimento da comunicação interna de uma instituição, como, por exemplo, um centro gerontológico.

Sendo assim, a *comunicação organizacional* tem um papel estratégico na definição da função que as pessoas têm na organização, contribuindo para o bem-estar e o desenvolvimento dos recursos humanos. A comunicação organizacional abrange todas as formas de comunicação utilizadas pela organização para se relacionar e interagir com os seus públicos. Para Riel (1995), a comunicação organizacional engloba relações públicas, estratégias organizacionais (*public afairs*), *marketing* corporativo, propaganda corporativa, comunicação interna e externa. Enfim, um grupo heterogéneo de actividades de comunicação, voltadas fundamentalmente para os públicos ou segmentos com os quais a organização se relaciona e depende. A comunicação, então, pode ser entendida como um composto que dá forma à instituição, que a informa, fazendo-a ser o que é. São os trabalhos em equipa, os programas de sugestões, enfim todas as práticas organizacionais que propiciem a efectiva participação, estabelecendo vínculos de pertinência e compromisso com a organização.

A imagem que os funcionários têm da sua Instituição é a base da imagem externa da instituição. Não existe melhor estratégia de comunicação do que transformar os seus funcionários em verdadeiros embaixadores da instituição. Cabe às instituições desenvolver mecanismos de comunicação interna eficazes para manter os trabalhadores

bem informados sobre o que diz respeito a todos no geral e, sobretudo, a cada um em particular (Kotler, 1999; Pinol 2004).

Há meios que possibilitam criar um sistema de comunicação interna: memorandos, ofícios/circulares, notas de serviço, relatórios de actividade, cartas de princípios, manuais de acolhimento, folhetos da instituição, fixação de posters, boletins informativos, jornais, mailings internos, vídeos institucionais, painéis de fixação ou luminosos, circuitos internos de TV, correio electrónico.

Contudo, embora estejamos na era da comunicação da alta tecnologia, não há aparelhos que substituam completamente a palavra directamente proferida a alguém (cf. Ramos, 1997). Em função das diferentes necessidades a instituição deve escolher o meio mais adequado a cada momento tais como: reuniões formais e informais; confraternizações (almoços, jantares, aniversário da instituição, etc…; conversas individuais ou de grupo acompanhamento, orientação, diagnóstico das situações); entrevistas; caixa de sugestões; concursos / campanhas de criatividade e de sugestões; cartas abertas; troca de experiências; criação de círculos de qualidade e / ou melhoria contínua; criação de comissões de higiene e de segurança (Jorge et al, 2007).

Quanto à comunicação no seio da organização, ela tem dois propósitos fundamentais (Freixo, 2006, p. 214):

1. Proporcionar informação e compreensão necessárias para que as pessoas possam conduzir-se nas suas tarefas;
2. Proporcionar as atitudes necessárias que promovam a motivação, cooperação e satisfação nos cargos. Estes dois propósitos, em conjunto, promovem um ambiente que conduz a um espírito de equipa e a um melhor desempenho nas tarefas.

Essa comunicação entre os vários elementos da organização faz com que a informação circule e sejam operacionalizadas as respectivas relações, promovendo um ambiente que conduz a um espírito de equipa e a um melhor desempenho nas tarefas.

Há algumas regras para manter a equipa motivada (Ribeiro da Silva, 2005): dar informações e feedback aos funcionários; pedir-lhes ideias e sugestões; envolvê-los nas

decisões; estabelecer canais de comunicação; cumprimentar pessoalmente os funcionários; elogiar o seu desempenho; reunir com os empregados; estimular o sentido de comunidade; remunerar em função do que as pessoas valem. Gerir pessoas é estimular o envolvimento e o desenvolvimento das mesmas. A satisfação das pessoas depende da sua motivação. A motivação leva as pessoas *a* "vestir a camisola" da organização. A formação contínua das pessoas e o comprometimento dos colaboradores são elementos para a qualidade do sucesso.

A comunicação dentro das instituições desempenha vários propósitos (cf. Monteiro et al, 2006): permite uma eficiente interacção entre a direcção, o pessoal técnico e o outro pessoal; faz com que a informação circule; facilita a coordenação do trabalho; permite que todos os elementos da instituição manifestem opiniões, propostas e reclamações; incrementa o envolvimento das pessoas na organização; funciona como factor de interacção e de integração. A comunicação proporciona os meios através dos quais o poder pode ser exercido, desenvolvido, mantido e incrementado. As estruturas de comunicação, as redes e as regras são as avenidas do poder. Por seu turno, para Rego (1999) as relações de poder e o seu exercício criam estruturas de comunicação e regras.

1.7. Estrutura da comunicação na organização: As redes de comunicação nas instituições podem ser formais ou informais. *As redes formais* são redes de comunicação sancionadas explicitamente pela organização institucional e estão relacionadas com as metas e âmbito do seu funcionamento. Na organização, os canais de comunicação devem ser bem conhecidos; devem ligar cada membro à organização; as linhas de comunicação devem ser tão directas e curtas tanto quanto seja possível; há que seguir a rede da comunicação; qualquer comunicação é autenticada pela pessoa dentro da sua competência para emitir a mensagem (Cano, 2003). As organizações muito grandes tendem a formalizar a comunicação, enquanto as mais pequenas não necessitam de recorrer a mecanismos excessivamente sofisticados. Quando o poder está muito centralizado, torna ambígua a qualidade da convivência e a autonomia dos seus membros (Cano, 2003). As *redes informais* não estão contempladas na organização institucional e surgem como expressões naturais ou espontâneas das relações interpessoais. A comunicação informal constrói-se sobre bases muito diversas: é muito determinada por factores de proximidade ou de afinidade entre as pessoas; não acontece

linearmente, daí a sua rápida difusão e a imprevisibilidade do seu desenvolvimento. As redes de comunicação informais têm a função de complementar a comunicação formal. Reflectem a qualidade do grupo; associam-se a um certo sentimento de comunidade; satisfazem necessidades sociais de afiliação (permitem a expressão livre de opiniões perante situações e problemas); permitem a clarificação da informação. As redes informais propiciam um tipo de comunicação mais expressiva, directa e agradável (Cano, 2003).

As redes verticais (ascendentes ou descendentes) podem ver-se como instrumentos do poder e reafirmam a estrutura hierárquica e de controlo. As redes verticais podem ser descendentes e ascendentes e podem apresentar-se como comunicações unilaterais (de sentido único, do emissor para o receptor ou o inverso) ou bilaterais (onde ocorre a reciprocidade) na sua forma oral ou escrita e podem ainda apresentar o estatuto de formais ou informais quanto ao seu estilo ou padrão

Redes descendentes: são as que passam dos níveis superiores para os inferiores. Abunda esta comunicação nas instituições: notas internas, documentos institucionais emanados pelo órgão de direcção. Bilhim et al (1997) enunciam cinco tipos de comunicação descendente:

1. Directivas de tarefa: instrução acerca do cargo ou função;
2. Informação sobre a compreensão da tarefa a desempenhar e sua relação com outras tarefas;
3. Informação sobre procedimentos e práticas de acção social;
4. *Feedback* sobre o desempenho das tarefas;
5. Informação sobre as metas a atingir.

Redes ascendentes são as que fluem dos níveis inferiores da estrutura organizativa para os superiores (Cano, 2003). Estas redes permitem informações úteis tais como: clima relacional, condições de trabalho, sobre os recursos materiais.

Redes horizontais, também denominadas laterais, consistem em trocas de mensagens entre pessoas do mesmo nível hierárquico na organização. As redes

horizontais tendem a desenvolver-se por exigências (técnicas) da divisão do trabalho, por exigências da hierarquia (formais), por exigências da relação interpessoal (informal).

Explicitando mais um pouco, esclarece-se que a *comunicação vertical e autoritária* significa divulgação de informações, transmissão de dados, através da imposição nas mensagens. O emissor transmite as suas mensagens aos outros com o objectivo de levá-los a aceitar o modo de pensar do emissor.

Há muitas formas de comunicar na organização. Há comunicação formal e informal. *A comunicação formal* é oficial e regulamentada, respeita as vias hierárquicas. Na comunicação formal, a mensagem é enviada, transmitida e recebida através de um padrão de autoridade determinado pela hierarquia. *A comunicação informal* é a que está fora dos parâmetros normativos da organização. Tem lugar fora dos canais formais de comunicação A comunicação informal consiste num contacto pessoal e directo permitindo o esclarecimento de questões e contribuindo para a integração das pessoas (Madureira 1990).

Há na organização também *a comunicação diagonal*, a que se verifica entre pessoas de níveis diferentes (cf. Coté, 1994). Visa o fluxo de informação entre especialistas de diferentes áreas funcionais em diferentes níveis de gestão.

Numa instituição, há a comunicação *intrapessoal, interpessoal, grupal, intergrupal, organizacional, intercultural*. Comunica-se pela escrita, valoriza-se o nível denotativo e conotativo da competência comunicativa. As pessoas comunicam oralmente e pela escrita. Aprendem a utilizar também as novas tecnologias. O uso das novas tecnologias nas instituições veio alterar as formas de comunicação. A nova tecnologia pode coexistir com a das relações interpessoais, que permitem o *feedback* cara a cara, verbal e não verbal.

Concluindo, toda a organização tem uma cultura comunicacional. Há, todavia, culturas abertas à informalidade, outras à formalidade; algumas enfatizam a comunicação descendente, outras são mais propensas à comunicação multi-sentido; umas filtram as informações que circulam, outras não. Nalgumas instituições há

confiança, noutras a desconfiança e a retracção (Monteiro, 2006).

1.8. A Comunicação mediada: assenta nos processos de socialização primários e secundários que ao transmitirem comportamentos, hábitos e atitudes, criam condições de vida em sociedade. Torna-se necessário compreender as relações que se estabelecem entre os indivíduos e as instituições. Estudar a comunicação mediada é sempre um fenómeno de contextualizado em determinada cultura, mas que pela acção social dos indivíduos se geram novos fenómenos que tendem a produzir novas instâncias de mediação e contextualização cultural.

A mediação pode ser vista como (Torremoli, 2008):

a) Formação integral (intrapessoal), pois obriga a activar as potencialidades da pessoa em ralação à comunicação efectiva de pensamentos, sentimentos, vivências, reflexões sobre si mesmo.

b) Como processo que veicula convivência (interpessoal): actua como construtora de pontes entre as pessoas.

c) Como elemento de coesão (intragrupal): vínculos que se estabelecem entre pessoas do mesmo grupo.

d) Como nó de intercomunicação (intergrupal): cada grupo entra em contacto com outros, pelo que a pessoa actua individualmente e, ao mesmo tempo, como membro do seu grupo.

e) Como cultura (social): promove atitudes de abertura em relação a outras formas de entender a existência, o reconhecimento e a legitimação das nossas diferenças.

É preciso salientar a importância da mediação comunicativa pois a comunicação executa-se no contexto das organizações; a comunicação é central para a estrutura e a função organizacional; serve de suporte às metas da organização e às metas pessoais dos seus membros; a natureza da comunicação é influenciada pela estrutura organizacional; a natureza da comunicação é afectada pelas necessidades e motivos humanos dos seus membros; a autoridade organizacional é uma questão de credibilidade da comunicação; a comunicação é uma parte essencial da tomada de decisões; as redes de comunicação emergem no processamento de informação.

Os autores distinguem vários *níveis de* comunicação (Dias (2001):

a) *Nível intrapessoal* (diz respeito aos actos de pensar, observar, escutar e ler - diálogo que se estabelece entre os dois "eus" do indivíduo);

b) *Nível interpessoal* (relação entre duas pessoas, sempre que entre eles se estabelece um objectivo ou um propósito, que mantém a interacção entre eles);

c) *Nível grupal* (relações entre um conjunto de indivíduos que pelos objectivos interagem num tempo e num espaço no qual é possível o desempenho de vários papéis cujas normas lhes dá coesão e identidade. A comunicação funciona no grupo como factor de aglutinação e consenso);

d) *Nível intergrupal* (relação que se estabelece pelo menos entre dois grupos);

e) *Nível organizacional* (comunicação formal na organização);

f) *Nível tecnológico* (conjunto de meios e de instrumentos de comunicação e de informação que uma organização disponibiliza para obter os objectivos estabelecidos);

g) *Nível social* (os meios de comunicação transmitem as suas mensagens ao sistema social mais vasto ou para os sistemas comunitários mais restritos).

A comunicação organizacional é a que formal ou informalmente ocorre no interior de uma organização. Valorizamos os níveis de comunicação porque abordaremos, mais tarde, neste estudo, uma organização específica (como veremos, mais adiante, o Centro Social Paroquial) onde se comunica em três níveis estudados teoricamente:

1. *Nível interpessoal* – contexto interpessoal onde se desenvolvem perspectivas de análise da relação interpessoal e se procura avançar com alternativas de melhorias desse relacionamento;
2. *Nível do Pequeno Grupo* – as teorias da comunicação são mais teorias da dinâmica de grupos, mas onde a comunicação está indelevelmente presente;
3. *Nível Organizacional* – existem teorias das organizações: organização científica do trabalho de Taylor; burocracia de Weber, teorias dos sistemas. Não tratam de estudar a comunicação, mas teorizar sobre as organizações onde a dimensão comunicacional é sempre instrumental. Há teorias onde a comunicação é essencial.

2. Teorias da comunicação - múltiplas visões do fenómeno comunicativo

As primeiras correntes de investigação que se desenvolvem no campo da comunicação partem do conteúdo ideológico das mensagens e dos seus efeitos nos receptores (Freitas, 2006). Centram-se nos modelos comportamentalistas. A chamada *teoria hipodérmica* ou da bala mágica postula a existência de um público passivo, composto por indivíduos vulneráveis à grande influência dos meios de comunicação. Na óptica dos defensores desta teoria, as mensagens actuam como estímulos que influenciam directamente todos os indivíduos (Rodriguez, 2004).

A *teoria hipodérmica* (*hipo* significa abaixo; *dérmica*, pele) é elaborada segundo a psicologia condutista que tem como objectivo estudar o comportamento humano com métodos de experimentação e observação das ciências naturais e biológicas. Parte do princípio de que a toda a resposta corresponde um estímulo.

A teoria hipodérmica defende uma relação directa entre a exposição e o comportamento. O emissor tem um papel activo (sobre ele recai a iniciativa da comunicação), e o receptor, um papel passivo (sobre ele recaem os efeitos da comunicação). A sociedade é vista como uma sociedade de massas e o comportamento dos indivíduos entendido como uma relação de causa e efeito (estímulo e resposta). Esta teoria ignora os efeitos da resistência dos receptores à mensagem (Cascais, 2004). Como teoria mecanicista, que concebe a comunicação como um processo de reacção, é conhecida como a teoria das balas mágicas.

Por volta da década de quarenta e cinquenta do século XX, os investigadores começam a fazer o estudo sociológico sobre a capacidade de os meios de comunicação manipularem o público. *O modelo de Lasswell* (1948), que sucede à teoria hipodérmica, entende que para se abordar o acto comunicativo, há que responder às seguintes questões: Quem? (emissor) Diz o quê? (mensagens) Através de que canal? (canais de comunicação) Com que efeitos? (audiências) (cf. Cascais, 2004). Este modelo manifesta a linearidade das teorias de persuasão. Toda a comunicação é intencional e destina-se a obter efeitos. O efeito é a mudança observável no receptor.

O modelo de Lasswell manifesta virtualidades quando aplicado ao processo de propaganda. No entanto, pode ser aplicado a vários níveis da comunicação e baseia-se em três premissas (Blanco e Silva, 2002):

a) É um processo assimétrico, com um emissor activo que produz o estímulo para um público (receptores) passivo;
b) É um processo comunicativo intencional, visando um determinado efeito observável e que pode ser avaliado;
c) É um processo em que os papéis de emissor e receptor aparecem não dependentes das relações sociais, culturais e situacionais em que se realiza o acto educativo.

O *modelo de Lasswell* tenta superar as deficiências da teoria hipodérmica, mas revela-se tão limitado como ela. De facto, o *modelo de Lasswell* é criticado por ignorar o *feedback* e valorizar apenas a comunicação num sentido. Deste modo, por exemplo, o director (quem) gera estímulos e provoca respostas nos funcionários. Os estímulos comunicativos originam uma conduta comunicativa. Os instrumentos comunicativos (canal, linguagem) possibilitam a aplicação dos estímulos comunicativos. O funcionário recebe os estímulos e reage em ralação a eles.

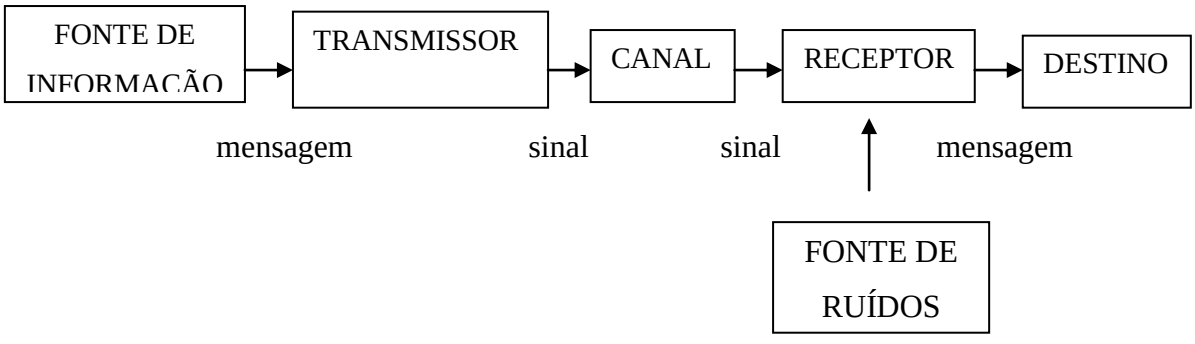
Dos conceitos de *manipulação* (teoria hipodérmica) e de *persuasão* (teorias psicológicas experimentais) chega-se ao termo de *influências*, que considera decisiva a análise do contexto social. Nos anos 70 do século XX, faz-se a investigação sobre os meios de comunicação, e, com o desenvolvimento das teorias funcionalistas, instaura-se a "corrente dos usos e gratificações" que defende o efeito moderado dos meios a partir das diferenças psicológicas individuais e da pertença a distintas categorias sociais. A mensagem é o meio (Mcluhan, 1967). Os meios é que determinam a forma de pensar e os sistemas de valores, ou seja, condicionam a percepção, a sensibilidade e a cultura de uma sociedade (Rodriguez, 2004).

As teorias psicológico–experimentais e as sociológicas atendem aos fenómenos de resistência dos receptores às mensagens e das razões das tentativas de persuasão. Os efeitos de uma mensagem variam conforme o auditório, são variáveis de indivíduo para indivíduo. Nas teorias sociológicas, os factores de mediação são de ordem social. Os

indivíduos não vivem isolados, mas possuem laços sociais que condicionam o modo como recebem as mensagens. A teoria sociológica entende a comunicação como um fenómeno social (Cascais, 2004). Se as teorias hipodérmicas entendiam a relação comunicativa como uma relação de manipulação, as teorias psicológico – experimentais definem-na como uma relação de persuasão e as teorias sociológicas como de influência.

A Escola de Frankfurt considera os meios de comunicação como instrumentos nas mãos das classes dominantes para assegurar o seu domínio social e cultural. Incide na enorme força manipuladora dos meios e considera os meios de comunicação como instrumentos de domínio. As figuras principais desta escola foram: Horkheimer (1895-1973), Adorno (1903-1969), Lowenthal (1900-1993). Os indivíduos são fantoches manipulados pela sociedade. O grupo de Frankfurt criticou o modelo empírico-experimental. As pessoas não dizem o que pensam, mas o que a indústria cultural quer que elas pensem. A indústria cultural anula qualquer individualidade (Santos, 2001). O homem encontra-se em poder de uma sociedade que o manipula a seu belo prazer. A sociedade é sempre vencedora e o indivíduo não passa de um fantoche manipulado pelas normas sociais (Adorno, 1954).

Os investigadores norte – americanos Shannon e Weaver, em 1949, apresentaram a *Teoria Matemática da Comunicação*, procurando medir a quantidade de informação contida numa mensagem e a capacidade de informação de um dado canal, quer a comunicação se efectue entre duas máquinas, dois seres humanos ou entre uma máquina e um ser humano. O esquema apresentado por estes autores é o seguinte (Blanco e Silva, 2002, p.65):



A fonte aparece como detentora do poder de decisão. Decide, entre muitas mensagens possíveis, a que deve enviar. A mensagem seleccionada é transformada pelo transmissor num sinal que é enviado ao receptor através do canal. Aparece também o termo ruído que é algo que é acrescentado ao sinal, entre a sua transmissão e recepção, e que não é querido pela fonte. Sugere-se que se acrescente ao esquema – base um codificador e descodificador semântico. Além da teoria técnica, há o elemento humano de interpretação e compreensão da informação.

Esta teoria procura transmitir informação de forma mais simples, económica e eficaz. Trata-se de comunicação à distância. Shannon e Weaver aproveitaram a distinção existente nas ciências da linguagem entre o nível sintáctico, semântico e pragmático do funcionamento da linguagem e aplicam-na à comunicação (cf. Cascais, 2004). A quantificação da informação, feita pela teoria matemática da comunicação, é a sua fraqueza (Cascais, 2004), mas a medição quantitativa da comunicação aplicada à informática permitiu o desenvolvimento do computador através da utilização da tecnologia digital (Blanco e Silva, 2002). Desta teoria emergem dois conceitos: a entropia e a redundância. A entropia no sentido de haver desordem num sistema de comunicação, falta de previsibilidade, incerteza. A redundância é o oposto da entropia, resulta de uma previsibilidade elevada.

A Teoria informático–informacional de Jakobson (1970) coloca em primeiro plano o processo de codificação e descodificação semântica. Nesse processo, intervêm igualmente variáveis ligadas aos factores de mediação descritos pelas teorias psicológicas e sociológicas. O modelo de Jakobson foi revisto por Umberto Eco (1970). Este segue a semiótica de Pierce e não a de Saussure sustentando que não temos acesso ao real a não ser pela linguagem. É com Umberto Eco que aparece a teoria semiótico-textual. A linguagem não é um meio instrumental de comunicação, mas preexiste à própria comunicação. Todo o interveniente numa relação comunicativa é detentor de um património simbólico que funciona como instrução prévia de leitura do real. A linguagem revela o real e oculta-o. Ela tem tanto de transparência como de obscuridade.

As grandes correntes semiológicas desenvolveram-se para explicar as interacções dos meios com os públicos. A semiologia, ciência dos signos, pretende denunciar o carácter místico das mensagens e suas representações. A corrente

semiológica procura decifrar os níveis denotativo e conotativo da competência comunicativa para encontrar na mensagem os códigos ideológicos e culturais da sociedade.

McLuhan (1964) concebe a história das civilizações em três grandes estádios: 1º do audiotáctil; 2º da escrita; 3º do audiovisual. No primeiro estádio, o suporte é a fala. Depois vem, como lhe chama McLuhan, a Galáxia Gutenberg, a que se segue a Galáxia Marconi. *McLuhan* (1964) aborda a questão da técnica, dos meios, dos suportes da Comunicação. "O meio é a mensagem", diz ele. A temática da tecnologia da comunicação é central na actualidade. Estuda-se a Comunicação dando-se ênfase à globalização e ao multiculturalismo. Multiplicam-se os estudos sobre a linguagem, discurso e sentido na reflexão sobre a comunicação pois os cidadãos do planeta, face à explosão dos meios de comunicação, sentem necessidade de reflectir sobre a Comunicação na Aldeia Global (Mattellard et al, 2005).

No início do século XXI, a comunicação é abordada em debates, em reflexões, por várias áreas disciplinares: Filosofia, Sociologia, Linguística, Semiótica, Antropologia, Educação, Ciências da Educação. Os estudos das Ciências da Informação e da Comunicação - "*Communication Research"* – movem-se entre uma tendência sociológica e uma tendência comunicativa. Ideologia e discurso são dois termos básicos para a construção e representação da realidade. Comunicação, sociedade e cultura são termos básicos para a representação da realidade.

A nova era do conhecimento é a do pensamento visual. Designa-se a era do conhecimento, a do pensamento visual (Barbero, 1999). Hoje analisa-se o papel dos meios de comunicação, principalmente a televisão, como lugares produtores da cultura contemporânea e analisam-se as audiências, os contextos de recepção, marcados pelas relações familiares. Vivemos uma revolução operada pelos multimédia: telefone, televisão, telemóveis que permitem a transmissão instantânea de vozes, mensagens e imagens. A cibernética é, de facto, uma cultura universal. A *Internet* transformou-se no máximo expoente da comunicação sem fronteiras. As novas tecnologias facilitam a nossa vida e dilatam o seu horizonte. A socialização através da cibernética manifesta-se quantitativa e qualitativamente na escola e obriga a uma nova forma de educação (Rodriguez, 2004).

Por sua vez, *a Escola de Palo Alto (*Dias, 2004) apresenta *vários axiomas de interacção*:

a) Todo o comportamento pode ser considerado comunicação, e toda a comunicação pode ser considerada comportamento. Esta proposição não admite a possibilidade da não comunicação. Os indivíduos, quando estão uns perante os outros, não podem deixar comportar-se ou de comunicar. Este axioma além da ideia da impossibilidade de incomunicação, arrasta a ideia de pancomunicação. Estamos sempre a comunicar. Tudo é comunicação: palavras, gestos, mímica, silêncio. Mesmo quando os indivíduos não respondem estão a dizer que não podem ou não querem responder.

b) Todos os processos de comunicação implicam dois aspectos: o conteúdo e a relação. Uma comunicação não se limita a transmitir uma informação, induz um comportamento. Nas interacções humanas há sempre uma lógica informativa ou de conteúdo e uma lógica relacional ou afectiva. Cada comunicação é uma comunicação sobre uma comunicação anterior. É uma metacomunicação. Comunica-se em função do que o outro nos acaba de comunicar.

c) As interacções humanas estão condicionadas pela pontuação ou perspectivação das sequências comunicacionais que se efectuam no decurso de uma interacção (Gregory Bateson, 1987). Quando as pessoas interagem umas com as outras impõem um certo tipo de ordem e sequência causal à comunicação. Cada um vê o mundo à sua maneira. O que importa é entender como cada actor social entende o mundo e lhe dá significado. Disso depende o modo como se relaciona com os outros e atribui significados às próprias mensagens e às dos outros.

d) O homem relaciona-se por duas vias diferentes, mas complementares: a digital e a analógica. A digital diz respeito à comunicação verbal e a analógica diz respeito a todas as formas de expressão que não a verbal. A comunicação digital compreende as palavras que dizemos oralmente ou por escrito. A comunicação analógica compreende gestos, inflexões de voz, riso, lágrimas, movimentações do corpo. A comunicação analógica e a comunicação digital completam-se. A linguagem verbal é mais abstracta e precisa. A

não verbal é mais directa e menos abstracta. A comunicação analógica possui uma semântica e é fundamental no estudo das interacções humanas. Quando se dá a convergência entre estes dois tipos de linguagem, o impacto da mensagem é mais eficaz.

e) As trocas interaccionais entre os indivíduos obedecem ao princípio da simetria (baseado na igualdade, na minimização das diferenças) e da complementaridade (baseado maximização das diferenças). Na sequência de comunicações sobre comunicações anteriores, cada interveniente mimetiza o comportamento do outro (v. g. numa discussão se um ergue a voz, outro eleva-a também). Na interacção complementar, o comportamento de um dos intervenientes completa o do outro como seu negativo (v.g. um dos intervenientes vai baixando o tom da voz e diminuindo a sua exaltação na proporção inversa do aumento da exaltação do seu interlocutor).

3. Competências para a comunicação

A comunicação é a base de todas as nossas relações. Envolve a troca mútua de informações e é, portanto, crucial para o funcionamento da organização que depende da interdependência e cooperação dos membros da mesma. West (2004, p. 52 e seguintes) expõe estas formas de comunicação:

a) *Ouvir activamente* - De todas as competências necessárias para comunicar, ouvir é provavelmente a mais importante A capacidade de ouvir determina se aprendemos algo com uma interacção. Ouvir é um processo activo, e não passivo, que exige toda a nossa atenção. Precisamos de saber o que "o outro" está a dizer, e monitorizar a nossa resposta.

b) *Falar* - O principal objectivo da fala consiste em veicular uma mensagem a outra pessoa ou grupo de pessoas. Para executar esta acção tem de se pensar o que se está a dizer e o modo como se está a dizer. Antes de falar há que se certificar que os ouvintes estão atentos e, em seguida, falar de forma clara e sucinta. Deve fazer-se um esforço por olhar o ouvinte olhos nos olhos, falando devagar e fazendo pausas.

c) *Comunicação não verbal* – Quando interagimos, temos a tendência para nos concentrarmos no conteúdo verbal. Mas grande parte da conversa decorre a nível não verbal, através da expressão facial, da linguagem corporal e da inflexão vocal. Quando duas pessoas comunicam de forma eficiente, sincronizam inconscientemente a sua linguagem corporal à medida que a empatia e a ressonância aumentam. Por exemplo, ambos podem inclinar-se para a frente ou inclinar a cabeça para um lado.

A comunicação dentro da organização pode melhorar sempre. De facto, a comunicação eficaz no seio da organização é vital para o bom funcionamento da mesma, garantindo que toda a gente tem a informação de que precisa para desempenhar as suas funções e coordenar as suas actividades com outras pessoas. O desafio fundamental da comunicação consiste em avaliar quem precisa de informação, de que informação precisa, quando e de que forma.

Há também que criar um ambiente de cordialidade e de apoio (Fernandes, 2009). As pessoas colocadas num ambiente positivo de cordialidade e apoio interpessoal comportam-se de forma cooperativa e altruísta e pensam com mais criatividade. Se as pessoas se sentirem ameaçadas adoptam uma atitude agressiva ou de defesa. O apoio faz parte da cooperação. Neste sentido, enunciam-se quatro tipos de apoio (West, 2004):

a) *emocional:* ouvir os problemas dos outros e oferecer empatia e compreensão;

b) *instrumental:* consiste em fazer algo prático a alguém;

c) *informativo:* descobrir informações que ajudem alguém a executar a sua tarefa;

d) *apreciativo:* fornece feedback ou conselhos que ajudam a compreender os problemas de alguém.

4. Barreiras à comunicação

Há barreiras à comunicação (Pinto et al, 2009; Freitas, 2006; Dias 2004; Pino, 1989). A imagem seduz e conquista (Lasconi, 1992). O impacto da mensagem depende: primeiramente da linguagem visual (movimentos do corpo, expressões faciais); depois do volume, tom, timbre, ritmo da voz; e, só a seguir, da comunicação verbal (palavras) (Lasconi, 1992, p. 61). A comunicação não verbal tem, por isso, grande importância. O

cuidado apontado no estudo da linguagem não verbal aumenta quando nos lembramos de que esta dimensão do ser humano, para além dos factores de ordem pessoal, está sujeita aos regionalismos sociais e culturais em que os actores se movem (Dias, 2004).

As pessoas servem-se da linguagem para comunicar. A linguagem e o pensamento estão intimamente unidos, de modo que os pensamentos (ideias) se transformam em palavras para que os outros possam entender o melhor possível o que se quer transmitir. Na criação, transmissão e interpretação das mensagens verbais podem surgir elementos que dificultam, limitam, obstruem, de modo que a comunicação não seja eficiente. As barreiras mais frequentes podem ser semânticas, psicológicas, fisiológicas e físicas, como de seguida apresentamos:

- *Barreiras semânticas*: São devidas ao uso incorrecto das palavras pelo emissor ou devido ao desconhecimento do significado por parte do receptor. Além disso, nem sempre há concordância entre o que se pensa e o que se diz. A interpretação, às vezes, faz-se pela hermenêutica do suposto entredito. E *"o entredito não é o dito"* (Pino, 1989, p. 62);

- *Barreiras psicológicas:* Cada pessoa tem as suas próprias crenças, atitudes, medos… Há pessoas que pela sua timidez não podem comunicar como desejavam, outras por temor à autoridade do que exerce o poder. Há também a tendência de avaliar os outros e situá-los no extremo do campo de apreciação. A esta deturpação da informação dá-se o nome de efeito de polarização (Pino, 1989);

- *Barreiras fisiológicas:* São derivadas, por exemplo, de ouvir mal, ou expressar-se com dificuldade;

- *Barreiras físicas*: Podem ter várias origens como o ruído ou as interferências, a distância física, o frio, o calor, a humidade, o espaço.

- *Barreiras socioculturais*: São devidas às diferenças entre o emissor e o receptor, tais como: as diferenças religiosas, étnicas, quanto ao nível económico, ao estatuto social, aos costumes. Estas podem originar mal entendidos entre o receptor e o emissor.

- *Barreiras técnicas*: relacionadas com o canal ded comunicação, com o factor tempo, com o excesso de informação (Pinto et al, 2009).

A eficácia da comunicação interpessoal relaciona-se com os estatutos e atribuições dos interlocutores e com a ideia que o emissor faz do receptor. *"Se o emissor estiver convencido de que o receptor tem de si uma má imagem, aquele sentirá maior dificuldade em comunicar de forma eficaz"* (Michel, s/d, p. 343). O tempo, o espaço, o meio físico envolvente, o clima relacional, o corpo, os factores históricos da vida pessoal e social de cada indivíduo em presença, as expectativas e os sistemas de conhecimento que moldam a estrutura cognitiva de cada actor condicionam e determinam o jogo relacional dos seres humanos (Dias, 2001). A relação com os outros é a nossa principal fonte de bem-estar, mas pode converter-se na maior causa de stress e mal-estar. As habilidades sociais são como *"um todo, um conjunto de comportamentos que nos permitem actuar com mais eficácia nas nossas relações sociais"* (Dias, 2001, p. 119). Quem possuir habilidades sociais melhora as relações interpessoais, diminui a ansiedade e o stress, sobretudo nas situações de conflito, e melhora a auto-estima. A habilidade social para com os idosos melhora as relações familiares, desenvolve e mantém amizades, ajuda a passar os momentos de ócio e os tempos livres, melhora a comunicação (Diaz, 2007, p. 121).

A comunicação deve ser: clara, coerente, adequada, oportuna, distribuível, adaptável, interessante. Deve haver precaução em relação aos ruídos que surgem no processo de comunicação e que afectam a sua qualidade. Os ruídos podem surgir em simultâneo ou de forma individualizada em todos os momentos do processo de comunicação, na fonte, no emissor, no *feedback* da comunicação, no conhecimento por parte do emissor que o receptor recebeu a informação.

Há vários ruídos que são vulgares no processo de comunicação (cf. Dias, 2001; Dias, 2004; Freixo, 2006):

- Na fonte (emissor): ambiguidade na formulação da mensagem, falta de clareza, codificação errada da mensagem e várias fontes concorrentes a enviar mensagens semelhantes;
- Na transmissão: distorção dos intermediários, canais sobrecarregados, prioridades em choque, codificação não consentânea com os sistemas de emissão e recepção;

- No receptor: avaliação prematura, desatenção, má interpretação, informação desinteressante e inoportuna;
- Retroinformação (*feedback*): o mesmo tipo de ruídos que ocorrem na transmissão.

Comunicar torna-se, assim, uma arte de bem gerir mensagens, enviadas e recebidas, nos processos interaccionais. Mas não só. O tempo, o espaço, o meio físico, o clima relacional, o corpo, os factores históricos da vida pessoal e social de cada indivíduo em presença, condicionam e determinam a comunicação humana (Dias, 2001).

5. Comunicação eficaz

Há critérios a ter em conta para se conseguir uma comunicação eficaz (Freitas, 2006). Fischer (1978) refere quatro critérios:

1. A eficácia entendida em termos consecução de bons resultados, ou de incremento dos resultados;
2. Eficácia entendida em termos de correcta utilização de técnicas comunicativas adequadas;
3. Eficácia entendida em termos de adequação à outra pessoa com quem se comunica;
4. Eficácia entendida como em termos de funcionalidade da totalidade do sistema comunicativo e não de um ou vários elementos individuais.

O primeiro critério é restritivo e peca por um excessivo pragmatismo. Pode ser adequado sob o aspecto de comunicação instrumental, mas esquece a dimensão relacional da comunicação. A constatação dos resultados não explica como esses resultados foram conseguidos. Os resultados podem ter diversas causas.

O segundo critério implica o conhecimento das técnicas do diálogo, de funcionamento das redes de comunicação, do uso de diversas linguagens e recursos mediáticos. Este critério também apresenta uma visão simplificada da comunicação. A utilização da técnica é funcional e adequada dentro do conjunto do sistema

comunicacional em que se desenvolve (Silva, 1998, p. 135).

O terceiro critério procura conseguir relações interpessoais e intercâmbios informativos entre os sujeitos. Está-se no domínio das relações interpessoais em que o papel do *feedback* é fundamental para se conseguir uma comunicação bidireccional. A eficácia da comunicação depende do grau de afinidade entre os comunicantes, o que implica identificar os filtros conceptuais das outras pessoas, ao longo das suas intervenções e intensidades relativas, e adaptar a mensagem de maneira que resulte congruente com a interpretação das outras pessoas (Fischer, 1978).

O quarto critério dá relevo às características pessoais dos comunicantes, mas também ao contexto social em que se desenvolve o processo comunicativo. Dá atenção à estrutura das relações formais, constituídas por normas e expectativas, com origem noutros subsistemas social, familiar, etc… (Silva, 1998).

Estes critérios não são exclusivos, mas devem realizar-se conjuntamente. Só se pode falar de comunicação eficaz (Silva (1998), se são obtidos bons resultados, possíveis de serem alcançados com a utilização de técnicas comunicativas apropriadas que proporcionem uma actuação diversificada, de adequação mútua e de adaptação aos diferentes contextos comunicativos.

A comunicação é um elemento chave para que uma equipa funcione eficazmente. Para que uma equipa actue exige-se uma actuação em várias frentes (Rodriguez, 2007):

- Utilizar técnicas de comunicação que incrementem a participação e eliminem as resistências.
- Manter reuniões informais ou encontros diários para intercâmbio de informação para provocar colaboração entre os integrantes da equipa e para considerar as iniciativas espontâneas. Este hábito melhora as relações e fomenta a interacção.
- As reuniões informais ou encontros diários, em momentos concretos do dia para o intercâmbio de informação, para provocar colaboração entre os membros da equipa. Isto facilita o intercâmbio de pontos de vista, melhora as relações e fomenta a interacção.
- As reuniões formais são necessárias e constituem o carril primordial de participação

numa equipa.

- Outras reuniões são de comunicação ascendente e destinam-se a determinar as dificuldades ou preocupações da equipa com a finalidade de dar solução aos aspectos, necessidades ou preocupações da equipa.
- A interacção de uma equipa implica que cada indivíduo utilize adequadamente as habilidades indispensáveis, tanto desde o papel de emissor como de receptor.

A comunicação é dar e receber ideias, opiniões, sentimentos, através de mensagens verbais e não verbais. É a base de qualquer processo interactivo. Funciona eficazmente quando reparte por igual entre todos os componentes da equipa: os participantes se dirigem a todos os componentes, ouvem as opiniões de todos, dão uma fácil expressão de sentimentos, apoiam as contribuições dos outros e a comunicação não verbal, e reflecte escuta e congruência com a verbalização (Rodriguez, 2007).

A comunicação dentro de uma organização desempenha vários propósitos (Monteiro et al, 2006, p. 343-344): permite uma eficiente interacção entre gestores e a sua envolvente transaccional e contextual; faculta a obtenção da informação junto dessas mesmas fontes, permitindo a sua consequente disseminação junto de entidades pertinentes; facilita a coordenação do trabalho entre os diversos membros organizacionais; permite que todos os elementos da organização manifestem opiniões, propostas e reclamações junto dos gestores; incrementa o envolvimento das pessoas na organização; funciona como factor de interacção e integração social.

6. Processos de gestão de uma instituição

O processo de gestão de uma instituição exige: planear, organizar, recrutar, liderar e controlar (cf. Murteira, 2004). São, de seguida, expostos estes cinco aspectos:

a) *Planear:* Quem dirige uma instituição precisa de definir objectivos e programar as actividades. O planeamento permite a obtenção e alocação dos recursos necessários para atingir os objectivos de modo que os membros da instituição actuem de forma consistente com os objectivos seleccionados e a orientação definida. É também necessário controlar,

verificando a evolução para os objectivos. O planeamento de pessoas consiste em determinar o que deve ser feito para conseguir os empregados necessários à organização (Murteira, 2004; Romão et al, 2008).

b) *Organizar:* Quem dirige uma instituição precisa de saber desenhar e desenvolver a organização. Esta tarefa consiste na identificação e classificação das actividades necessárias para atingir os objectivos da instituição. É preciso também saber dividir a tarefa global em componentes específicas que devem ser executadas atribuindo cada tarefa (ou várias) a uma pessoa. A divisão do trabalho tem vantagens: maior rapidez e eficiência; especialização; menos tempos mortos; maior qualidade; selecção e treinos mais fáceis; maior escolha; maior disponibilidade de mão-de-obra. Na organização, as actividades podem ser divididas por projectos. É necessário dividir o trabalho, designar actividades, agrupá-las em órgão e cargos, alocar recursos, definir autoridade e responsabilidade. Um dos aspectos fundamentais é assegurar a pessoa certa, com as qualificações certas, no local e nos tempos certos, para que melhor sejam cumpridos os objectivos (cf. Romão e all, 2008; Murteira, 2004; Gunther, 2009).

c) *Recrutar:* A direcção de qualquer outra organização, tem de ter capacidade de seleccionar, colocar e treinar as pessoas para a execução de cada tarefa (West 2004). O recrutamento exige que se saiba previamente quem se vai recrutar, quantos se vão recrutar e por que é que se vai recrutar. É preciso, por isso, que se determine as necessidades da organização. O recrutamento pode ser interno, feito dentro da organização. Este recrutamento tem a vantagem de ser rápido e de já se conhecer o perfil do candidato. Mas pode também ter desvantagens: desmotivação dos preteridos, parcialidade na escolha e o risco da pessoa não se adaptar à nova tarefa. O recrutamento exterior faz-se, por exemplo, recorrendo a anúncios nos jornais, procura nas agências de emprego, nas Universidades e Escolas de Formação Profissional. Existe, neste caso, um risco maior do que no recrutamento interno de escolher uma pessoa inadequada. O processo de selecção é composto por várias etapas: pré- selecção, entrevista inicial, preenchimento de boletim de candidatura, testes psico – técnicos, entrevista.

d) *Liderar* (dirigir, motivar): A direcção de uma organização tem de fazer com que os membros da organização actuem com vista a atingir os objectivos fixados e que são

comuns, suscitando confiança e respeito. Isto implica saber conduzir pessoas, de modo a influenciar e conseguir que elas façam o que o líder quer que seja feito. O líder precisa de ter uma personalidade forte, capacidade de iniciativa, autoconfiança, capacidade e gosto de tomar decisões, inteligência, necessidade de realização pessoal, capacidade de planear, organizar, dirigir e controlar. O líder é disciplinado, pontual, tem cuidado com a aparência, sabe lidar com as pessoas. Sabe dirigir sem pressão, é leal à equipa de trabalho, demonstra confiança nas pessoas, sabe conduzir o ambiente em clima saudável. A liderança tem muita influência na motivação das pessoas da instituição pois o líder respeita os seus colaboradores e preocupa-se com os seus sentimentos e necessidades pessoais (Murteira, 2004; Rego, 2002).

e) *Controlar:* Quem dirige uma instituição tem de assegurar que as acções dos membros da organização a façam avançar em direcção aos objectivos fixados. Inclui restabelecer padrões de desempenho (performance), medir o desempenho real e compará-lo com os padrões e desempenhar acções correctivas. Esta função deve conduzir à determinação correcta dos desvios verificados e definir as acções necessárias para que sejam corrigidos e evitados no futuro.

Gestores são, portanto, aqueles que, na organização, conseguem coisas realizadas com o trabalho dos outros, planeando, organizando, dirigindo e controlando. Gerir uma organização implica, acima de tudo, decidir que objectivos prosseguir e qual a sua hierarquia em termos de relevância, quais os caminhos para os atingir (estratégias e tácticas), como organizar os recursos humanos e materiais disponíveis, como dirigir os subordinados e como analisar em que medida as realizações correspondem ou não ao planeamento efectuado (Murteira, 2004; Romão et all, 2008).

A actuação dos gestores avalia-se geralmente por padrões de eficácia (atingir os objectivos e gerir recursos) e eficiência (maximizar os outputs e minimizar os inputs). Para ser eficiente e eficaz, o gestor deve possuir e desenvolver várias aptidões (West, 2004):

a) Aptidão conceptual – capacidade para apresentar ideias gerais e abstractas e aplicá-las em situações concretas. Engloba a capacidade para ver a organização como um todo (funções, relação com o meio…);

b) Aptidão técnica – capacidade para usar conhecimentos, métodos ou técnicas específicas no seu trabalho concreto (informática, marketing, contabilidade, etc…);

c) Aptidão para gerir pessoas – capacidade de compreender, motivar e obter a adesão das outras pessoas. Envolve características relacionadas com as capacidades de comunicar, trabalhar e entender as atitudes e os comportamentos dos indivíduos e dos grupos.

A gestão de uma instituição tem várias funções: fixa objectivos; organiza; motiva e comunica; assegura que cada um tenha à sua disposição elementos de medição focados na organização do trabalho; desenvolve as pessoas. A organização existe para atingir determinados objectivos. Os objectivos têm de estar claramente definidos para se poder avaliar os resultados.

No processo de decisão intervêm vários elementos (Freitas, 2006): o indivíduo que decide; o objectivo ou objectivos que se pretende atingir; os critérios orientadores da opção a tomar; a estratégia ou o conjunto de meios para atingir os objectivos; a situação em que se encontra; o resultado da decisão. O processo da tomada de decisão é complexo e tem várias etapas: definição do problema; avaliação de alternativas de solução; consequências de probabilidade de cada alternativa; escolha de alternativa; decisão. Como decidir, então, numa organização?

7. Comunicação na gestão / tomada de decisões / liderança

Negociar eficazmente, em diferentes contextos e situações, constitui uma necessidade para todos os actores de uma organização (Simões, 2008). Na organização, tomam-se decisões. O processo de tomada de decisão tem várias fases: definição, informação, análise, resolução, determinação e execução. Estas fases não são estanques, mas interdependentes, pois decidir não é apenas escolher a partir de um critério entre uma ou várias possibilidades. É também executar (cf. ISET, s/d, pág. 51-55). A tomada de decisão é um processo que supõe etapas a ser respeitadas (Chiavenato, 1997). Quanto mais se desenvolve a racionalidade do processo de decisão, mais probabilidades se tem de encontrar a decisão mais acertada. Após a execução, é necessário fazer a avaliação dos

resultados (cf. Rego, 2002).

As insuficiências e as imperfeições das decisões têm quase sempre origem nas fases do processo. Nem sempre se dispõe de informação suficiente em quantidade e qualidade; há condições humanas, estruturais, contextuais e materiais que limitam a racionalidade e o sentido dos comportamentos observáveis; além disso, na decisão interagem a ética, a representação do real e os objectivos. Convém precaver também que as pessoas tomam decisões racionais (adequação de meios - fins) apenas em relação aos aspectos da situação que conseguem perceber e interpretar). Não procuram, pois, a solução óptima mas a satisfatória. A solução óptima é um mito (Chiavenato, 1993).

A decisão não compete só ao chefe ou ao especialista. No caso dos CSP, por exemplo, não pertence apenas ao presidente da direcção ou ao director técnico. Há também a decisão de grupo. A direcção é um órgão colegial. Os seus membros agrupam-se muitas vezes para elaborarem planificações, fazerem o plano de actividades, elaborarem os projectos de investimentos, o regulamento interno... O processo de decisão é uma construção em que devem intervir os actores de uma organização. A participação quer-se cada vez mais alargada. A participação na tomada de decisão é uma dimensão da colegialidade, e é uma característica das instituições eficazes. A participação nos processos decisórios leva a consensos e propicia a coesão, a cooperação e a motivação de quantos trabalham na instituição. As pessoas não se empenham se não forem envolvidos no processo de decisão. Se não há a participação exigida, não se gera o consenso, a solidariedade, a coesão e a cooperação dos vários actores. Portanto, os funcionários da instituição devem ter os seus representantes nas reuniões da direcção. Os gestores, antes de tomarem uma decisão, devem apresentar propostas, permitir a discussão e a participação dos intervenientes na vida da organização (cf. Rego, 2002, p. 182).

O clima de coesão de uma instituição depende muito do estilo de direcção exercido e do processo decisório. Os órgãos de gestão traçam orientações a seguir e onde vão investir prioritariamente. Quando o não fazem, ficam bloqueados ou sujeitos aos técnicos da contabilidade e/ou da acção social, como acontece tantas vezes. Quando não há a participação exigida, não se geram consensos, nem há coesão, solidariedade e cooperação entre os diversos actores. Na verdade, os funcionários empenham-se mais se forem

envolvidos nos processos de decisão. Não há boa liderança sem a reflexão e acção dos liderados. A liderança e decisão exigem que as pessoas se encontrem em diálogo, que comuniquem, tenham consciência crítica, desenvolvam o espírito do "nós" que una todos os participantes na vida da instituição. Nos grupos coesos, os membros sentem-se atraídos por cada um dos outros e pelo grupo num todo (cf. Rego, 2002, p. 181).

A decisão não procura o óptimo, mas o satisfatório. Grande parte das decisões é tomada de forma intuitiva. A experiência também ajuda a decidir. Os factos motivam as decisões. Há, no entanto, tomadas de decisão amadurecidas através de longa reflexão. Lavergne aponta várias fases na tomada de decisão: definição, recolha de informações, análise das informações, resolução, determinação e execução. O processo de decisão é sequencial. Cada fase é indispensável. Na decisão interagem: a representação do real, os objectivos e os valores éticos (Simões, 2008; Raiffa, 1982; McGin, Thompson & Bazerman, 2003).

A representação do real (conjunto de imagens que possuímos da realidade) sugere possibilidades de decisão. A representação da realidade está dependente da nossa sensibilidade, experiência, volume de informação, conhecimentos científicos… Varia, assim, de pessoa para pessoa. Do mesmo modo, também a interpretação do real. Pensamos de modo diferente a realidade, quando não opostamente, porque nem sempre dispomos de informação suficiente, porque a nossa visão da realidade é condicionada pelos valores éticos perfilhados e pelos objectivos pretendidos por cada um. O mesmo acontecimento, a mesma pessoa, a mesma realidade podem ser vistos de muitos ângulos. "A forma como se vêem as pessoas que intervêm na escola depende dos óculos que se têm" (Alves Pinto 1992, p. 32). As representações das outras pessoas podem resultar de circunstâncias parciais que conduzam ao engano. A informação é importante, mas é preciso confrontar as ideias com as opostas, filtrar a informação do real antes de decidir.

Os objectivos são a expressão formal do que se pretende obter tendo em conta os constrangimentos a que estamos submetidos. Os objectivos orientam e delimitam a representação do real, justificam ou contestam a decisão, reforçam os valores da ética. No processo decisório intervêm os valores morais, filosóficos e afectivos a que chamamos ética. Às vezes, na decisão, surgem-nos vários valores e temos e temos de proceder à sua

hierarquização antes de decidir. A decisão modifica a representação do real, determina os objectivos e confirma a ética (Duplá, 2001; Brito, 2001; Cortina 2001).

Não é fácil tomar uma decisão em conjunto (Pinto et al, 2009). A representação do real diverge de pessoa para pessoa, bem como os objectivos e os valores éticos. O mesmo acontecimento é visto de diferentes ângulos por cada um, porque divergem na observação do real, nos objectivos e nos valores éticos. Daí que a decisão, feita em grupo, é fruto de diálogo, de negociação, de consensos. Os objectivos e as decisões são partilhados, negociados constantemente e não impostos. As soluções óptimas são muitas vezes uma miragem. O que obtemos são soluções satisfatórias. No final, é preciso ver os resultados, fazer a avaliação da decisão. Faz parte da do processo geral da decisão a avaliação dos resultados.

8. A participação como comunicação

A participação na vida da organização é um dever e um direito de todos os que pertencem à instituição. É comum dizer-se que a não participação coloca nas mãos dos outros as responsabilidades das decisões que deveriam ser de todos. A participação exige formação das pessoas, respeito pelas opiniões dos outros e é a expressão de liberdade, de responsabilidade, de respeito, de comunicação, de comunhão, de corresponsabilidade entre todos.

Etimologicamente a palavra participação vem de dois vocábulos latinos: *partem* + *capere* = tomar parte. Participar não significa assumir um poder, mas participar de um poder (cf. Motta 2003). Participação é uma palavra-chave, omnipresente nos discursos políticos, normativos, pedagógicos organizacionais. Lima (2001) salienta que se passou de uma participação espontânea para uma participação organizada e decretada. Depois, distingue várias formas de participar[40].

[40] *Participação directa* (uma pessoa um voto); *Participação indirecta* (realizada por intermediários designados para o efeito; *Participação formal* (participação decretada, regulamentada, sujeita a regras, normativamente referenciada); *Participação não formal* (não regulamentada formalmente). Os actores intervêm na própria produção de regras. A participação não formal é uma interpretação local das regras

Sobre a não participação, quando se pensa que não se está a participar, está-se, afinal, a escolher uma modalidade específica de participação. Quando se opta por não participar, está-se a participar e há "cooperações e alienações estratégicas" (Alves Pinto, 1995, p.61). As decisões não podem ser tomadas só por quem manda. É importante ouvir as opiniões e atender às sugestões das pessoas antes de tomar decisões. A participação personaliza os indivíduos e sociabiliza-os. Quando o trabalho é partilhado por todos, cresce o sentimento do "nós" em vez dos individualismos. A participação torna-nos sociáveis. A sociabilidade dá-nos a capacidade de viver com os outros uma acção em comum. No entanto, participar não implica necessariamente que todas as pessoas opinem sobre todas as matérias", mas a participação implica envolvimento (Motta, 2003).

---

formais; *Participação informal* (não estruturada formalmente, à margem de estatutos e regulamentos. A participação faz-se sem regras. Os actores participam de outra forma, elegendo objectivos não definidos formalmente); *Participação activa* (atitudes e comportamentos de elevado envolvimento na organização. Aprofunda e alarga as margens de participação, as margens de autonomia dos actores. Por exemplo, produz propostas, elabora petições, divulga informações, recorre a lutas sindicais); *Participação reservada* (actividade menos voluntária, mais expectante, calculista, sem correr riscos, de não comprometer o futuro. Caracteriza-se por não se empenhar definitivamente aguardando a possibilidade de tomar uma posição definida posteriormente); *Participação passiva* (sem recusar a hipótese de participação, fica-se pelo alheamento, desinteresse, apatia, envolvimento mínimo. Manifesta-se no absentismo em geral, na falta a reuniões, na resistência a aceitar cargos e funções, no desconhecimento das formas de participação. *Participação convergente* (participação orientada para o consenso, para atingir os objectivos). O envolvimento na interacção, na participação convergente depende da gratificação que se espera. *"Quando se não sente grande gratificação da participação convergente e prevê que a participação divergente lhe pode ser mais útil, é natural que vejamos surgir a modalidade de estar na escola correspondente"*…e a "*frequência com que o desinvestimento na cooperação pode revestir a estratégia de apatia ou de abandono depende do contexto e do tipo de vínculo da pessoa à instituição em causa"* (Alves Pinto, 1995, p. 167); *Participação divergente* (opera uma certa ruptura com as orientações oficialmente estabelecidas tendo em vista a renovação, o desenvolvimento, a inovação e a mudança). Também há a *não-participação* que pode ser consagrada ou decretada, imposta ou forçada: *A não-participação consagrada* – Dá-se, por exemplo, quando a Constituição Portuguesa consagra formalmente direitos, liberdades e garantias individuais dos cidadãos, mas enumera diversos princípios reguladores e limitadores desses direitos; *A não-participação decretada* – Prevê e regulamenta a participação de certos actores e não permite determinados tipos de participação noutras áreas.

Os comportamentos extra-papel desde há muito vêm sendo reconhecidos como fundamentais para o funcionamento das organizações. Todavia, cada actor deve executar as obrigações inerentes ao papel que a organização lhe atribui. Além do papel há o extra-papel. *As organizações só funcionam eficazmente se as pessoas que nelas trabalham se dispuserem a fazer algo mais do que aquilo que está prescrito para os seus cargos (Rego, 2002, p.2).* O comportamento extra-papel é voluntário, intencional, positivo, desinteressado.

A cidadania moderna foi entendida primeiramente como cidadania de liberdade. Depois a cidadania transforma-se de mera liberdade, em cidadania de participação. No primeiro quartel do século XX, a cidadania cívica e democrática torna-se também social. (Braga da Cruz, 1997, p. 195) acrescenta que *"a cidadania integra na sua definição, para além da liberdade e da participação, também a solidariedade".*

Um centro geriátrico, por exemplo, é uma instituição organizada onde interagem diversos membros que sentem (ou devem sentir) necessidade de participar de modo pessoal. A palavra membro evoca a imagem de um corpo. Os membros são partes dependentes e destacáveis do corpo. Pessoas distintas também podem ter algo em comum e a construir em conjunto. A participação é "um processo (consensual e conflitual) de um modo de contribuir para a construção da organização, sacrificando, até certo ponto, os objectivos, os interesses singulares e pessoais e a liberdade e a autonomia individuais" (Alves, 1992, p. 36).

Na instituição, todos os seus elementos interagem e se relacionam. Quando há participação nas actividades, nas planificações e projectos cria-se o sentido de pertença. O sentido de pertença fortalece-se quando os membros da comunidade são chamados a determinar e a definir o que se faz e se passa na instituição que integra. A participação faz-nos parte e leva-nos a sentir ser parte da instituição. Os utentes e funcionários, a autarquia, os representantes económicos e culturais são chamados também a intervir activamente nestas instituições. Uma instituição, ao prestar os serviços aos utentes e ao promover a comunicação entre todos os intervenientes, intervém de forma significativa na sociedade (Badesa, 2006).

Participar nas actividades é participar em grupos. Num grupo, todos participam de várias maneiras: inserindo-se no grupo; abertos ao diálogo; em comunhão; com espírito crítico; alimentador da coesão no grupo. A participação nos grupos leva à identificação. Identificar-se com o grupo é sentir o grupo como seu, é ter a consciência, como dissemos anteriormente, do "nós". A participação leva também à integração. "A integração é a capacidade de os participantes de se ajustarem ao grupo, e de no grupo e com o grupo criarem e transformarem" (Jorge, 1983, p. 52). Esta presença exige ser-com-o-grupo. Esta tomada de consciência é fundamental para a realização da participação e da identificação.

A participação é um direito de todos os membros da comunidade e é também um dever de cada um. Todavia, cada actor deve executar as obrigações inerentes ao papel que a organização lhe atribui. Além do papel há o extra-papel. Como defende Rego (2002, p. 2), "as organizações só funcionam eficazmente se as pessoas que nelas trabalham se dispuserem a fazer algo mais do que aquilo que está prescrito para os seus cargos". O comportamento extra-papel é voluntário, intencional, positivo, desinteressado.

De acordo com Rego (2002), as dimensões de cidadania organizacional mais frequentemente encontradas nos estudos são:

1. O desportivismo (não se queixar das mudanças na organização);
2. A conscienciosidade (a pessoa cumpre as regras e regulamentos, mesmo que ninguém veja e é assídua e pontual);
3. As virtudes cívicas (o indivíduo está a par dos acontecimentos organizacionais, assiste e participa em reuniões);
4. O altruísmo (ajuda outra pessoa ou tem uma tarefa relevante na organização);
5. A cortesia (a pessoa é cautelosa com comportamentos que podem afectar os postos de trabalho das outras pessoas).

Nas instituições gerontológicas há utentes, funcionários técnicos e não técnicos, há pessoas dependentes e independentes. Todas devem participar, conforme as suas possibilidades, nas actividades que lhes são propostas. No que diz respeito aos utentes, a

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), apresentando novas classificações de incapacidades, propõe o seguinte esquema (cf. Figueiredo, 2007, p. 65):

a. Défice na funcionalidade (substitui o termo deficiência): é a perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica.
b. Restrição da actividade (substitui o termo incapacidade): restrição ou perda de capacidade para exercer actividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de um défice no funcionamento.
c. Restrição na participação (substitui o termo desvantagem): desfasamento entre as limitações surgidas, na sequência de um défice no funcionamento e/ou restrição da actividade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal.

As pessoas com incapacidades têm défices na funcionalidade, na actividade, na participação. No entanto, fala-se em participação na organização, no grupo, na vida pública, nos lucros das empresas, nas decisões, nas eleições, e também se fala da participação nas actividades de uma instituição gerontológica. Ao pessoal técnico e não técnico de uma instituição de idosos pede-se a participação nas actividades da instituição. Sempre que possível tenta-se também o envolvimento das famílias. No entanto, é mais difícil colocar a participar os idosos devido aos défices de saúde e mobilidade. Apesar de tudo, muito se pode fazer.

Os programas de animação sociocultural, entre outros objectivos, visam (Limon Mendizabal, 2001): criar redes sociais; manter ou melhorar a comunicação; possibilitar a implicação social; potenciar o associativismo; realizar encontros inter-geracionais; favorecer os contactos sociais; realizar actividades de voluntariedade. A mesma autora sugere algumas tais como: organizar grupos para celebrar as festas locais e os aniversários; oficinas de histórias de vida; grupo de contar contos às crianças; grupo de ensino de jogos antigos às crianças; participação nas actividades locais e comunitárias; grupos de ajuda mútua; participar em grupos de voluntariado.

Pelo que dissemos, surge no Centro Geriátrico a função do *animador social* como tendo um papel fundamental na instituição. A animação social tem quatro palavras – chave (Serrano, G. 2006):

1. Desenvolvimento: cria condições adequadas para que os sujeitos resolvam por si mesmos os problemas comuns.
2. Relação: fomenta grupos ou encontros interpessoais e intergeracionais. Instaura a comunicação e o diálogo.
3. Criatividade: promove a iniciativa, impulsiona a responsabilidade tanto individual como colectiva.
4. Participação: individual ou em grupo em todos os ambientes. Promove a participação comunitária com a incorporação do religioso, o político, o cultural, o festivo, o associativo.
5. Convivência: dá coesão aos grupos através da aceitação, da comunicação, da relação intergeracional, dos encontros sociais, dos grupos de trabalho, dos grupos de apoio, distribuição de papéis em distintas tarefas associativas.

A animação sociocultural, que melhora a qualidade de vida dos utentes, dá-se no tempo, num espaço concreto, orienta-se para os grupos e para os indivíduos isolados, visa fomentar a autonomia pessoal. A animação social permite que os idosos vivam cheios de vida, de ilusão, de sentido, de dignidade, de felicidade. Desenvolve capacidades, habilidades e destrezas das pessoas e promove a sua realização pessoal. Motiva as pessoas para que continuem activas, solidárias, úteis na sociedade. A animação social procura aproveitar o potencial cultural, experiencial e humano das pessoas idosas em ordem à sua participação e presença nas instituições e na dinâmica social.

9. Comunicação geriátrica

O envelhecimento produz alterações na comunicação do idoso. Quando ao envelhecimento normal se junta um processo patológico de deterioração essas dificuldades aumentam. Num e noutro caso, o idoso necessita de trocar afectos com alguém, mas muitas vezes já não tem parentes que possa desempenhar esse papel. Por

isso, o pessoal que lhe presta apoio deve ser preparado para entender isso, e saber escutá-lo, esclarecê-lo com paciência. A comunicação com o idoso exige paciência e tempo para o escutar. Olhar o idoso e deixá-lo falar sem o interromper.[41]

Além disso, é preciso dizer que cada idoso é diferente e deve ser tratado de sua maneira. Barreto (2006, p. 122), apelando ao respeito pela sensibilidade do idoso, dá normas para uma boa comunicação com o idoso:

> Nunca use alcunhas ou expressões jocosas: trate-o por "Senhor Silva" ou "D. Manuela" e não por bigodes ou chorona. Mostre-lhe que sabe quem ele é, falando-lhe da sua terra, família, vida passada. Lembre-se que muitos idosos, especialmente os homens, gostam de falar da antiga profissão. Não tenha a obsessão de corrigir os erros e exageros do que ele diz. Por exemplo, se ele diz que o filho é muito importante, não é preciso contrariar…Se ele se repete, não acuse: está sempre a dizer a mesma coisa. Tente aproveitar ideias e sugestões do idoso ao planear actividades, fazendo-lhe sentir que foi escutado. De vez em quando, fale com o idoso só, sem a presença de outras pessoas, mesmo de família. Ele pode querer fazer perguntas, queixas, confidências.

É preciso sobretudo estabelecer uma sólida relação com os idosos adequando a linguagem verbal, o ritmo, o momento, o ambiente, os gestos, o olhar, pois tudo isso comporta um acto comunicativo (Fernandez (2007). A comunicação é de fundamental importância para dinamizar as relações entre as pessoas e, em especial, entre os idosos.

[41] **Relacionamento com o cliente/utente:** É confidencial e respeita a individualidade do cliente/utente, independentemente do grau de dependência; é estabelecida de forma calma, amável, carinhosa/humana, segura e competente; utiliza uma linguagem adequada, simples, clara e adulta (nunca infantilizante); é específica e sensível aos sentimentos do cliente/utente; o cliente/utente é o centro, independentemente do canal de comunicação utilizado (palavras, gestos, sons, olhar, outro); sustentada numa conversação sobre assuntos do interesse ou necessidade do cliente/utente; estimula o desenvolvimento das capacidades funcionais e cognitivas do cliente/utente; as mensagens são realizadas na 1ª pessoa; existe um equilíbrio entre o ouvir e falar; valoriza o contacto visual, sendo que a comunicação não-verbal é consistente com a comunicação verbal (Manual de Boas Práticas, 2005-Instituto de Segurança Social. I. P.).

O cuidador de idosos deve saber estabelecer uma boa comunicação com eles. As dificuldades de comunicação aumentam consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afectiva de cada um (Reis e Rodrigues, 2002). Na comunicação, é importante a relação que se estabelece com o idoso pois são sensíveis ao clima afectivo que se estabelece com eles. Daí que comunicar é uma arte que não consiste apenas na troca de palavras, mas num partilhar de emoções, de sentimentos, de ideias. Exige capacidade de falar e escutar (Berger, 1995). Até o silêncio tem importância pois transmite a vontade de ouvir e de estar atento mesmo às expressões faciais. Tanto quanto possível, o cuidador deve tornar a mensagem clara e concisa para que seja eficaz (Berger, 1995). Quem cuida ou lida com idosos tenta pronunciar frases simples, falar lentamente, usando um vocabulário e um ritmo adequados ao utente. A empatia é a habilidade para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar-lhe o grau de compreensão que ela atingiu (Watson, 1985). Os olhos são meios importantes na comunicação. O olhar é para o idoso serve fazer-lhe sentir que prestamos atenção, interesse (Davies, 1995). O idoso deve ser visto, portanto, como uma pessoa numa perspectiva holística e humanista.

O envelhecimento, as dificuldades, a deterioração da comunicação e da linguagem têm consequências sobre a qualidade de vida do idoso. Também nesta situação o cuidador, baseado na comunicação verbal e não verbal, deve provocar no utente uma mudança em direcção à autonomia.

Os conflitos e transtornos mais frequentes em pessoas idosas, enfermas ou com incapacidade, são: ansiedade; estados depressivos; comportamento agressivo; desinteresse e inactividade; agitação; deambulação errática; alteração do sono; transtornos do apetite. Deve-se atender às dificuldades e deterioração da linguagem na velhice – perda de eficácia no processamento léxico, sintáctico e discursivo.

Para muitas pessoas, como anteriormente vimos, a velhice começa a ser percebida como uma fase dolorosa da vida, sem perspectivas, marcada pela presença de doenças e perdas (Pinto, 1993): perda do trabalho, da família, da posição social. Para além deste declínio, há as questões relacionadas com a convivência entre idosos sobretudo os que vivem em instituições sociais. Vivem juntos, comem juntos, mas nem

sempre comunicam entre si.

De facto, algumas das maiores perdas do idoso podem ser a diminuição das actividades, as doenças físicas e mentais, a solidão, o isolamento social, a depressão. Além destas perdas deve-se ressaltar que as pessoas idosas têm dificuldade em relacionar-se umas com as outras, e com o ambiente. O idoso institucionalizado sofre isto tudo mas também a ausência da família e o ambiente da instituição pode propiciar o isolamento social. A dificuldade do convívio social dos idosos quer na família quer na instituição, pode ser consequência das alterações fisiológicas e fisiopatológicas decorrentes do envelhecimento (Assis, 1999).

A comunicação facilita a interacção das pessoas idosas. Muitos dos idosos internados têm deficiências auditivas, mentais, visuais, motoras, mas é com eles que e os trabalhadores sociais, numa instituição, trabalham e têm de estar motivados para exercitar a comunicação para fortalecer o seu convívio social, estimular a participação nas actividades. O ambiente pode motivar o idoso a desenvolver um diálogo num clima de respeito tendo-se em consideração os seus interesses e suas limitações (Moura, 2005). As actividades facilitadoras da interacção permitem que os idosos sejam sujeitos desse processo e não apenas receptores de acções de saúde.

A relação com o idoso e principalmente com o idoso doente é, por vezes, difícil de estabelecer. Vejamos alguns princípios de actuação na comunicação com os idosos (Barreto, 2006, pp. 117-118):

1. *Adaptar-se às suas deficiências*: falar lentamente e em alta voz, com clareza e redundância. Focar um tema de cada vez, com simplicidade. Ser breve…
2. *Comunicar abertamente*: permitir uma entrevista privada, sem a presença de outros familiares, para que o doente poder expressar dúvidas, receios e queixas…
3. *Respeitar as suas defesas*: aceitar certas incongruências sem contrariar; compreender pequenas contradições ou negações.
4. *Respeitar a sua personalidade*: tratar o doente pelo seu nome; falar sobre o seu passado, sua família, profissão anterior.

5. *Dar valor ao que o doente ainda pode fazer*: Na instituição deixá-lo executar as coisas à sua maneira, se não for inconveniente.
6. *Reeducar, na medida do possível*: Fazer aprender o que pode ser compreendido.
7. *Ter prioridade de objectivos*: Não pretender tratar todos os sintomas.
8. *Procurar o que o idoso/doente espera do trabalador social*: Acima de tudo, quer confidenciar com alguém, quer que lhe preste atenção.

O encontro entre o prestador de cuidados com o idoso deve tender mais para a compreensão. A atitude psicoterapêutica no idoso não obriga a uma distância nem neutralidade rígida, mas a um apoio explícito e a uma atmosfera de calor humano que são bem-vindos.

O envelhecimento provoca uma perda de eficácia no processamento das operações, afecta a atenção, a memória operativa e o controlo inibitório e tem consequências sobre o funcionamento da comunicação e da linguagem (Wingfied et al 2000). Na velhice, há mudanças na atenção. Os idosos têm dificuldade para atender à informação relevante, e para inibir a informação irrelevante que produz indiferenças (Zacks y Hasner, 1994). As alterações de atenção, memória operativa e controlo inibitório têm consequências sobre a eficácia da comunicação. A comunicação só é eficaz se ambos os interlocutores prestam atenção um ao outro, se a atenção se focaliza e muda sobre os mesmos conteúdos, e, se o que dizem o fazem, é relevante para ambos.

O envelhecimento tem também consequências nas relações sociais sobre a disponibilidade de interlocutores. As mudanças nas interacções sociais não podem ser consideradas à margem dos aspectos emocionais. O bem-estar emocional, o controlo das emoções e a motivação têm especial relevância na vida das pessoas idosas. Pode-se analisar a vida emocional em várias dimensões (Juncos, 2006, p. 172). Os idosos podem projectar a sua capacidade emocional para novas relações sociais e familiares, novas amizades, novas actividades de voluntariado social, e para novos interlocutores.

No léxico dos idosos, mantém-se e incrementa-se a sua capacidade compreensiva: aumenta a quantidade de palavras no seu vocabulário. Mas os idosos têm dificuldades na sua capacidade produtiva. As dificuldades manifestam-se em tarefas como: encontrar a palavra adequada para nomear objectos ou acções; dizer nomes a partir de uma categoria dada (por exemplo dizer nomes de animais carnívoros); encontrar a palavra exacta para uma definição. Uma das queixas cognitivas mais frequentes é o "fenómeno da ponta da língua". Consiste na demora ou impossibilidade de dizer a palavra adequada, mas tendo a sensação de certeza absoluta de conhecer essa palavra (Burke, et al 1991).

Quanto à sintaxe, os idosos têm dificuldade na compreensão, repetição, produção e uso espontâneo de orações complexas tanto na linguagem oral como na escrita. Estas dificuldades estão relacionadas com a MO (Dede, Kaplan et al, 2004) que alteram o processo de estruturar uma oração sintacticamente complexa.

Muitos idosos têm dificuldade em compreender histórias ou notícias complexas ou para compreender uma conversação quando intervêm várias pessoas. Dão-se conta que falam demasiado e perdem muito tempo quando querem contar uma história (Juncos et al, 2006). As dificuldades na compreensão podem dever-se a problemas para organizar a informação no todo coerente. Os problemas no funcionamento da MO dos idosos podem ser a origem das dificuldades na compreensão e produção do discurso. A redução do conteúdo informativo é acompanhada muitas vezes pelo incremento de interpretações e adições subjectivas e aumento da loquacidade. A perda de elementos coesivos que se manifesta na dificuldade em estabelecer relações referenciais pode ser reflexo de dificuldades de MO para armazenar informação de forma organizada. (Juncos, 2006).

O envelhecimento pode ser normal (Triadó, C. e Villar, F. (coords), (2006): com o avançar dos anos, verifica-se a deterioração da linguagem (alterações na comunicação, léxico, sintaxe e discurso). Há também o envelhecimento excepcional: afasias, demências. O envelhecimento, em geral, produz mudanças na comunicação e linguagem que são fruto das interacções entre o sistema cognitivo, as relações sociais e os aspectos emocionais.

A deterioração da linguagem no envelhecimento manifesta-se conforme a patologia. Nas demências produz-se uma deterioração progressiva das capacidades cognitivas, comunicativas e linguísticas (Bayles, 1987) que se apresenta inicialmente semelhante ao envelhecimento normal. *Na demência tipo Alzheimer,* as primeiras manifestações de deterioração aparecem no léxico. Os pacientes e suas famílias relatam que esquecem os nomes e dá-se uma alteração na organização semântica (Garrard, et al, 2005). Também se vai alterando a organização perceptiva e conceitual e muitos pacientes confundem uns objectos com outros. À medida que a doença vai aumentando a deterioração da linguagem incrementa-se. Há alterações a nível cognitivo, de linguagem, de percepção, de memória. As famílias dos pacientes dão-se conta da deterioração progressiva e das implicações na comunicação. Nas últimas fases da doença, chega-se a uma abolição quase absoluta da linguagem e da comunicação.

Juncos et al (2006) apresentam, resumidamente, as principais deteriorações da comunicação e da linguagem em tipos frequentes de demência (Juncos, 2006):

Alzheimer- No início, manifestam-se alterações léxicas de origem semântica. Depois, aparecem alterações léxicas, sintácticas e discursivas. Na fase final, abolição da comunicação e da linguagem.

Frontotemporal - Predomínio frontal: No princípio, verificam-se alterações na comunicação e conversação; alterações na linguagem espontânea (reiterações). Depois, aparecem alterações léxicas, semânticas e discursivas. Na fase final, abolição da comunicação e da linguagem.

Parkinson – No início, surgem alterações na articulação e entoação. No desenvolvimento da doença, aparecem alterações léxicas, sintácticas e discursivas. Na fase final, também se verifica a abolição da comunicação e da linguagem.

Huntington – No começo, surgem alterações na articulação e na fluidez. Depois verificam-se alterações léxicas, sintácticas e discursivas. Na fase final, há a abolição da comunicação e da linguagem.

Vascular – No início, varia individualmente de pessoa para pessoa. No desenvolvimento da doença, verificam-se alterações léxicas, sintácticas e discursivas. Na fase final, verifica-se a abolição da comunicação e da linguagem.

Deterioração da linguagem: As afasias classificam-se em vários tipos: afasia de

Broca, afasia de Wernicke, afasia sensorial, afasia transcortical, afasia anómica e afasia global (Juncos, 2006).

Na afasia de Broca, verificam-se alterações articulatórias. A fala é não fluida e telegráfica. Há alterações sintácticas na compreensão e produção, agramatismo.

Na afasia de Wernicke, há alterações na discriminação de fonemas, dificuldades na compreensão de palavras, frases e discurso. A fala é fluida com parafasias e gíria.

Na afasia sensorial, nota-se alteração de origem semântica. Há dificuldades na compreensão das palavras, frases e discursos. *Na afasia transcortical sensorial*, verifica-se alteração da linguagem espontânea. Há estereotipias. Boa compreensão. *Na afasia anónia*, nota-se uma deterioração na produção de palavras, anomia. Boa compreensão. *Na afasia global*, verificam-se dificuldades na compreensão e na produção no léxico, sintaxe e discurso.

Juncos (2003), em Espanha[42], propôs um sistema de avaliação, a "Análise da comunicação nas pessoas idosas" composto por três instrumentos:

1. Questionário sobre relações sociais e disponibilidade de interlocutores;
2. Questionário sobre habilidades conversacionais;
3. Análise de habilidades conversacionais a partir de uma amostra de conversação espontânea.[43]

Intervenção no envelhecimento normal: Recomenda-se que se formem grupos de comunicação e de conversação e aconselham-se grupos de discussão sobre vários temas. Portanto, deve-se estimular a comunicação com o objectivo de partilhar e comunicar. Pretende-se também manter e desenvolver as habilidades comunicativas. Para isso, é necessário desbloquear as emoções, seguir e respeitar os turnos, controlar os temas, respeitar as regras de conversação, fazer e pedir esclarecimentos. Visa-se manter e desenvolver as habilidades linguísticas reaprendendo a escutar e a falar; a aceder aos nomes; estruturar as frases, organizar o discurso. A intervenção na comunicação e na

[42] Existem vários instrumentos na língua inglesa para a análise das capacidades comunicativas, salientando-se o "Conversation Analyses Profile for People with Cognitive Impairment (CAPPCI) (Perkins, Whitworth e Lesser, 1997).

[43] Há também instrumentos estandarizados para testes de afasias como o de Boston (Goodlass e Kaplan, 1986).

linguagem integra-se em programas que abordem também a condição física, a estimulação cognitiva, o desenvolvimento pessoal e social. Estes programas tornam possível que se melhore a comunicação e a linguagem a partir de qualquer actividade, seja física, cognitiva, social ou pessoal.

O Lar pode desumanizar inconscientemente. O idoso ao ingressar Lar muda de um ambiente, de lugar, e encontra um novo ambiente. O Lar tem que prever os trabalhos assistenciais, terapêuticos, refeições. Os mais importantes são as pessoas e as suas necessidades. Não prever o ingresso e a integração dos idosos pode transformar "as casas de reformados em desertos de solidão" (Fernandes, 2005, p. 236) ou em locais "onde acabam por morrer ao abandono" (idem).

Belmonte e Cano (2006) sugerem a criação de grupos (comissões) de colaboração para melhorar o ambiente de convivência no centro; empregar o tempo livre em actividades solidárias ou enriquecedoras para a colectividade e para os indivíduos. Apontam também para a criação dos seguintes grupos ou comissões: de apoio a convalescentes; de acolhimento; de visitas; de ligação com a localidade; de espiritualidade; de ajuda; para as actividades de ócio; de biblioteca; da imprensa diária; Os grupos de ajuda mútua servem para criar sentimentos de pertença à instituição; expor as próprias experiências e descarregar emoções negativas; introduzir habilidades sociais para melhorar a qualidade de vida; desenvolver valores como a solidariedade, o respeito, a alegria.

A Intervenção no envelhecimento patológico: Nas demências a intervenção visa atrasar o processo e manter o mais possível as capacidades comunicativas. É importante a intervenção precoce, intervindo o mais cedo possível logo que apareçam os primeiros sintomas. Juncos (2006, p.184) faz outras recomendações:

1. Manter e desenvolver ao máximo as actividades da vida diária;
2. Participar em programas de estimulação cognitiva;
3. Manter e desenvolver as relações sociais;
4. Participar em programas de treino em relações pessoais e sociais;
5. Participar em programas específicos de logopedia (terapia da fala).

Com avanço da doença deteriora-se a linguagem, e o objectivo é manter as

capacidades comunicativas que permitam o paciente ter uma certa qualidade de vida e satisfação pessoal.

Na intervenção em pessoas idosas com afasias é necessário ter em conta a idade e a extensão da lesão. Guel e Olivé (2001) dão orientações gerais para os casos que foram enumerados:

a) *Nas afasias tipo Broka,* os programas devem centrar-se no desbloqueio da linguagem, tratamento de problemas articulatórios, de sintaxe e de organização discursiva.
b) *Nas afasias tipo Wernicke,* visa-se a reorganização e discriminação de fonemas, eliminação de parafasias e gíria; a melhor compreensão das palavras e das frases.
c) *Na afasia transcortal, sensorial,* atende-se à reorganização semântica para melhorar a compreensão das palavras, frases e textos.
d) *Na afasia transcortal motora,* o objectivo é recuperar a capacidade de planificação, controlo e organização da linguagem espontânea.
e) *Na afasia anómica,* o objectivo principal consiste em reorganizar os processos de acesso ao léxico.

Como seres humanos, comunicamos sempre algo ainda que não seja por palavras. Por esta razão, a comunicação é essencial no trabalho social. O trabalho social tem uma luta constante acerca dos termos que há-se utilizar para descrever certas categorias de pessoas ou situações. Lishman (1994) divide a comunicação em proxénica (distância e proximidade física) e kinésica (estudo dos movimentos, gestos e expressões).

Para Kadushin (1990), a comunicação não verbal compreende o seguinte:
- *Cronometria* (medida exacta do tempo, como a possibilidade de que a gente chegue cedo ou tarde; boa disposição); odor (estados emocionais comunicados através de mudanças subtis no odor corporal); tacto (aperto de mãos, abraços); comunicação artificial (a linguagem do ambiente físico, por exemplo, a disposição da casa o aspecto pessoal, a veste pessoal e a escolha de roupa); paralinguística (indicações que dependem do que se ouve e de como se dizem as palavras, quanto ao tom, vibração,

ênfase, articulação e intensidade); proxénica (comunicação através do espaço e da distância; distância que as pessoas precisam para sentirem-se cómodas); Kinésica da linguagem corporal (comunicação visual através da cara, olhos, mãos, braços, pés e pernas). Lishman (1994) refere também a importância da comunicação simbólica: a pontualidade, a fiabilidade, e a minuciosidade podem simbolizar a atenção, a preocupação e a competência do trabalhador.

Não se podem esquecer as habilidades de escuta. Trevithich, (2006, p. 89-90) apresenta uma lista de habilidades básicas na actividade de escutar:

> - Ser o mais aberto e intuitivo possível, assim como ter a máxima capacidade empática e o máximo autoconhecimento possíveis. - Suster o olhar. - Adoptar uma orientação e postura corporais que mostrem receptividade e atenção. - Prestar atenção às formas não verbais de comunicação e à sua significação. - Ter em conta o silêncio e utilizá-lo como uma forma de comunicação. - Adoptar uma distância física apropriada. - Captar e seguir atentamente as indicações não verbais. - Ser conscientes do nosso comportamento e dos nossos gestos, susceptíveis de distrair. - Evitar fazer comentários imprecisos, pouco claros e ambíguos. - Ser consciente da importância de que as pessoas encontrem as suas palavras e de que necessitam seu tempo para isso. - Não esquecer a importância do ambiente e do meio físico em geral. - Reduzir ao mínimo a possibilidade de interrupções e distracções. - Ter sensibilidade para o clima geral da entrevista, incluído o que não se comunica. - Estar atento ao conteúdo emocional da entrevista e adaptar as perguntas. - Comprovar e tratar de buscar retroinformação sempre que seja possível e apropriado. - Estar consciente da importância de escolher os momentos propícios, sobretudo quando há fortes sentimentos por medo. - Recordar a importância do tom, sobretudo em relação a temas delicados e dolorosos. - Evitar os perigos das ideias preconcebidas, assim como fazer juízos de valor antes do tempo. - Não esquecer de referir-se a teorias que são esclarecedoras e úteis e também quando for apropriado, explicar numa linguagem inteligível teorias que podem ajudar a compreender. - Ser o mais natural e espontâneo possível.

Saber escutar não é uma habilidade fácil. O essencial de uma boa escuta é saber como chegar às emoções e pensamentos dos outros. Smith (1986) divide em três categorias os maus ouvintes:

1. Os que aparentam escutar: Na realidade não escutam em absoluto, só fingem fazê-lo. Aprenderam a contestar no momento oportuno e assim dão a impressão de que escutam.
2. Os que escutam com limitações: Praticam um tipo de escuta parcial, isto é, decidem conscientemente atender só a alguns dos comentários da pessoa que fala, a miúdo os aspectos que consideram mais interessantes.
3. Os ouvintes centrados em si mesmo: Só se preocupam deles e prestam pouca ou nenhuma atenção aos outros.

Apesar de muitos idosos, principalmente, com as deficiências graves, acima citados, e serem "maus ouvintes" é preciso ter a consciência de que toda a comunicação tem um sentido, apesar de parecer o contrário. Nas fases iniciais da demência, os enfermos, às vezes, necessitam de muito tempo para entender o que lhes é dito, ou para encontrarem as palavras que querem dizer-nos. Posteriormente, é possível que já não sejam capazes de compreender o que se lhes diz e de dar respostas, e, finalmente, nas fases terminais da demência, só podem comunicar através de uma mistura de palavras e sons. Devido a estes factos, é muito importante ter sempre presente em nossa mente alguns princípios básicos (Walsh, D. e Jessica, K. P, 2007):

1. Toda a comunicação tem sentido ainda que pareça o contrário. A familiaridade com o idoso doente permite reconhecer o sentido de algumas palavras e gestos. Nesta circunstância, tem muita importância a linguagem não verbal. Por ela, pode-se transmitir confiança e segurança ao idoso e assim dar-lhe alguma tranquilidade.
2. Focalizar-se nos sentimentos – Todas as mensagens têm uma componente emocional. A capacidade para o enfermo expressar emoções permanece. Podemos confortá-los nos momentos de tristeza, com um sorriso, com um gesto de tristeza conforme as situações.
3. Problemas de comunicação comuns - requerem, da parte de quem os cuida, atenção, tempo, conversação, ajuda, companhia, reconhecimento.

Além das doenças acima referidas, merece especial atenção a depressão dos idosos. A depressão é bem conhecida pela frequência com que surge em todas as populações e em todas as idades. No que respeita aos idosos, tem sido calculado que entre 8 e 17 por cento dos residentes na comunidade sofrem de depressão clinicamente

diagnosticável e carecida de tratamento adequado (Copeland, 1999). O número aumenta para 30% se incluirmos os que apresentam sintomas depressivos mais ligeiros ou transitórios. A frequência da depressão entre os idosos com idade acima dos 85 anos é ainda maior (Barreto, 2006). Na perspectiva deste autor, o termo depressão pode ser utilizado em três sentidos diferentes: para descrever um estado de espírito, para definir uma síndrome e para definir uma doença. A depressão é um estado de elevada complexidade sendo possível a detecção de diversos componentes como a ansiedade, a agitação, a preocupação, a dor mental e sentimentos de culpa, vivência forte e contínua de infelicidade onde o presente é rejeitado e o futuro se encontra bloqueado devido a ideias de catástrofe eminente de ruína e de morte (Fernandes 2000).

As causas da depressão na pessoa de idade avançada são várias. As perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de resolução nem sempre fácil. Fazem-se sentir alguns factores negativos. Assinalam-se alguns: a falta de apoio familiar, a situação de ter, a seu cargo, outro dependente, a carência de meios materiais, o isolamento social. Mas há outros factores geradores de depressão como a perda de capacidade para se deslocar, de ler, de ver televisão, de comunicar com as pessoas que lhe são mais queridas, as situações de conflitos domésticos, a marginalização institucional (Barreto, 2006).

A depressão pode estar ligada a alguns factores relacionados directa ou indirectamente com o envelhecimento (Pestana et al, 2006):

1. Doenças crónicas: cardiopatias, diabetes, doenças reumáticas, etc… A atribuição que o paciente faz da sua doença ou incapacidade, por exemplo, culpabilidade indicia um sintoma depressivo.
2. A reforma: O paciente é convidado a manter a sua realização pessoal e preservar a auto-estima.
3. A saída dos filhos de casa. Nesta etapa do "ninho vazio," há um desafio de adaptação para o paciente, pois ele terá que mudar e estabelecer novos objectivos e fontes de gratificação.
4. Viuvez: A morte do cônjuge é entendida como um factor de stress. A perda dos amigos também é vivida intensamente e torna a pessoa com menos suporte

emocional.

5. Perda de autonomia – À medida que é notória a perda de faculdades é importante que o paciente desenvolva as suas aptidões para expressar a as suas opiniões.
6. Institucionalização – É uma etapa que exige ao idoso um grande esforço adaptativo, pois muda de contexto vivencia: novos espaços, horários, pessoas.
7. Défices cognitivos – A velhice quanto mais preparada, mais fácil a ela será a adaptação. A intervenção precoce a prevenir défices cognitivos pode ajudar a um modo mais funcional e adequado de lidar com estas situações e promover algumas melhorias.

Há muitas doenças frequentemente associadas à depressão como as neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson), neoplasias, tiroideias, etc…. Sintomas da depressão: tristeza, perda de interesse, lentificação dos movimentos, indecisão, dificuldade de concentração, as dificuldades de memória. Frances e Roces (1996) dizem que o diagnóstico da depressão baseia-se no aparecimento da tristeza ou perda de interesse, associado com pelo menos quatro dos outros sintomas mencionados.

Este tipo de doente precisa de uma mensagem clara que lhe dê segurança e certeza de protecção; que ele está doente, mas está a ser tratado. Os familiares devem ser compreensivos, mas façam uma discreta vigilância, pois o suicídio é o grande risco entre os deprimidos idosos (Barreto, 2006).

Klerman e Weissman (1984) desenvolveram a terapia interpessoal para a depressão. O objectivo desta terapia é ajudar o paciente a reconhecer a relação entre o seu estado de humor e o seu relacionamento interpessoal. Esta atitude pode contribuir para a melhoria da perturbação depressiva e para a qualidade do relacionamento com terceiros. Além do relacionamento interpessoal é importante o aconselhamento. Estes pacientes necessitam de uma intervenção estruturada onde o aconselhamento dos riscos (reforma, isolamento); o aconselhamento dos desajustamentos interpessoais, situações de perda e resolução de problemas. O aconselhamento é uma terapia que pode limitar as consequências emocionais e pode permitir o desenvolvimento da depressão.

Na terapia dos estados depressivos, são importantes os grupos de auto-ajuda, compostos por pessoas que se organizam para lidar com as pessoas e acompanhar os outros nestas crises de vida. É fundamental que o paciente seja completamente honesto com o terapeuta (Pestana e al, 2006).

Capítulo V: O Espaço gerontológico

Introdução

Está longe de existir um modelo ideal para as residências de idosos. Estão definidas as linhas orientadoras do projecto e a estratégia para responder às necessidades dos idosos (Leuschner, 2006). Estudar uma instituição de idosos exige atender à importância antropológica, sociológica, psicológica e, também, arquitectónica do espaço. O centro gerontológico para pessoas idosas é definido como "centro gerontológico aberto de desenvolvimento pessoal e atenção sócio-sanitária multiprofissional na qual vivem temporária ou permanentemente pessoas idosas com algum grau de dependência" (Rodriguez, 2007, p. 60). A qualidade ambiental de uma instituição influencia o comportamento das pessoas e a disposição do mobiliário favorece as relações sociais (Fernández-Ballesteros, 1992). Sendo assim, ao analisar os equipamentos sociais, deve-se ter em conta as suas diferentes dimensões (Rodriguez, 2007):

1. *A infra-estrutura* com os recursos materiais (o edifício, o espaço interior e exterior), os recursos económicos e os recursos humanos.
2. *A estrutura* que engloba tudo o que é necessário para organizar e gerir a instituição. Atende aos recursos humanos, ao estilo de direcção, relações entre a equipa profissional.
3. *A super-estrutura* constituída pelas crenças, os juízos e valores que afectam o dia-a-dia de quem está ou trabalha na instituição que determinam o clima social.
4. As práticas de organização e de gestão.
5. *As funções.* Os estabelecimentos devem satisfazer as exigências das pessoas que se encontram neles. Há que ter pessoal em todas as áreas para os idosos a quem devem ser prestados serviços de proximidade.

Existe uma relação de interdependência entre a organização social e a organização espacial. E, como diz Paúl (1991), a questão coloca-se em saber como é que o indivíduo percepciona, conhece e cria o ambiente e, ainda em saber qual o papel

que o ambiente físico tem neste processo e como é que influencia o comportamento. De facto, os espaços tornam-se locais quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam o decurso de actividades (Barracho, 2001). Uma abordagem psicossocial do espaço, relacionada com um modelo causal da relação homem-espaço, põe em questão a ideia que o ambiente induz um comportamento como se de um estímulo se tratasse. Mas ela considera a relação ao espaço como um sistema de interdependências complexas em que o seu valor é determinado pela percepção e avaliação subjectiva de um local como objecto (Borracho, 2001). Fischer (1992) apresenta o espaço de diversas maneiras: como um lugar mais ou menos delimitado, um ponto de referência onde qualquer coisa se pode situar, como um meio, quadro subjectivo de influência de factores sociais, ou um conjunto de micromeios sem os quais é impossível compreender a multitude das ligações traçadas entre o indivíduo e a sociedade.

1. O espaço e a comunicação interpessoal

Os estabelecimentos sociais possuem um grau de abertura maior ou menor das suas instituições. Alguns institutos estão abertos a quem se comporte de maneira adequada e, aí, outros exigem maior grau de comprometimento de seus membros, restringindo um pouco mais o fluxo social existente internamente e o resto da sociedade.

Todas as instituições têm a tendência de fechamento. Algumas são mais fechadas do que outras. Segundo Goffman (1974), o seu fechamento ou o carácter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos de água, florestas pântanos. Num grau máximo de restrição, encontram-se as chamadas "instituições totais." Para Goffman (1974, p. 11)[44], uma instituição total pode ser definida como um local de residência e

[44] Erving Goffman nasceu em 11 de Junho de 1922, em Alberta – Canadá e faleceu em Filadélfia-Estados Unidos a 19 de Novembro de 1982. Desenvolveu a ideia de que o mundo é um teatro e cada um de nós,

trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separado da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. Instituições totais são, assim, lugares onde o indivíduo é isolado da sociedade, tendo todas as suas actividades concentradas e normalizadas (as prisões, manicómios, conventos). Estas instituições totais não permitem qualquer contacto entre o internato e o mundo exterior, até porque, o objectivo é excluí-lo completamente do mundo originário, a fim de que o internado observe totalmente as regras internas, evitando-se comparações.

Estas instituições podem ser divididas em cinco grupos (Goffman, 1974, p. 16-17):

1. Instituições criadas para pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas (cegos, órfãos e indigentes);

2. Locais para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas e que são uma ameaça para a comunidade (tuberculosos, doentes mentais, leprosarias);

3. Para proteger a comunidade contra perigos intencionais (cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração);

4. Quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colónias;

5. Locais de instrução para os religiosos (abadias, mosteiros, conventos, claustros).

Goffman (1963, 1970, 1973) centra-se no fechamento das instituições totais, criando-se uma barreira entre o mundo interior e o exterior. No interior das instituições, habitam as equipas dirigentes, os internados, os prisioneiros, os que optam por uma vida solitária. Na passagem de uma vida do exterior para uma vida de confinamento espacial e social, o indivíduo passa por processos de modificação. Goffman analisa o tempo vivido no interior da instituição e produz um texto crítico sobre o mundo do internado.

---

individualmente ou em grupo, teatraliza ou é actor consoante as circunstâncias. Goffman aplicou ao estudo da civilização moderna os mesmos métodos de observação da antroplogia cultural. Goffman considera a interacção como um processo fundamental de identificação e de diferenciação dos indivíduos e grupos. De resto, os mesmos, isoladamente não existem e procuram uma posição de diferença pela afirmação, na medida em que, justamente, são valorizados por outros.

Michel Foucault (1964), por sua vez, propôs a figura da heterotopia que veio a tornar-se útil para a interpretação de uma vasta informação etnográfica. As ciências sociais e, em particular, a antropologia imprimiram grande interesse e deram uma perspectiva renovada no que diz respeito à relação do espaço com as relações sociais e com o seu significado simbólico. Foucault centra-se no espaço contemporâneo que, segundo ele, é um espaço de colocação (*emplacement*). A colocação define-se pelas relações de vizinhança entre pontos ou elementos. Vivemos num espaço que se organiza a partir de um conjunto de relações irredutíveis e absolutamente não sobreponíveis. As diferentes lógicas de colocação dão forma a lugares diversos v.g.: os *lugares de passagem* – ruas comboios – os lugares de paragem provisória - cafés, praias, - *ou lugares e repouso* – casa, quarto. Foucault descreve os espaços que lhe interessa estudar. Os primeiros são as utopias que não têm lugar real. Os segundos são *utopias realizadas*. Por oposição às utopias, as heterotopias são lugares que estão fora de todos os lugares, mas que são localizáveis (cf. Silvano, 2007).

As sociedades primitivas tinham as heterotopias de crise (lugares privilegiados ou sagrados ou interditos, reservados que se encontram, em relação à sociedade e ao meio humano em que vivem em estado de crise, v. g, os velhos). Na nossa sociedade, as heterotopias de crise têm desaparecido, mas ainda aparecem lugares que manifestam as suas características: o colégio, o serviço militar, o hotel de núpcias. As heterotopias de crise foram substituídas pelas heterotopias de desvio: os lugares onde hoje se colocam os indivíduos com um comportamento fora das normas exigidas: casas de repouso, hospitais psiquiátricos, prisões, lares de terceira idade (Foucault, 1984). Só é possível estudar o espaço prisão quando pensado em conjunto com toda uma série de lugares de encarceramento (casas de correcção, asilos, instituições de caridade). As heterotopias têm o poder de justapor num só lugar real vários espaços que são por si só incompatíveis. É o caso do teatro, cinema, jardim, estão associadas a corte de tempo e acumulação de tempo; abertura e fechamento; criação de um espaço de ilusão (v. g. o navio) (Foucault, 1984). A discussão em torno da constituição da ideia de lugar foi trazida para um plano central.

Foucault, ao falar da cidade como espaço de heteropias, atribui aos arquitectos e aos designers o papel mais significativo nos processos de mudança social e cultural. A arquitectura constitui mais um elemento de apoio à reflexão sobre a sociedade, o indivíduo e o espaço (Lemos, 2008). As instalações das instituições sociais de qualidade devem ser espaços arquitectónicos funcionais percepcionados pelos sentidos como sendo espaços partilhados e de bem-estar individual. Os seus espaços interiores e exteriores são pensados cuidadosamente pelos arquitectos, engenheiros, paisagistas, técnicos do serviço social, direcções dos centros sociais paroquiais, de modo sejam espaços físicos, de integração, de pertença e facilitadores da interacção comunicativa.

Nas instituições sociais, há *espaços* que são, por natureza, *públicos* e outros são, fundamentalmente, *privados*, de tal modo que o actor tem de ter a maleabilidade suficiente para adaptar o seu comportamento às circunstâncias e às diferentes modalidades espaciais (Carmo (2006, p. 48). A este propósito surge a noção de papel social. Cada actor desenvolve a sua acção em função do contexto requerido por cada situação. Cada actor representa consoante a situação respondendo às expectativas que são geradas por esta. O actor constrói a sua fachada em função do papel que tem que representar. A necessidade de fachada dilui-se à medida que o espaço e a respectiva situação se tornem mais privados. Neste espaço, ele pode agir de forma mais descontraída e verdadeira. Segundo Giddens (1989, p. 95), a dicotomia público/privado é determinada pela noção espaço-tempo. Giddens parte da noção de local como sendo o espaço contextualizador de toda a interacção. Para este autor, a identidade de um local depende da sua utilidade. O tipo de uso depende da estrutura física do local e do significado que este adquire numa determinada sociedade.

O espaço condiciona as modalidades de interacção social. A casa não pode ser vista apenas como um conjunto de paredes levantadas, ela está associada à ideia de lar, de família. O local é constituído por três dimensões fundamentais (Carmo, 2006):

1. *Os atributos físicos*: qualquer local tem uma delimitação física;
2. *As formas de uso*: qualquer local remete para um determinado uso;
3. *A contextualidade*: todo o local tem a capacidade de contextualizar a interacção.

No entanto, a trajectória e o local não são completamente determinantes para condicionar a acção. Para Giddens (1989), cada sujeito tem a capacidade de monitorar reflexivamente a sua acção, na medida em que todo o comportamento humano comporta um carácter intencional e deliberado. Sem este aspecto, o determinismo seria total.

A antropologia do espaço permite compreender as relações e os processos que estão subjacentes à ocupação dos espaços pelos grupos humanos. É necessário compreender como o corpo físico (pelos sentidos) e o corpo social (que relaciona o nosso papel na sociedade com o espaço e a simbologia a si associada) interagem com o espaço. A estrutura espacial é indissociável da estrutura social. As noções de casa, aldeia, país são tanto espaciais como sociais. Reproduzem não só as relações sociais individuais, mas também testemunhos de memória colectiva em tudo o que esse conceito encerra (o percurso histórico, as suas adversidades e conflitos internos e externos) (Silva, 2006). O espaço e o lugar têm uma dimensão física e apresentam também várias significações simbólicas que lhes são conferidas pelas acções dos indivíduos que se movimentam nesse espaço que o ordenam, recriam e lhe atribuem significados variados ao longo do tempo. O espaço pode ser visto como reflexo do momento histórico, político, social, estético.[45] Por outro lado, o espaço tem também um papel cognitivo (Campelo 2010). O património cultural de um povo, suporte de uma ordem de saberes e de práticas, é não só o conteúdo, a materialização, mas também as relações sociais, culturais e os saberes que lhes estão inerentes. Mas esta relação com o passado só é válida na medida em que possibilita um sentido no presente (Campelo, 2008). Tanto o património material como o imaterial constituem-se como referências a processos sociais vividos num determinado espaço (Campelo, 2008, p. 132). A variedade do património cultural de um povo está ligada à conjugação de valores antropológicos, arquitectónicos, urbanísticos e paisagísticos.

[45] Espaço de reflexo social: exemplo – a Brasileira do Chiado; Espaço de reflexo estético: - Livraria Lello (Porto); Espaço de reflexo histórico e político – Quinta das Lágrimas onde foi morta Inês de Castro.

2. Espaço e comunicação do idoso

As teorias ambientais ou ecológicas do envelhecimento dão ênfase aos aspectos contextuais, sociais e físicos do processo de envelhecimento ao longo da vida e à transacção do indivíduo com o ambiente (Feio, 2006). Sobre o ambiente gerontológico e atendendo à observação da fusão entre os aspectos humanos e as variáveis físicas levaram Kleemeier (1959) a distinguir o desempenho social em função de três espaços institucionais:

1. A coacção em actividades semelhantes, desempenhadas em simultâneo, num determinado lugar (*congregate dimension*);
2. A tendência para o isolamento, segregação ou deferenciação física e/ou social, de lugares comuns (*segregate dimension*);
3. O grau de consenso ou oposição social dos membros de uma instituição às regras normativas e conductais existentes, ou às decisões e planos desenvolvidos pelos responsáveis da instituição (*control dimension*).

Existem vários modelos teóricos sobre as relações pessoa - ambiente na velhice. Enumeram-se alguns a seguir (cf. Santos et al 2006; Leturia Arrazola, 2001):

1. O modelo ecológico de Lawton (1982) explica o comportamento humano como o resultado da *relação pessoa – ambiente.* Segundo este autor, quanto menor for o nível da competência social – condição de saúde, nível de desempenho motor, capacidades sensoriais e competências cognitivas – maior é a influência dos factores ambientais no bem-estar do indivíduo. O modelo ecológico sobre a velhice sustenta que a conduta é uma função da competência do indivíduo e a pressão ambiental da situação. O comportamento é o resultado da pressão ambiental que actua sobre o indivíduo. O indivíduo mais competente suporta uma maior pressão do meio. Portanto, o ambiente mais favorável será aquele cujo nível de exigência se situa no limite máximo de competência do sujeito.

2. O modelo de congruência de Kahana (1975) defende que a conduta da pessoa está em função da interacção entre as necessidades individuais, como forma de

compreender o impacto do ambiente sobre o bem - estar das pessoas idosas. A conduta de uma pessoa está em função da interacção entre as suas necessidades e a possibilidade que existe no ambiente para as satisfazer. O ambiente óptimo é definido pelo grau em que é congruente com as necessidades do indivíduo. Este modelo é uma das principais formulações teóricas sobre a interacção pessoa-ambiente na velhice, não só pelo esforço de sistematização, mas também pelo trabalho empírico e pelas elaborações derivadas a partir dele.

3.O Modelo ecológico social de Moos (1979) é um modelo geral sobre a relação pessoa-ambiente que foi denominado por sistema ambiental e pessoal. Este modelo tem aplicabilidade a diversos tipos de ambientes: famílias, residências, hospitais, e não é exclusivo da velhice. Os dois sistemas interactuam entre si e influenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo através da avaliação cognitiva e o modo como a pessoa reage às situações stressantes. A ocorrência de situações vitais stressantes está na relação com as redes de apoio social da pessoa e igualmente, estas redes se vêem influenciadas pelas situações stressantes que ocorrem na vida. Moos propõe uma teoria que possibilite a análise dos contextos institucionais e a sua influência sobre os idosos.

4. Modelo da relação entre factores pessoais e ambientais e a mudança dc estabilidade entre os residentes (Moos e Leeinke): Os centros residenciais para idosos podem ser operacionalizados desde um mesmo marco conceptual que permitem explorar a influência dos ambientes residenciais sobre a saúde e a adaptação. Moos propõe um marco teórico que possibilite a análise dos contextos institucionais e a sua influência sobre as pessoas idosas. A relação entre um sistema ambiental e um pessoal e a sua consequente adaptação estão mediatizadas pela interpretação cognitiva do sujeito e as respostas de afrontamento. O sistema ambiental inclui o desenho físico do centro, sua estrutura organizativa, as características dos residentes e a qualidade das relações interpessoais. O sistema pessoal de saúde abarca as características sócio-demográficas do indivíduo, os seus recursos pessoais, tais como o estado de saúde, sua habilidades cognitivas e a sua auto-estima.

5.O Modelo ecológico – comportamental de Fernandez-Ballesteros (1990) procura explicar as influências ambientais, sociais e pessoais na saúde e na conduta da velhice. Este modelo reconhece a existência de uma interacção entre variáveis ambientais e pessoais. Há dois tempos: o presente e o passado. No passado, produz-se uma relação do indivíduo (variáveis pessoais) com o seu meio (ambientais) donde se foram gerando suas crenças, atitudes, estilos de vida. Essa relação passada serve de modelo, influencia o presente na interacção entre as variáveis contextuais (culturais, organizativas, sócio - demográficas) e pessoais (crenças e atitudes), derivando assim num nível de saúde e em pautas de conduta determinadas. Estas condutas podem actuar sobre o ambiente (varáveis contextuais) e sobre as pessoas (reportórios comportamentais).

A importância do componente ambiental no estudo da adaptação durante a velhice está em relação com determinadas características dos indivíduos de mais idade e, o que é mais evidente, são os idosos que vivem em instituições. Os modelos ecológicos de envelhecimento humano permitem estudar e compreender a individualidade das pessoas idosas e os resultados do envelhecimento e, além disso, permitem planear intervenções optimizadoras da adaptação através de mudanças no meio ambiente, indispensáveis sobretudo quando a compensação, a nível do indivíduo, se torna difícil ou impossível (Paúl, 2006).

É preciso, portanto, estudar o ambiente residencial. Carp (1987) põe em relevo a relação entre ambiente e velhice para avaliar o impacto da institucionalização sobre as pessoas idosas. Estudos iniciados na década de sessenta sobre os efeitos negativos da institucionalização das pessoas idosas e suas possíveis consequências, stress, perda de saúde, mortalidade, marcam o começo da investigação das relações entre o ambiente e a velhice. Nos anos 70, estudou-se a forma como os diversos factores ambientais podem afectar o comportamento das pessoas idosas. Paralelamente o desenho e a planificação dos centros residenciais para idosos adquirem grande importância. O levantamento destas questões levou ao desenvolvimento de disciplinas tais como: arquitectura, psicologia ecológica, trabalho social, e desenvolveram-se teorias sobre as relações entre o ambiente e a conduta na velhice (Kahana, 1975; Lawton, 1977). Os primeiros estudos

mostraram as consequências da institucionalização, ressaltando as mais negativas: Os idosos estavam altamente *despersonalizados* (COE, 1965, Kahana e Coe, 1969); *Isolados* (Jacobs, 1969); *Muito pouco vinculados com a comunidade* (COE, 1965); *Os idosos tendiam a estar infelizes, depressivos, dóceis, submissos,* com uma auto-imagem negativa e com baixo interesse pelo ambiente (Lieberman, 1969. Vários estudos indicavam um incremento da taxa de mortalidade imediatamente antes ou depois da admissão numa instituição (Costello y Tanaka, 1961.Outros, porém, não se referiam a este efeito (Markus, 1971).

Com a discussão sobre estes resultados contraditórios, tentou-se encontrar explicações através de certas variáveis tanto pessoais como ambientais. Estudou-se o grau da mudança ambiental, originado pelo ingresso na instituição; questionou-se se a voluntariedade influenciará os resultados; se as características do meio em que ingressa o indivíduo constituem a determinante principal dos resultados que se produzem (Lieberman, Tobin y Slover, 1971); quais os efeitos da preparação do indivíduo para o seu ingresso no Centro. Por exemplo, Zweig y Csank, em 1975, aplicaram um programa de preparação para aliviar a tensão, diminuir a ansiedade, e construir expectativas realistas com grupos de pessoas com mais de 65 anos que padeciam de incapacidade e necessitavam de constante atenção. Leturia (1999) defende que há necessidade de elaborar programas de intervenção para a adaptação dos idosos às residências. Estes programas de intervenção terão de atender a vários itens que Pastalan (1983) resume:

1. A possibilidade de escolha quanto ao ingresso numa instituição;
2. O grau de mudança ambiental;
3. O estado de saúde do indivíduo;
4. O grau de preparação.

As características ambientais são muito importantes nos centros residenciais pois afectam de maneira muito relevante a autonomia, o desempenho diário e, consequentemente, a satisfação e qualidade de vida das pessoas idosas que aí vivem. Estas características ambientais não se limitam às características físicas; são também muito relevantes as organizativas, as características dos residentes e do pessoal, as relações interpessoais e o clima social, entre as principais. É preciso um sistema de avaliação de residências de idosos (Fernandez-Ballesteros 1999).

Moos (1979) procurou construir um instrumento que desse conta, a diversos níveis de complexidade, de um determinado ambiente: as residências de idosos. Em Espanha, F. Ballesteros, com a colaboração de Moos, ocupa-se, há anos, com uma equipa de investigação, da avaliação ambiental e de sua instrumentalização no país através do Sistema de Avaliação de Residências de Idosos (SERA, Fernandez-Ballesteros et al, 1996). Estes estudiosos partem do modelo teórico sobre as relações ambiente – conduta adaptativa dos idosos. Assumem que um ambiente habitado integra aspectos físicos, organizativos, sócio demográficos dos habitantes, psicossociais e pessoais ou comportamentais, assim como de todas as interacções que se estabelecem entre todos estes grupos de variáveis. O SERA tem em conta vários aspectos nos centros residenciais: Inventário de características arquitectónicas; Inventário de características e organização e funcionamento; Inventário de características de pessoal e residentes; Escala de avaliação; Escala de clima social; Escala de necessidades; Questionário de informação pessoal; Questionário de satisfação.[46]

Que utilidade e aplicação tem a avaliação? Leturia Arrazola et al (2001, pp. 212-213) apresentam as seguintes, seguindo o SERA[47]:

1. A descrição do meio ambiental permite obter a descrição detalhada do funcionamento de um centro, num determinado momento, e do contexto residencial para os idosos nos diferentes aspectos contextuais: físicos, organizativos, arquitectónicos, clima social e pessoal e dos aspectos pessoais: habilidades funcionais, nível de actividade, saúde, satisfação de necessidades contexto;
2. Permite fazer a comparação entre centros tanto pela qualidade dos serviços prestados como pela relação das diferentes características;

[46] Nota: É preciso atender à importância do ambiente real e do ambiente percebido.

[47] Em Espanha, Fernandez-Ballesteros com a colaboração de Moos, ocupam-se, com uma equipa de investigação, da avaliação do ambiente através do Sistema de Avaliação de Residências de Idosos (SERA).

3. Propicia a planificação de intervenções para detectar aspectos que se considerem inadequados.
4. Permite uma avaliação das mudanças ambientais.
5. Proporciona informações sobre a opinião dos residentes e pessoal que permitem identificar problemas e prevenir que alcancem proporções críticas; conhecer as relações entre o ambiente e o comportamento humano. Os resultados deste conhecimento podem ser submetidos a manipulações estatísticas; os novos códigos de comunicação comuns entre o pessoal e os residentes para poder discutir e analisar o centro; o meio do que vão a formar parte os novos residentes e pode servir de guia e de orientação.

O SERA pode constituir um modo de avaliar a qualidade de serviços residenciais oferecidos aos idosos. Os resultados permitem ao pessoal directivo e não directivo conhecimentos que os ajudem a melhorar o seu nível de eficácia e de compreensão do meio em que se desenvolve o trabalho.

3. Organização física de um Lar de Idosos

Pelo que foi exposto, conclui-se que um Lar de idosos obedece a normas rigorosas. A estrutura residencial é a casa de quem lá vive. Sendo uma casa colectiva, toda a gente precisa de saber que a casa cumpre rigorosamente todas as normas técnicas vigentes (cf. Vicente et al (2004). Organizar o espaço físico exige pensar na zona em que está implantada bem como na comunidade em que se insere. O Lar está inserido na comunidade de modo a permitir a integração social das pessoas idosas (Norma XIV do Despacho Normativo, nº 47).[48] Abrir a estrutura à comunidade é um sinal de maturidade e um reconhecimento de que a qualidade de vida do residente passa pela sua inclusão social, numa perspectiva de preservação e manutenção de uma cidadania activa e das suas relações significativas (Vicente, et al, 2004, P.141).

[48] Despacho Normativo nº 47 de 25/02/1998. Ministério do Trabalho e da Segurança Social: D. R.

O edifício deve ter as dimensões adequadas ao número de residentes que acolhe de forma que cada um tenha o espaço suficiente – individual e colectivo – para uma vida confortável. Além disso, consideram-se os aspectos relacionados com a localização e com a existência de transportes públicos, saneamento básico, água, luz, electricidade, gás, facilidade de acesso, inserção em local calmo e tranquilo, longe de infra-estruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos (Vicente et al, 2004). O edifício, para ser mantido em bom estado, necessita que se reparem todos os eventuais estragos, avarias ou situações anómalas, logo que detectadas. A higiene e limpeza do edifício e do mobiliário precisam de ser permanentemente asseguradas.

A organização do espaço físico tem em conta o acesso e a mobilidade. As divisões, os corredores, devem ter dimensões que permitam a circulação de cadeiras de rodas, andarilhos, macas. São necessários elevadores com funcionalidade. As escadas e as rampas devem ter corrimãos, respeitar o nível de inclinação adequado e o piso ser antiderrapante (cf. Norma XV do Despacho Normativo nº 47).[49]

A iluminação tem em consideração as características e a função de cada espaço, as exigências da boa visão, amenidade, recolhimento e ambiente agradável, de acordo com a cultura local, e o gosto dos residentes. No entanto, evitem-se os tons e intensidades de luz agressivas e despersonalizantes. As instalações eléctricas e a iluminação obedecem à ficha 12 do Despacho Normativo nº 47).

Aconselha-se que a estrutura residencial tenha uma decoração agradável, de acordo com a cultura local e o gosto dos residentes. Por isso, a temperatura ambiente deve ser mantida dentro de valores adequados de modo a proporcionar conforto e calor humano.

Como os residentes têm, às vezes, falhas de memória o espaço físico pode ajudá-los a contextualizar a sua situação. Elementos como espelhos, relógios e calendários, bem como quadros com motivos alusivos às estações do ano e outros aspectos do quotidiano, constituem meios muito úteis de orientação tempero – espacial. Exige-se

[49] Despacho Normativo nº 47 de 25/02/1998. Ministério do Trabalho e da Segurança Social: D. R.

que a sinalética utilizada em toda a estrutura residencial seja clara e facilmente perceptível. A sinalização está prevista no Despacho Normativo citado.

A estrutura orgânica de um Lar, como é referido na Norma XVII do citado Despacho 47º , é composta por áreas funcionais que são as seguintes:

- área de acesso;
- área de direcção e dos serviços administrativos;
- área das instalações para o pessoal;
- área de convívio e de actividades;
- área de refeições;
- área de serviços;
- área de quartos;
- área de serviços de saúde;
- área de serviços de apoio.

Os espaços comuns – ainda que partilhados pelos residentes, aconselha-se que não imponham ou facilitem a massificação. Além das salas de estar, devem ser espalhados pelos recantos edifício recantos onde os residentes possam estar e reunir-se com mais privacidade. São necessários espaços adequados a múltiplas actividades tais como: ateliês, ginásio, salas de jogo. Os espaços de actividades devem ser de qualidade e em bom estado. Recomenda-se a observação das regras gerais de organização do espaço e as normas de segurança, mobilidade, conforto e estética agradável.

Nos Centros residenciais são precisas salas de reunião, de saúde, apoio social, apoio espiritual. Os quartos devem ser individuais e duplos. As dimensões das portas e a disposição do mobiliário permitam o fácil acesso das cadeiras de rodas. Recomenda-se que as instalações sanitárias sejam amplas (que permitam o acesso fácil e rotação das cadeiras de rodas) e completas em todos os quartos, com banho de ajuda. Além disso, o espaço das refeições propicie a interacção, evitando o isolamento e permita o diálogo. Estas áreas sejam espaços agradáveis. Para isso, evidentemente, há que ter cuidado com a higiene das toalhas.

As cozinhas devem situar-se próximas da sala de refeições. Devem contemplar quatro zonas distintas: preparação e confecção dos alimentos, lavagem, arrumos dos utensílios e copa de distribuição dos alimentos. Como anexos à cozinha devem ser previstos a despensa de dia e os destinados a artigos de limpeza ou químicos, arrumos para vasilhame e depósito de lixo (cf. Vicente, 2004).

As salas de convívio de um Lar são locais de conversa, de trocas de impressões, de partilha de experiências entre as pessoas. Nos centros paroquiais, por imperativo superior, existem expositores carregados de informação, de um amontoado de papéis e de circulares. Mais importante do que os papéis afixados é a implicação de todos os residentes dum centro paroquial para o aproveitamento dos espaços. Os espaços propiciam o relacionamento entre os utentes, o pessoal técnico e não técnico, os elementos da direcção, as famílias. As edificações dos centros sociais paroquiais devem atender à acústica, luminosidade, ventilação, climatização, aquecimento, organização de espaços interiores e exteriores, salas de serviços múltiplos. A qualidade estética do espaço deve ser apreendida sob diferentes manifestações: a beleza, o arranjo, o sossego, os "cheiros de limpeza", a luz que são veículos e referências da ecologia do espaço.

As actividades socioculturais nos tempos de ócio podem ter (Limón Mendizável, 2006):

a) Barreiras intrapessoais (derivadas das características e circunstâncias do sujeito);
b) Barreiras interpessoais (há actividades que requerem o encontro com outros para a sua prática);
c) Barreiras estruturais (há actividades que dependem de infra-estruturas e exigem condições de acesso…).

A animação sociocultural e a melhoria de qualidade de vida numa instituição de idosos é um processo que se dá no tempo, num espaço concreto, que se orienta para inserção no grupo e fomenta a autonomia pessoal. A animação sociocultural necessita, pois, de espaço, de recursos, de tempo. Exige a intervenção individual (aprendizagem e

prática da comunicação); a intervenção grupal (aprendizagem e prática da relação interpessoal); a intervenção comunitária (condições organizacionais).[50]

Apesar de haver legislação sobre a construção de equipamentos sociais, os arquitectos têm também um papel fundamental. Na verdade, a arquitectura deve criar o suporte ideal para o desenvolvimento das relações e do bem-estar individual e colectivo. Se a individualidade das pessoas deve ser salvaguardada nas residências para idosos, também a identidade de cada lugar e cultura onde se intervém deve estar patente no projecto. Os edifícios devem ser concebidos não apenas com intuitos estéticos, mas sobretudo para proporcionar bem-estar às pessoas que os vão frequentar (Leuschner, 2006). O que o arquitecto deve tentar fazer é conceber os espaços tentando responder às necessidades e amenizar a maior quantidade de limitações que afectam as pessoas idosas. Desde problemas visuais, motores, cognitivos, visuais (Leuschner, 2006). Não existe um modelo ideal de edifício. Por isso, o arquitecto, tendo em atenção o que está legislado, com a sua subjectividade e individualidade, pode procurar o projecto que seja bem recebido pelos principais utentes quer em termos e de imagem quer em termos de uso.

Por conseguinte, o desenho arquitectónico dos alojamentos geriátricos deve contribuir para potenciar a autonomia física; aumentar a segurança psíquica; respeitar a intimidade individual; fomentar as relações sociais; facilitar o trabalho do pessoal enquanto desenvolve as suas funções. É também importante a sua localização, os acessos fáceis, as zonas exteriores ajardinadas (Rodriguez, 2007).

[50] O desenho arquitectónico deverá contribuir para potenciar a autonomia física, aumentar a segurança psíquica, respeitar a intimidade individual; fomentar as relações sociais; facilitar o trabalho pessoal no desenvolvimento das suas funções. (PLAZA, Adela Maria Cassinello), in Residencias y outros alojamientos para personas mayores (2007).

Capítulo VI: Recursos institucionais

Introdução

A casa é o berço familiar onde as pessoas se sentem acolhidas, protegidas e pertencentes a um grupo restrito familiar. A casa é o espaço de socialização e de uma multiplicidade de relações. No interior da casa se desenrola um conjunto de actividades fundamentais do viver humano, familiar e social (cf. Leandro, 2001, p. 230). A casa é o nosso canto do mundo. É em casa que apreendemos a concepção de vida, de nós próprios, dos outros, do mundo que nos rodeia, da morte e até do além (Leandro, 2001, p.246). Compreende-se o apego das pessoas à sua casa, à casa da família e ao desejo de passar a velhice em casa.

Mas, apesar do lema "envelhecer em casa," há um número crescente de pessoas que recorre à institucionalização dos idosos. Há razões de ordem social e familiar, e também de natureza pessoal que justificam isso. A institucionalização está associada ao peso da idade e ao agravamento da dependência provocada pela velhice. Além disso, tem mudado o conceito de Lar porque ele oferece, hoje, melhores condições. Por um lado, permanecem os que manifestam a opinião de que a institucionalização deve ser a última alternativa a ser considerada para o idoso (Lobo, 2007) e que as instituições são, habitualmente, espaços impessoais, frios, escuros, monótonos, com poucos estímulos que não favorecem a qualidade de vida dos idosos. Por outro, a realidade da vida mostra-nos pessoas idosas cada vez mais dependentes e sem retaguarda familiar, pessoas nos hospitais, após um AVC ou outra doença que motivam a hospitalização que pedem ajuda às instituições de solidariedade. A institucionalização dos idosos continua a ser um recurso muito procurado.

1.Institucionalização

Em geral, o idoso perde a potencialidade para a realização das suas actividades, principalmente, a ocupação diária, e, devido às condições sociais, nomeadamente a falta

de apoio da família, muitos idosos são colocados em instituições (Lobo, 2007). Por toda a Europa, a família constitui ainda o grande pilar da responsabilidade pelos dependentes idosos. Em Portugal, a instituição familiar continua a ser o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice (Fernandes, 1997). Mas, segundo o INE (2001), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à segurança social são idosos e 12% encontram-se em lares. De acordo com Azeredo e Matos (2003), que realizaram um estudo com doentes vítimas de AVC, os doentes, que perdem a autonomia, são muitas vezes levados para instituições que tratam deles, devido à sua dependência.

A imagem das residências, na voz das pessoas idosas, é negativa. Segundo Rodriguez, 2007), as residências são vistas: como tendo uma imagem social muito negativa (asilo, para gente pobre); ou como lugares para onde não querem ir (*eu, a minha mãe, não a levo a um sítio desses).* Além disso, a opinião pública é também desfavorável e considera-as como não-lugares (o espaço do não-lugar não cria nem identidade singular, nem relação, mas solidão e semelhança, (Marc Augé, 2005). "*Meu cunhado está numa residência de luxo…paga… mas aquilo é uma jaula".* "*Um pobre foi para uma residência de 5 estrelas, foi outra vez para a rua. Preferia a rua…"(Rodriguez, 2007, pp. 30-31).*

As residências são consideradas como o último recurso e inevitável a que terão de recorrer com resignação em situações de dependência:

> "Pois nós, minha mulher e eu, quando não nos pudermos valer, recorreremos a uma residência. Que vamos fazer, em último caso! Se não te podes valer e vires que estás a estorvar os teus filhos, então vai para uma residência. Não há outra solução. Isso é muito duro; ou de solidão (Vou porque estou só")". **(**Rodriguez, 2007, p. 30-31**).**

A solidão leva a preferir a ida para uma residência. *"Eu vou porque estou só"(*idem, p.31*).* A institucionalização, para alguns, marca encontro com um ambiente colectivo de regras que não têm em conta a individualidade, a sua história de vida, e que funciona de igual modo para todos (Cardão, 2009). Esta concepção dos alojamentos para idosos e segundo a concepção golffmaniana, "instituição total" seria todo aquele

local de residência e de trabalho, onde indivíduos, isolados da sociedade, vivem uma rotina diária formalmente administrada. O resultado imediato para a pessoa que vive a experiência da instituição é que perde o controlo sobre a sua vida, já que são os outros que tomam decisões sem o consultar nem o informar. Elimina-se toda a referência ao ambiente de procedência. Os bens pessoais anteriores são substituídos por objectos estandardizados e uniformes. Isto origina um processo de desculturização. Outro autor que teve influência na avaliação crítica das residências, como vimos, foi Foucault (1964) que também analisou os efeitos negativos que a instituição total exerce sobre as pessoas que residem em alojamentos colectivos.

As mudanças sociais verificadas nas últimas décadas estão relacionadas com a nova situação das pessoas idosas (Rodriguez, 2007) provocadas pelo declínio da actividade agrícola; pelo envelhecimento da população provocado pela emigração juvenil; pela progressiva integração das mulheres no mundo do trabalho e o seu acesso às actividades públicas; pelo aumento de esperança de vida; pela instabilidade da vida familiar; pela proliferação dos lares unipessoais (Rodriguez, 2007). Todos estes factores tornam impossível poder atender as pessoas idosas da forma tradicional.

Os países europeus têm procurado soluções que têm passado, entre outras medidas, pela defesa do lema *envelhecer em casa*, pelo reforço do apoio domiciliário, pelo alargamento das redes de residências, pelos programas de apoio às famílias. Apesar destas propostas, a verdade é que continuaram a existir as instituições de solidariedade com os lares. Várias razões levaram a modelar o programa envelhecer em casa:

1. Crescimento dos idosos com mais de oitenta anos. Projecções da OCDE (1996) dizem que, de 1960 a 204, que todos os países da Europa central e setentrional registaram aumentos de 200%.
2. O impressionante número de pessoas com idades superiores a oitenta anos provocará situações crescentes de dependência e exigências de cuidados de maior duração.
3. O aumento continuado da expectativa de vida em todo o mundo fará com que o número de pessoas em situação de dependência continue a crescer.

Tudo levará a ter cuidados de maior duração para os idosos. Além disso, diminuem os cuidadores informais.

4. Os países têm recursos insuficientes. Daí que estudos da OCDE (1996) concluam que é necessário rever o lema envelhecer em casa.
5. Verificam-se mudanças culturais e preferências das pessoas idosas na maneira de conviverem. De facto, os idosos cresceram numa cultura que pouco tem a ver com a da actualidade. Muitos nasceram num meio agrícola; no seio de uma família tradicional.
6. O incremento progressivo das famílias unipessoais, sobretudo as mulheres a viverem sós o que levará mais tarde a uma busca de alojamentos de idosos.

Tudo isto provocou uma mudança de mentalidade em muita gente e leva a que as pessoas estejam em casa enquanto for possível e num alojamento quando for necessário. As instituições surgem como mais um recurso além dos outros existentes (Rodriguez (2007, p. 16):

a) Recursos básicos: serviços de ajuda ao domicílio (centrados na atenção pessoal, na teleassistência, nos cuidados prestados pelos centros sociais);
b) Recursos intermédios: Centros de Dia, estâncias temporais estadias de fins-de-semana;
c) Recursos de alojamento: residências, vivendas, apartamentos, unidades de convivência, vivendas compartilhadas entre jovens e idosos, alojamentos hétero-familiares (os idosos solitários são acolhidos numa casa, devidamente equipada para idosos, de uma família de acolhimento que os recebe como um membro de família).

Por tudo isto, hoje continua-se a investir também na institucionalização e os alojamentos procuram satisfazer as exigências e as necessidades humanas e são concebidos como recursos sociais de proximidade (Serrano, 2000).

Os centros gerontológicos[51] são abertos ao desenvolvimento pessoal e prestam atenção sócio-sanitária multiprofissional. Neles vivem temporal ou permanentemente pessoas idosas com algum grau de dependência. É neste contexto que existem os Lares dos Centros Sociais Paroquiais que não são a única valência para os idosos pois, além dos Lares, os Centros Paroquiais prestam cuidados aos idosos nas valências do Apoio Domiciliário e dos Centros de Dia e de Convívio. Os Centros Sociais Paroquiais surgiram na continuação de uma tradição secular de entreajuda familiar e de solidariedade e continuam, no século XXI, a fazer acção social disseminada por todo o País.

2.Por que é que os idosos vão para um Lar?

A maioria das pessoas que está no Lar de Idosos é parcial ou totalmente dependente. Que actividades podem fazer? Ou melhor, que actividades podem ser ajudados a fazer?

Os funcionários podem ajudá-los a: vestir e despir; comer e manejar os utensílios a usar nas refeições; mudar as fraldas aos incontinentes; ajudar a mobilidade funcional aos que têm dificuldade; incentivar o uso de desodorizantes; ajudá-los nas actividades básicas de uso do lugar; ensiná-los a usar o telemóvel, o telefone; a terem o quarto asseado; auxiliá-los nas actividades de ócio e de ocupação de tempos livres. Estas ajudas não são fáceis, pois a maioria dos utentes sofre de várias deficiências e todos os tipos de doenças. Passamos a enumerar a algumas das mais referidas pelos autores (cf. Strass, 2006, Trigueros e al, 2006).

a. Com deficiências físicas: deficientes motores osteoarticulares (cabeça, coluna vertebral, membros); deficientes motores do sistema

[51] Há muitos estudos sobre esta matéria: Brink, 1990; Carrington, 1989, Dupont, Hervy y Lyon, 1990; Garcia Perez e tal, 1992; Kane, 1996; Fernández Ballesterios, 19995, 1996, 2000; OCDE, 2005; IMERSO, 2005).

nervoso (paralesias, tetraparelesias, falta de coordenação dos movimentos musculares; outras deficiências do sistema nervosos);

b. Deficiências viscerais: respiratórias; cardiovasculares; digestivas; urinárias;
c. Deficiências psíquicas: atrasos mentais leves; atrasos mentais profundos; transtornos de aprendizagem; transtornos por défices de atenção;
d. Doenças mentais: delírio, demência, transtornos amnésicos, outros transtornos cognoscitivos;
e. Transtornos provocados pelo uso de substâncias, esquizofrenias, ansiedade, depressões;
f. Doenças sensoriais e expressivas: deficiências visuais, deficiências de audição, transtornos de equilíbrio;
g. Deficiências de linguagem: mudez, fala dificultosa, dificuldade de comunicação;
h. Plurideficiências: surdez, mudez, paralisias cerebrais;
i. Todas estas doenças provocam défice de funcionamento fisiológico e / ou mental, limitação na actividade; restrição na participação; barreiras na comunicação;
j. Outras doenças comuns nos idosos assistidos: diabéticos, com a doença de Alzheimer, hipertensão, doenças respiratórias, cardiopatia isquémica;
k. Cancerosos;
l. Enfermos crónicos, doentes terminais, doentes com cuidados paliativos.

Há várias razões para o ingresso no Lar:

1. O idoso deixou de ser o elo de ligação entre gerações. No passado, ele assegurava a continuidade da tradição da família, constituindo um elemento fundamental do quadro social da sua memória. Rompem-se as suas cadeias, diluem-se as suas identidades, apagam-se as suas memórias (cf. Fernandez, 2005). Sem memórias

não há família que subsista. Chegou-se ao fim do casamento para toda a vida, a favor de instituições de amor confluente. Assim, nas famílias como nas sociedades, as vítimas são os mais fragilizados (Fernandez, 2005).

2. O idoso não encontra soluções na habitação porque espacialmente reduzida e sem condições para o acolhimento de idosos dependentes. O idoso não tem espaço em casa e é um incómodo para os familiares. Constata-se também que a esperança de vida actualmente adia a morte. Por isso, os velhos são lançados em lares e a agonia é atirada para os hospitais. Como é que a família pode cuidar dos acamados, dos que sofrem de esquizofrenia, de depressão? Como cuidar de um acamado num ambiente de crise familiar, de conflitos, onde há a ameaça da separação e divórcio? Como cuidar deles, se os filhos dos acamados tantas vezes também eles têm filhos e doentes em casa? Não admira, pois, que, com a debilidade do pai ou do avô apareça o desespero das famílias em busca de uma solução para o seu familiar (Cano et al 2006). Torna-se necessário o serviço do centro gerontológico prestado por pessoal que estabeleça uma relação de autenticidade, com uma atitude positiva, com compreensão e empatia. Os acamados necessitam de serviços personalizados: vestir, lavar, arranjar a cama, mobilização dos membros, da cabeça, cadeira. A valência do Lar de Idosos, considerada por muitos teóricos como a última das últimas soluções, é, na realidade, a solução mais solicitada às instituições, que não têm capacidade de resposta para os pedidos à espera de ingresso. Em Portugal, são as mulheres idosas que mais procuram os Lares e, em média, têm uma idade mais elevada do que os homens (80 para 77 anos). Na origem ao recurso ao Lar por parte dos homens e mulheres idosas encontram-se as seguintes razões: falta de retaguarda familiar, perda de autonomia, solidão, doença, más condições da habitação, iniciativa própria, perda de cônjuge, conflitos familiares, isolamento geográfico (cf. Dias, 2005).

A terceira idade tende a ser vista como um peso insuportável para a economia social. O fenómeno do envelhecimento faz subir as despesas com a saúde. Hoje verifica-se a perda da solidariedade natural em que assentava a família natural. O idoso deixa de ser o elo de ligação entre gerações (cf. Fernandes, 2005).

Há outras razões para o internamento no Lar. Na verdade, o número de membros da família é cada vez mais reduzido, como vimos. O espaço exíguo das casas não propicia a presença dos idosos. É difícil cuidar bem de um idoso em casa. Os idosos vão para um Lar. O Lar será um deserto de solidão onde os idosos morrem ao abandono como afirmam muitos? (Fernandes, 2005). Então por que é que os idosos vão para o Lar?

Os reformados perdem importância na família, começam a ser considerados problemáticos e inúteis em casa, o que os leva, frequentemente, ao isolamento. O envelhecimento demográfico da população veio colocar novos desafios à família (cf. Sequeiros, 2007). Perante todas estas constatações e dependências recorre-se ao Lar. O recurso ao Lar é, em muitos casos uma consequência e não uma opção. O que se exige para ingressar no Lar?

São condições de admissão num Lar:[52]

1. Possuir idade igual ou superior a 65 anos de idade, salvaguardando, no entanto, com carácter excepcional a admissão de candidatos com menos idade cuja situação sócio – económica / saúde o justifique;
2. Não possuir condições para satisfazer as suas necessidades básicas;
3. Não existirem familiares com capacidade para assumir a responsabilidade de satisfação das necessidades básicas;
4. Encontrar-se em situação de carência socioeconómica que não garanta a sua subsistência.

A institucionalização do idoso é feita, sempre que possível, tendo como requisito a voluntariedade expressa do utente. Há casos em que o internamento não preenche estes requisitos, em casos de incapacitação, mas admitidos com relatórios de técnicos, ou por graves razões que motivam a urgência do internamento.

[52] PORTAL DO CIDADÃO (2009). *Acção Social para pessoas idosas*. MTSS/DGSS/pt 13/05/ 2009.

3. O Lar é último recurso ou uma necessidade?

A entrada do idoso para uma instituição é apresentada, por muitos, como a última etapa da sua trajectória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno (Fernandes, 2002; Bayle, 2000; Netto, 2002). O internamento definitivo das pessoas idosas em lares implica, de facto, em muitos casos, uma rotura com a vida do quotidiano e impõe-se como uma situação irreversível. A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como *a última alternativa* quando todas as outras são inviáveis. Ingressar numa residência de idosos significa uma perda de prestígio (Fayos, 2005). Há também uma ruptura definitiva com o mundo familiar. Como veremos, estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais factores apontados pelos idosos para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interacções que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente apontada como motivos para a institucionalização. Outros factores que pesam na institucionalização são: idade, solidão, morar só, estado civil, situação mental, ausência de suportes sociais e pobreza.

Segundo Goffman (1974), os idosos afastam a ideia de residir nos Lares por três razões: a) *Por factores simbólicos* pois há a imagem desprestigiada dos asilos em que eram recolhidos os enfermos crónicos, os abandonados pela família, os desamparados; b) *por factores imediatos e afectivos*: há uma ruptura com a vida passada, perda de referentes, sensação de desenraizamento total; c) *factores materiais:* rigidez do estilo de vida dos lares, perda dos da posse dos bens materiais, e o preço que pagam).

Apesar da generalizada imagem negativa com que são conotadas os lares e as residências de idosos, há estudos que mostram que a adaptação ao lar é fácil (Feriggla, 1992) e outros que apontam vantagens em que os idosos vivam rodeados por pares homogeneizados porque facilita a interacção social entre os residentes.

Reflexões sobre a envolvente habitacional/institucional do idoso levam a concluir que não existem soluções óptimas e universais para os idosos. Uma coisa é certa: são cada vez mais numerosos e dramáticos os pedidos de internamento no Lar. O internamento no Lar é, hoje, e cada vez mais, uma necessidade que as famílias dos idosos e os responsáveis pelas instituições sentem como ninguém. Exija-se qualidade à institucionalização, mas os Lares de qualidade são as melhores soluções para muitos idosos.[53] Aí os utentes residentes num Lar têm direitos (Manual de Boas Práticas, 2005): a ser tratados com dignidade e carinho em todos os momentos do dia; a ser respeitado pela direcção e pelo pessoal remunerado ou voluntário; a manter uma relação cordial com essa mesma direcção e pessoal; a usufruir de todos os direitos de cidadania; a viver uma vida preenchida e activa, de acordo com o seu nível de desenvolvimento e na medida das suas capacidades físicas e mentais; a manter uma relação cordial com os outros residentes.

4. Ingresso e acolhimento numa Instituição

No ingresso no Lar, a pessoa perde o seu universo familiar; sofre uma limitação física; sofre uma perda relacional; perde a gestão financeira; deixa de conviver com os vizinhos da rua ou lugar. O Lar é um novo mundo (Cano et al, 2006). Por isso, a instituição procura responder às necessidades dos utentes. A entrada de uma pessoa na instituição deve ser preparada para que não haja desequilíbrio físico e afectivo do novo residente. Procura-se que a família ajude na integração. Provoca-se a comunicação do pessoal residente na instituição com o que vem de novo (Saez, 2006).

Depois de acolhido o utente, a instituição deve: manter a independência da pessoa na realização das actividades quotidianas, ajudar a pessoa a ajudar-se; encontrar-se com o mundo exterior; as instituições não podem fechar-se sobre si mesmas, mas abrir-se ao exterior, favorecendo a penetração da vida exterior na instituição; manter os contactos com a família e manter os laços afectivos; satisfazer as necessidades

[53] Nota: Os Centros Sociais Paroquiais têm grandes listas de espera para ingresso nos seus lares.

gustativas (a comida satisfaz a necessidade de alimentar-se, e é também um prazer e um convívio).

Além disso, segundo Elizasu, (2002 pp.78-85) a instituição deve:

a) potenciar actividades que estabeleçam laços de pertença a um grupo social e a uma cultura;
b) ajudar a pessoa a encontrar as suas raízes e fortalecer a sua identidade (a sua história, a sua família, os acontecimentos marcantes da sua vida, o seu modo de vida no passado e no presente);
c) desenvolver a cultura (as pessoas devem saborear, no presente, o seu passado); evitar o isolamento e encerramento sobre si mesmo (saber acolher a família, os amigos, os voluntários);
d) criar uma imagem positiva de si mesmo; deve satisfazer e respeitar as necessidades espirituais de cada pessoa;
e) educar para favorecer e manter a saúde; favorecer a comunicação inter-geracional; levar os utentes a participar na planificação e realização das actividades (passeios, convívios, encontros com outras instituições).

A chegada de um idoso a uma instituição é uma situação de crise em que os implicados devem colocar em funcionamento todos os seus recursos para que o processo de adaptação à nova situação se conclua satisfatoriamente e gere benefícios para o idoso, para o meio familiar e social. Já foi referido que a escolha de um Lar de Idosos é um grande problema de difícil decisão. Acrescenta-se que pode causar transtornos nas pessoas no âmbito emocional e afectivo. A incorporação de um idoso num centro gerontológico traz consigo disfunções como a despersonalização, a diminuição ou perda de autonomia, a insegurança. Tudo isto tem consequências directas na desumanização se não se abordam de forma conveniente desde a intervenção da equipa interdisciplinar. O centro (gerontológico) deve ser humano, mas com qualidade. Com qualidade, mas humano (cf. Belmonte et al, 2006).

Um dos motivos pelos quais as pessoas idosas chegam até uma instituição de idosos em busca de assistência é devido a um importante sentimento de solidão, que

nem sempre significa não ter família ou que os familiares não querem ou não os podem atender. Em qualquer caso, é necessário restabelecer as relações afectivas satisfatórias, que eles não se sintam sós, ainda que o estejam, e que não estejam sós, ainda que o sintam. A solidão é frequentemente associada com o luto conjugal. Estudos recentes indicam que o luto é uma das causas mais comuns para a solidão na idade avançada (Costello, 1999). Pode ser visto como um mecanismo intimidante da solidão dos idosos. Após a perda do cônjuge, o processo adaptativo de luto para os idosos é composto pela solidão, fazendo do viúvo, muitas vezes, uma pessoa marginalizada.

Numa sociedade com sinais evidentes de desumanização, aposta-se pela humanização da vida, em geral, e, em concreto, pela humanização dos centros de idosos. Entende-se por humanização todo o acto que faça mais acolhedor, humano, familiar, amável e agradável o ambiente quotidiano do centro (Belmonte et al (2006). Humanizar significa fazer a alguém algo humano, familiar, afável, benigno. Humano, no sentido semântico, é o que pertence ao homem ou é próprio dele e aplica-se à pessoa que se compadece das desgraças de seus semelhantes. A palavra humanizar e humanização expressa o desejo de que algo seja bom, se ajuste à condição humana, responda à dignidade da pessoa. Isto exige cuidar de todos e cada um dos elementos que compõem a corporeidade humana: os pés, os braços, a cabeça, tronco (Saez, (2006). O cuidado pessoal exige o cuidado individual, o trato afectivo, a sensibilidade, a proximidade ética. As qualidades básicas dos auxiliares para darem uma atenção de qualidade às pessoas são: a empatia, a consideração positiva e a autenticidade (Trigueros et al, p. 292; Saez, 2006, p. 358 - 359).

a) *A empatia* é capacidade de se colocar no lugar do outro, compreender o seu estado emocional, tomar consciência íntima dos seus sentimentos e assumir a sua situação. Não se trata de sentir o mesmo que o outro, mas receber e compreender os seus estados emotivos. "É caminhar com os sapatos do outro" durante um troço do caminho (Saez, 2006, p. 359). Para ser empático não basta crer que somos compreendidos pelo outro, mas é necessário transmitir-lhe essa compreensão assegurando-nos de que a outra pessoa assim o percebe.

b) *Consideração positiva* significa estar convencido de que a melhoria da pessoa é sempre possível, e aceitar sem condições todo o presente, o passado e o futuro da pessoa, de seu modo de expressar-se, de viver sem reservas e sem juízos de valor. Exige confiar no outro. Isto induz que devemos tratar as pessoas idosas como adultos capazes de decidir por si o que querem para suas vidas. Tratá-los como meninos deve ser banido dos centros.

c) *Autenticidade ou congruência* consiste na congruência entre o que a pessoa sente, crê, pensa, vive e o expressa. É mais que a sinceridade entendida como a continuidade entre a consciência de si e sua manifestação exterior. A autenticidade implica um bom conhecimento de si mesmo e um sintonia entre a verdadeira vivência ou sentimento, a consciência da mesma e sua manifestação exterior. Esta atitude não é fácil para os cuidadores: comunicar os próprios sentimentos, pensamentos e valores aos outros encontra numerosas resistências (Sáez, 2006). Estas atitudes vão para além de uma quantas receitas para humanizar o centro gerontológico. Exigem tratar cada pessoa de modo concreto, personalizado porque cada um tem uma necessidade que não são sempre as mesmas e requerem respostas e actuações diferentes. Nisto consiste a humanização.

Além da valência de Lar, as instituições gerontológicas propiciam aos utentes do Centro de Dia, entre outras, actividades culturais e recreativas; actividades ocupacionais e de reabilitação; actividades de convivência, de cooperação e de entreajuda. Nos Centros de Dia e Centros de Convívio, aparecem reformados ainda válidos, e utentes assistidos por terceiros. Estes utentes têm transporte, alimentação, assistência social e médica e, em alguns casos, também assistência psicológica. Contam outros serviços que apresentaremos, posteriormente neste estudo.

Outra valência existente para idosos é o Serviço de Apoio Domiciliário onde são prestados muitos serviços. Trigueros et al, 2006) traçam os seguintes objectivos do SAD:

1º Incrementar a autonomia da pessoa atendida e a da sua família para que o utente possa permanecer em sua casa o maior tempo possível;

2º Procurar a sua qualidade de vida;

3º Fomentar hábitos saudáveis (alimentação, higiene, exercício físico);

4º Adequar a casa às necessidades da pessoa atendida;

5º Aumentar a higiene da casa;

6º Potenciar relações sociais estimulando a comunicação com o exterior superando os problemas do isolamento e da solidão;

7º Melhorar o equilíbrio do utente mediante o reforço dos vínculos de amizade com os familiares e com os vizinhos;

8º Favorecer os sentimentos positivos perante a vida.

Perante a quantidade e a qualidade dos serviços que são prestados no Serviço de Apoio Domiciliário aos idosos pode-se dizer que se trata de uma valência necessária para muitas pessoas. Esta valência torna-se mais enriquecedora, quando os utentes podem usufruir dos serviços recreativos, de convívio, de saúde prestados na instituição.

O Estado, pelos apoios que dá, parece privilegiar o Serviço de Apoio Domiciliário em relação ao Centro de Dia[54]. Esta valência é mais bem paga do que a do Centro de Dia e do Centro de Convívio. Os cuidados prestados pelo Serviço do Apoio Domiciliário são muito difíceis de prestar e os utentes passam o seu tempo mais isolados. O utente do Serviço de Apoio Domiciliário precisa de ajuda nas actividades domésticas, e necessita de quem lhe propicie passeios, saídas de casa, actividades culturais, religiosas e lúdicas, como veremos mais adiante. Aqui, interessa realçar a atenção que cada utente deve ter pelos responsáveis de uma instituição no ingresso para uma valência e na integração com os outros utentes e com os funcionários.

[54] A comparticipação mensal do Apoio Domiciliário, em 2009, era de 230,17 € por utente, enquanto a do Centro de Dia era de 99, 96 € e a do Lar de Idosos, de 338,51€.

PARTE II: A solidariedade organizada da Igreja

Capítulo I: Centros Sociais Paroquiais

Introdução

Em geral, as pessoas conhecem as obras de caridade da Igreja Católica, mas, geralmente, ignoram a forma específica como a Igreja se empenhou nestas obras, e num aprofundamento da solidariedade social e no princípio de subsidiariedade, tendo deixado marcas na civilização mundial. A Europa ocidental deve muito à caridade católica que tem neste continente uma riquíssima tradição solidária. A actual investigação social critica o conceito de "caridade" e a base da sua acção, como prestadora de serviços não qualificados e não qualificadores. No entanto, uma crítica deve ser feita a toda a desvalorização deste campo de acção social da igreja e dos cristãos, pois ele só pode ser entendido num âmbito mais vasto e como princípio de desenvolvimento de uma verdadeira teoria social da Igreja, consubstanciada em muitos dos documentos produzidos pelo Magistério.

Os papas do século XX deixaram-nos documentos que foram e são um património de ensinamentos sobre a Doutrina Social da Igreja. Nesses vários documentos, foram enunciados vários princípios e critérios orientadores da acção social. No último quarto do século XX, multiplicaram-se os Centros Sociais Paroquiais em Portugal procurando ser organizações que colocam em prática, de forma organizada, a Doutrina Social da Igreja. Hoje muita gente admira a sua obra, mas não faltam os que as questionam ou que, pelo menos, provocam debates/reflexões sobre a sua actividade, nas actuais circunstâncias, em que há uma dependência exagerada destas instituições do Estado.

Os Centros Sociais Paroquiais (CSP) são expressões da Doutrina Social da Igreja que, entre outras actividades, praticam a acção social para com os idosos. O trabalho social é cada vez mais técnico e com qualidade crescente. Estas instituições são geridas por uma direcção e nelas trabalham técnicos e não técnicos que se relacionam e comunicam entre si, bem como com os utentes das várias valências e com as suas famílias.

Os Centros Sociais Paroquiais são instituições ligadas à Igreja, mas, no exercício da sua acção social, cooperam e colaboram com o Estado e, mais de perto, com as Autarquias. As valências dirigidas aos idosos são o Centro de Dia, o Centro de Convívio, o Serviço de Apoio Domiciliário e o Lar de Idosos. Nestas valências, são prestados vários serviços aos idosos procurando-se exercer um trabalho social de proximidade com os utentes.

1. Tradição solidária da Igreja

É riquíssima a história das obras de caridade levadas a cabo pelos católicos, quer de forma individual, quer a nível de paróquias, dioceses, ordens religiosas e organizações de leigos. A Igreja Católica, hoje chamada a ser a estalagem do bom samaritano das Escrituras,[55] vai buscar o fundamento da sua doutrina social aos mais antigos textos bíblicos e à tradição apostólica, passando pelo seu ponto central que é a Boa Nova (Evangelho) anunciada por Jesus Cristo, seu fundador (Weigel, 2003; Cruz, 1994; Pinto, 1998). Assim, dando atenção à libertação do povo de Deus, narrada no Livro do Êxodo, verifica-se que havia já, então, uma doutrina social. Também, muitas vezes, a voz dos profetas levantou-se a denunciar as injustiças sociais praticadas contra os pobres, os órfãos e as viúvas. O espírito de caridade cristã não surgiu do nada. Foi inspirado nos ensinamentos de Cristo. *"Dou-vos um mandamento novo: amai-vos uns aos outros como Eu Vos amei". Por isto conhecerão que sois meus discípulos, se vos amardes uns aos outros"* (Evangelho de S. João, 13, 34-35). S. Paulo explica que também aqueles que não pertencem às comunidades dos fiéis devem ser objecto dos cuidados e da caridade dos cristãos, mesmo que sejam inimigos dos fiéis (Epístola aos Romanos 12, 14-20). A prática de oferecer oblações para dar aos pobres desenvolveu-se desde os primeiros séculos da Igreja (Woods, 2009). A Doutrina Social da Igreja, que tem o seu vértice no Evangelho, desenvolve-se nos Padres da Igreja que deixaram um vasto e rico legado de ensinamentos sociais. Santo Agostinho fundou um hospício para os pobres. S. João Crisóstomo fundou uma série de hospitais em Constantinopla. S.

[55] Discurso de Bento XVI, em Fátima, no dia 13 de Maio de 2010, no encontro com as organizações da pastoral social.

Cipriano e Santo Efrém, no século III, organizaram grupos de assistência em tempos de epidemias e de fome (Woods, 2009). Juliano, o apóstata, queixava-se da benevolência cristã para com os pobres: Estes galileus ímpios não se limitam a alimentar os pobres deles, mas também alimentam os nossos, recebendo-os de braços abertos nas *agapae* deles, atraem-nos como se atraem as crianças com bolos (Woods, 2009, p. 192).

No século IV, a Igreja começou a patrocinar a criação de hospitais em grande escala. Tratava-se de instituições que, inicialmente, serviam para acolher estrangeiros, mas que depois começaram também a dar abrigo às viúvas, aos órfãos e aos pobres em geral. No mesmo século, S. Basílio Magno criou um hospital em Cesareia onde recolheu leprosos. Os mosteiros desempenharam um papel de relevo nos cuidados aos doentes, aos pobres, aos viajantes. As ordens militares, criadas durante as Cruzadas, administravam hospitais por toda a Europa (os Hospitalários, mais tarde, Cavaleiros de Malta) (ISCRA, 2009).

A história da cultura portuguesa (Mattoso, 1993) demonstra que as nossas comunidades, inspiradas pela matriz cristã, sempre praticaram as obras de misericórdia. Já antes do surgimento das misericórdias, criadas no final do século XV, e desde o começo da nossa nacionalidade, existiram muitas iniciativas de assistência para fazer face às necessidades da população. São bons exemplos as ordens militares e religiosas, os municípios e as confrarias de mestres, a devoção das rainhas, de reis, de nobres, de elementos do clero.[56] Além disso, deve-se referir que as confrarias portuguesas, organizações sociais de iniciativa religiosa, tiveram também um papel importante na assistência social. A partir do século XVII, o Estado e a sociedade civil, por filantropia, começam a fazer a solidariedade, já não por caridade cristã. A Casa Pia, fundada no final do século XVIII, é um marco da assistência social de origem pública /estatal em Portugal. De facto, a caridade não se esgota nas relações entre as pessoas. O Vaticano II aponta a urgência de uma caridade organizada em favor das nações mais pobres (GS, 91). Foi esta, a do amor, a doutrina que preparou o caminho para a proposta de uma civilização do amor, como síntese e meta da doutrina social da Igreja (Teixeira, 2005, p.

[56] No final do século XV, existiam em Portugal: albergarias, hospitais, gafarias (leprosarias).

540). A Civilização do amor é a meta indicada pela Igreja como fim último da humanidade (*Populorum Progressio, 66s*).

A Doutrina Social da Igreja inaugura-se oficialmente com a *Rerum Novarum* de Leão XIII – 1891. Esta encíclica marca um novo posicionamento da Igreja perante a sociedade (Fontes, 1994). Os acontecimentos de natureza económica do século XIX tiveram consequências sociais, políticas e culturais lacerantes. Em resposta à questão social, Leão XIII promulga a *Rerum Novarum.* Ela examina a condição dos trabalhadores assalariados e dos operários das indústrias. A *Rerum Novarum* desenvolve a doutrina do trabalho, o direito à propriedade, o princípio da colaboração oposto à luta de classes, o direito a ter associações profissionais. A *Rerum Novarum* é considerada a carta magna da actividade cristã no campo social. Ela emergiu sustentada por raízes de dois milénios. Há quase dois mil anos que os cristãos se dedicam a reflectir sobre o seu relacionamento com os intrincados meandros da política, da economia e da cultura (Weigel, 2003).

Outros documentos se seguiram que aprofundaram os princípios enunciados por Leão XIII. Em 1931, Pio XI publica a *Quadragesimo Anno*. Perante a afirmação dos regimes totalitários, Pio XI adverte para a falta de respeito pela liberdade de associação e reafirma os princípios da solidariedade e de colaboração. O salário proporcionado às necessidades do trabalhador e da família. O Estado deve aplicar o princípio de subsidiariedade com o sector privado. Para superar o conflito de classes apresenta uma nova sociedade baseada na justiça e na caridade. Pio XI, na Encíclica *Divini Redemptoris*, criticou o comunismo e indicou a caridade evangélica e a justiça nos planos interpessoal e social visando o bem comum.

Pio XII, entre 1941 e 1951, nas radiomensagens natalícias, manifestou a sua preocupação com a ordem internacional subvertida durante a Segunda Guerra Mundial. Em 1961, João XXIII publica a *Mater et Magistra*. As palavras-chave da encíclica são a comunidade e socialização. A Igreja é chamada, na verdade, na justiça e no amor, a colaborar com todos os homens para construir a comunhão. O crescimento económico satisfaz as necessidades do homem e pode promover a sua dignidade.

Na Encíclica *Pacem in Terris*, 1963, o Papa percebeu que o grande anseio de toda a humanidade era a paz. Expõe a ordem das pessoas na convivência social, a ordem fundada na dignidade da pessoa humana, os direitos inalienáveis da pessoa humana. As relações políticas devem fundar-se na ética de verdade, de justiça, de respeito às minorias, de solidariedade. Esta Encíclica mobiliza os católicos a construírem a paz. *Pacem in Terris* é uma reflexão sobre os direitos. É a Encíclica da paz e da dignidade humana

A *Gaudium et Spes* (1965), documento do Concílio Vaticano II, aborda os temas da cultura, da vida económico-social, do matrimónio, da família, da comunidade política, da paz, da comunidade dos povos, à luz da visão antropológica cristã. As mudanças sociais, psicológicas, políticas, económicas, morais e religiosas levaram a uma preocupação pastoral com os problemas do homem e com o diálogo com o mundo. *Dignitatis Humanae* (1965) é outro documento do Vaticano II. Aí se proclama o direito à liberdade religiosa que tem o seu fundamento na dignidade da pessoa humana.

Na Encíclica *Populorum Progressio* (1967), Paulo VI traça coordenadas de um desenvolvimento integral do homem e de um desenvolvimento solidário da humanidade. O desenvolvimento responde a uma exigência de justiça à escala mundial e espera-se que garanta a paz do mundo e torne possível a realização de um humanismo total, orientado pelos valores espirituais.

Na *Octogesima Adveniens*, 1971, Paulo VI, por ocasião dos oitenta anos da Rerum Novarum, examina os novos problemas emergentes na civilização urbana e industrial, atende aos problemas dos jovens, da mulher, dos operários, à emigração, ao crescimento demográfico, ao influxo dos meios de comunicação social. Examina as aspirações à igualdade, à participação, à democracia, ao socialismo, ao marxismo, ao liberalismo.

Na *Laborem Exercens*, João Paulo II, nos 40 anos da Rerum Novarum, apresenta uma ética do trabalho. O trabalho não deve ser entendido apenas no sentido objectivo e material, mas também enquanto actividade que realiza a pessoa.

João Paulo II, em 1987, *na Sollicitudo Rei Socialis,* comemorativa dos 20 anos da *Populorum Progressio,* aborda o tema do desenvolvimento. Diferencia progresso e desenvolvimento. O verdadeiro desenvolvimento não pode limitar-se à multiplicação dos bens e serviços. A paz é fruto da solidariedade.

Na Centesimus Annus, que aparece no centenário da Rerum Novarum (1991), João Paulo II publica a sua terceira carta social e fala do princípio da solidariedade e contém um apreço pela democracia e pela economia livre, no quadro de uma indispensável solidariedade. A Rerum Novarum é uma reacção às mudanças políticas e sociais que decorreram ao longo do século XIX.

Deus caritas est é a primeira encíclica de Bento XVI. O Papa, a partir da etimologia das palavras *Eros, Ágape e Phlilia*, perpassa os seus sentidos mais profundos que radicam num Amor que prorrompe no mundo.

Spe Salvi (Salvos na esperança) é o título da segunda encíclica de Bento XVI, dedicada ao tema da esperança cristã, num mundo dominado pela descrença e a desconfiança perante as questões relacionadas com o transcendente.

Caritas in Veritate, a terceira Carta Encíclica de Bento XVI, retomando as temáticas da *Populorum Progressio*, aborda vários aspectos do desenvolvimento integral na nossa época à luz da caridade na verdade. Aprofunda temas relacionados com o desenvolvimento humano e económico: a fraternidade, a sociedade civil, os direitos e deveres, a técnica, o ambiente e a família. A caridade é a via mestra da doutrina social da Igreja. Mas só na verdade é que a caridade refulge e pode ser autenticamente vivida. A verdade é luz que dá sentido e valor à caridade. A encíclica propõe o princípio da fraternidade e apresenta as empresas cooperativas, as empresas sociais, as empresas de economia e de comunhão, que são empresas que não têm por fim a maximização do lucro, mas produzem para o mercado e são motor do desenvolvimento humano integral, da solidariedade e da fraternidade.

2. Princípios e critérios da Doutrina Social da Igreja

Os princípios permanentes da doutrina social da igreja constituem verdadeiros eixos do ensinamento social católico (M. Antunes, 2008). Trata-se de princípios ou conteúdos da dignidade da pessoa humana, onde se fundamentam os demais princípios do bem comum, da subsidiariedade e da solidariedade. Estes princípios têm um carácter geral e fundamental, pois referem-se à realidade social no seu conjunto, desde as relações interpessoais, caracterizadas pela proximidade e por serem imediatas, às relações entre os povos e nações. Os princípios recordam que a sociedade, historicamente existente, deriva da interacção das liberdades de todas as pessoas que nela interagem, contribuindo, mediante as suas opções, para edificá-la ou para empobrecê-la (Conselho Pontifício Justiça e Paz, 2005). Os princípios são os seguintes:

a) *A dignidade da pessoa humana*: direitos e deveres – A Igreja entende que é inerente à pessoa humana uma dignidade própria – a humana – porque foi criada por Deus e redimida por Cristo.[57] O fundamento dos direitos humanos é a dignidade da pessoa humana e a igualdade de todas as criaturas humanas. Partindo deste pressuposto, a DSI desenvolve a doutrina sobre os direitos humanos, expressada pelo Papa João XXIII *na Pacem in Terris (1963)*; pelo Concílio Vaticano II na *Gaudium et Spes*; por Paulo VI *na Octogesima Adveniens (1971);*[58] e por João Paulo II na *Redemptor Hominis (1979)*. Os direitos têm como reverso os deveres que devem ser cumpridos por todos. A Igreja não pensa em primeiro lugar em termos de nações, partidos políticos, ou grupos étnicos, mas sobretudo na pessoa humana. A Igreja defende a dignidade de cada ser humano, de cada pessoa. Na Carta Encíclica *Centesimus Annus (2002)*, o Papa João Paulo II salienta a centralidade deste princípio. Todos os programas sociais, científicos e culturais precisam de ser orientados pela consciência do primado de cada ser humano (Conselho Pontifício Justiça e Paz, 2005).

[57] ISCRA, Instituto Superior de Ciências Religiosas de Aveiro – DSI – www.iscra.pt

[58] PAULO VI, Carta Encíclica Octogesima Adveniens publicada em 1971.

b) *O Princípio da Solidariedade Humana***:** A solidariedade proclama a igualdade entre os seres humanos, de todos os tempos e espaços. Este princípio foi formulado pelo papa João Paulo II na Encíclica *Sollicitudo Rei Socialis* (1987) onde se diz que a solidariedade não pode ser entendida simplesmente como um sentimento, mas como uma virtude real. O fundamento da solidariedade é a igualdade de todas as pessoas em relação com a criação e a redenção. A família humana é uma. A solidariedade convida-nos a aumentar a nossa sensibilidade para com os sofrimentos dos outros. Para o Papa, a prática da solidariedade concretiza-se na opção preferencial pelos pobres. O ser humano é um ser com os outros e para os outros. Por isso, a solidariedade deve ser tomada como o princípio ordenador das instituições, uma verdadeira virtude moral e não apenas um mero sentimento de compaixão (M. Antunes, 2008).

c) *O princípio do Bem Comum* – O Concílio Vaticano II[59] define-o como "o conjunto de condições da vida social que tornam possível às associações e a cada um dos seus membros obter a sua realização mais plena e o caminho mais fácil de chegar à própria perfeição" *(Guadium et Spes, 26)*.[60] Tanto quem governa como os grupos sociais devem procurar o bem comum, o bem do grupo. Não cabe ao Estado substituir-se aos cidadãos, mas harmonizar com justiça os interesses sectoriais e promover as suas iniciativas. O povo é, deve ser, e permanecer, o sujeito, o fundamento e o fim da sua vida social, uma vez que a soberania radica na sociedade civil. É a construção do bem comum que justifica a autoridade do Estado[61]. O bem comum deve incentivar cada um a descobrir que o seu próprio bem e que estar em comunhão com os demais. Os cidadãos concretos são chamados a viverem em comunhão. O princípio do destino universal dos bens requer que se cuide com particular solicitude dos pobres (cf. Conselho Pontifício Justiça e Paz, 2005).

[59] O Concílio Vaticano II - Concílio Ecuménico da Igreja Católica foi convocado a 25 de Dezembro de 1961, pela bula papal "*Humanae salutis*", de João XXIII. Este Papa inaugurou-o, no dia 11 de Outubro de 1962. O Concílio, realizado em 4 sessões, terminou a 8 de Dezembro de 1965, no papado de Paulo VI.

[60] VATICANO II- A Gaudium et Spes é uma constiuição pastoral sobre a Igreja no mundo actual.

[61] Conclusões da Semana Social 2009 realizada de 20 a 22 de Novembro, em Aveiro.

d) *O princípio da subsidiariedade* – Foi formulado pelo Papa Pio XI na Carta *Encíclica Quadragesimo Anno,* em 1931, (quando o mundo estava ameaçado por sistemas totalitários).[62] Assim como é injusto subtrair aos indivíduos o que eles podem efectuar por sua livre iniciativa e capacidade, para o confiar à colectividade, do mesmo modo é uma injustiça passar para uma sociedade maior e mais elevada o que sociedades menores e inferiores podiam conseguir. O fim natural da sociedade e da sua acção é subsidiar os seus membros e não destruí-los, nem absorvê-los (Quadragesimo Anno, 79). O princípio de subsidiariedade há-de ser mantido estritamente ligado com o princípio de solidariedade e vice-versa, porque, se a subsidiariedade sem a solidariedade decai no particularismo social, a solidariedade sem a subsidiariedade decai no assistencialismo que humilha o sujeito necessitado. Esta regra de carácter geral deve ser tida em grande consideração também quando se enfrentam as temáticas referentes às ajudas internacionais destinadas ao desenvolvimento *(Caritas in Veritate, 58).* O princípio da subsidiariedade clarifica que não precisamos de um Estado que regule e domine tudo, mas de um Estado que generosamente reconheça e apoie, segundo o princípio de subsidiariedade, as iniciativas que nascem das diversas forças sociais e conjugam espontaneidade e proximidade aos homens carecidos de ajuda. Consequência da subsidiariedade é a participação que se exprime essencialmente em uma série de actividades mediante as quais o cidadão, como indivíduo ou associado com outros, directamente ou por meio de representantes, contribui para a vida cultural, económica, política e social da comunidade civil a que pertence: a participação é um dever a ser conscientemente exercitado por todos, de modo responsável e em vista do bem comum (Antunes, 2008; Compêndio DSI nºs185,186, 189). O bem comum exige que se conceda ao princípio de subsidiaridade pleno alcance e sentido, aliás bem patente na Constituição da República Portuguesa e nos Tratados da União Europeia. Nesse contexto, deverá valorizar-se uma intervenção mais próxima dos cidadãos com lugares de decisão descentralizados[63].

[62] QUADRAGESIMO ANNO- carta encíclica de Pio XI, de 15 de Maio de 1931, sobre a restauração e aperfeiçoamento da ordem social, no quadragésimo ano da Rerum Novarum de Leão XIII.

[63] Conclusões da Semana Social 2009, realizada de 20 a 22 de Novembro, em Aveiro.

e) O Amor – Caritas - Princípio Informador da Concepção Orgânica da Vida Social – A Doutrina Social da Igreja valoriza a importância das associações para a vida social. Mas, como escreve Bento XVI, na sua *Deus caritas est* (28.b):

> O amor — caritas — será sempre necessário, mesmo na sociedade mais justa. Não há qualquer ordenamento estatal justo que possa tornar supérfluo o serviço do amor. Quem quer desfazer-se do amor, prepara-se para se desfazer do homem enquanto homem. Haverá sempre sofrimento que necessita de consolação e ajuda. Haverá sempre solidão. Existirão sempre também situações de necessidade material, para as quais é indispensável uma ajuda na linha de um amor concreto ao próximo. Um Estado, que queira prover a tudo e tudo açambarque, torna-se no fim de contas uma instância burocrática, que não pode assegurar o essencial de que o homem sofredor — todo o homem — tem necessidade: a amorosa dedicação pessoal (…). A Igreja é uma destas forças vivas: nela pulsa a dinâmica do amor suscitado pelo Espírito de Cristo. Este amor não oferece aos homens apenas uma ajuda material, mas também refrigério e cuidado para a alma — ajuda esta muitas vezes mais necessária que o apoio material.

A Caridade é o que norteia as instituições de solidariedade, como os Centros Sociais Paroquiais. Em *Caritas in Veritate*[64] (2009) o Papa Bento XVI apresenta a centralidade da fraternidade como motor de desenvolvimento de um mercado fraterno. *Caritas in Veritate* situa o tema do amor cristão em relação directa com o desenvolvimento humano, social e económico. A caridade, hoje, continua a ter o primado, mas a solidariedade significa a dimensão social da Igreja. A caridade é maior, insuperável. A sua grandeza exprime-se também dando vida a *formas de caridade social* (Tettamanzi, 2009).

Tomando-se consciência da urgência da caridade organizada, em 1963, foram criadas, em Portugal, as Instituições Particulares de Assistência. Foi na Constituição de 1976 (artigo 63) que surgiu pela primeira vez o termo IPSS. As principais são:

a) *As Misericórdias,* fundadas em 1498, quando foi criada a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, por iniciativa da rainha D. Leonor e de Frei Miguel Contreiras. Hoje estão espalhadas em quase todos os concelhos do País;

---

[64] 3ª Carta Encíclica de Bento XVI-proclamação da verdade do amor de Cristo na sociedade - serviço da caridade, mas na verdade. A sociedade globalizada torna-nos vizinhos, mas não nos faz irmãos.

b) Os Centros Sociais Paroquiais, ligados à Igreja Católica, são as segundas IPSSs mais antigas, denominadas antes de 1983 por Institutos de Assistência;

c) Apareceram também as *Associações de Socorros Mútuos* – ou Mutualidades, como o Montepio – Geral que foram perdendo a importância com o surgimento de outras respostas sociais.

d) As Associações de Solidariedade Social, de iniciativa privada ou associativa, que surgiram, em Portugal, sobretudo depois de 1974.

As principais *respostas sociais das IPSSs* são as seguintes:

Para idosos: Centros de Convívio, Centros de Dia, Apoio Domiciliário, Lares, Centros de Noite. Para a infância e a juventude: creches, ATL, lares de jovens. Para deficientes: Lares e centros de actividades ocupacionais. Para a família: centro comunitário.

No final de 2008, e segundo os dados fornecidos pela CNIS,[65] existiam em Portugal 4896 Instituições Particulares de Solidariedade Social, que empregavam cerca de 200.000 trabalhadores e apoiavam directamente cerca de 600.000 utentes e respectivas famílias e, indirectamente, uma alargada faixa da comunidade nacional. Cerca de 41% são de iniciativa da Igreja Católica.

Os Centros Sociais Paroquiais são expressões, no terreno, dos princípios, critérios e directrizes de acção da Doutrina Social da Igreja que não pode ser uma doutrina utópica e estática, mas de aplicação dinâmica dos ensinamentos de Cristo para mudar as realidades e circunstâncias das sociedades e culturas concretas.

Pelo que dissemos, o cristianismo foi reinventando, ao longo dos tempos, formas de concretizar a sua acção sociocaritativa. O trabalho de intervenção social contou no século XX com a acção caritativa desenvolvida pela Caritas, pela Ajuda à Igreja que Sofre, pelas Conferências de S. Vicente de Paulo (Teixeira, 2009).

[65] CNIS Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social

Em Portugal ou no Mundo, a *Cáritas Portuguesa* promove campanhas de solidariedade, que se destinam a ajudar os mais pobres que sofrem, quer por desastres naturais ou catástrofes humanas. Este trabalho é desenvolvido em estreita colaboração com as *Caritas* locais. A ampla rede da *Cáritas* permite que, nestas situações, seja traçado um real e concreto quadro de necessidades que, efectivamente, serve as populações afectadas, permitindo que a ajuda chegue a quem mais precisa. Na sua acção internacional, a *Cáritas* Portuguesa vai mais longe do que a ajuda humanitária de emergência. Particularmente com as *Cáritas* Lusófonas procura-se assegurar a continuidade, através de projectos sustentáveis de reabilitação e desenvolvimento, para que os destinatários não fiquem dependentes da ajuda pontual, assumindo assim, como prioridade, o combate à pobreza e à injustiça social.

A Ajuda à Igreja que Sofre é uma organização católica internacional, sem fins lucrativos, directamente dependente da Santa Sé, cujo objectivo é ajudar os cristãos mais necessitados, perseguidos ou ameaçados por causa da sua fé. Fundada pelo P. Werenfried van Straaaten, a instituição iniciou as suas actividades em 1947 na Alemanha e conta actualmente com 17 secretariados e aproximadamente um milhão de colaboradores que apoiam periodicamente projectos pastorais nos países onde as comunidades cristãs são mais carenciadas. Em Portugal, a Organização abriu o seu secretariado em 1995 que se chama actualmente Fundação AIS. A Ajuda à Igreja que Sofre presta socorro aos países de Leste. Em 1968-1971, a Caritas Internacional e a Ordem de Malta organizam uma ponte aérea para o Biafra.

Ao mesmo tempo, a Conferência de S. Vicente de Paulo e as diversas caritas diocesanas têm um vasto campo de acção. A *Sociedade de São Vicente de Paulo* (SSVP), também conhecida por *Conferências de São Vicente de Paulo ou Conferências Vicentinas*, é um movimento católico de leigos que se dedica, sob o influxo da justiça e da caridade, à realização de iniciativas destinadas a aliviar o sofrimento do próximo, em particular dos social e economicamente mais desfavorecidos, mediante o trabalho coordenado de seus membros.

Mais recentemente, surgem os Centros Sociais Paroquiais, adoptando uma lógica de intervenção técnica. A constatação de que a vivência cristã da diaconia/caridade não é apenas tarefa de ajuda em determinadas situações de necessidade, levou a concluir que a diaconia / caridade tem de estar organizada a nível comunitário, para que possa ser acção constante, harmónica e persistente a todos os níveis, com uma necessária significatividade pública (Pinho, 2009). A comunidade cristã tem de ser lugar privilegiado de experiência de acolhimento e ajuda de pessoas em dificuldade.

3. A Paróquia: uma comunidade solidária que pratica a caridade

A Paróquia "é uma determinada comunidade de fiéis, constituída de forma estável na Igreja particular, cuja cura pastoral, sob a orientação do bispo diocesano, se encomenda a um pároco, como seu pastor próprio" (Cânone 515 do Direito Canónico). Ao ser uma comunidade de fiéis, na visão do Vaticano II, ela deixa de ser apenas uma circunscrição territorial.

A organização duma paróquia exige o conhecimento da comunidade. A Conferência Episcopal Portuguesa, em 2010, salienta que não se pode construir a cidade de Deus sem conhecer a vida dos homens através da análise sociológica da Paróquia. A Paróquia não é uma mera junção de indivíduos, mas um sistema social de relações. A Paróquia tem, por isso, um rosto comunitário. Os leigos, na Igreja, não se limitam a ter uma acção voltada para dentro, mas devem ter uma acção participativa no mundo. A Paróquia é um espaço aberto a todos. O Plano de Actividades de uma diocese, arciprestado ou de uma paróquia inscreve-se numa dinâmica nova de pedagogia social, na autenticidade e na exigência de vidas dadas na caridade. Usando a expressão de Bento XVI *"Caritas in Veritate",* a caridade na verdade manifesta a beleza e testemunha a ternura da Igreja que a ninguém exclui ou rejeita e que a todos ama e acolhe.

Os serviços de acção sociocaritativa da Igreja têm consciência de que o exercício da caridade é uma exigência da missão de todos os cristãos (*João Paulo II, Christifideles Laici, 1988).* Estes serviços devem primar pela rectidão no exercício de

todas as suas funções. A acção sociocaritativa da Igreja é presença vigorosa do humanismo cristão e rosto da fraternidade cristã (Viñals, 2010).

A Paróquia é a expressão do tríplice dever da Igreja: anúncio da palavra, celebração dos sacramentos, serviço da caridade. Salientamos aqui o serviço da caridade. De facto, a caridade constrói a comunidade e a caridade realiza a Igreja. A caridade é o sinal maior do Reino de Deus no mundo (Bento XVI, *Deus Caritas est,* nº 24). A caridade assim entendida não é apenas missão de alguns, mas de toda a comunidade (Bento XVI, *Deus Caritas est,* nº 25). O exercício da caridade faz-se na autenticidade do amor cristão e na verdade do serviço solidário aos mais pobres. Anunciar o Evangelho deste modo, com novos métodos e novo ardor e entusiasmo é a missão dos cristãos. É esse igualmente um dos lugares contemporâneos da Igreja, de uma Igreja que não se cansa de proclamar e cumprir o mandamento novo e de ser sinal profético das bem-aventuranças. Os primeiros cristãos eram assim identificados, conhecidos e apresentados na cidade de Antioquia: "Vede como eles se amam". Deus é Amor (1 Jo 4, 16) é a verdade mais profunda e central que inunda toda a Revelação e consequentemente toda a história da humanidade e da Igreja. O Homem é a primeira e fundamental razão de ser da Igreja e da sua acção. Amar o Homem é o único caminho possível da Igreja. Ser rosto do Amor divino no mundo e nos caminhos dos homens é o imperativo do agir cristão e eclesial: ser a Igreja na caridade (Paulo VI, *Populorum Progressio,* 1967).

Um Plano Sociocaritativo Paroquial recorre ao já experimentado método do "ver, julgar e agir", para que saber olhar com objectividade a realidade humana e social do nosso tempo, para que poder analisar com lucidez as situações e os contextos das dores dos pobres e dos silenciados pela vida e para que saber agir com coragem e determinação de modo solidário e fraterno no coração da sociedade do nosso tempo.

Uma análise da realidade evidencia a existência de bolsas de pobreza marcadas por degradação de costumes e famílias, lares desfeitos, habitações degradadas e sem condições, trabalho precário, alcoolismo, desemprego, comunidades migrantes desintegradas da sociedade em geral. É neste contexto que a Paróquia desenvolve as suas actividades. Todos os dias surgem novos desafios de grave carência social

colocados à Paróquia. A acção sociocaritativa não é exercida só porque as solicitações são cada vez mais prementes, mas porque a caridade é a essência do agir e ser Igreja de Jesus Cristo.

Perante estas situações de carência, os serviços da acção sociocariotativa devem primar pela rectidão no exercício de todas as suas funções desde as directivas às técnicas, e pelo rigor no cumprimento de todos os deveres, mas são chamados a ir mais longe movidos pelo espírito cristão que os mobiliza. Isto exige uma formação dos membros da comunidade no que concerne ao serviço da caridade (II Sínodo Diocesano de Aveiro 1990 – 1995. Diocese de Aveiro 2002 – 2º Edição p. 105-106).

A Paróquia cria e dinamiza os serviços e meios necessários à realização da caridade e promoção social. Colabora e estabelece parcerias com outras instituições, grupos e pessoas que trabalham para a promoção das pessoas e a erradicação das situações de pobreza e factores que as promovem. Na realização desta tarefa devem ter-se em conta vários princípios fundamentais e estruturantes do agir solidário eclesial que António Santos, bispo de Aveiro, no Plano Diocesano da Diocese da pastoral sociocaritativa, 27 Setembro de 2009) apresenta e resumimos do seguinte modo:

1º A dignidade original da pessoa humana. A pastoral social assenta as suas bases no princípio de que sendo Deus Amor, a vida dos homens deve ser presidida pela caridade;

2º A Igreja está ao serviço do Homem e exprime o amor de Deus na acção sociocaritativa dando primazia à pessoa humana e à caridade;

3º A caridade é o valor que molda e enforma o agir da pastoral sociocaritativa;

4º A caridade é obra de cada cristão e de toda a comunidade;

5º A metodologia é a de sempre: ver, isto é, conhecer bem o homem de hoje e a sua circunstância; julgar, isto é, iluminar com o Evangelho a vida do homem e da sociedade e procurar caminhos de envolvimento na prática da caridade.

4. Intervenção Social da Paróquia

Qual a razão da intervenção social ser feita por uma instituição paroquial da responsabilidade da Igreja Católica? Porquê uma instituição paroquial?

A Paróquia (cf. Cânon 518 e 519 do Direito Canónico), quase sempre adstrita a um território, é, antes de mais, a comunidade dos fiéis, presidida por um sacerdote, mas como esses fiéis vivem num espaço, a Paróquia é relacionada com um território[66], com o qual os membros dessa paróquia se identificam. O sentimento de pertença a uma paróquia faz com que ela seja designada pelos seus habitantes como a *nossa paróquia.*

A Paróquia, todavia, atravessa uma era de mudança (Borras, 2010). Quando as povoações viviam isoladas, com comunicações difíceis, a Paróquia era uma instituição eclesial e social de primeira importância, pois a vida da comunidade paroquial decorria à sombra da igreja, que geralmente era um edifício monumental, situado no centro da povoação. A igreja paroquial era lugar de reunião dominical, de celebrações festivas, de acontecimentos marcantes para a vida pessoal (profissões de fé, casamentos, etc…), ou local de referência para outros tipos de encontros. Por sua vez, o adro era ponto de encontro social, onde se dirimiam questões, se organizavam festas, se sabiam notícias e donde se levavam as novidades (Neiva, 2010). Enfim, a Paróquia era uma instituição viva, cheia de realismo social, ou seja, aquilo que Mauss (1872-1950) chama de instituição social total.

Hoje já não é bem assim, em todos os lados. Há uma evidente distinção entre as paróquias rurais e urbanas e, mesmo as paróquias rurais, já não possuem a vitalidade de outros tempos. É recorrente o tema do desmoronamento da civilização paroquial (Teixeira, 2005). Nessa civilização paroquial, a igreja era o dispositivo central do território, muitas vezes centro geográfico, mas sobretudo um centro simbólico, e a relação entre o pároco e os crentes estabelecia-se no quadro de uma proximidade espacial em que a assembleia dos crentes se reunia cultualmente. Na actualidade, fazem-se sentir cada vez mais os efeitos da mobilidade e do *ethos* individualista característicos da metrópole urbana contemporânea (Teixeira, 2005).

[66] Carlos Alberto Ferreira de Almeida trata da paróquia medieval, no Noroeste de Portugal, como um fenómeno que se estrutura, essencialmente, nos séculos XII e XIII, embora tenha muitas predeterminações da orgânica religiosa, social e económica da época anterior. Ela é o resultado de uma organização vicinal e dos senhorios, centrada numa igreja (Almeida, 1987, p. 28).

Em primeiro lugar, salientamos que se notam mudanças, hoje, pois as pessoas habitam num território, trabalham noutro, têm filhos a estudar noutro sítio, vão à missa onde lhes convém. Há, de facto, na sociedade moderna, uma evolução social marcada pela importância crescente das actividades e dos interesses humanos sobre os meios territoriais. Quando os campos de actividade, os interesses vitais e os serviços se encontram fora do espaço paroquial, a Paróquia acaba por significar pouco para as pessoas. As grandes transformações na mobilidade e na prática religiosa alteraram profundamente o sentido de pertença a uma paróquia (Neiva, 2004).

Em segundo lugar, a cultura urbana invade a rural. Nos meios urbanos, muda-se facilmente de domicílio, de trabalho, de lugar. A mobilidade populacional e a facilidade de encontrar serviços noutros locais, conduz ao desenraizamento das pessoas e à desagregação da vida paroquial. Nos espaços rurais encontramos residentes que também vivem esta mobilidade, muitas vezes entre este espaço e o urbano. Para além desta mobilidade física entre os residentes, não é menos importante salientar a mobilidade dos valores e das expectativas sociais, que os meios de comunicação proporcionam.

Depois, verifica-se também uma menor prática religiosa o que coloca problemas de comunicação à Paróquia para estabelecer uma ligação eficaz com os paroquianos. Além disso, o fenómeno da descristianização das paróquias leva-as a passar de uma pastoral de conservação para uma pastoral de missão (Bento XVI, 2010).

Mesmo perante estas transformações, os teóricos da pastoral contemporânea propõem uma Paróquia moderna que procura fomentar um relacionamento personalizado com os fiéis (Routhier, 2010). De facto, nas suas linhas pastorais, segundo estas perspectivas, a Paróquia deverá procurar ir ao encontro das pessoas e não esperar que as pessoas venham ao encontro da Igreja. Assim, a Paróquia irá ao encontro de todos cristãos e não cristãos (Neiva, 2004; Routhier, 2010). Neste contexto novo, alargam-se os horizontes da missão a todas as latitudes, mas a Conferência Episcopal Portuguesa reconhece também que é necessário lançar mão de novos métodos (Carta Pastoral da Conferência Episcopal Portuguesa, 2010). Desta forma, a Paróquia apresenta-se aberta aos problemas das pessoas, propondo-se estar presente no mundo da

cultura (os responsáveis eclesiais sabem que à escola vão todos, mesmo os que não vão à igreja); no mundo dos pobres e marginalizados (a Igreja sempre ensinou que são os pobres que ensinam a viver o Evangelho); no mundo dos jovens; nos meios de comunicação social; na promoção dos leigos em trabalhos pastorais (João Paulo II, 2001; Bento XVI, 2010).[67]

A participação dos leigos na vida da Paróquia é o maior desafio lançado, hoje, aos responsáveis eclesiais. A Exortação Apostólica de João Paulo II, de 1988, *Christifideles Laici* (Vocação e Missão dos Leigos na Igreja e no Mundo) incita a que cada um assuma o seu papel específico na Igreja e no Mundo e convida a abrir espaços na busca e construção da identidade laical na Igreja. A Acção Social da Igreja, como vimos, pilar fundamental da sua missão, terá muito a beneficiar com isso (AAVV, 2010)[68]. Os responsáveis eclesiais, sobretudo a partir do Concílio Vaticano II, incentivam a participação na vertente litúrgica, na pastoral, na vertente administrativa e, sobretudo, na área sócio-caritativa. Há, neste domínio, um conjunto de serviços que a Paróquia constitui para responder às necessidades dos seus membros e da comunidade em geral: Lares para Idosos, Centros de Dia, Centros de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário, programas de combate à pobreza, de educação de adultos, de ocupação de tempos livres, de serviços de acolhimento, de ajuda em situações de catástrofe ou de acidente, de visita a doentes, etc.

A Paróquia, em muitos lugares e particularmente no território por nós estudado, continua a ter uma acção notória nos variados momentos espirituais e sociais das comunidades. Tendo em conta as mudanças anteriormente relevadas, a Paróquia, actualmente, é um espaço cada vez mais aberto à pluralidade de pessoas e grupos, respeitando a identidade da comunidade. Nesta tarefa, os seus representantes apelam à

[67] Cf. Carta Apostólica *À Entrada do Novo Milénio*, nº 56 e Exortação Apostólica de Bento XVI *Verbum Domini, nº 95-107.*

[68] AAVV: Vários autores que integram o Núcleo de Diálogo Social, criado, há dez anos, na Região Oeste do Patriarcado de Lisboa. São autores que fizeram carreira em diversas áreas profissionais e que trabalham em vários organismos eclesiais.

corresponsabilidade da comunidade e à participação no desenvolvimento de formas de solidariedade para solucionar os problemas de precariedade social existentes na comunidade. Com a *Encíclica Populorum Progressio* (1967), de Paulo VI, que chamava atenção para o desenvolvimento integral e convidava os cristãos a comprometerem-se nele, tomou-se consciência da necessidade crescente de promover na Paróquia a dignidade da pessoa; defender e promover os direitos da pessoa humana; defender a família como primeiro espaço para o empenhamento social; praticar a caridade, que é a alma e sustentáculo da solidariedade; pôr o homem no centro da vida económica e social. A encíclica do Papa propunha, assim, uma igreja interventiva na definição no progresso das comunidades humanas informando com os seus valores.

Enfim, no contexto das importantes transformações em curso, no mundo da economia e do trabalho, os documentos e as exortações dos responsáveis eclesiais impelem a Paróquia a empenhar-se na solução dos graves problemas provocados pelo desemprego, na superação das injustiças, e na superação das dificuldades económicas, psíquicas, éticas, sociais. Tudo isto é feito com a recusa de todas as discriminações desde as raciais e económicas, políticas, culturais ou geográficas, uma posição só possível com o advento do Concílio do Vaticano II. Proximidade e universalidade são valores a ter em conta na prática da acção social, como nos diz o Núcleo de Diálogo Social do Patriarcado de Lisboa (AAVV, 2010).

É neste contexto que surgem os Centros Sociais Paroquiais. O Centro Social Paroquial é uma instituição da Paróquia em que se integra a acção sócio-caritativa da Igreja. Sendo assim, ele procura responder às necessidades concretas dos habitantes da Paróquia, e, seguindo as propostas pastorais da Igreja, terá como opção preferencial os mais pobres não só de bens materiais, mas também os que estão isolados, doentes, marginalizados.

> O cenário actual da história é de crise sócio-económica, cultural e espiritual, pondo em evidência a oportunidade de um discernimento orientado pela proposta criativa da mensagem social da Igreja. O estudo da sua doutrina social, que assume como principal força e princípio a caridade, permitirá marcar um processo de desenvolvimento humano

integral que adquira profundidade de coração e alcance maior humanização da sociedade (cf. Bento XVI, *Enc. Caritas in veritate*, 20).

Tendo em conta a nova sensibilidade pastoral e as estratégias de acção no mundo contemporâneo, a intervenção social da Igreja varia em função da realidade social, dos fenómenos de exclusão social, de pobreza, de doença, de deficiência, de velhice, de vulnerabilidades sociais. Espera-se que a intervenção social seja feita em diversos contextos com proximidade, com o coração e com humanização. Para esta nova visão da Paróquia ela não pode converter-se numa administração longínqua, sem o contacto com o povo do lugar e sem intervenção de proximidade (Routhier, 2010). Como escreveu João Paulo II, na sua exortação apostólica sobre os fiéis leigos, "a Paróquia é a Igreja implantada no meio das casas dos homens; vive e actua profundamente integrada na sociedade humana e intimamente solidária com as suas aspirações e dramas*" (Christifideles laici, nº 27).*

5. O Centro Paroquial, organização complexa e específica de acção social

Bilhim (2006) define organização[69] com uma entidade social, conscientemente ordenada, gozando de fronteiras delimitadas que funcionam numa base relativamente contínua, tendo em vista a realização de objectivos comuns. Organizar é o processo de reunir recursos físicos e humanos essenciais à consecução dos objectivos de uma empresa (Montana, 2003). Organização é uma expressão que designa, por um lado, a integração ou enquadramento das diversas actividades sociais nos organismos de representação legalmente qualificados e, por outro lado, o conjunto de organismos. Uma organização é uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos colectivos (Maximiano, 1992). Por meio da organização atingem-se objectivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. Para Chiavenato (1993), as organizações são sistemas extremamente complexos. Quando observadas atentamente, revelam-se compostas de actividades humanas em diversos níveis de análise. March e Simon (1991, p. 4) esclarecem que *"as organizações são compostas de seres humanos*

[69] A palavra organização é de raiz grega. Vem de órganon que significa instrumento, utensílio.

em estado de interacção".

Quando se fala de um Centro Social Paroquial, refere-se muitas vezes a ele como sendo um edifício onde se pratica a solidariedade, e esquece-se a sua dimensão organizacional. Os Centros Sociais Paroquiais continuam a ser uma realidade organizacional pouco estudada. Estas obras de solidariedade são espaço onde interagem vários actores, são uma organização diferente das outras organizações pela sua especificidade.

Uma organização pode ser considerada uma unidade social, intencionalmente construída para atingir determinados objectivos. A sua razão de ser é servir a esses objectivos (Etzioni, 1992, p. 1). Há semelhanças e diferenças entre a organização específica, que é um Centro Social e Paroquial, e as outras organizações: existência de pessoas e grupos, orientação para a consecução de objectivos, diferenciação de funções, coordenação racional intencional ao longo de determinado tempo.

O Centro Social Paroquial é uma organização específica porque é constituída por uma multiplicidade de actores com formação e percursos educativos diferentes e, além disso, procura acolher as pessoas, prestar-lhes serviços e proporcionar-lhes uma acção social organizada, exigente e responsável, dando alegria de viver às pessoas mais fragilizadas permitindo-lhes a socialização (respeitando os valores, crenças, hábitos) e visando o bem-estar dos idosos.

No entanto, é uma organização peculiar. As IPSSs são instituições constituídas sem fins lucrativos, por iniciativa privada e têm por objectivo essencial facultar respostas de acção social, através da concessão de bens e da prestação de serviços, nomeadamente (cf. Romão, 2002): apoio a crianças e jovens; apoio às famílias; protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de carência ou de incapacidade para o trabalho; promoção da educação e da formação profissional; apoio à integração social e comunitária; promoção e protecção da saúde; resolução de problemas habitacionais.

O Centro Social Paroquial, como IPSS, é lugar de múltiplas aspirações individuais numa comunidade solidária nos seus propósitos colectivos e nos seus desígnios superiores. No âmbito deste estudo, o conceito de *Centro Social Paroquial-organização* tem importância. Por isso, importa fixar alguns elementos tais como nos apresenta Vasconcelos (1999, p. 72): uma organização é composta por indivíduos em inter-relação; está orientada para atingir determinados objectivos; existe uma diferenciação nas funções para atingir esses objectivos; tem uma ordem normativa; tem continuidade no tempo.

Os Centros Sociais Paroquiais são Instituições de Solidariedade Social erectas canonicamente pelo Bispo da Diocese e são expressões de uma solidariedade organizada da Igreja. Estas instituições visam a promoção integral das pessoas (dos paroquianos), coadjuvando os serviços públicos competentes num espírito de solidariedade humana, cristã e social. No exercício das suas actividades, estas Instituições, como consta nos seus Estatutos aprovados pelo Bispo da Diocese, têm presente[70]:

a) O conceito unitário e global da pessoa humana e respeito pela sua dignidade;
b) O aperfeiçoamento cultural, espiritual e moral das pessoas;
c) O espírito de convivência e de solidariedade social como factor decisivo do trabalho comum, tendente à valorização integral dos indivíduos, das famílias demais agrupamentos da comunidade;
d) As Instituições de Solidariedade Social da Igreja proporcionam a formação cristã aos seus utentes, respeitando a liberdade de consciência, mas evitando, naturalmente, as actividades que se oponham aos princípios cristãos.

Para a realização destes objectivos as instituições mantêm muitas actividades tais como: Lar de Idosos; Centro de Dia; Serviço de Apoio Domiciliário; Ocupação de Tempos Livres, Centro de Convívio; Escola de Educação Musical; Creches e Jardins-de-Infância; Actividades culturais, educativas, desportivas, recreativas, de assistência, de saúde.

[70] Os Centros Sociais Paroquiais são erectos canonicamente pelo Bispo da Diocese. Os Estatutos dos Centros Paroquiais são aprovados pelo Bispo da Diocese.

As IPSS`s visam prosseguir, entre outros, os seguintes objectivos (Teixeira, 1996): apoio a crianças e jovens; apoio à família; apoio à integração social e comunitária; protecção aos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de incapacidade de auto sustento; promoção e protecção, nomeadamente através de prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; à educação e formação profissional dos cidadãos; à resolução dos problemas habitacionais das populações. Os Centros Sociais Paroquiais estão sujeitos ao regime das Fundações de Solidariedade Social (artigo 41º). Promovem a acção social, a prevenção de situações de carência, de exclusão social ou de qualquer tipo de marginalização. Procuram fazer a integração comunitária e desenvolver actividades de apoio à família, à juventude, à terceira idade, deficientes e a toda a população necessitada, dentro do espírito da Doutrina Social da Igreja.

Os Centros Sociais Paroquiais não têm fins lucrativos (Carvalho, 2005), mas recebem do Estado financiamento para a prossecução dos seus fins sociais e têm um papel importante pois preenchem lacunas do Estado. Muitas instituições de solidariedade mantêm acordos com o Estado, por facultarem respostas sociais aos indivíduos mais desfavorecidos. As relações entre o Estado e as instituições nem sempre são claras, havendo lugar para muitas ambiguidades e desconfianças fundamentadas da parte das IPSS`s.

Os serviços oficiais e as IPSSs estabelecem relações de nível contratual mediante os acordos de cooperação. O Estado tem para com as instituições uma acção orientadora e tutelar procurando: compatibilizar os seus fins e actividades com os do sistema da Segurança Social; garantir o cumprimento da lei; defender os interesses dos beneficiários e das instituições. A acção tutelar do Estado é regulamentadora, fiscalizadora ou inspectiva, interventiva.

A Lei da Segurança Social (Lei nº 28/ 84, de 14 de Agosto) determina que as prestações de acção social obedecem às prioridades e directrizes seguintes:

a) A satisfação das necessidades básicas das pessoas e famílias mais carenciadas;
b) A eliminação de sobreposições de actuação, bem como de assimetrias geográficas na implantação de serviços e equipamentos;

c) A diversificação das prestações de acção social, de modo a permitir o adequado desenvolvimento das formas de apoio social directo às pessoas e famílias;
d) A garantia de igualdade de tratamento dos potenciais beneficiários.

As principais respostas sociais estão ligadas às seguintes áreas, onde as IPSSs trabalham com os idosos (Centro de Convívio, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Lares); com a infância e juventude (Creche, estabelecimento de ensino pré-escolar, Centro de Actividades de Tempos Livres, Lar de jovens); com deficientes (Lar e Centros de Actividades Ocupacionais); com as famílias (Centro Comunitário); com os toxicodependentes; com os sem-abrigo e outras (cuidados médicos, ensino).

O Estado reconhece e valoriza a acção desenvolvida pelas IPSS, mas exerce sobre elas uma acção tutelar, que tem por objectivo promover a compatibilização dos seus fins e actividades com os do sistema da Segurança Social, garantir o cumprimento da lei e defender o interesse dos beneficiários (Lei da Segurança Social, nº2). A tutela pressupõe poderes de fiscalização que são exercidos, nos termos da lei, respectivamente pelos serviços da administração directa do Estado e pelas instituições de segurança social. O Estado e as IPSS fazem acordos de cooperação (artigo 67 da Lei da Segurança Social). Aí são definidas as regras a que devem obedecer os acordos, os termos em que será garantido o cumprimento das obrigações decorrentes dos acordos de cooperação.

A cooperação Centros Sociais Paroquiais / Estado e Autarquias desenvolve-se a partir do seu reconhecimento, efectuado através do registo na Direcção Geral da Acção Social. Os CSP possuem a natureza de pessoas colectivas de utilidade pública previstas no Dec. – Lei nº 460/77 de 7 de Novembro. A Cooperação é feita através de acordos de cooperação. Os acordos visam formalizar a cooperação do Estado, através dos Centros Regionais de Segurança Social, com as IPSS, identificando os apoios a prestar pelo Estado e o contributo das IPSS para a prossecução dos objectivos de segurança social (Lei nº 28 /84 de 14 de Agosto). As normas que regulam a cooperação com as IPSS foram aprovadas pelo Despacho Normativo nº 75/92 publicado no Diário da República 1 – B, de 20 de Maio, pelo Decreto – Lei nº 64 /2007 de 14 de Março; pela circular no 3 de 2/5/ de 97; pelo protocolo de cooperação de 2008 e contrato colectivo de trabalho.

Os acordos de cooperação visam a prossecução, por parte das instituições, do apoio a crianças, jovens, deficientes, idosos e à família, bem como a prevenção e a reparação de situações de carência, de disfunção e marginalização social e o desenvolvimento e promoção social. Os acordos de cooperação têm a duração de um ano renovável por igual período se nenhuma das partes proceder à sua renúncia fundamentada, ou acordarem na sua cessação a qualquer tempo, implicando para as duas partes um manancial de direitos e obrigações identificados nas Normas XVI a XX do citado Despacho Normativo. Existem a comissão de acompanhamento e avaliação do protocolo e acordos de cooperação para analisar e resolver as questões suscitadas na sua aplicação. A comparticipação financeira a conceder pelo Estado às IPSS está determinada nos acordos de cooperação como contrapartida pelos apoios que prestam. Esse valor é fixado anualmente. O Estado aceita, apoia e valoriza o contributo das instituições na efectivação dos direitos sociais. O contributo das instituições e o apoio que lhes é prestado concretizam-se em formas de cooperação a estabelecer mediante acordos (art.º 4º). O Estado dá apoio técnico, comparticipação financeira, como contrapartida do serviço que as IPSS prestam. O quantitativo da comparticipação financeira, prevista no acordo de cooperação, é fixado, anualmente, através de protocolo celebrado entre o Ministério da Tutela e as uniões ou confederações representativas das IPSS. A Força das IPSSs que, através do grande esforço de todos os seus trabalhadores, dirigentes e os milhares de voluntários que nelas participam de vários modos, dão corpo ao exercício da solidariedade, através das mais variadas respostas que são transversais à sociedade portuguesa. As parcerias que o Estado tem realizado com as comunidades paroquiais para a concretização de projectos de apoio social demonstram que o Estado reconhece o trabalho que a Igreja vai realizando neste sector.

Os Municípios têm um papel fundamental na cooperação com as IPSS. Nos municípios, funcionam os CLAS e há programas de solidariedade de apoio às pessoas e famílias do concelho. As relações com as autarquias com as IPSS devem ser de cooperação e de complementaridade. A maioria das autarquias reconhece e enaltece o papel preponderante das diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social, vincando que se tal não fosse assumido por elas, as autarquias teriam de o fazer com todos os encargos inerentes, em prejuízo de outras iniciativas também urgentes. Por isso, geralmente, afirmam a sua disponibilidade para apoiar todas as Instituições. No

entanto, algumas autarquias mantêm uma certa indiferença e, às vezes, mostram certa concorrência perante as IPSSs em vez de cooperação e parceria (basta ver o que se passa nos ATL).

Giddens, em *Third Way* (1998), defende que o Estado deve trabalhar em parceria com as organizações da sociedade civil para promover o seu desenvolvimento pois o Estado é fornecedor de serviços sociais. O Estado não tem capacidade de tratar e resolver todos os problemas em domínios tão sensíveis para o bem - estar das famílias, especialmente das mais desfavorecidas. Enquanto sociedade superiormente organizada, o Estado deve (Lino Maia, 2008):

1º Estimular as iniciativas válidas existentes;

2º Apoiar o surgimento de iniciativas válidas da sociedade em muitas áreas: da Assistência Social, da Saúde, da Habitação, da Segurança Social, do Mutualismo, das iniciativas locais de emprego;

3º Providenciar pela coordenação das iniciativas para um efectivo serviço em rede e alargado;

4º Tutelar as iniciativas para que sejam dotadas de meios e não se desviem dos seus fins;

5º Suprir as carências.

A relação entre o Estado e as IPSSs prestadoras de serviços no campo da acção social é regulada através legislação própria:

- Decreto-Lei nº 519 –G2 /79 de 29 de Dezembro – Primeiro Estatuto das IPSSs;

- Decreto-Lei 119 /83 de 25 de Fevereiro – Alteração aos Estatuto das IPSSs; maior definição das relações entre Estado e IPSSs; definição e alargamento do campo de intervenção; - Lei nº 28/84 de 14 de Agosto – Regulamenta a relação entre Estado e as IPSSs (cf. Ar.º 66º Secção II) e cooperação entre as instituições e a Segurança Social (cf. Art.º 67º Secção II); Despacho Normativo 75/92 de 20 de Maio – Normas Reguladoras da Cooperação entre Centros Regionais de Segurança Social e as IPSSs. Por este Despacho, as relações entre o Estado e as IPSSs passaram a ser reguladas por acordos de cooperação.

Resumindo, as relações entre o Estado e as IPSSs verificam-se a quatro níveis:

1) Acordos de cooperação, como vimos, onde se definem os objectivos e o âmbito de actuação das organizações e também o apoio que o Estado se compromete a prestar;

2) Apoio a infra - estruturas (remodelação ou construção de infra-estruturas necessárias para a prestação de serviços por parte das Instituições);

3) Programas de assistência social (o Ministério motiva as organizações a resolver problemas sociais que exigem respostas urgentes);

4) Outros financiamentos, por exemplo, em caso de débil situação financeira.

A relação entre as IPSSs e o Estado também sofrem tensões permanentes. As razões são variadas. A autonomia das IPSSs está sujeita, por um lado, à fiscalização e intervenção do Estado, por outro, as instituições dependem financeiramente dos Serviços Estatais. Nem sempre é fácil conjugar a autonomia com estas dependências.

O relacionamento com o Estado e com as demais organizações deve assentar no princípio básico da cooperação leal, a partir do respeito mútuo e pela identidade e pela autonomia institucional das partes em presença, e nos princípios de co-responsabilidade e da solidariedade perante os problemas sociais (Conferência Episcopal Portuguesa, 1997). Os Centros Sociais Paroquiais, como organizações da Igreja, desenvolvem a sua acção de acordo com os princípios e agir por direito próprio, evitando assim ter um papel meramente supletivo em relação à acção que deve ser da responsabilidade do Estado. Por sua vez, as IPSS afirmam que o Estado deve apoiar as instituições de solidariedade social, já que estas contribuem activamente para o processo de desenvolvimento e de democratização social, cultural e cívico (CNIS, 2006).

6. Cooperação entre os membros da organização dos Centros Sociais Paroquiais

A cooperação acontece quando várias pessoas contribuem para a prossecução de determinados objectivos. A sociologia das organizações tem sobejamente mostrado que nem a cooperação dos membros de uma organização acontece sem problemas nem o controlo social que é exercido sobre eles é total (Crozier e Friedeberg, 1977). No

entanto, para que uma organização leve a bom termo as suas finalidades importa que os membros que a compõem participem na prossecução dessas finalidades, isto é, tenham cooperação e que aceitem determinadas regras de jogo implícitas e explícitas, ou seja, o controlo social (Alves Pinto, 1992). Toda a organização é dotada de uma cultura que é constituída por um conjunto partilhado de crenças, atitudes e orientações. Num Centro Social Paroquial, que se rege por princípios e tem finalidades, cooperam várias pessoas.

a) Membros da Direcção:

A Direcção de um Centro Social Paroquial é presidida, geralmente, pelo pároco da localidade onde está instalado o Centro. Os elementos da Direcção e do Conselho Fiscal são aprovados e nomeados pelo Bispo da Diocese, durante um triénio, e a provisão de nomeação é afixada, em local bem visível, no Centro Social Paroquial. A Direcção, ao gerir a instituição, estabelece circuitos de comunicação entre os diferentes actores da instituição.

b) Funcionários:

O director técnico é responsável pela promoção da integração na instituição e desenvolvimento social dos utentes, assim como pelo relacionamento dos funcionários com a direcção, uns com os outros, com os utentes e as suas famílias.

Há diversas culturas numa instituição, sendo necessário promover a interacção dos colaboradores:

- Deve ser estabelecida de forma calma, paciente, atenciosa, alegre, descontraída e humanizada, especialmente em situações de elevada dependência;

Varia de acordo com o desenvolvimento, necessidades e expectativas do cliente;

Sustentada pelos princípios de gestão da Resposta Social, assim como pelos seguintes aspectos:

Manter o contacto físico de forma correcta;

Encorajar, apoiar ou potenciar as iniciativas do cliente/utente no que se refere à sua autonomia, independência, participação, privacidade e confidencialidade;

Encorajar e apoiar o cliente/utente e/ou pessoa(s) próxima(s) a se co-responsabilizarem pela realização de actividades, acções e tarefas nas quais o mesmo está implicado de forma directa ou indirecta;

Preparar os clientes /utentes para novas rotinas ou actividades, caso existam; É dada especial atenção nas situações em que os clientes/utentes e/ou pessoa(s) próxima(s) se encontram a chorar , tristes, aborrecidos, apáticos, invulgarmente quietos, com sinais de depressão;

Os colaboradores demonstram interesse genuíno em ajudar o cliente/utente a expressar-se e em explorar as suas ideias, respeitando as suas necessidades de espaço;

Os colaboradores demonstram disponibilidade para conversar com os clientes/utentes, nomeadamente aquando a prestação de um serviço, Os colaboradores demonstram que são sensíveis para com as questões e pedidos dos clientes/utentes;

Os colaboradores estão sensíveis e atentos a todos os clientes/utentes, especialmente para com aqueles que possuem necessidades especiais;

Existe um colaborador directamente responsável por um conjunto de clientes/utentes (Instituto da Segurança Social, I.P., Gestão de Qualidade das Respostas Sociais, 2005).

A quem dirige um Centro Paroquial exige-se capacidade de relacionamento com todos os actores na vida do Centro Paroquial de modo que cada um execute o seu papel na instituição tendo em vista os fins da organização.

c) Utentes:

Cada utente é um caso irrepetível que merece um estudo individualizado e atenção pessoal. Neste cenário, podemos dizer que informar e comunicar permanecem no coração da actividade social. A comunicação com os utentes é um ponto fundamental porque o Centro Social Paroquial existe porque há utentes a necessitar do seu apoio. Por isso, tem pessoal técnico e não técnico. Mas se é difícil a comunicação entre a direcção do Centro Paroquial, os funcionários, e as famílias, por maior razão, a comunicação com os utentes é muito problemática. Nem sempre é fácil a interacção entre os utentes.

Interacção entre os clientes /utentes:[71]

A Resposta Social promove a empatia e autoconfiança entre os clientes/utentes. O comportamento dos colaboradores demonstra aos clientes/utentes que se espera respeito

[71] Nos documentos da Segurança Social, surge, ultimamente, o termo cliente em vez de utente. Nós, durante este estudo, usamos a palavra utente.

> e igualdade entre si, encorajando-os activamente para que mantenham uma atitude de aceitação, quer perante pessoas de meios socioculturais diferentes dos eu, quer com capacidades diferentes das suas, entre outras. Os clientes/utentes são ajudados a desenvolver sentimentos de pertença ao grupo, através do(a): dinamização de actividades inclusivas, nas quais sejam incentivadas a estarem num grupo diferenciado de pessoas (pessoas de grupos etários distintos, com capacidades motoras distintas, entre outras; envolvimento em actividades que impliquem o trabalho conjunto; Impulsionamento de interacção social positiva (comportamentos de entreajuda, de cooperação, partilha de sentimentos e dúvidas, informações); possibilidade de criação de espaços para a formação de grupos (Gestão da Qualidade das Respostas Sociais (2005). Instituto da Segurança Social, I.P.)

Os utentes necessitam de grupos de conversação (cf. Elizasu, 2002). Através destes grupos pretende-se que se favoreça e / ou se mantenha a comunicação. Esses encontros, ainda que semanais, podem ser um meio de fazer recordar as lembranças do passado e encontrar a capacidade de expressão que se pensava perdida. Além disso, a organização de saídas, viagens, encontros entre instituições permitem o contacto com o mundo exterior e favorecem a abertura da instituição ao mundo e propiciam encontros inter-geracionais.

d) A família:

As transformações sociais e económicas originaram alterações na família. Os pais, cada vez mais obrigados a trabalhar fora do Lar, nem sempre podem acompanhar e apoiar os idosos. O Centro Social Paroquial pode optimizar a relação instituição/família sobretudo nos casos dos utentes com dificuldades ou com necessidades especiais. O problema é que a família, no início do século XXI, é atravessada por grandes mudanças.

Belmonte (2006, p. 377) apresenta actividades a executar orientadas para os utentes e também para os familiares:

a) Comissão familiar (grupo de familiares representantes dos utentes, voluntários, por turnos);

b) Comissão de familiares (reuniões periódicas com um representante familiar de um utente;

c) Grupos de ajuda mútua: para familiares que atravessam situações de crise derivadas das relações com os idosos;

d) Grupos de formação – muitos familiares têm dificuldade em relacionar-se com os idosos e com os cuidadores (favorecer a participação activa da família no centro);

e) Actividades de lazer e de tempo livre conjuntas entre utentes e familiares.

f) Promoção da leitura da imprensa, realização de álbuns de imprensa.

De um modo geral, pode-se dizer que o Centro Social Paroquial, ao desenvolver estas actividades, promove o respeito pelos direitos dos utentes e promove também a participação activa dos utentes e dos seus representantes, habitualmente seus familiares.

O regulamento interno dos Centros Sociais Paroquiais regulamentam, ou devem regulamentar, o tipo de comunicação/interacção entre a instituição e os familiares dos utentes.

e) Voluntários:

Os Centros Sociais Paroquiais têm desenvolvido o voluntariado e praticado a caridade e a filantropia. Actualmente, a caridade e a filantropia convertem-se numa intervenção cada vez mais técnica e profissionalizada (Garcia, 2008). As IPSSs, associações particulares de solidariedade social, de inspiração religiosa, como são os Centros Sociais Paroquiais, começam a reagrupar-se e a racionalizar os seus procedimentos de intervenção. No entanto, os voluntários podem prestar óptima ajuda na valência do Centro de Dia ou do Centro de Convívio e nas actividades de lazer do Lar de Idosos. Os voluntários, naturalmente, nas actividades em que se envolvem, relacionam-se com os utentes, os funcionários e a direcção da instituição. Saliente-se que os elementos da direcção praticam, geralmente, um verdadeiro voluntariado de dedicação a uma obra.

7. Respostas sociais para os idosos dos Centros Paroquiais

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos.

As principais respostas[72] para os idosos são de saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado) e sociais (Lares, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, etc.), estas quase todas geridas por IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) (Portal do Avô, Julho de 2008). Neste estudo, apenas são abordados os que se destinam aos idosos nas valências de Lar, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário dos Centros Sociais Paroquiais que prestam vários serviços à comunidade em geral, às crianças, aos jovens e idosos.

a) Lares de Idosos

Os Lares de Idosos são equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e/ou autonomia. Neles se desenvolvem actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Despacho Normativo 12 /98 de 25 de Fevereiro de 1998).

As IPSS ligadas à Igreja não têm fins lucrativos e acolhem os idosos procurando dar-lhe toda a dignidade na velhice. As Instituições de Solidariedade Social do concelho de Ponte de Lima funcionam com as valências de Lares de idosos que têm, genericamente, os seguintes objectivos:[73]

[72] Em caso de perda de autonomia dos idosos, estes poderão recorrer: - À família, isto é a prestação de cuidados por parte do cônjuge, descendentes ou parentes colaterais, ou por parte de uma intervenção conjunta de vários membros da família; - Aos serviços ao domicílio, que são a prestação de serviços diversificados (alimentação, higiene, tratamento de roupa, outros) por parte de profissionais ou voluntários especializados em casa do idoso; - Às instituições, que são a prestação dos serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas. Este serviço pode ser prestado permanentemente (lares e residências) ou parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades para a terceira idade). - Podemos ainda considerar uma quarta via, que é a prestação de cuidados informais por parte dos vizinhos e/ou voluntários.

[73] Despacho Normativo 12 / 98 de 25 de Fevereiro de1998. D. R. 47/98

- Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não permite permanecer no seu meio habitual de vida;
- Assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em conta a manutenção da autonomia e independência;
- Proporcionar alojamento temporário ou permanente, como forma de apoio à família;
- Contribuir para a estabilização ou o retardamento do processo de envelhecimento;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar;
- Favorecer o relacionamento entre os idosos e entre estes e os funcionários, os familiares e a comunidade;
- Enfim, o Lar deve proporcionar um ambiente calmo, confortável e humanizado.

Para além destes objectivos, os Lares de Idosos prestam os seguintes serviços:

1.1. Alojamento, alimentação, higiene pessoal;
1.2. Tratamento de roupas e cuidados pessoais;
1.3. Vigilância 24 horas, durante a permanência do idosos no Lar;
1.4. Cuidados de enfermagem e de reabilitação e acompanhamento nos cuidados de saúde;
1.5. Actividades lúdicas e recreativas.

Explicitando um pouco mais, os Lares asseguram os serviços que se seguem:

- Alimentação: Os utentes têm ao dispor um serviço de refeições que inclui pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Os horários das refeições estão devidamente fixados, bem como as ementas. As refeições são variadas e de acordo com as necessidades e estado de saúde dos utentes;
- Higiene pessoal: A higiene pessoal dos utentes é assegurada a todos e de acordo com as necessidades de cada um (banho, corte de unhas, de cabelo e barba);
- Tratamento de roupas: As instituições têm ao dispor dos utentes um serviço de lavandaria que faz a lavagem e o tratamento das roupas dos utentes;
- Apoio psicossocial: Prestação de apoio e aconselhamento psicossocial de modo a contribuir para o equilíbrio físico, económico, psicológico e emocional do utente e respectiva família. Os funcionários estão atentos aos indicadores que revelam situações de carência ou fragilidade do utente ou familiares próximos, ao nível social e/ou psicológico;
- Assistência médica e de enfermagem;

- Fisioterapia: Exercício de recuperação.
- Acompanhamento: Apoio em determinadas situações, tais como: consultas, exames, outras deslocações ao exterior, quando não exista estrutura familiar ou esta esteja comprovadamente impossibilitada;
- Actividades de convívio e animação: Comemoração de aniversários, trabalhos manuais, jardinagem, participação em festas, celebração de datas comemorativas (religiosas e não religiosas), viagens, passeios ao exterior, ginástica;
- Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;
- Convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do Lar e com na própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
- Participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo do residente.
- Assistência religiosa dada pelo Centro Social Paroquial, e sempre que o idoso o solicite ou a pedido dos seus familiares.

b) Centro de Dia

O Centro de Dia é uma resposta social desenvolvida em equipamento aberto com prestação de serviços e desenvolvimento de actividades que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio - familiar. Tem como principais objectivos (cf. Direcção Geral de Acção Social, 1996):[74]

a) Prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas;
b) Prestação de apoio psico-social;

[74] A Acção Social é um Subsistema que tem como objectivos fundamentais a prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade sócio-económica, de dependência, de disfunção, exclusão ou vulnerabilidade sociais, bem como a integração e promoção comunitárias das pessoas e o desenvolvimento das respectivas capacidades; Destina-se também a assegurar a especial protecção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social, disfunção ou marginalização social.

c) Fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Sendo assim, a valência do Centro de dia procura:

- Prestar ao idoso a informação e o acolhimento necessários;
- Favorecer as relações interpessoais e o convívio ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento;
- Prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida;
- Prestar apoio psicossocial, como forma de retardar os efeitos do envelhecimento, combatendo os condicionalismos próprios desta problemática, contribuindo para o equilíbrio e bem-estar dos utentes;
- Fomentar o convívio, a fim de evitar o isolamento e a solidão.

Em termos de serviços prestados, referem-se os seguintes:[75]

- Alimentação: Os utentes têm ao dispor um serviço de refeições que inclui pequeno-almoço, almoço e lanche. Os horários das refeições estão afixados semanalmente. Também aqui as refeições são variadas e de acordo com as necessidades e estado de saúde dos utentes. Em situações excepcionais, e com o conhecimento da direcção, os utentes poderão jantar ou frequentar a valência em dias feriados ou aos fins-de-semana;
- Transporte: As instituições têm ao dispor veículos (carrinhas e a autocarros) que garantem o transporte diário dos utentes;
- Higiene pessoal: são assegurados todos os cuidados em termos de higiene, de acordo com as necessidades individuais de cada utente;
- Distribuição de Alimentos: Em parceria com o Serviço Local de Segurança Social as instituições, às vezes, distribuem alimentos provenientes do Banco Alimentar e dos Géneros Alimentícios da Segurança Social às famílias mais carenciadas;
- Tratamento de roupas;
- Apoio psicossocial;
- Acompanhamento;
- Acesso a cuidados médicos e de enfermagem;
- Actividades de convívio e animação.

Os serviços, por último referidos, funcionam nos mesmos moldes dos serviços prestados na valência de Lar de Idosos.

[75] Regulamento Interno de um Centro Paroquial.

O Centro de Dia rege-se por princípios gerais de funcionamento (Direcção – Geral da Acção Social, 1996):

Pôr à disposição das pessoas idosas as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação:

1. O Centro de Dia funciona em horário a estabelecer de acordo com as necessidades locais e os recursos disponíveis;
2. O funcionamento do Centro de Dia deve permitir ao utilizador:

a) Usufruir do estatuto de associado, pagando uma quota mensal o que lhe dará um sentimento de maior pertença e participação;
b) Usufruir dos serviços existentes pagando-os de acordo com as condições e preços estabelecidos no regulamento interno;
c) Pagar uma mensalidade pelos serviços utilizados.

3. O funcionamento do refeitório pode processar-se por turnos sempre, que tal se justifique.
4. O horário das várias actividades deve ser suficientemente flexível de modo a permitir ao utilizador a frequência de uma ou mais actividades, de acordo com as suas necessidades interesses.
5. O utilizador pode escolher de entre os serviços existentes, aqueles de que necessita, de acordo com as condições expressas no regulamento interno.
6. A programação das várias actividades deve ser afixada ou publicitada pelo Centro.
7. O funcionamento do Centro de Dia deve incentivar a participação do utilizador na vida quotidiana do mesmo
8. Sempre que o Centro de Dia desenvolva serviços para apoio a idosos, nomeadamente o serviço de refeições e serviço de apoio domiciliário, a sua organização e funcionamento deve obedecer às normas estabelecidas em documento próprio.

O Centro de Dia é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que um grande número de pessoas, nestas situações, encontra no Centro de Dia uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que elas próprias e mesmo o seu agregado familiar se debatem quotidianamente (Enquadramento da Resposta Social Centro de Dia, 2009 Pc).

Ao instituir-se o Centro de Dia procurou-se que esta Resposta Social possibilitasse uma oferta de serviços de proximidade diversificada, permitindo que o cidadão permanecesse, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida, retardando e invertendo a lógica de integração em Lar, como única resposta possível (idem). Além disso, o Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, utentes e pessoas da comunidade, donde a qualidade da intervenção dever ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta Resposta Social.

São apresentados os seguintes critérios de qualidade de um Centro de Dia:

- Garantir o direito de cidadania e o acesso aos direitos humanos dos utentes /clientes (autonomia, participação, confidencialidade, individualidade, dignidade, igualdade de oportunidades);

- Respeitar as diferenças de género, sócio - económicas, religiosas, sexuais dos utentes/clientes e /ou pessoas próximas;

- Respeitar o projecto de vida do utente/cliente, bem como os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expectativas;

- Transmitir aos utentes/clientes um clima de segurança afectiva, física e psíquica durante a sua permanência na Resposta Social;

- Estabelecer uma parceria e articulação estreita com o cliente/utente e /ou pessoas próximas, a fim de recolherem a informação necessária sobre as necessidades, expectativas, capacidades e competências; corresponsabilizá-los no desenvolvimento de

actividades/acções no âmbito dos serviços prestados; participarem na gestão da Resposta Social;

- Desenvolver os cuidados ao nível da qualidade das relações que o cliente/utente vai estabelecer com todos os intervenientes (colaboradores internos e externos, voluntários entre outros;

- Compreender a individualidade e personalidade de cada cliente/utente, para criar um ambiente que facilite a interacção, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes. Só desta forma o cliente/utente se pode sentir bem no âmbito dos cuidados prestados pela Resposta Social (se os mesmos tiverem em conta a sua maneira de ser e estar, identidade, hábitos de vida, religião, cultura, condições e de vida, entre outros aspectos);

- Pensar o cliente/utente como um ser afectivo e activo que, independentemente da idade ou situação de dependência, possui um projecto de vida e gosta de ser respeitado na sua maneira de ser e estar. Personalizar os serviços, afigura-se um imperativo;

- Dinamizar acções que proporcionem oportunidades para que o cliente/utente possa comunicar os seus sentimentos e pensamento;

- Criar um ambiente calmo, flexível e responsável que possa ser adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente/utente, promovendo o acesso a um leque de oportunidades de escolhas, que lhe permita continuar o seu desenvolvimento individual, de acordo com as suas expectativas.

Para a aprovação da valência do Centro de Dia precisa-se de uma direcção; uma direcção técnica; serviços administrativos; serviço de cuidados pessoais; serviço de actividades socioculturais; Serviço de Produção Alimentar; Serviço de Higiene, Segurança e Limpeza.

O Estado subsidia muito pouco a valência do Centro de Dia que é uma boa resposta para o idoso com certa mobilidade e que vive isolado. O Centro de Dia é um descanso para os familiares que trabalham durante o dia e sabem que os seus idosos estão em segurança durante o trabalho. O Centro de Dia propicia ao idoso momentos para conversar, distrair-se, passear, jogar, fazer exercícios físicos, cuidar da sua saúde.

Os utentes do Centro de Dia mantêm a sua ligação à sua casa, pois, passam nela a noite com os seus familiares.

c) Centro de Convívio

A valência do Centro de Convívio é uma resposta social de apoio a actividades sócio – recreativas e culturais, organizadas com participação activa das pessoas idosas de uma comunidade.

O Decreto – Lei nº 64 /2007 de 14 de Março de 2007 publicado no DR 52 – Série 1, emitido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas.

O Centro de Convívio tem os seguintes objectivos:

Prevenir a solidão e o isolamento;
Incentivar a participação e potenciar a inclusão social;
Fomentar as relações interpessoais e intergeracionais;
Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

Os utentes do Centro de Convívio têm direitos:

1. A ingressar no Centro de Convívio por vontade própria;
2. À prestação dos serviços e cuidados necessários à garantia do seu bem – estar;
3. Ver respeitada a sua intimidade e privacidade;
4. A opinar ou reclamar dos serviços verbalmente ou por escrito.

Deveres dos utentes:

1. Manter um bom relacionamento com os funcionários e com a instituição em geral;
2. Cumprir o regulamento interno;
3. Avisar a instituição de qualquer alteração pretendida ao serviço prestado.

A Instituição deve:

a) Garantir a qualidade do serviço, o conforto necessário ao bem-estar do utente;
b) Proporcionar o acompanhamento adequado;
c) Cumprir o regulamento interno e assegurar o normal funcionamento do Centro de Convívio.

O Centro de Convívio presta os seguintes serviços aos seus utentes:

a) Alimentação e recreação, como: *ateliers* artísticos, culturais e educacionais; desporto; informática; passeios; jogos;
b) Lanche;
c) Transporte;
d) Higiene pessoal e higiene de roupa (facultativas).

d) O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas, e/ou as actividades da vida diária. Caracteriza-se pela prestação de um serviço de proximidade, mantendo o idoso em sua casa. Baseia a sua acção nos objectivos seguintes (Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio):

- Contribuir para a melhoria de qualidade de vida dos indivíduos e família;
- Garantir a autonomia e a segurança dos idosos;
- Ajudar os idosos a resolverem os seus problemas e a integrarem-se na comunidade;
- Responder às necessidades da população idosa mantendo-a no seu meio familiar e social;
- Assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;

- Colaborar ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

Os serviços prestados verificam-se ao nível de:

- Alimentação: As instituições fornecem refeições aos utentes do Apoio Domiciliário incluindo os fins-de-semana. Este serviço inclui sopa, prato, fruta, pão e leite. Na maioria dos casos dá também para o jantar;
- Tratamento de roupas: As instituições têm para os utentes um serviço de lavandaria onde se tratam as roupas dos utentes;
- Higiene habitacional: As instituições prestam o serviço de higiene da habitação sempre que os utentes o solicitam. Em algumas situações este serviço pode ser prestado pelos familiares;
- Apoio psicossocial: baseia-se nos mesmos princípios do apoio deste nível prestado pelas valências anteriores;
- Acompanhamento: verifica-se em consultas e exames médicos, outras quaisquer deslocações, e nas mesmas condições apresentadas nos Centros de Dia e Lar de Idosos;
- Actividades de convívio e animação: baseiam-se nas mesmas actividades referidas anteriormente a este nível;
- Distribuição de alimentos: Em parceria com o Serviço Local de Segurança Social, as instituições distribuem alimentos provenientes do Banco Alimentar e da Segurança Social.

Condições gerais de funcionamento (Norma IV – Decreto – Lei nº 133 –A /97):

1. O SAD deve, tendencialmente, funcionar por um período ininterrupto de 24 horas, incluindo os sábados, domingos e feriados.
2. O SAD deve elaborar, em colaboração com o utente e respectiva família, mediante as necessidades expressas por estes e a avaliação de cada situação, um plano de cuidados individualizado, do qual constem os recursos e instrumentais, designadamente ajudas técnicas.
3. O plano de cuidados individualizado deve ser executado por pessoal com formação adequada às actividades que desenvolve, mediante supervisão técnica, e ser sujeito a um acompanhamento e avaliação periódica.
4. O SAD deve, sempre que possível, assegurar a continuidade do relacionamento por parte do prestador de cuidados com o utente, de forma a permitir um contacto mais personalizado, mais próximo e mais afectivo.

5. O SAD deve informar a pessoa ou a família ou articular com os serviços competentes quando da avaliação da situação se concluir pela inadequação dos serviços prestados à situação em presença.
6. O SAD deve estar habilitado a informar o utente e ou a família de outros recursos da comunidade que possam concorrer para o bem-estar da pessoa.

Os cuidados a prestar são contratualizados e só são prestados com a anuência do utente beneficiado. Além dos cuidados de limpeza, higiene, alimentação, cuidado com as roupas, são prestados serviços de carácter socioeducativo; de integração e de socialização na comunidade; de atenção especializada.

8. **O Centro Social Paroquial como Serviço Social**

Pelo que foi dito, o Centro Social Paroquial é uma instituição onde se presta o Serviço Social. A história do Serviço Social profissionalizado é relativamente recente. Foi nos finais do século XIX e nos primeiros anos do século XX que apareceu uma nova forma de desenvolvimento social. A intervenção técnica e profissionalizada segue-se ao voluntariado que era protagonista do desenvolvimento da caridade e da filantropia. As associações começam a ter preocupação pela caridade científica e buscam pessoal competente e profissionalizado. Com o desenvolvimento das ciências sociais aparece o Serviço e a Acção Social cujo objectivo é ajudar o semelhante por filantropia e não por crença, religião, fé, caridade, ética, princípios morais.

O Trabalho Social, que surgiu nos começos do século XX, culmina o processo de institucionalização da ajuda social. A nova forma de intervenção articula-se em três elementos (Muscolo e al, 2007, p.19):

1. A institucionalização da beneficência privada;
2. A ampliação das funções do Estado;
3. O desenvolvimento das ciências sociais.

O Trabalho Social surge como a ajuda social profissionalizada. O Trabalho Social, a nova forma de ajuda social, é uma forma de intervenção no âmbito de relações sociais em que os diversos grupos e /ou outros estratos sociais aparecem como sujeitos de

necessidades e carências e, por outro, como sujeitos portadores de recursos. O trabalhador social desenvolve um papel mediador no tratamento dessas carências ou necessidades.

O Serviço Social desenvolve-se como disciplina desde o século XVIII até finais do século XIX. Richemond (1861 - 1928) diferenciava a formação dos trabalhadores sociais dos voluntários e deu um grande passo na busca de uma formação científica para o exercício da ajuda social. Nos começos do século XX, desenvolve-se uma importante preocupação por assentar as bases de diferenciação entre o pensamento científico e o denominado conhecimento vulgar. Constitui-se assim a proposta metodológica do Trabalho Social: diagnóstico, patologia, tratamento, etc…O objecto do Trabalho Social, deixando de lado a ideia de caridade e o voluntarismo, sedimentando-se o nascimento definitivo da profissão e da disciplina científica, traz novos elementos conceptuais, metodológicos e técnicos para a abordagem do trabalho de casos. O pensamento de Gordon Hamilton (1984) a respeito do Trabalho Social baseia-se em três ideias fundamentais:

a) Só podemos entender a pessoa a partir do contexto em que vive;

b) Fala pela primeira vez em sujeito psicossocial;

c) Fala da identidade profissional e estabelece que o trabalhador social deve incorporar na sua intervenção conhecimento científico com "valores" renunciando à suposta neutralidade e objectividade científica.

O Trabalho Social é uma actividade profissional que consiste em ajudar os indivíduos, grupos ou comunidades a fortalecer ou restabelecer sua capacidade para o funcionamento social e criar condições sociais favoráveis a essa meta (Guttmann, 1998, p. 15). O campo de actividade é vasto: hospitais, cadeias, lares de idosos, marginalizados. Também pode prestar ajuda individual o que exige o estudo de caso, o contacto directo com as pessoas. Sendo assim, oTrabalho Social assume determinadas funções tais como (Sanchez, 2004):

1. Preventiva (actuação precoce sobre as situações problemáticas);

2. Actuação directa de assistência;
3. Socioeducativa;
4. Investigação/estudo da realidade social;
5. Formação de outros profissionais;
6. Promoção social de pessoas e grupos.

O Trabalho Social é interdisciplinar porque se integra noutras disciplinas como a psiquiatria, pedagogia, psicologia etc. e porque no Trabalho Social interferem outros profissionais tais como psicólogos sociais, sociólogos, pedagogos sociais.

O nascimento do Serviço Social culminou com este processo moderno de institucionalização da ajuda social. Verifica-se, agora, a ampliação das funções do Estado e o desenvolvimento das ciências sociais. Isto não deve levar a eliminar as IPSSs[76] que continuam a ter o seu lugar e a sua missão. Na verdade, as IPSSs, instituições que praticaram e praticam a caridade e a filantropia, foram invadidas, ultimamente, pelo tecnicismo e pelo profissionalismo social. O tecnicismo e profissionalismo social são bem-vindos desde que praticados com caridade e filantropia. A caridade e a filantropia científicas podem ser mais enriquecedoras se informadas por um profissionalismo competente. Os Centros Sociais Paroquiais fornecem bens, serviços e ideias para melhorar a qualidade de vida dos utentes. Fazem-no com profissionalismo e saber técnico crescente, sem descurar o trabalho voluntário, e não remunera os presidentes da direcção.

O Plano Gerontológico Nacional de Espanha (1993 p. 147) considera que um centro gerontológico seja um espaço aberto à comunidade, à participação, às relações humanas, à solidariedade, à cultura, que incorpore na vida do centro agentes externos (quer sejam familiares, amigos dos residentes ou das organizações da iniciativa social ou cidadã), e que a protagonista seja a própria pessoa idosa. E assinala como medida introduzir progressivamente nos centros gerontológicos a figura do animador sociocultural.

O idoso deve poder expressar a sua religiosidade. A participação mística é um direito individual e uma forma realização pessoal. A participação ocupacional realiza-se

[76] Instituições Particulares de Solidariedade Social.

na realização de actividades de cuidado pessoal, no jogo, em passatempos, na realização de trabalhos manuais, e, até, em actividades escolares como a frequência de universidade sénior. Há muitas actividades que podem beneficiar a destreza motora, melhorar a interacção e a comunicação. Participar em actividades que proporcionam o sentido de habilidade pessoal, o ser autónomo nas tarefas diárias, dão satisfação às pessoas.

As actividades da vida diária são um dos componentes de saúde essenciais que constituem a vivência subjectiva da saúde, da doença e da incapacidade (Moruno et al, 2005). A terapia ocupacional torna as pessoas abatidas por enfermidades crónicas, amputações, deficiências, mas, apesar de tudo, querem desenvolver uma vida quotidiana satisfatória. A vivência da doença ou da incapacidade é bem diferente se a ocupação quotidiana traz vigor, espírito e força e se as actividades da vida diária contribuem para reconfortar o paciente. Pretende-se o desenvolvimento da participação das pessoas idosas tanto a nível individual como associativo, por um lado, em todas as actividades da vida social e, por outro lado, na elaboração de programas sociais que os afectem singularmente.

Uma das facetas do envelhecimento activo poderia ser ocupar o tempo livre numa associação (Martinez et al, 2006). Para isso, e antes de mais nada, é necessário motivar as pessoas idosas a participar nas actividades (Ruiz, Eliane (1997):

5. Conhecer bem as pessoas idosas da instituição;
6. Propor actividades adaptadas às exigências dos residentes;
7. Tornar-se aceite pelos residentes;
8. Estabelecer um clima de confiança;
9. Vencer os receios;
10. Vencer as reticências;
11. Romper com os costumes e as ideias pré-concebidas;
12. Dar confiança e valorizar;
13. Fazer circular a informação.

Numa instituição de idosos, o animador social exerce uma acção fundamental. Segundo a mesma autora (1997), o animador deve também saber que:

- A recusa do idoso não é sempre profunda, mas ligada a uma percepção imprecisa da animação, do medo de fazer uma actividade, do medo do fracasso e do ridículo. Daí que ao apresentar uma actividade nova o animador a deva apresentar com os seus objectivos e seus conteúdos, utilizar bem o vocabulário de modo que as pessoas tomem consciência de que não estão a competir, mas a passar bem uns momentos.
- Os idosos têm necessidade de ser solicitados. Mas têm medo e falta de segurança. O animador deve ir ao encontro da pessoa e integrá-la.
- O absentismo deve-se muitas vezes a transtornos de memória dos idosos.
- É preciso recordar os horários (na hora da refeição, por exemplo).
- Deve-se dar confiança para obter a adesão dos idosos.

Todo o trabalhador social tem de desenvolver uma série de habilidades profissionais básicas que permitam compreender os problemas e extrair conclusões sobre as áreas que sejam importantes na relação (Nelson – Jones, R., 1994):

1. Elaboração de um plano de trabalhos. Há vantagem que em implicar os utentes no trabalho de identificar os problemas, tratando de assinalar as questões importantes para eles.

2. Intercalar respostas reflexivas com perguntas. Os utentes sentem-se intimidados quando os trabalhadores sociais lhes fazem muitas perguntas seguidas.

3. Fazer perguntas que convidem ao diálogo.

4. Animar os utentes a fazerem o próprio trabalho.

5. Usar a técnica do silêncio.

Além disso, o trabalhador social desenvolve habilidades de empatia tais como (Schulman, L. 1993):

a) Ouvir a descrição que o utente faz do problema e perguntar-lhe a respeito dos sentimentos que se relacionam com este.
b) Aceitar e reconhecer as emoções do cliente.
c) Estabelecer uma boa relação com seus utentes.

d) Fazer acordos por sessão.
e) Confrontar escolhas inadequadas.
f) Confrontar e projectar novas perspectivas.

Nos Centros Sociais Paroquiais, podem-se realizar muitas actividades de animação tais como: grupos de conversação, terapia através da arte, organização de visitas ao exterior, actividades audiovisuais, festas de animação e de convívio, celebrações de aniversários; festas anuais que diminuam o isolamento, ouvir e falar com o idoso. Pode-se dizer que, entre outras, o educador social tem funções especiais, tais como (Carreras, 2007, p. 359):

a) Transmissão, desenvolvimento e promoção da cultura na promoção de actividades recreativas e culturais;
b) Estabelecer redes sociais, contextos, processos educativos e sociais sabendo usar os tempos e espaços educativos;
c) Mediação social, cultural e educativa – a intenção é facilitar as relações interpessoais, minimizar as situações de conflito, proporcionar novos itinerários para o desenvolvimento pessoal, social e cultural.

O aumento da longevidade potencia a possibilidade de deterioração do estado de saúde e dificuldades acrescidas. Além disso, vão crescer as necessidades em cuidados de saúde. O aumento da esperança de vida é um resultado positivo, mas desencadeia também muitas inquietações porque aumentam os custos com os cuidados com a saúde, primários e hospitalares, e o aumento da incapacidade e doença faz crescer os encargos humanos e financeiros. Em suma, o próximo desafio é o crescimento da esperança de vida em boa saúde (Fernandes, 2008).

Desde a segunda metade do século XX começou a estudar-se a sociologia centrada na comunicação. O trabalho é cada vez mais uma actividade comunicativa. Estuda-se a comunicação a nível físico, semântico, e sociocultural. Nas ciências sociais, os psicólogos, sociólogos, politólogos, antropólogos prestam cada vez mais atenção à comunicação (Marin, 2006).

Pelo que foi exposto, deduz-se que o educador social não se dedica só a tarefas técnicas e específicas, mas também ao trabalho de cidadania. Há cinco grandes competências que o educador social deve ter, daquele educador que não se dedica só a tarefas técnicas e específicas, mas também a um trabalho de cidadania (Carreras, 2007, pp.357-362):

1. *Competência comunicativa*, isto é, capacidade para se exprimir de forma satisfatória e para compreender os códigos referentes aos vários contextos socioculturais e profissionais. Conhecer e usar as tecnologias da informação e da comunicação para codificar, e ampliar a informação necessária no exercício profissional.
2. *Competência relacional:* capacidade de se relacionar com outras pessoas ou grupos através de uma escuta activa e de uma expressão clara, servindo-se para isso dos diferentes meios e canais de comunicação de que dispõe no contexto profissional e mobilizá-los para o desenvolvimento de acções de promoção da cultura e participação cidadã.
3. *Capacidade de análise e de síntese:* capacidade de compreender as situações sociais e educativas e verificar os efeitos produzidos pela acção de acordo com as finalidades e objectivos.
4. *Capacidade crítico-reflexiva:* capacidade para o estudo e a compreensão dos contextos sociais, políticos, económicos e educativos de modo a distinguir causas e efeitos e a reflectir sobre o conhecimento prático para tomar as decisões, possibilitando novas realidades e significados.
5. *Competência da selecção e gestão do conhecimento e da informação*: de modo a distinguir, dar prioridade, dar sentido às informações recebidas de outros profissionais de modo a objectivar, realizar e /ou derivar.

A actividade profissional fundamental do trabalhador social nos Centros Sociais Paroquiais deve basear-se em ajudar o idoso a adaptar-se à vida na instituição, a resolver conflitos psicológicos e sociais que o idoso experimenta nesta fase da vida, tanto a nível individual, como familiar e social. O trabalhador social, na instituição, mantém uma relação de proximidade com o utente, sabe lidar com eles, mesmo nas

situações mais espinhosas, e compartilha as suas experiências com os colegas (técnicos e não técnicos). Ao fazê-lo, cultiva-se. Cuida-se e prepara-se, pois só pode dar amor e solidariedade se tiver paciência, dedicação e competência. O trabalhador social mantém a normalidade de vida de relação com os membros da família, colegas de profissão e amigos. Os Centros Sociais Paroquiais, porque ligados à Igreja, norteiam-se pelos princípios da solidariedade cristã. São esses, por isso, os princípios que, em geral, deviam conduzir os seus trabalhadores.

9. Redes de cooperação com os Centros Sociais Paroquiais

Os Centros Sociais Paroquiais cooperam com muitas instituições. O êxito destas instituições depende da extensão da rede de comunicação e do fortalecimento de rede colaborativa. Num Centro Social Paroquial estabelecem-se várias redes de cooperação e de colaboração:

7.1 Com a Diocese e com a Paróquia

Um Centro Social Paroquial é erecto canonicamente pelo Bispo da Diocese. Os estatutos são aprovados pelo Bispo e qualquer alteração aos estatutos tem de ser aprovada por ele. A Direcção do Centro Social Paroquial é aprovada pelo Bispo e o Pároco, geralmente o Presidente da Direcção, é também nomeado pelo Bispo da Diocese. A Direcção do Centro Social Paroquial está ligada à Fábrica da Igreja Paroquial, órgão que zela pelos assuntos económicos da Paróquia a que o Centro Paroquial pertence. Portanto, um Centro Social Paroquial precisa de uma rede comunicativa e colaborativa forte com a Diocese e a Paróquia.

7.2 Com os utentes, os funcionários e as famílias

Um Centro Social Paroquial tem valências sociais para idosos porque há utentes que necessitam de apoio, com quem é necessário estabelecer uma relação de proximidade. A comunicação com os utentes é uma das tarefas prioritárias destas instituições. Todas as actividades desenvolvidas num Centro Social Paroquial realizam-

se com os utentes e para os utentes. Por causa deles é que são necessários os funcionários (técnicos e não técnicos). As famílias, ao colocarem na Instituição um familiar, confiam nela e exigem bons serviços. Isso só é possível através de uma colaboração estreita entre a Instituição e os familiares dos utentes.

7.3 Com a Comunidade envolvente

A Comunidade, quando aprecia o trabalho realizado pela Instituição, ajuda e colabora. Por isso, um Centro Social Paroquial desenvolve acções formativas, educativas, recreativas, sociais, médicas, dirigidas à Comunidade. As actividades realizadas no Centro Social Paroquial são, sempre que possível, comunicadas, anunciadas e abertas à Comunidade. Quando a Comunidade se envolve, aprecia, colabora em acções de voluntariado, é motivada também a ajudar economicamente e a oferecer géneros e roupa.

7.4 Com o Município e, particularmente, com a Rede Social do concelho

As obras sociais são planeadas e aprovadas pelo Município e pelas Redes Sociais concelhias especialmente pelo CLAS (Centro Local de Acção Social). O Município substitui, cada vez mais, porque mais próximo, o Poder Central na ajuda financeira aos Centros Sociais Paroquiais. A projecção e a aprovação da instalação destas obras sociais dependem do parecer destes organismos. No seu funcionamento normal, os Centros Sociais Paroquiais estabelecem redes colaborativas e comunicativas com os pelouros do Município ligados à Acção Social.

7.5 Com o Centro de Saúde da localidade e com os médicos de família dos utentes

As valências sociais para idosos dos Centros Sociais Paroquiais debatem-se com a problemática do envelhecimento, com as perdas que o envelhecimento provoca, com a saúde dos utentes. Os Centros Sociais Paroquiais, para além do seu pessoal de

enfermagem, de fisioterapia, de animação, de higiene e Segurança Alimentar, de Saúde e Segurança no Trabalho, precisam de uma colaboração constante do Centro de Saúde da Localidade. Os utentes têm o seu médico de família que os ausculta, medica e acompanha na doença. A ligação com os Serviços de Saúde é estabelecida pelo pessoal do Centro Social Paroquial. O Centro de Saúde e o Centro Social Paroquial precisam de colaborar e de comunicar muito de perto.

7.6 Com os serviços hospitalares do concelho, do distrito e da Zona do País

Os Serviços do Centro de Saúde funcionam durante o horário normal de trabalho (das 9, 00 horas às 18 horas, de Segunda a Sexta-Feira). Mas a valência do Lar de Idosos funciona noite e dia, sem interrupção, todos os dias, mesmo aos sábados e domingos. Durante a noite, e aos sábados e domingos, se necessário, o Centro Social Paroquial recorre, com frequência, aos serviços de urgência do Hospital do Concelho que, muitas vezes, encaminham os utentes para o Hospital Distrital ou para o Hospital Central da Zona do País. O Centro Paroquial estabelece, por isso, redes de comunicação e de colaboração com os serviços hospitalares.

7.7 Com os Serviços de Ambulâncias

O transporte dos utentes para o hospital é feito pelas ambulâncias dos Bombeiros Voluntárias. Em caso de doença de um utente entra-se em contacto com os Bombeiros e estes contactam com o INEM. Em caso tratamento médico ambulatório, recorre-se também, aos serviços de transporte de ambulância. O telefone dos Bombeiros e das ambulâncias está, por isso, sempre à mão ou em local visível, num Centro Social Paroquial.

7.8 Com os Serviços da Segurança Social

Os Centros Sociais Paroquiais comunicam e colaboram com a Segurança Social a nível directivo e de serviços. A correspondência oficial é estabelecida entre o Director

da Segurança Social e o Presidente da Direcção. Os acordos de cooperação são assinados pelas duas partes. Os serviços da Centro Social Paroquial colaboram e comunicam com os serviços da Segurança Social em várias áreas: fiscalização, acompanhamento técnico, contabilidade. Além disso, como foi dito, há uma colaboração constante e uma certa dependência económica dos serviços da Segurança Social.

7.9 Com os grupos recreativos e culturais do meio

O Centro Social Paroquial desenvolve actividades de animação e de recreio durante o ano. Recorre, por isso, ao Rancho Folclórico, à Banda Música, ao Grupo de Teatro, ao Agrupamento Escutista, às Associações Culturais e Recreativas da Terra. Quando há um bom relacionamento entre todas estas instituições, a animação dos idosos pode ser feita de modo mais variado, sem custos, e com a colaboração de todos.

7.10 Com os fornecedores

Várias casas fornecem alimentos, produtos de limpeza, remédios, material de higiene ao Centro Social Paroquial. São retalhistas, talhantes, farmacêuticos que devem ser chamados a participar nas festas anuais e nas actividades desenvolvidas nas várias valências da Instituição. O envolvimento dos fornecedores nestas ocasiões fá-los também Amigos da Instituição.

7.11 Com os amigos da instituição

Alguns Estatutos dos Centros Sociais Paroquiais prevêem a existência de uma Liga de Amigos. Também com os Amigos da Instituição tem de haver colaboração e comunicação. Os Amigos do Centro Social Paroquial, se os houver, participam nos momentos celebrativos que se realizam durante o ano.

7.12 Com as outras instituições similares

Há vários Centros Sociais Paroquiais espalhados no mesmo concelho e alguns funcionam próximos de outros em freguesias limítrofes. É de repensar as valências sobrepostas existentes. Quando em três freguesias limítrofes funcionam equipamentos com as mesmas valências, porque não transformar uma, por exemplo, em prestadora de serviços continuados? Os planos de actividades mensais e anuais das instituições podem ser feitos em conjunto, e até muitos serviços de refeição, de transporte, de lavandaria, etc…, podem funcionar de forma articulada.

Capítulo II: A Solidariedade organizada no Concelho de Ponte de Lima

Introdução

Há quem pense que a criação dos Centros Sociais Paroquiais foi um erro que urge corrigir[77] através de um plano que permita sair da embrulhada em que muitos se meteram numa altura em que muitas destas instituições se debatem com sérios problemas financeiros. Na base desta afirmação, não está, certamente, a obra social prestada por estas instituições, que é reconhecida, mas a tomada de consciência de que o Centro Social Paroquial é uma organização peculiar com muitos custos, com poucos recursos próprios, onde trabalha muita gente.

Há quem interrogue[78] também se os padres, que são pastores, se devem assumir como assistentes sociais, animadores socioculturais, funcionários do serviço social, gestores de instituições. A verdade é que os Centros Paroquiais existem, funcionam e neles gerem-se e interagem muitas pessoas que contactam, colaboram, comunicam. Importa saber como é que a Paróquia comunica com os utentes, com o pessoal técnico e não técnico, e que redes de colaboração se estabelecem nos Centros Sociais Paroquiais. Evidentemente que não se pode fugir à questão fundamental: saber se os Centros Sociais Paroquiais são instituições falhadas, ou dito de uma forma mais positiva, saber se os Centros Sociais Paroquiais, expressões organizadas da Doutrina Social da Igreja, têm futuro e que futuro.

---

[77] D. Carlos Azevedo, na sua participação na Semana da Diocese de Viana do Castelo, em 3 de Novembro de 2009 - *Diário do Minho*, 4 de Novembro de 2009.

[78] Comunicações do Congresso sobre o Presbítero, realizado em Braga, em Janeiro de 2010. Alguns temas aí apresentados: «Imagens do presbítero na história recente» por D. Carlos Azevedo (Bispo Auxiliar de Lisboa); "Fundamentos escriturísticos do ministério ordenado" por *D. António Couto (Bispo auxiliar de Braga)*; Apresentação do resultado do inquérito sobre a figura do presbítero por *Vera Duarte (Faculdade de Ciências Sociais – U.C.P; As transformações actuais na Igreja e o ministério presbiteral por Gisbert Greshake* (Teólogo da Universidade de Freiburg, Alemanha).

Ponte de Lima é a sede do concelho com o mesmo nome, situado no Vale do Rio Lima. A sua população é marcada por uma cultura, religiosidade e maneira de ser muito próprias que concitam o interesse e a admiração de muita gente. O envelhecimento da população também se faz sentir, neste concelho, nos começos do século XXI.

Desde 1990, começaram a edificar-se Centros Sociais Paroquiais, no concelho, para responderem às novas problemáticas humanas e sociais das pessoas limianas. Estas instituições, baseadas em princípios e valores da Doutrina Social da Igreja, são dirigidas, geralmente, pelo pároco local. Todos os elementos da Direcção são pessoas em regime de total voluntariado. Os Centros Sociais Paroquiais têm a funcionar várias valências. Neste estudo, apresentamos, apenas, as que são dirigidas aos idosos e que lhes prestam vários serviços: Centro de Dia, Centro de Convívio, Apoio Domiciliário e Lar. Questionamos por que existem e para quem fazem falta estas valências; como se relacionam com o Estado; que futuro têm estas instituições; como se processam, nestas organizações específicas, a comunicação e a participação tendo por base as respostas dos inquiridos.

1. A Questão demográfica e económica do concelho de Ponte de Lima

O Município de Ponte de Lima é constituído por 51 freguesias e é limitado a norte pelo município de Paredes de Coura, a leste por Arcos de Valdevez e Ponte da Barca, a sueste por Vila Verde, a sul por Barcelos, a oeste por Viana do Castelo e Caminha e a noroeste por Vila Nova de Cerveira.

Ponte de Lima é um concelho com uma base económica pouco diversificada, verificando-se a ausência de especialização no seu tecido económico pelo equilíbrio na distribuição da população activa nos três sectores de actividade (Diagnóstico Social de Ponte de Lima, 2004). Os terrenos mais férteis situam-se nos vales do Lima e Neiva e são bons para a cultura do milho, outros cereais e produtos hortícolas. Na meia encosta, predomina a vinha, a fruticultura, e o milho; nas zonas da montanha, a floresta, a silvicultura e a pastorícia.

Segundo os dados estatísticos divulgados pelo INE, a população residente no concelho de Ponte de Lima era, em 2006, de 44. 667 habitantes, verificando-se um ligeiro aumento em comparação com o ano 2000. Então, residiam no concelho de Ponte

de Lima 43.849 habitantes. Os dados mais desenvolvidos sobre a população residente em Ponte de Lima, são os de 2001, é assim caracterizada:[79]

1) Grupos etários com menos de 14 anos 8019; 15 a 24 anos 6941; de 25 a 64 anos 21875; mais de 65 anos 7508.
2) Escolaridade da população residente: Nenhum nível de ensino 7384; 1º ciclo do ensino básico 17569; 2º ciclo do ensino básico 8621; 3º ciclo do ensino básico 4699; Ensino Secundário 3675; ensino médio 117; ensino superior 2278; analfabetos com 10 ou mais anos 4695. A taxa de analfabetismo, em 2001, era 12%.
3) Ocupação e desemprego em 2001: Sem emprego 1111; procura do 1º emprego329; procura de novo emprego782; Taxa de desemprego 6%.
4) Taxa de natalidade (período de 2004) 10,1; Taxa de mortalidade 9,1.

Índice de envelhecimento: 102,3 (em 2004).

Na década de 1991 a 2001, o concelho de Ponte de Lima tinha tido um crescimento populacional de 2,1%, pois houve um aumento da população de 922 habitantes[80] Em 2001, o concelho apresentava 44 343 habitantes. É certo que Ponte de Lima está na moda e é cada vez mais visitada, mas a aferir pelo total de nascimentos e de óbitos, em todo o concelho, desde 2001 a 2006, verifica-se um decréscimo significativo da população. [81]

Ano	Nascimentos	Óbitos
2001	477	472
2002	505	523
2003	455	545
2004	400	469
2005	449	535
2006 (até Setembro)	272	343

[79]CONSELHO EMPRESARIAL DOS VALES DO LIMA E MINHO, CEVAL, dados sobre a caracterização da população de Ponte de Lima disponíveis na internet em 03/12/2009.

[80] Diagnóstico Social – Conselho Local de Acção Social de Ponte de Lima, 2004.

[81] Dados recolhidos directamente na Conservatória do Registo Civil em Ponte de Lima.

Neste período de tempo, houve 2 558 nascimentos e 2 887 óbitos. Verifica-se, portanto, que há uma tendência para a diminuição dos nascimentos e para o aumento do número dos óbitos.

Cerca de 34% da população activa do concelho de Ponte de Lima dedica-se à *agricultura,* essencialmente de minifúndio. "Ponte de Lima foi e é marcada pela ruralidade" (Campelo, 2007, p. 18). A avançada idade dos lavradores, a sua pouca qualificação profissional, a falta de escoamento dos produtos, a pequena propriedade, são factores para o abandono crescente da actividade agrícola, num processo de transformação em actividade complementar das pessoas. A propriedade rural encontra-se bastante dividida, marcando a morfologia da região e não permitindo muito mais do que uma agricultura tradicional.

A beleza da paisagem e o rico património fazem de Ponte de Lima um *local muito procurado pelos turistas*. Espalhadas pelo concelho, existem várias casas de turismo de habitação, de três categorias: Agroturismo, Turismo de Habitação e Turismo em Espaço Rural. O Golfe e o Clube Náutico atraem a Ponte de Lima cada vez mais praticantes. Em Ponte de Lima, têm crescido as casas da restauração graças à gastronomia regional de qualidade e prestígio.

Os *Pólos Industriais* da Gemieira e da Queijada, com potencialidade para atrair mais investimento industrial, não têm crescido tanto como os seus promotores esperavam, mas as fábricas existentes empregam muitos limianos. Existem, também, no concelho, algumas empresas de reduzida dimensão ligadas aos têxteis, ao calçado, cerâmica e pequenas unidades metalúrgicas, que têm incrementado a indústria neste concelho. A Adega Cooperativa de Ponte de Lima é importante para a vida dos lavradores limianos, sendo que uma crise nesta instituição tem imediatas repercussões na sociedade limiana ligada ao sector agrícola. O sector terciário concentra-se principalmente na sede do concelho, em Ponte de Lima, e em Freixo. Espalhadas pelo concelho, existem muitas lojas ou vendas que são um misto de mercearia e café, onde se compram e vendem artigos de primeira necessidade.

A formação agrária não é esquecida, existindo a Escola Profissional de Agricultura e Desenvolvimento Rural de Ponte de Lima. Há também Ensino Superior: Universidade Fernando Pessoa e a Escola Superior Agrária de Ponte de Lima, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O Município de Ponte de Lima está inserido numa região de grande prática religiosa. No entanto, o recenseamento da *prática dominical,* levado a cabo em 2001,[82] revela um decréscimo de 7,9% em relação a 1991, do número de pessoas que participaram na celebração da missa dominical, na Diocese de Viana do Castelo. O decréscimo é mais notório nas fases etárias dos 7 aos 24 anos. Verifica-se um aumento significativo dos idosos participantes. Na análise destes dados, é de ter em conta o aumento do número de pessoas nas fases etárias mais idosas na população portuguesa e europeia, como referimos. Ponte de Lima, todavia, é o concelho da diocese de Viana do Castelo de maior frequência da missa dominical. Em 11 /10 de 2001, 47,8 % das pessoas do concelho de Ponte de Lima participaram na missa dominical.

2.Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima

Os Centros Sociais Paroquiais são uma expressão da solidariedade organizada. Em Ponte de Lima, há zonas do concelho bem servidas de equipamentos sociais como a de Ponte de Lima - S. Martinho da Gandra - Beiral do Lima - Santa Cruz do Lima. Além dos Centros Sociais Paroquiais, existem outras instituições de solidariedade na Vila de Ponte de Lima: a Santa Casa da Misericórdia e a Casa de Caridade de Nossa Senhora da Conceição[83]. A Santa Casa tem a valência de Lar de Idosos com 85 utentes e

[82] O recenseamento da prática dominical realizou-se em Março de 2001 em todas as paróquias de Portugal.

[83] 1) **Santa Casa da Misericórdia:** Indica-se o ano de 1530 como sendo o momento da criação da Misericórdia de Ponte de Lima, mas, provavelmente, a confraria já estaria erecta antes. A Santa Casa empenhou-se, logo de princípio, por tratar os doentes, incorporando as obras de assistência existentes na vila: a Gafaria, o Hospital da Praça e mais tarde o Hospital dos peregrinos ou de Fora. A gafaria, de pequenas dimensões, situava-se no lugar da Baldrufa, perto da capela de N. Senhora da Guia. A gafaria

a valência de Serviço de Apoio Domiciliário com 10 utentes. A Casa da Caridade tem o Lar de Idosos com 101 utentes, o Serviço de Apoio Domiciliário (63 utentes). Neste número, estão incluídos os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário e do Lar da freguesia de Refóios, pertencente à Casa da Caridade de Ponte de Lima.

Há outras zonas a precisar de um forte investimento na área social. Damos o exemplo das freguesias de Cepões, Bárrio, Labruja, Labrujó, Facha, Freixo, Moreira do Lima, entre outras, que, em 2009, não tinham equipamentos sociais, ainda que, nas duas últimas freguesias citadas se estejam já a construir. Este estudo baseia-se nos equipamentos existentes em 2009. E os Centros Sociais Paroquiais, com valências para

---

foi integrada em 1551 juntamente com o Hospital da Praça. O Hospital de Fora, localizado fora das muralhas, fundado pelo visconde D. Leonel Lima e sua esposa nos finais do século XV, destinado a albergar peregrinos, foi integrado na Misericórdia no início do século XVII. A Misericórdia passou a ser composta por três elementos: a Casa e a igreja, duas capelas (a de Nossa Senhora Penha de França, situada na vila, em frente da cadeia, e a de S. Sebastião, localizada no lugar do mesmo nome, em S. Martinho da Gandra, e o terceiro elemento era o Hospital de Fora de que restam poucos escritos.

A Santa Casa de Ponte de Lima, ao longo da sua história, assistiu os pobres. A confraria fazia entregas de roupa, géneros, calçado e dinheiro. Nos séculos XVII e XVIII assistiu cegos, aleijados, presos, órfãos, entrevados, néscios, mudos, expostos. A selecção dos pobres, feita nos finais do século XVII privilegiava maioritariamente os da vila e arrabaldes, embora contemplasse alguns das aldeias limítrofes (cf. P. 626), satisfazia primeiramente os que estavam mais próximos. A Misericórdia ajudou doentes, peregrinos e viajantes, no século XVIII. A assistência domiciliária aos doentes, de expressão reduzida, esteve circunscrita a doentes da vila e arrabaldes. A Santa Casa assistia em casa parturientes, velhos, pessoas envergonhadas, mulheres que tinham muitos filhos ou crianças de peito. (ARAÚJO, Maria Marta Lobo, 2003).

2) Casa de Caridade N. Senhora da Conceição: O seu benemérito foi Agostinho José Taveira, que nasceu em S. Martinho de Crasto, Ponte da Barca, a 22 de Junho de 1808, e morreu em 11 de Setembro 1888. No seu testamento, dizia: *"tendo na maior consideração, a caridade humana para com o próximo, e, muito principalmente para com os pobres velhos desvalidos, que acham no último quartel da vida, que já não têm esperanças, esperando só a hora fatal, por isso é mesmo justo e agradável a Deus ampará-los e agasalhá-los, como irmãos, dando-lhes um bocado de alimento nos últimos dias da sua vida, passo a instituir o seguinte – legado – para fundação e criação de uma Casa de Caridade nesta vila, para recolher e sustentar os pobres velhos desvalidos".* A Casa de Caridade edificou o Centro Comunitário de Refóios – situado na freguesia de Refóios - Ponte de Lima – que começou a funcionar em 20 de Outubro de 2003 (Tito de Morais, 2008)

idosos, a funcionar, nesse ano, no concelho de Ponte de Lima, eram os seguintes: Arcozelo, Beiral do Lima, Calheiros, Correlhã, Fontão, Fornelos, Ponte de Lima, Rebordões (Santa Maria), Santa Cruz do Lima, S. Martinho da Gandra.

Apresentamos, seguidamente, os Centros Sociais Paroquiais existentes e a funcionar com valências para idosos. Em 2009, no concelho de Ponte de Lima, existiam os seguintes Centros Sociais Paroquiais com as valências e os funcionários que, a seguir, se apresentam:[84]

Imagem 1 - Centro Paroquial e Social de Beiral do Lima

1. O Centro Paroquial e Social de Beiral do Lima funciona desde 1 de Janeiro de 1998. Possui as valências de Centro de Dia (13 utentes) e Serviço de Apoio Domiciliário (39 utentes), e tem cinco funcionárias. Tem uma Directora Técnica a meio tempo. O Presidente da Direcção é o P. Manuel Machado.

Beiral do Lima é uma freguesia do concelho de Ponte de Lima com 5,58 km2 que nos Censos de 2001, tinha 767 habitantes. As pessoas dedicam-se maioritariamente à agricultura e à criação de gado. Muitos trabalham fora do País principalmente em Andorra e França. Fica situada na encosta da Serra do Oural. Confina a Norte com as

[84] Estes dados foram fornecidos pelos presidentes da direcção dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima. As fotografias foram tiradas pelo P. Dr. Anselmo Arlindo Alves de Sousa

freguesias da Gandra e Gemieira; a Sul com a Boalhosa e Boivães; a Nascente com a freguesia de Santa Cruz, Lavradas e Gandra; a Poente com Gondufe e Serdedelo.

O Centro Paroquial e Social de Beiral do Lima privilegia o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário, prestado também ao fim de semana, assistindo utentes maioritariamente residentes nas freguesias de Beiral do Lima e Gondufe, estendendo a sua acção às freguesias de Gandra e Serdedelo, do concelho de Ponte de Lima, e à freguesia de Duas Igrejas, do concelho de Vila Verde.

O Centro Paroquial e Social de Beiral do Lima está localizado no centro da freguesia, junto à residência paroquial e perto da igreja paroquial. Tem salas de estar, salas de serviços, cozinha e sala de jantar e um amplo salão polivalente que permite a realização de várias actividades voltadas para a comunidade.

Imagem 2 - Centro Paroquial e Social de Calheiros

2. O Centro Paroquial e Social de Calheiros iniciou a sua actividade em Outubro de 2000. Funciona com as valências de Centro de Convívio (15 utentes) e Serviço de Apoio Domiciliário (25 utentes). Emprega cinco pessoas. Tem uma directora técnica. Foi fundado quando era pároco o P. Filinto Manuel da Silva Correia Peixoto. O actual Presidente da Direcção é o P. Jorge Manuel Silva Ramos. O Centro, em 2009, fornecia também as refeições para o jardim-de-infância (aproximadamente 21 crianças), e para a escola primária (aproximadamente 40 crianças).

Calheiros, com uma população residente de 1.047 (Censo de 2001), situa-se a cerca de oito quilómetros de Ponte de Lima. A Festa ao Senhor dos Perdidos é a mais famosa. O Paço de Calheiros é das principais casas de turismo de habitação do País.

O Centro Paroquial e Social de Calheiros procura responder às necessidades da terra e estende a sua acção também às freguesias dos arredores. Foi construído no centro da freguesia, em antigas instalações da paróquia. Tem salas de convívio, de serviços, cozinha, sala de jantar, um salão polivalente para a realização de actividades recreativas e culturais abertas à comunidade. A residência paroquial está integrada no complexo do edifício do Centro Paroquial de Calheiros que fica próximo da igreja paroquial.

Imagem 3 - Centro Social Paroquial da Correlhã

3. O Centro Social Paroquial da Correlhã está em actividade desde 2 de Dezembro de 1991. Tem a funcionar as valências de Lar de Idosos (22 utentes), Centro de Dia (15 utentes) e Serviço de Apoio Domiciliário (30 utentes). Possui 22 funcionários. Tem Directora Técnica atempo inteiro. O Presidente da Direcção é o P. José Correia Vilar.

A freguesia da Correlhã tem 3.105 habitantes (Censo de 2001). Fica situada nos arredores da vila de Ponte de Lima. Tem muitos valores patrimoniais e turísticos: igreja matriz (templo românico), Santuário de N. Senhora da Boa Morte, capela de S. Abadão, praia fluvial, monte da Mó. Existem na Correlhã várias colectividades tais como:

Associação Cultural e Desportiva da Correlhã, Escola de Cordas da Correlhã, Grupo de Cantares Populares Quatro Ventos, Grupo de Cavaquinhos, Rancho Folclórico da Correlhã, Rusga Típica da Correlhã.

A população mais idosa da Correlhã é, ainda, predominantemente agrícola, os mais novos, todavia, começam a ocupar posições em vários serviços (pedreiros, trolhas, empregados de balcão, empresários, professores). Economicamente, as famílias são remediadas, mas notam-se alguns extremos - famílias de grande riqueza e pobreza. Há muita população "dormitório" da vila.

O Centro Social Paroquial da Correlhã fica bem localizado na freguesia, junto à nova igreja paroquial, formando um largo complexo de atendimento, principalmente para as pessoas da Correlhã e das freguesias da Seara e Vitorino das Donas. Tem cozinha, salas de serviços, quartos, sala de jantar, espaços para a catequese, espaços para a confecção de peças em linho, salões de convívio onde a comunidade pode participar e integrar-se em várias actividades.

Imagem 4 - Centro Paroquial e Social de Fontão

4. O Centro Paroquial e Social de Fontão iniciou a sua actividade em 28 de Outubro de 1996. Funciona com as valências de Lar de Idosos (22 utentes), Centro de Convívio (20 utentes), Apoio Domiciliário (35 utentes). Tem 18 funcionárias.

Tem Directora Técnica a tempo inteiro. O Presidente da Direcção é o P. José Luís de Sousa Ribeiro.

A freguesia de Fontão tem 1.132 habitantes (2001). Dista cerca de nove quilómetros da vila de Ponte de Lima. As freguesias próximas de Fontão são: a Norte, a freguesia de Arcos, a Nascente, Bertiandos e a Poente, Lanheses (Viana do Castelo).

O Centro Paroquial e Social de Fontão estende a sua acção às freguesias de Fontão, Lanheses, Vila Mou, Meixedo, S. Pedro de Arcos, Cabração, Moreira do Lima e Bertiandos. Tem a funcionar as seguintes valências: Lar de Idosos, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário e Creche.

O Centro Paroquial e Social de Fontão, com salas de convívio, de serviços, cozinha, quartos, está construído no centro da freguesia, junto à igreja paroquial, perto da Casa do Povo, com acesso para o Largo principal da Terra. Além das actividades sociais, desenvolve também actividades lúdicas, culturais e de lazer para a comunidade.

Imagem 5 - Centro Paroquial e Social de Fornelos

5. O Centro Paroquial e Social de Fornelos começou a funcionar em Setembro de 2004. Tem as valências de Lar (11 utentes), Centro de Dia (16 utentes), Serviço de Apoio Domiciliário (38 utentes). Tem 24 trabalhadores a tempo inteiro e 4 a tempo

parcial (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo). Tem uma Directora Técnica a tempo inteiro. O Presidente da Direcção é o P. Manuel António Azevedo.

Fornelos é uma freguesia do concelho de Ponte de Lima, com 10,50 km2, e, segundo o Censo de 2001, tem 1.535 habitantes. Os seus limites estão estabelecidos com as seguintes freguesias: A Norte, a freguesia da Feitosa, Arca, Ribeira e Serdedelo; Nascente, a freguesia de Duas Igrejas (Vila Verde); a Poente, as freguesias de Rebordões Santa Maria e Rebordões (Souto). As actividades mais relevantes: agricultura, pecuária. Tem um campo de Golf e é famoso o Santuário de Santa Maria Madalena. Na área da pesquisa etnográfica, salienta-se o Rancho Folclórico das Lavradeiras de Fornelos. A população de Fornelos vive maioritariamente da agricultura, da criação de gado e de baixas reformas.

O Centro Paroquial e Social de Fornelos, construído com vários pisos, fica situado perto da Igreja Paroquial, portanto, num local central da freguesia. O Centro Paroquial e Social de Fornelos presta ajuda aos habitantes de Fornelos e alarga a sua acção em várias freguesias do concelho: Serdedelo, Rebordões (Souto), Rebordões (Santa Maria), Anais, Queijada, Fojo Lobal, Ribeira, Arca, Calvelo, Ponte de Lima.

Imagem 6 - Centro Paroquial e Social de Rebordões Santa Maria

6. O Centro Paroquial e Social de Rebordões Santa Maria funciona desde 1 de Outubro de 2001. Possui as valências de Serviço de Apoio Domiciliário (25 utentes) e

Centro de Convívio (11 utentes). Conta com 5 funcionárias. Tem uma Directora Técnica a tempo inteiro. O Presidente daDirecção é o P. Filipe da Cruz Araújo.

A freguesia de Rebordões (Santa Maria) tem 1065 habitantes (Censo de 2001) que se dedicam à agricultura, pecuária, transformação de madeira e pequeno comércio. Os limites da freguesia confinam com a Serra da Mó, Rebordões Souto, Feitosa, Correlhã. Na freguesia, existe a Associação Cultural Recreativa e Desportiva de Rebordões, a Associação Recreativa e Desportiva de S. Brás e um Agrupamento Escutista.

O Centro Paroquial e Social de Rebordões Santa Maria está construído no centro da freguesia, junto da Igreja Paroquial, em frente da Sede da Junta de Freguesia. As instalações foram pensadas para responder ao Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Jardim de Infância. Não tem outras actividades. O Centro Paroquial e Social de Rebordões (Santa Maria) estende a sua acção às freguesias de Vitorino das Donas, Facha, Feitosa, Calvelo, Rebordões (Souto), Fojo Lobal, Cabaços, Navió.

Imagem 7 - Centro Social Paroquial de S. Martinho da Gandra

7. O Centro Social Paroquial de S. Martinho da Gandra funciona desde o dia 1 de Abril de 1991. Tem as valências de Lar de Idosos (27 utentes), Centro de Dia (30 utentes) Apoio Domiciliário (30 utentes). Possui 22 funcionários, 19 a tempo inteiro e 3 a tempo parcial (enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de contabilidade). Tem um

Animador Sociocultural a tempo inteiro e uma Directora Técnica, também a tempo inteiro. O Presidente daDirecção é o P. José António Araújo de Freitas.

S. Martinho da Gandra tem 1.140 habitantes (Censo de 2001) e uma área de 4,32 km2. Está localizada na margem esquerda do Rio Lima com o qual faz limite a Norte. Confina a Nascente com as freguesias de Santa Cruz do Lima e Lavradas (Ponte da Barca), a Sul com Beiral do Lima e a poente com a freguesia da Gemieira.

Em S. Martinho da Gandra, para além do Centro Social Paroquial, há muitas Associações recreativas e culturais de renome: A Banda de Música, fundada em 1836, integrada no Centro Social Paroquial desde 1995; o Rancho das Lavradeiras de S. Martinho da Gandra (o mais antigo do concelho de Ponte de Lima); a Casa do Povo de S. Martinho da Gandra, com o infantário; Grecudega (Grupo Recreativo e Cultural da Gandra) com as secções de desporto e teatro; Agrupamento Escutista com 26 anos; a ARVAL (Artesãos Reunidos do Vale do Lima) que se dedica à tecelagem e bordados. Realiza-se na freguesia de S. Martinho da Gandra uma feira quinzenal. Existe uma praia fluvial, junto ao Carvalhal, no rio Lima, onde, no passado, se realizava a travessia de barco para o Carregadouro (Jolda S. Paio – Arcos de Valdevez).

S. Martinho da Gandra é um centro que congrega as freguesias vizinhas na música, no folclore, no artesanato, nas festas, na feira, nas actividades paroquiais. O Centro Educativo de S. Martinho da Gandra é frequentado pelas crianças de Santa Cruz do Lima, de Gondufe, Beiral do Lima e também por parte da freguesia da Gemieira. A Extensão de Saúde de S. Martinho da Gandra atende os doentes de S. Martinho da Gandra, de Beiral do Lima, de Gondufe, de Gemieira de Santa Cruz do Lima.

O Centro Social Paroquial de S. Martinho da Gandra foi construído por várias fases. Dispõe de salas de actividades, de convívio, de serviços, quartos, salões polivalentes e uma ampla área exterior onde as utentes podem estar e circular. Fica situado no centro da freguesia, junto à residência paroquial, em frente à igreja paroquial, e a confinar com o amplo adro paroquial. Além das valências sociais para os idosos, este Centro Social Paroquial desenvolve acções voltadas para os jovens e as crianças,

tendo para eles uma Escola de Música, uma Banda Filarmónica Musical, e nele funcionam também grupos da catequese paroquial, e se realizam encontros, convívios, abertos à comunidade. O Centro Social Paroquial de S. Martinho da Gandra apoia as pessoas desta freguesia e alarga a sua acção social às freguesias vizinhas, tendo utentes da Gandra, de Santa Cruz do Lima, de Beiral do Lima, de Gondufe, da Gemieira, da Ribeira.

Imagem 8 - Centro Paroquial e Social de Santa Maria dos Anjos

8. O Centro Paroquial e Social de Santa Maria dos Anjos – Ponte de Lima entrou em funcionamento em Fevereiro de 1999. Tem a valência de Centro de Convívio (20 utentes). Possui 10 (dez) trabalhadores. Tem uma Directora Técnica. O Presidente da Direcção é o P. José Gomes de Sousa.

Ponte de Lima é uma vila antiga, mas não muito populosa. Tem cerca de 2. 800 habitantes. Situada no vale do rio Lima, é a sede de um dos dez concelhos que integram o distrito de Viana do Castelo. Em Ponte de Lima, têm crescido as áreas da restauração graças à gastronomia regional de qualidade e prestígio. O sarrabulho e a lampreia arrastam os forasteiros principalmente aos fins – de – semana. A feira quinzenal é grande e antiga. É considerada a Feira mais Antiga de Portugal. Se há tradição conhecida e associada à economia limiana, essa é a da Feira de Ponte de Lima... "É na feira que a vila burguesa se relaciona com o mundo rural" (Campelo, 2007, p. 104).

Em Ponte de Lima, promove-se uma animação recreativa e cultural com vários eventos durante o ano. Salientam-se: as Feiras Novas, em Setembro; os concertos de música filarmónica de Inverno; os domingos gastronómicos; a Vaca das Cordas, na véspera da Solenidade do Corpo de Deus; a Feira do Livro; a Feira do Vinho Verde; os festivais de Folclore; a animação cultural promovida no Teatro Diogo Bernardes durante todo o ano.

A zona urbana de Ponte de Lima estende-se pelas localidades vizinhas onde tem crescido a construção e aumentado a população. As freguesias de Feitosa, Arca e o lugar Crasto (Ribeira) fazem parte da zona urbana de Ponte de Lima. São estas as localidades da áerea de influência do Centro Paroquial de Santa Maria dos Anjos (Ponte de Lima). As valências existentes são o Centro de Convívio e Actividades dos Tempos Livres (ATL). Além destas actividades, a ocupação do Centro é feita pela catequese paroquial, reuniões de pais, reuniões do arciprestado, encontros de formação espiritual, cursos teológico-pastorais.

O Centro Paroquial e Social de Santa Maria dos Anjos foi erigido num edifício reconstruído no centro da vila. Tem dois pisos. Além dos espaços necessários às actividades que desenvolve, possui, no rés - do - chão, salões onde se realizam várias actividades recreativas e culturais com os utentes e com a comunidade.

Imagem 9 - Centro Paroquial e Social de Santa Cruz do Lima

9. O Centro Paroquial e Social de Santa Cruz do Lima entrou em funcionamento em Novembro de 1999. Possui as valências de Lar de Idosos (8 utentes), Apoio Domiciliário (8 utentes). Tem 10 funcionários. Tem uma Directora Técnica a meio tempo. O Presidente da Direcção é o P. Casimiro Abreu da Costa Pereira.

Santa Cruz do Lima é uma freguesia do concelho de Ponte de Lima, situada na margem esquerda do rio Lima, com 534 habitantes (Censos de 2001). Os principais sectores laborais são: agricultura, viniticultura e pecuária. É conhecida pelo artesanato da pirotecnia e da cerâmica. Tem uma colectividade: Associação Cultural e Recreativa da Santa Cruz.

O Centro Paroquial e Social de Santa Cruz teve, durante anos, um infantário. Após a construção do Centro Educativo de S. Martinho da Gandra, as crianças foram para este Centro Educativo. Tem uma Drectora Técnica a meio tempo. Possui uma sala que é usada para acções de formação abertas à comunidade.

Imagem 10 - Centro Social Paroquial de Arcozelo

10. O Centro Social Paroquial de Arcozelo entrou em funcionamento em 1996. Tem a valência de Centro de Convívio. Tem 2 funcionárias e 24 utentes. O Presidente da Direcção é o P. Manuel Barbosa Miranda.

Arcozelo é uma vila, situada da outra margem do rio, em frente a Ponte de Lima. Foi elevada a vila em 9 de Dezembro de 2004. Tem 3.932 pessoas (Censos de 2001). Arcozelo tem uma zona densamente urbanizada, outra zona agrícola e outra de extracção e transformação de granito e de madeira. O comércio, a construção civil, e a pecuária são outros sectores laborais em Arcozelo onde existem várias colectividades: Arcozelo Futebol Clube, Associação Cultural e Recreativa de Arcozelo, Grupo de Danças e Cantares de Ponte de Lima. Em Arcozelo, existem várias casas solarengas e o Monte de Santo Ovídio, situado no alto do monte com o mesmo nome, merece uma visita pela singularidade da sua paisagem, pelas tradições lendárias, pelas crenças ancestrais. Na área do ensino, existem escolas do ensino pré-primário, básico e secundário.

O edifício do Centro Social Paroquial de Arcozelo foi feito novo de raiz e funciona apenas com a valência de Centro de Convívio que responde ao isolamento de muitos idosos. Anuncia-se para breve um Lar de Idosos a construir, em Arcozelo, pela Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima. O edifício fica bem situado, próximo da igreja paroquial, com fáceis acessos e com parque de estacionamento. Nele funcionam também várias actividades paroquiais como reuniões e catequese.

Em síntese:
Os Centros Sociais Paroquiais, ligados à Igreja Católica, existentes no concelho de Ponte de Lima e que possuíam valências para idosos, em 2009, eram dez. Os utentes e os funcionários eram os que referidos no quadro que se segue:

Valências	**Utentes**
Centro de Dia / Centro de Convívio	164
Serviço de Apoio Domiciliário	230
Lar de Idosos	90
Total de utentes	484
Total de Funcionários	124

Total de Utentes e de Funcionários, em Março de 2009

Pela caracterização feita, podemos verificar que todos os Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima têm um Presidente da Direcção /Director da Instituição e que ele é, simultaneamente, também, o pároco da terra onde está instalada a sede do Centro Social Paroquial.

Como vimos, os actuais Presidentes da Direcção /Directores (menos um) construíram, dirigiram e dirigem a Instituição. Os Presidentes da Direcção acompanham, muito de perto, como veremos pelas respostas que deram, o dia- a - dia das instituições.

Todos os Centros Sociais Paroquiais têm um (a) director(a) técnico(a) ainda que, em algumas instituições, acumule também o cargo de animador(a) sociocultural.

Poucas instituições têm, simultaneamente, director(a) técnico (a) e animador (a) sociocultural. A falta de animador (a) sociocultural vai reflectir-se, necessariamente, nas actividades e, sobretudo, na participação nas actividades da instituição.

Todos os Centros Sociais Paroquiais estão localizados no centro das localidades, geralmente junto à igreja paroquial, e têm muitas acções recreativas e culturais dirigidas para comunidade.

Os Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte Lima estão inseridos num meio, marcadamente rural, com fracos recursos económicos, mas com grande tradição e riqueza cultural.

PARTE III: Os idosos nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima

Capítulo I: Metodologia e apresentação de dados

1.Metodologia

Feita a revisão bibliográfica sobre a temática, e depois de apresentarmos o desenvolvimento teórico, vamos, agora, passar a desenvolver o estudo empírico que constou de quatro passos fundamentais:

1) Elaborámos, testámos e lançámos questionários aos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima e aos seus utentes das valências do Lar, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Centro de Convívio. Procedemos à recolha de dados fornecidos pelos respondentes. Apresentámos a todos os inquiridos os objectivos do estudo e solicitámos o seu consentimento informado, salvaguardando a confidencialidade das respostas e participações.

2) A seguir, trabalhamos e apresentamos os dados estatísticos. Utilizámos o programa *SPSS 17 for Windows.* No final, fazemos a interpretação dos dados, comparando, por inferência, os parâmetros reais e os parâmetros teóricos desenvolvidos na investigação.

3) Para confirmação e aprofundamento das questões tivemos em consideração também:
    - 3.1. A análise de relatórios sociais de utentes dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima, elaborados por técnicos do Serviço Social;
    - 3.2. Relatos de Vida e entrevistas realizadas aos utentes;
    - 3.3. Dados de um estudo sobre o estado depressivo dos utentes do Centro de Dia, Centro de Convívio e Lar, nos mesmos dez Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima.

3.4. A opinião dos Presidentes da Direcção dos Centros Sociais Paroquiais sobre estas instituições.

População: Os questionários foram lançados a um universo constituído pelos indivíduos que frequentavam os Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima, nas valências de Lar, Centro de Dia /Centro de Convívio e Serviço de Apoio Domiciliário, em 2009.

As nossas principais fontes de informação foram os Indivíduos que frequentavam os Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima nas valências de Lar, Centro de Dia, Centro de Convívio, Apoio Domiciliário, no momento de aplicação dos questionários, tanto utentes como funcionários. Temos, também, e como já referimos, como suporte de informação, as respostas dos Directores dos Centros Sociais Paroquiais às questões que lhes formulámos (cf. anexos), para além dos questionários que lançámos, dos relatórios sociais elaborados por técnicos do Serviço Social, entrevistas e histórias de vida de utentes que apresentamos em anexos.

Assim, no âmbito do desenvolvimento deste estudo, lançámos três questionários de resposta fechada, nos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima, aos utentes do Lar; ao pessoal técnico e não técnico; aos utentes do Centro de Dia, Centro de Convívio e do Serviço de Apoio Domiciliário. Nos anexos, apresentamos os questionários lançados.

Foi feito um contacto prévio com os Presidentes da Direcção dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima e obteve-se autorização de cada um para lançar os questionários nas instituições. Contactaram-se, posteriormente, os Directores Técnicos e estudou-se, em conjunto, a melhor maneira de o fazer. Houve, na generalidade, uma boa colaboração em todas as instituições. Os utentes e funcionários questionados deram o seu consentimento, depois de terem sido informados sobre o conteúdo e a finalidade dos questionários.

Os questionários foram testados numa instituição. Depois de testados, foram lançados nas dez instituições acima referidas. Os questionários aos utentes do Lar e do Centro de Dia, bem como aos funcionários, foram relativamente fáceis de realizar. Houve mais dificuldades na inquirição dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário porque dispersos e isolados no seu ambiente. Para chegar a estes, foi precisa uma ajuda redobrada do pessoal técnico das instituições.

Procurou-se um inquiridor competente, independente, sem nenhuma ligação às instituições, para fazer os questionários, ouvindo, pessoalmente, os utentes das várias valências e o pessoal técnico e não técnico[85]. Acompanhámos os trabalhos do inquiridor, mas mantivemos o distanciamento necessário para que, de nenhum modo, condicionássemos as respostas.

Os questionários foram lançados no mês de Março de 2009. Os utentes e os funcionários foram informados sobre a finalidade do estudo e concordaram, voluntariamente, em responder. Os utentes do Lar, que responderam, fizeram-no, na generalidade, demoradamente. Os utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio responderam ao questionário com mais rapidez do que os utentes do Lar e, como já referimos, foi mais fácil ouvi-los do que aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário. A razão deveu-se ao facto de os utentes do Lar e do Centro de Dia/ Centro de Convívio se encontrarem facilmente na instituição enquanto, para os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, foi preciso encontrá-los, um a um, na sua casa ou no campo. O pessoal (técnico e não técnico) respondeu ao questionário, de forma rápida, e sem dificuldade.

Os questionários[86] foram lançados, como dissemos, nos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima que estavam em funcionamento em Março de 2009. Inquiriram-se os funcionários destas instituições e os utentes do Lar de Idosos,

[85] O inquiridor foi José Filipe Oliveira de Sá. Não quisemos ser nós porque dirigimos uma instituição e conhecemos as pessoas e as outras instituições onde também somos conhecidos pela maioria dos utentes e dos funcionários.

[86] O inquérito por questionário é constituído normalmente por duas partes: a primeira, onde se identifica o inquirido (variáveis independentes) e uma segunda parte onde onde se determina o questionário (variáveis dependentes).

Centro de Dia/Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário das seguintes localidades do concelho de Ponte de Lima:

1. Santa Cruz do Lima; 2. Calheiros; 3. Ponte de Lima; 4. Rebordões (Santa Maria); 5. Beiral do Lima; 6. Fornelos; 7. S. Martinho da Gandra; 8. Correlhã; 9. Arcozelo; 10. Fontão.

Caracterização da Amostra[87]**:** Os três questionários foram dirigidos a três grupos de intervenientes nos Centros Sociais Paroquiais, ou seja, utentes de Lares, utentes de Centro de Dia e Centros de Convívio, utentes do Serviço de Apoio Domiciliário e Funcionários (pessoal técnico e não técnico), sendo distribuídos da seguinte forma:

Responderam aos questionários 100 indivíduos do Centro de Dia/Centro de Convívio; 126 indivíduos do Serviço de Apoio Domiciliário; 60 do Lar e 109 funcionários. A representatividade da amostra dos respondentes é muito significativa, tendo em conta o universo. Dos 164 utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio responderam 100 (60,97%). Dos 230 utentes assistidos na valência do Serviço de Apoio Domiciliário obtiveram-se 126 respostas (54,78%). Responderam 60 dos 90 utentes da valência de Lar de Idosos (66,6%). Mais significativa ainda é a amostra referente ao pessoal técnico e não técnico. Dos 128 funcionários que trabalham nos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima, responderam 109 (85%).[88]

Apresentamos, de seguida, os resultados obtidos dos questionários colocados aos utentes e funcionários (técnicos e não técnicos) dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima. Na análise dos questionários lançados aos utentes, quisemos saber as variações nas respostas por sexo e por idade. Na análise dos

[87] Amostra: Subconjunto do universo ou população onde recai a investigação. Numa pesquisa, a amostra deve ser representativa do universo, isto é, deve traduzir uma imagem fiel da população a investigar. A amostra torna-se representativa em função das características ou varáveis que se pretende utilizar na análise do objecto, incluindo nela uma certa margem de erro.

[88] A nossa amostra teve o objectivo de abranger todo o universo, não sendo possível, podemos caracterizá-la por amostra acidental.

questionários lançados aos funcionários, quisemos saber, também, as diferenças de opinião entre o pessoal técnico e não técnico.

Partimos da hipótese de que as valências para idosos do Centro de Dia e do Centro de Convívio não estão a ser valorizadas pelo Poder Central como merecem, e que a valência de Lar de Idosos, nos Centros Sociais Paroquiais, atendendo, principalmente, às circunstãncias actuais em que vivem as famílias, é cada vez mais necessária. Estávamos convencidos, todavia, de que o Serviço de Apoio Domiciliário, apesar de defendido por muitos, e protegido, oficialmente, na actualidade, tem muitas lacunas e precisa de ser revisto. Pretendemos saber, com este estudo, a opinião dos utentes e dos funcionários sobre as valências dirigidas para os idosos e verificar se se confirmam ou não as nossas hipóteses.

O Governo, em 2009, patrocinava o envelhecer em casa. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tinha um apoio financeiro superior ao que era dado às outras valências para idosos. À partida, tínhamos certas reservas sobre a qualidade dos serviços prestados nesta valência e, principalmente, questionávamos a comunicação, participação e satisfação dos utentes do SAD. Quisemos saber, neste estudo, se a nossa hipótese de partida estava correcta ou se os dados do estudo nos apontam uma conclusão diferente.

O Centro de Dia é uma valência pouco subsidiada pelo Governo. Foi, no entanto, a primeira valência que nos convenceu. Partimos da hipótese de que não nos enganámos. Quisemos saber neste estudo se estávamos certos ou se, pelo contrário, os menores apoios e a adesão a esta valência nos devem levar a mudar de opinião.

A valência de Lar de idosos foi a última a convencer-nos. Verificamos, no entanto, que é a mais solicitada e a mais contestada pelos teóricos. Partimos da hipótese de que era uma valência a ser mais apoiada. Quisemos saber, neste estudo, qual a opinião dos utentes que estão nestas valências e ver se temos de repensar a nossa opinião.

Partimos também da hipótese de que a comunicação e a participação numa instituição geriátrica são difíceis. Quisemos saber a opinião dos utentes e de quem trabalha nestas instituições sobre a comunicação e participação. A comunicação é tão negativa como se diz?

A família é o espaço em que as pessoas se sentem bem e acolhidas. Era uma hipótese quase evidente, à partida, neste estudo. A institucionalização do idoso, no

entanto, surge como uma necessidade cada vez mais recorrente. Pretendemos saber se os CSP podem ser famílias de acolhimento?

Os Lares tendem a ser lugares fechados.Era uma hipótese confirmada pelo testemunho de muitos estudiosos destas instituições. Será assim? Os CSP, na opinião dos utentes, funcionários, dirigentes são ainda "asilos" ou casas diferentes?

Haverá alguma qualidade de vida nas valências de Idosos dos Centros Sociais Paroquiais? À partida, dizia-se que havia e que estas instituições se distinguiam de outras similares. Pretendemos saber se esta hipótese de partida se verifica, de facto.

Partimos do princípio de que os CSP continuam a tradição solidária da Igreja marcada pela proximidade e pela caridade. Confirma-se esta hipótese?

Perante as interrogações sobre o futuro dos Centros Sociais Paroquiais, pretendemos conhecer os serviços que estas instituições prestam, os seus processos de organização e de comunicação, e formular um juízo de valor sobre eles. Num tempo em que se multiplicam as famílias de acolhimento para idosos, queremos saber se os Centros Sociais Paroquiais podem ser considerados famílias de acolhimento alargadas e que condições técnicas e físicas e humanas oferecem. Tivemos em consideração a complexidade da temática de modo a abordar o essencial sobre o idoso como cidadão, como ser humano, no todo biológico, social, cultural, político, espiritual, ecológico.

Procurámos, também, esbater as limitações provocadas pela nossa proximidade ao campo de investigação e, à partida, tivemos consciência das dificuldades originadas pela falta de estudos sobre a matéria que elegemos e das dificuldades em lidar com os idosos que são devidas às suas limitações e às dificuldades provocadas pelas suas debilidades comunicativas e pelos desafios que são colocados a quem trata deles.

Este estudo fixa-se nas valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais. Não pretendemos fazer um estudo comparativo entre os Centros Sociais Paroquiais e outras instituições que tratam de idosos.

Apresentamos, a seguir, os dados dos questionários que analisamos e dsicutimos. Nas conclusões temos em atenção não só os dados dos questionários mas também os relatos biográficos, as entrevistas aos utentes, as opiniões dos Presidentes da Direcção e os relatórios elaborados pelos técnicos sociais.

2. Apresentação e análise de dados dos questionários dos utentes por valências

É a seguinte a percentagem dos respondentes aos questionários:

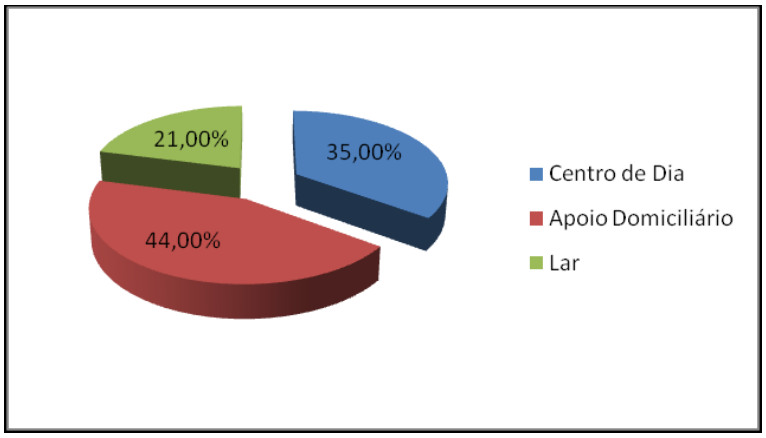


Figura nº 1 - Número de respondentes por valências

Responderam 60 utentes do Lar (21,00 % dos respondentes); 100 utentes do Centro de Dia / Centro de Convívio (35,00% dos respondentes); 126 utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (44,00% dos respondentes).

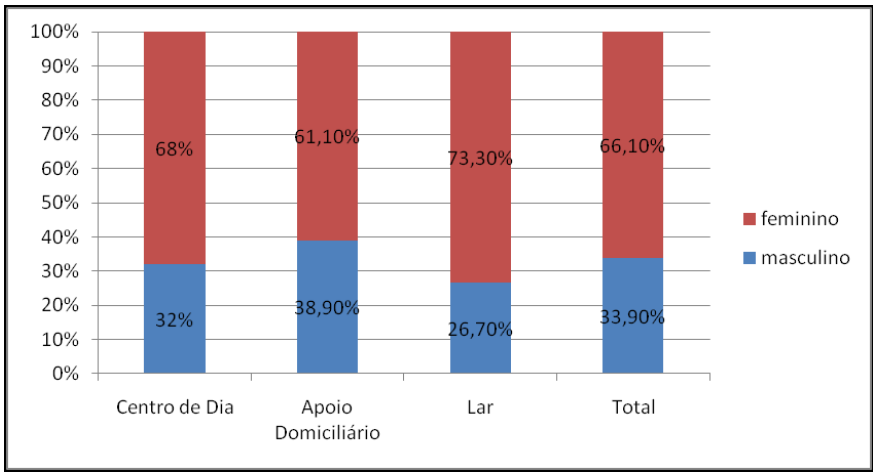


Figura nº 2 - Caracterização da amostra por sexo (geral e por valência)

A figura nº 2 mostra que, atendendo ao total, a maioria dos respondentes é do sexo feminino (66,10%). São do sexo masculino 33,90%. A prevalência do sexo feminino verifica-se em todas as valências sendo mais notória na valência de Lar, onde 73,30 % são do sexo feminino e 26,70% do sexo masculino.

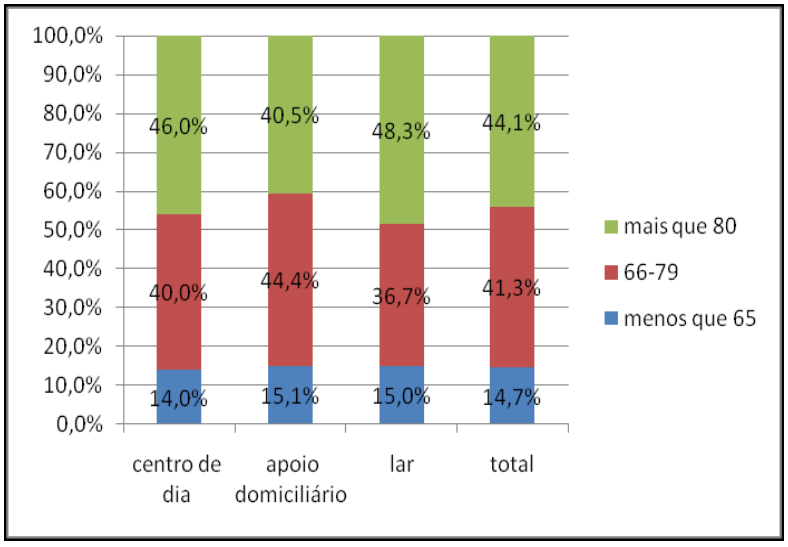


Figura nº 3 - Idade

Para tratamento de dados, os respondentes foram divididos, por idades, do seguinte modo: com menos de 65 anos (idade de reforma e de entrada nas valências); entre 66 e 79 anos; e mais de 80 anos.

Verifica-se que os utentes com menos de 65 anos são em menor número (entre 14% e 15%). Para a admissão nas várias valências impõe-se, geralmente, como condição, ter 65 anos e as pessoas aposentam-se a partir dessa idade. Daí que os utentes com menos de 65 anos sejam em menor número. No total, há uma ligeira aproximação entre os que têm de 66 a 79 anos e os que possuem mais de 79 anos.

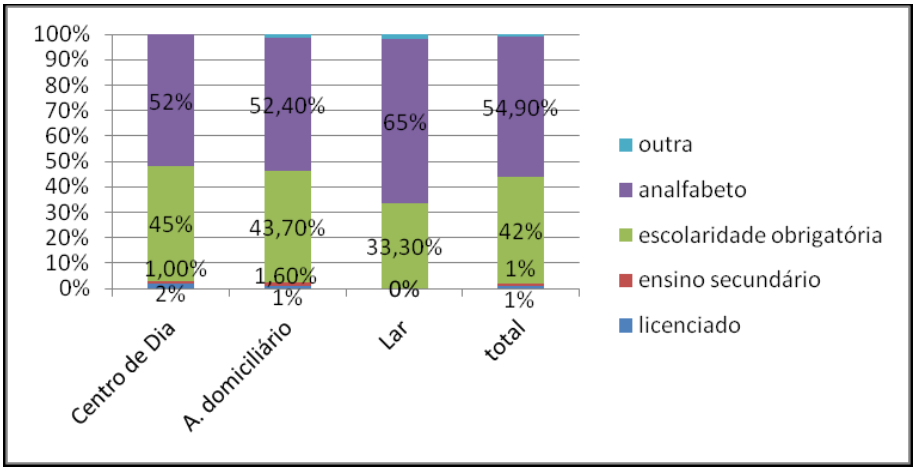


Figura nº 4 - Habilitações Literárias

No total, a maioria dos utentes das três valências (54,90 %) - Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de Idosos - é analfabeta. Depois, seguem-se os que

têm a escolaridade obrigatória (42,00%). São residuais os que possuem outras habilitações. É na valência de Lar de Idosos onde existe maior número de analfabetos (65,00%).

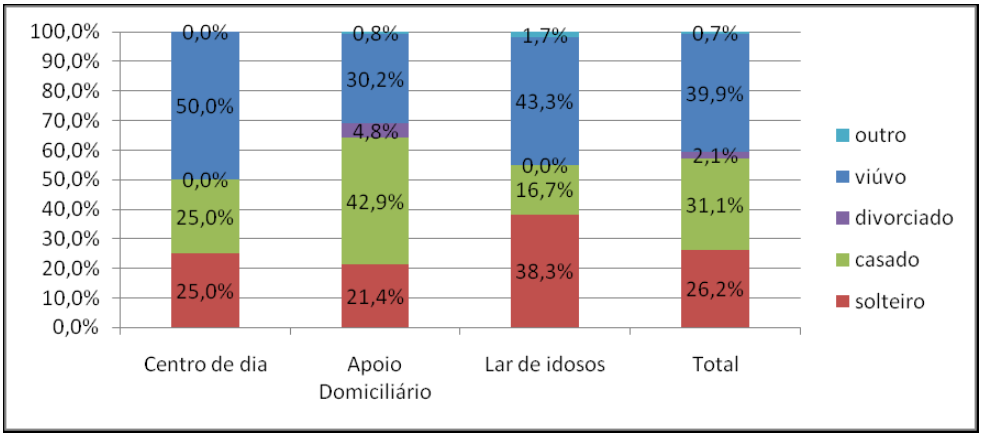


Figura nº 5 - Estado Civil

Como se pode verificar, no total, 26,2% são solteiros, 31,10% são casados e 39,90 % são viúvos. É na valência de Centro de Dia que há mais viúvos respondentes (50%) e, nesta valência, é equivalente o número de solteiros (25,00%) e de casados (25,00%). Na valência do Serviço de Apoio Domiciliário, 21,40% são solteiros, 42,9% casados e 30,20% viúvos. Na valência de Lar de Idosos, 38,30 % são solteiros (é nesta valência que há maior percentagem de solteiros), 16,70% casados e 43,30% viúvos. Concluindo, são maioritariamente solteiros e viúvos. Os casados, na valência do Lar, são em menor número (16,70%).

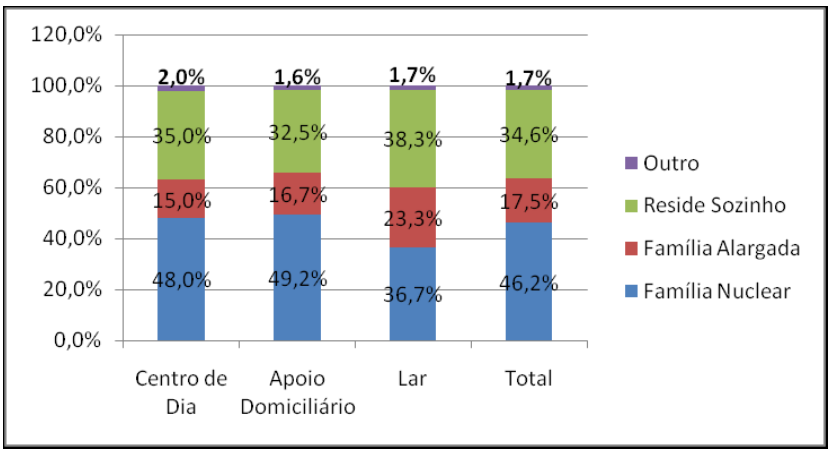


Figura nº 6 – Grupos familiares

Verifica-se uma predominância da família nuclear (46,2%), seguida dos que residem sozinhos (34,60%). É mais reduzida a percentagem dos que dizem residir numa família alargada (17,5%).

Em síntese, os dados referentes ao Grupo residencial permitem-nos verificar o seguinte: Atendendo ao total, os utentes pertencem a uma família nuclear 46,2% e vivem sozinhos 34,6 %. Apenas 17,50% dizem pertencer a uma família alargada.

3. Apresentação e análise de dados do Questionário – Funcionários

Foi feito um questionário aos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima. Dos 128 funcionários que trabalhavam nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima responderam 109. É uma amostra muito significativa (85,00%). Dos que responderam 90, 80% são do sexo feminino e 9,20% do sexo masculino.

A maioria tem a escolaridade obrigatória (70,60%), 15,60%, a licenciatura e 11,90 % o ensino secundário. São casados 62,40% e 28,40% são solteiros. Quanto à situação profissional, 67,90% pertencem ao quadro, 18,30 % contratados e 5,50% a recibo verde. No referente à categoria profissional, 78,90 % pertence ao pessoal não técnico e 21,10% ao pessoal técnico. Para efeitos de análise, verificamos os totais das respostas e procuramos saber se há diferenças de opinião entre o pessoal técnico e não técnico

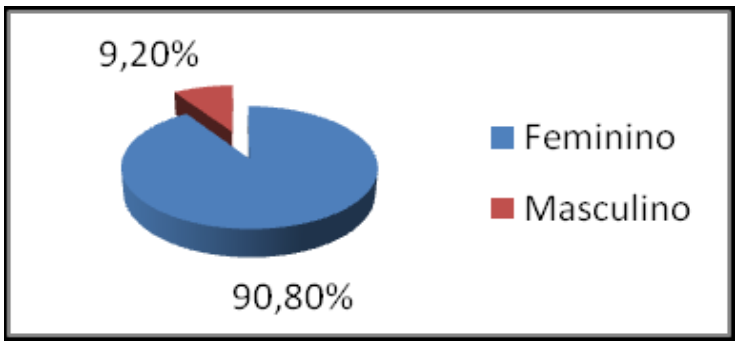


Figura nº 7 – Sexo

Como se pode ver no gráfico, a grande maioria é do sexo feminino (90,80%). Os funcionários respondentes do sexo masculino são apenas 9,20%. Ou seja, 99 respondentes são do sexo feminino e 10 do masculino.

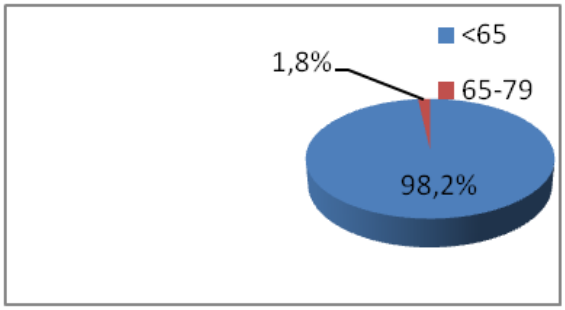


Figura nº 8 – Idade

Esta figura mostra que a grande maioria dos funcionários respondentes tem menos de 65 anos (98,2%). Ou seja, 107 têm menos de 65 anos e 2 mais de 65 anos.

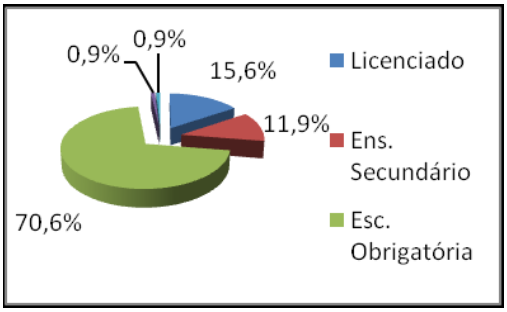


Figura nº 9 – Habilitações

Pela leitura desta figura, verifica-se que 70,6% dos funcionários têm a escolaridade obrigatória, 15,6% possuem uma Licenciatura e 11,9% têm o Ensino Secundário. São residuais os que têm outras habilitações.

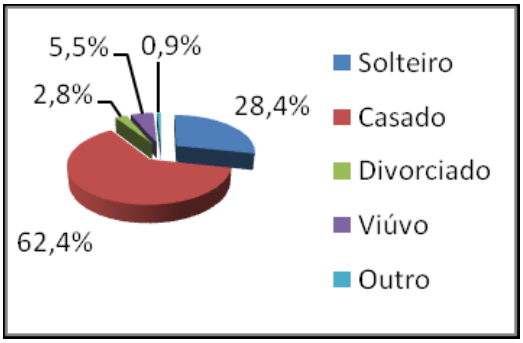


Figura nº 10 – Estado civil

Como se verifica na figura nº 10, os funcionários respondentes são maioritariamente casados, isto é, 62,4%, enquanto 28,4% são solteiros. São viúvos

5,5%. Os restantes estados são residuais. Ou seja, 68 são casados, 31 são solteiros, 6 são viúvos, 3 divorciados, 1 outro.

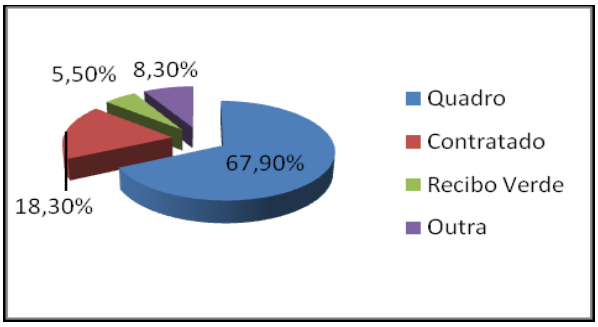


Figura nº 11 – Situação profissional

Quanto à situação profissional, a grande maioria dos funcionários respondentes (67,90%) pertence ao quadro. O pessoal contratado é 18,30 %. São pouco numerosos os que estão a recibo verde 5,50 %. Conclui-se que há bastante estabilidade de emprego.

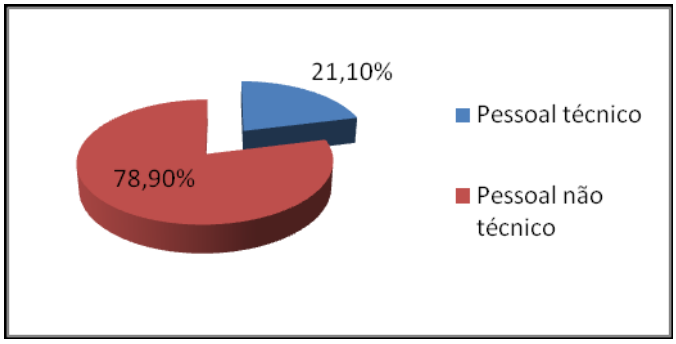


Figura nº 12 – Categoria Profissional

Verifica-se, nesta figura, que cerca de um quinto dos funcionários respondentes pertence ao pessoal técnico. Mais concretamente, 23 funcionários pertencem ao pessoal técnico que correspondem a (21,10%) e 86 funcionários, ao pessoal não técnico (78,90%).

PARTE IV: Discussão dos dados e conclusões

1. O Serviço de Intervenção nos Centros Sociais Paroquiais

1.1. Intervenção Social da Paróquia

A primeira grande questão que se coloca é saber o motivo da intervenção social ser feita por uma instituição paroquial da responsabilidade da Igreja Católica. Porquê uma instituição paroquial? O que distingue os Centros Sociais Paroquiais nas respostas sociais que dão às pessoas?

As paróquias, como vimos na parte teórica, empenham-se na solução das dificuldades psíquicas, éticas e sociais das pessoas. Fazem-no sem discriminações raciais, económicas, políticas, culturais, religiosas. A intervenção social da Igreja foi sempre marcada pela proximidade, universalidade e caridade. Os Centros Sociais Paroquiais são pertença e estão inseridos numa Paróquia que é uma comunidade solidária que pratica a caridade.

Uma leitura das informações sociais e dos pareceres técnicos, elaborados pelos assistentes sociais dos Centros Sociais Paroquiais estudados, permite-nos verificar a existência de várias pessoas em situações de pobreza, de isolamento e de solidão a quem é aconselhada a intervenção social dos Centros Sociais Paroquiais. Como vimos na revisão da literatura, a pobreza material indica o estado de uma pessoa ou de uma família com falta de meios materiais, de dinheiro. É uma situação de privação, de carência de recursos. Existem, também, as minorias discriminadas por preconceitos sociais, mas os casos de pobreza, de doença, de velhice sem amparo abundam, também, e, por vezes, muito perto de nós.

O Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI) de 2006-2008 diz que 29% dos idosos estavam em risco de pobreza pois, como referimos, e, segundo o INE (2006), usufruem de reformas mínimas e vivem sós e isolados. A leitura dos relatórios sociais,

elaborados pelos técnicos de Serviço Social dos Centros Sociais Paroquiais, permite-nos confirmar o que dissemos. De facto, a maioria dos utentes, que ingressam nas instituições, têm pensões baixas. Se tomarmos como referência as pensões e as reformas que recebem os utentes de uma instituição, verificamos que são pensões muito baixas, pois o concelho de Ponte de Lima é um meio predominantemente agrícola. Em anexo, apresentamos as pensões que recebem os utentes de uma instituição[89].

O envelhecimento constitui hoje um desafio e uma responsabilidade individual e colectiva. O Programa Nacional de Saúde dos Idosos (2004-2010), da responsabilidade da Direcção Geral da Saúde, que consagra o envelhecimento activo e o direito a morrer com dignidade, é desenvolvido por diferentes programas, e prevê o envolvimento da sociedade civil e a capacitação do cidadão de modo a melhorar os níveis de saúde. Apresenta programas no âmbito da doença crónica não comunicável (doenças cardiovasculares, oncológicas, saúde mental), reformas dos Cuidados Primários e dos Cuidados Continuados, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Chegou-se, pois, à conclusão que é urgente melhorar o conhecimento e o desempenho dos profissionais de saúde quanto à fisiologia do envelhecimento (Gerontologia) e às patologias relacionadas (Geriatria).

Além disso, tendo em conta que muitas pessoas vivem sós e isoladas, como já anotámos, associa-se ao isolamento mais a dimensão física da falta de conexões, do que a carga afectiva que marca essa solidão. Na verdade, a solidão é tida como uma das principais ameaças com que se defrontam, de forma muito particular, as pessoas idosas (Leuscher, 2009), pois as pessoas mais velhas podem ser particularmente vulneráveis à vivência do isolamento e ao sofrimento que dele pode resultar. Antes de ser uma perda da relação com os outros, a solidão é a desconexão com o próprio. Por isso, as políticas para o envelhecimento devem buscar soluções personalizadas que ajudem a preencher os vazios que vão surgindo na malha relacional de cada pessoa, à medida que envelhece (Leuscher, 2009).

[89] Suprimimos os nomes para mantermos o anonimato das pessoas. Os nomes que aqui aparecem são fictícios.

A solidão e o isolamento podem acontecer pela falta de relações sociais. Não podemos minimizar a importância das relações interpessoais, principalmente as familiares, que são essenciais para as pessoas idosas (Berger e Mailhoux-Poitier, 1995). Mas hoje assiste-se a um enfraquecimento dos laços familiares e das redes naturais de suporte às pessoas idosas, resultando em sentimentos de abandono, de rejeição, de inutilidade e de solidão nestas pessoas (Moniz, 2003).

No concelho de Ponte de Lima, há muitas pessoas que vivem sós. Apresentamos, a seguir, três exemplos de relatórios sociais[90] relativos a pessoas a frequentarem um Centro Social Paroquial do concelho de Ponte de Lima que, além de outras carências, manifestam o estar só, a solidão e o isolamento.

Transcrevemos parte do relatório social[91] de Manuel que diz o seguinte:

> O idoso ficou viúvo, muito recentemente e passou a viver sozinho com poucas condições (….) O senhor Manuel passou a ficar sem apoio e sem capacidade para viver só, não apenas por não conseguir realizar as tarefas domésticas (confeccionar o jantar), mas também não consegue estar sozinho devido à solidão (R. 3)[92]

Noutro relatório, lê-se:

[90] Relatório social: destina-se a apresentar a situação de determinada pessoa ou utente a um juiz, médico, ou à instituição. O relatório, organizado de forma clara e sucinta, expõe: a identificação da pessoa a quem se refere; a situação problema em causa, enquadrada no contexto e antecedentes que lhe dão significado; a evolução da situação desde o início do contacto com ela; a avaliação sobre a situação actual e suas potencialidades; o plano e intervenção em curso ou definido; as propostas de intervenção; o relatório identifica o técnico que o elaborou.

[91] Os excertos dos relatórios sociais, que apresentamos, foram elaborados por várias técnicas do Serviço Social: Carla Marques Lopes, Lúcia Figueiredo, Maria Bernardete Guerra Carvalho, Sónia Baganha, Paula Vitória.

[92] Em anexos, apresentamos vários relatórios sociais, pareceres técnicos, informações sociais. Para facilidade de consulta designamo-los por R1, R2 e assim sucessivamente.

> O senhor Marco é um adulto dependente a quem recentemente faleceu a mãe, passando a viver sozinho. É uma pessoa dependente para realizar algumas actividades diárias bem como para cuidar da sua higiene (R.1).

Outro relatório diz o seguinte:

> A senhora Antónia é idosa a residir sozinha e sem apoio de terceiros. Tem 89 anos (….) para se deslocar utiliza uma bengala e um pau de apoio (R. 2).

Enfim, são idosos, viúvos, doentes, dependentes, sós e isolados e muitos deles a viverem em residências com poucas condições de habitabilidade. É de pessoas como estas que os funcionários técnicos e não técnicos de um Centro Social Paroquial cuidam e mantêm uma relação de ajuda. E cada uma dessas pessoas sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade (Santos, 2000). Cuidar dos utentes exige a quem cuida deles que o saiba acolher como ele é, respeitando as crenças e os valores que os regem. Exige disponibilidade e hospitalidade, compreensão e competência. Segundo Fernandes, (2007) o funcionário, cuidador dos utentes, deve ter uma formação específica e um conjunto de técnicas e procedimentos adequados ao tratamento ou aos serviços a prestar, não podendo reduzir-se a mera *boa-vontade*. O saber fazer e o fazer com qualidade são exigidos para cuidar os outros (Cursino, 2002).

Além disso, tendo em conta os critérios fundacionais, os Centros Sociais Paroquiais propõem-se cultivar e promover a fraternidade, aceitando a colaboração de todos os que se sentirem dispostos a partilhar dons e capacidades ao serviço dos outros. É o líder da Igreja Católica, Bento XVI, que, referindo-se à acção social da Igreja, diz:

> Não se trata de puro conhecimento intelectual, mas de uma sabedoria que dê sabor e tempero, ofereça criatividade às vias cognoscitivas e operativas para enfrentar tão ampla e complexa crise. Que as instituições da Igreja, unidas a todas as organizações não eclesiais, melhorem as suas capacidades de conhecimento e orientações para uma nova e grandiosa dinâmica que conduza para «aquela civilização do amor, cuja semente Deus colocou em todo o povo e cultura (Bento XVI, 2010).

Desta forma, os Centros Sociais Paroquiais, rostos visíveis da caridade das Paróquias, integram-se na pastoral sócio - caritativa da Igreja e procuram dar respostas sociais às necessidades concretas dos habitantes de uma paróquia, tendo uma opção preferencial pelos mais pobres (não só de bens materiais, mas também os que estão mais isolados, doentes, marginalizados); cultivam e promovem a fraternidade, aceitando a colaboração de todos os que se sentirem dispostos a partilhar dons e capacidades. Para prosseguir estes objectivos, os Centros Sociais Paroquiais mantêm um conjunto de serviços que visam dar resposta a situações inerentes a uma comunidade constituída por grupos diversificados com características etárias, sociais, económicas, culturais, muito diferenciadas.

Os Centros Sociais Paroquiais, sublinhe-se, prestam também serviços de intervenção social junto dos idosos doentes. Como foi dito, o envelhecimento é universal, intrínseco, progressivo e degenerativo (Strechler, 1977) e manifesta-se nas mudanças físicas, na aparência, na visão, na audição das pessoas. O envelhecimento normal distingue-se do patológico e as doenças podem ser normais, agudas e crónicas. A saúde funcional é distinta da mental. Como foi dito, o envelhecimento orgânico e perceptivo, o envelhecimento cognitivo e o envelhecimento social exigem a intervenção social. O trabalhador social procura conhecer e conhecer-se para desempenhar um trabalho de qualidade com os idosos.

Como vimos também, o envelhecimento da população verifica-se em todo o mundo. O processo de envelhecimento afecta cada vez mais pessoas. As pessoas vivem mais tempo. Segundo o INE (2008), a esperança de vida em Portugal entre 2005 – 2010 é de 75,49 anos para os homens e de 81,74 anos para as mulheres. A média é de 78 anos. Está a envelhecer a população já envelhecida! No nosso inquérito, vimos que a idade dos respondentes aos questionários, como referimos, são: idade do mais novo: 19 anos; idade do mais velho: 95 anos; idade média: 65,73 anos; idade mais verificada: 80 anos.

Além da idade, é frequente a pesquisa sobre a saúde dos utentes para se poder aferir os processos de cuidados a prestar aos idosos e determinar qual o tipo de apoio

social. As condições ambientais e pessoais são afectadas pelo próprio repertório aprendido ao longo de processo de interacção entre a pessoa e as circunstâncias do passado. Esta é a razão pela qual as condições pessoais e ambientais não podem ser analisadas sem referência à história/trajectória passada (Fernández-Ballesteros e Corraliza Rodrigues, 2000).

Os dados dos questionários, que lançámos em dez Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima, não nos permitem tirar conclusões sobre o tipo de doenças mais vulgares nas pessoas que frequentam as valências para idosos. Fizemos, no entanto, uma análise aos relatórios sociais, realizados pelas técnicas de Serviço Social, antes do ingresso dos utentes num Centro Social Paroquial, que nos dão informações importantes sobre as doenças que motivam o ingresso numa valência da instituição. De facto, nesses relatórios sociais, encontramos muitos dados, dos quais retiramos os seguintes excertos que indicam várias doenças e situações paradigmáticas que levam os pareceres técnicos a aconselhar a ida para uma instituição.

Há pessoas com problemas de saúde funcional temporária:

> A idosa, de 74 anos, reside sozinha com seu marido. Sofreu uma queda"(…) "O ortopedista que acompanhou a senhora…prescreve que é indispensável que faça uma recuperação acompanhada e diária nos próximos meses (R.4).

Aparecem pessoas com doenças crónicas:

> O senhor M. Costa, de 56 anos, sempre teve necessidade de usar calçado específico. Tem dificuldades em se movimentar. Utiliza um carro adaptado para deficientes (…) Para se deslocar utiliza tanto uma cadeira de rodas, como umas canadianas (R.7).

Os relatórios sociais referem situações de envelhecimento orgânico:

> A idosa (81 anos), que vive só, encontra-se incapaz de se movimentar pelos seus próprios meios (R. 6).

Surgem, também casos de envelhecimento perceptivo: O senhor Mendes é surdo (R. 10).

Há casos de envelhecimento psíquico:

> A D. Rute é uma senhora com alguns problemas de saúde ao nível do sistema nervoso (R. 8).

Ainda que se pense o contrário, aparecem casos de pessoas com problemas de saúde mental:

> A Micas tem apoio do departamento de "Psiquiatria e de Saúde Mental". A Micas é uma doente portadora de atraso mental profundo. O pai, alfaiate de profissão, actualmente com 70 anos, encontra-se reformado (…) Apresenta problemas de saúde, é diabético, tem dificuldades motoras após uma cirurgia de anca, usando próteses laterais, utiliza canadianas (R. 5)

Outras situações apontam situações de envelhecimento patológico:

> A D. Rosa devido a uma trombose ficou muito dependente (R.10).
> O senhor Mendes teve uma meningite aos cinco meses e ficou com sequelas graves, motivo pelo qual se desloca com apoio de canadianas (R.14).
> A D. Augusta., de 72 anos, é completamente dependente de terceiros, usa fraldas e para se deslocar precisa de apoio. É doente de Alzheimer num estado já avançado (R.12).
> O senhor Mota, de 80 anos de idade, vítima de um AVC está completamente dependente de terceiros para a realização das pequenas tarefas diárias (R.15).

Os dados extraídos destes relatórios sociais apresentam-nos vários tipos de doenças que são aduzidas para propor a uma pessoa a frequência de uma valência dum Centro Social Paroquial e, como podemos verificar por estes excertos, são variadas as doenças dos utentes que frequentam as valências destinadas aos idosos. É com estas pessoas que os Centros Sociais Paroquiais promovem a acção social.

1.2. Opinião dos Presidentes da Direcção

Não é consensual a valorização das formas de intervenção social a partir da instituição paroquial. Muitos, até padres, de forma explícita, desconfiam da necessidade do empenhamento dos actores da comunidade paroquial na intervenção social.

Questionámos os Presidentes da Direcção dos Centros Paroquiais da área em apreço, para saber a sua opinião sobre se os párocos fazem bem em meterem-se na construção e direcção dos Centros Sociais Paroquiais.[93] Um Presidente da Direcção, cheio da burocracia, da fiscalização e das dificuldades originadas por alguns funcionários, respondeu:

> Párocos meterem-se nisto? – No início achei que era uma oportunidade de realizar o "braço caritativo da Igreja" em parceria com o Estado e criando um espaço visível de actuação e intercâmbio com a comunidade ao nível destes apoios. Agora, vendo a dificuldade com funcionários (as), as questões, exigências e reclamações de utentes e seus familiares e um controle nem sempre compreendido da Segurança Social, acho que a Igreja deve procurar outras formas de acção social que não precisem de reconhecimento, apresentação de relatórios, contas, planos de actividades, "papeladas" etc., para que o possa fazer mais livremente, com autonomia e independência, sem perder o sono com ameaças de fiscalizações desde a Seg. Social à ASAE, por um serviço que prestamos gratuita e desinteressadamente, parecendo que somos criados do civil e por ele olhados de soslaio quando não de forma desconfiada e acusadora… Eles têm (e sabem) as leis, os técnicos, o dinheiro, os fiscais… que criem as instituições e nós cá estaremos para ver se, como e por quanto (dinheiro) funciona (D.3).

Outro Presidente da Direcção de um Centro Social Paroquial respondeu:

> Quanto à questão de saber se a igreja faz bem em meter-se nisto, é indiferente serem os párocos, os presidentes da junta, ou outros a estarem à frente das instituições e o que importa é promover o bem (D.4).

[93] Em anexos apresentamos as perguntas feitas e as respostas dadas, por escrito, pelos Presidentes da Direcção. Como são dez, identificamo-los D1….D10.

Alguns Presidentes da Direcção têm uma visão mais positiva:

> A Igreja sempre praticou a solidariedade, a caridade. Hoje tem de fazer o mesmo", respondeu um (D.8).

Como foi referido na revisão da literatura, é muito rica a história das obras de caridade levadas a cabo pelos católicos, quer a nível individual, quer a nível de paróquias, dioceses, ordens religiosas e organizações da Igreja. Os Centros Sociais Paroquiais, procurando uma intervenção técnica e organizada, são expressões da diaconia da caridade e, actualmente, apresentam-se como lugares de experiência de acolhimento e de ajuda das pessoas. As paróquias, de uma forma geral, apostam claramente no desenvolvimento da capacidade de intervenção social e a opção social ocupa um lugar de saliência no trabalho Paroquial. De facto, os Centros Sociais Paroquiais prestam serviços de caridade, de assistência aos idosos, de promoção social e cultural, de atendimento aos doentes, de comunicação de bens, de ajuda e de orientação familiar (Lima, 2009). Os dez Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima, que estudámos, procuram responder às necessidades da sua zona. Como vimos, todos eles desenvolvem também actividades sociais, lúdicas, culturais e de lazer e tentam dar resposta às necessidades da área abrangida por cada Centro Social Paroquial. Portanto, quanto à resposta à questão se os párocos fazem bem em meterem-se neste serviço, este estudo sugere que sim! Na verdade, o serviço pelos pobres e o amor preferencial pelos mais necessitados, constitutivo da missão da Igreja, é aquilo em que os párocos se fundamentam para desenvolver este trabalho, se bem que alguns vejam na intromissão demasiado burocrática do Estado uma grande contrariedade. Isso advém do facto de o Estado agir como garante da qualidade de serviços, de uma forma legalista e institucional, não tendo em conta o serviço voluntarista e desinteressado dos párocos. O desafio ao Estado é o de saber se ele, com os mesmos recursos, consegue oferecer o mesmo que os Centros Paroquiais! Parece ser convicção generalizada de que a resposta é negativa! O dever da Igreja em apoiar material e espiritualmente os pobres, os doentes, deficientes físicos ou mentais, marginalizados sociais, os carenciados justifica a instituição destes serviços, mas podia, segundo os mesmos párocos, encontrar outras vias de execução, nomeadamente menos burocráticas e legalistas, salvaguardando a

qualidade desses serviços. Infelizmente os casos que vão surgindo de maus tratos a idosos em Lares improvisados, justificam a atenção redobrada das autoridades, sobrecarregando de leis normativas aqueles que se preocupam em prestar os melhores serviços, mas que nem sempre têm as condições para responder à complexidade fixada por essa normatividade. Este é um dos sentimentos que constatamos do trabalho de terreno junto das instituições que estudamos.

De facto, um outro Presidente da Direcção classifica o trabalho dos Centros Sociais Paroquiais do seguinte modo:

> É um bom trabalho e de muito mérito, mas demasiado pesado para os párocos. (…) Precisavam de pessoas da direcção e de outras para os auxiliarem ou substituírem… O que não se resolve com uma directora que nos fins-de-semana e feriados vai descansar e a responsabilidade dos doentes cai em cima do Pároco – Director (D.9).

Este testemunho salienta um aspecto pertinente na vida quotidiana dos Centros Sociais Paroquiais estudados: a presença tutelar do Pároco/ Presidente da Direcção. Os párocos questionados residem de forma estável nas dez paróquias. Conhecem, portanto, as pessoas muito de perto e exercem sobre elas uma grande influência. Há também uma estreita relação com os utentes dos Centros Sociais Paroquiais que se sentem seguros com a presença constante e gratuita do pároco da Terra onde está implantada a Instituição.[94]Além disso, há também uma relação entre os utentes e os moradores dessa Terra, pois, os moradores da Paróquia, conhecem-se e fazem comunidade (Borras, 2010).

Interrogámos, também, os Presidentes da Direcção dos Centros Sociais Paroquiais sobre o que eles pensam acerca dos serviços prestados por estas instituições, isto é, se acham que são uma oferta diferente, tendo em atenção outras instituições não ligadas à Igreja. As respostas foram, na generalidade, positivas em relação aos Centros

[94] Todos os párocos dos dez Centros Sociais Paroquiais estudados residem e acompanham, de perto e permanentemente a vida da Instituição.

Sociais Paroquiais. A maioria dos Presidentes da Direcção dos Centros Sociais Paroquiais respondeu que são uma oferta diferente das outras instituições que prestam serviços similares. De facto, diz um:

> Os Centros Sociais Paroquiais oferecem de diferente: *Humanismo* (D.4).

Nesta resposta ressalta a humanização, nos cuidados geriátricos, como o grande desafio! No dia - a- dia, ela afecta as pessoas que estão e que trabalham nas instituições de solidariedade. Na realidade, os párocos invocam o sentido do homem que está na base da Encíclica *Caritas in Veritate* de Bento XVI. É uma encíclica social que coloca a pessoa humana no centro de todos os sistemas mundiais de pensamento e de acção. A vertente personalista (humanista) e a vertente comunitária (social) são as grandes vertentes que sempre caracterizaram as IPSS e, naturalmente, os Centros Sociais Paroquiais. Ao apresentar a perspectiva humanista tem presente que a lógica da solidariedade social tem justamente a sua génese na pessoa humana que é, na sua essência, um ser uno e, ao mesmo tempo, solidário com toda a humanidade, à qual ela pertence e da qual cada indivíduo é uma parcela (Lino Maia, 2008).

A Igreja apresenta, habitualmente, como paradigma para a humanização a narrativa de S. Lucas sobre o Bom Samaritano (Lc 10, 29 – 37). Na verdade, aparecem aí, claramente identificadas, as actividades de aproximação acolhedora, de prestação de ajudas directas e de intervenção junto de outras entidades. Desta forma, cada cristão é um Bom Samaritano. Na análise de um teólogo (Couto, 2008, p. 8-9), o Bom Samaritano é o que não vê com preconceitos. É o que se aproxima do homem que sofre. E porque se aproxima, é que vê bem; e porque vê bem, comove-se; e porque se comove, debruça-se sobre ele para lhe dar vida. Ele é o que dá prioridade ao outro, com gratuidade, esquecendo-se de si mesmo e dos seus próprios afazeres. Ele é o que não passa ao lado. Tudo o que faz, fá-lo desde o fundo das entranhas, com amor, entranhado, maternal. Tem precedência sobre ele.

É nesta fundamentação teológica que a Igreja se baseia para falar de uma humanização que radica no Outro. Uma Teologia (cf Meneses, 2008) que diz ter a humanização um centro, uma vivência. O coração é o centro da caridade. A humanização une o coração de quem sofre (doente, utente) ao coração de quem cuida

(médico, cuidador social). A humanização é um permanente diálogo entre um Desvalido (doente, utente) no Caminho e um Bom Samaritano (médico, cuidador social) (Ibidem).

A referência ao Bom Samaritano que viu, olhou, tratou do outro, é, portanto, recorrente nesta fundamentação do acto caritativo da Igreja. É o modelo de um fazer pelo amor totalmente gratuito (*ágape*).[95] O Samaritano faz misericórdia porque faz o amor desinteressado, porque vive e sente o seu carisma. A misericórdia vem de Deus, como dom – acontecimento. Mais do que virtude, é dádiva dadivosa (ou pegando no conceito Zaratustra de Nietzche: "Mais do que dádiva, é virtude dadivosa" (Meneses, 2008, p. 215). Em síntese, diz-se que os Centros Sociais Paroquiais oferecem de diferente o humanismo porque a pessoa humana é o centro da acção social e os utentes são tratados com humanidade, com amor, *ágape:* "Todas as vezes que o fizestes a um destes meus irmãos mais pequeninos a Mim o fizestes" (Mt 25-40). Entende-se, assim, que outro Presidente da Direcção acrescenta dizendo que os Centros Sociais Paroquiais oferecem *carinho e amor* (D.7).

Para além destes valores humanistas e cristãos, outro Presidente de Direcção salienta os custos económicos: "Os nossos centros oferecem de diferente os preços (D.6). Há também quem aluda a outras diferenças: "A única diferença é que os Centros Paroquiais acolhem um menor número de utentes, o que permite um ambiente mais familiar e pessoal (D 4).

Por sua vez, um Presidente da Direcção, respondendo mais detalhadamente a esta questão, reflecte:

> Oferta diferente? – A aposta seria esta… mas sê-lo-á? Com funcionários que são contratados, muitas vezes, também por caridade para ajudar situações familiares difíceis, com pouca formação humana e ainda menos cristã, do que nos apercebemos, não sei se a oferta é melhor do que qualquer outra. Nas actividades propostas anualmente, sim, verifica-se uma programação que tem em conta a dimensão religiosa (cristã ou outra se houver), mas não sei se isto

[95] O amor - *ágape* distingue-se do amor-eros e do amor- filia. O amor – eros refere o amor entre um homem e uma mulher. O amor-filia é o amor que refere laços de amizade.

> bastará para dar um cunho muito diferente de outras instituições sem cariz cristão (D.3).

Esta reflexão tem a sua actualidade. De facto, "é importante que os funcionários que neles trabalham tenham uma visão globalizante dos objectivos destas instituições e estejam preparados humana e profissionalmente para o desempenho das suas funções" (D. 8). Mais uma vez, os responsáveis se baseiam tanto no saber técnico consensual, como na doutrina pastoral da Igreja, que nas orientações de Bento XVI aponta também nesse sentido:

> No meio de tantas instituições sociais que servem o bem comum, próximas de populações carenciadas, contam-se as da Igreja Católica. Importa que seja clara a sua orientação de modo a assumirem uma identidade bem patente: na inspiração dos seus objectivos, na escolha dos seus recursos humanos, nos métodos de actuação, na qualidade dos seus serviços, na gestão séria e eficaz dos meios (Bento XVI, 2010).

Os Centros Sociais Paroquiais, como refere um Presidente da Direcção, prestam serviços baratos. Como veremos a seguir, quando falarmos da família, eles têm também um número reduzido de utentes o que permite a prestação de cuidados pessoais e a criação de um ambiente familiar. Mas o que distingue estas instituições de outras similares é que os recursos humanos dos Centros Sociais Paroquiais se distinguem, segundo dizem, por orientarem o seu trabalho pela prática da caridade cristã.

Num momento em que o termo "caridade" tem uma conotação negativa nas teorias de assistência social, impõe-se analisar o seu sentido dentro da doutrina da igreja. Que entende a igreja por caridade, amor? No livro do Levítico, 19, 18 e em Mc. 12, 29-31 contém o mandamento *"Amarás o teu próximo como a ti mesmo"*. O conceito de amor bíblico é transmitido pela palavra *ágape*. O amor torna-se cuidado do outro e pelo outro; procura o bem do outro *(cf. Deus Caritas est, 6).* Amar a Deus e o próximo é síntese de todos os mandamentos. Jesus torna este duplo mandamento do amor uma norma de vida para os seus discípulos. *"Faz isso e viverás"* (Lc. 10, 28). A vida eterna não se encontra no simples conhecimento dos mandamentos da lei, mas na sua realização concreta (Almendra, 2009). Mas quem é o que ama o próximo? É o que usou

de misericórdia, o que se aproximou do outro com amor, isto é, o que não passou ao lado, o Bom Samaritano. O amor *ágape* não se dirige ao homem em geral, mas à pessoa em particular, àquele com quem nos cruzamos. O amor *ágape* exige o dom, mas não espera do objecto da relação qualquer retorno, nem material, nem imaterial, (como que um amor não correspondido) (Teixeira, 2009, pp. 209-222). Na realidade, o ser humano é um ser em relação com os outros seres humanos; uma relação que extravasa o simples e mecânico caminhar lado a lado ou a inevitabilidade de viajar num mesmo meio de transporte (Almendra, 2009). Amar o próximo como a si mesmo, significa amar o outro como parte de nós mesmos. Toda a actividade da Igreja é a manifestação dum amor que procura o bem integral do homem (*Deus Caritas est, 19*). O amor do próximo, que radica no amor a Deus, é um dever para cada um dos fiéis, mas é-o também para a comunidade. A Igreja, enquanto comunidade, deve praticar o amor de forma ordenada. A diaconia - o serviço ao próximo exercido comunitariamente e de modo ordenado - foi instaurada na estrutura fundamental da própria Igreja. A diaconia é constituída pelas actividades assistenciais, pelo serviço da caridade (*Deus caritas est,* 23). Praticar a caridade para com os necessitados, qualquer que seja o tipo de necessidade em questão, pertence às funções essenciais da Igreja.

> A Igreja nunca poderá ser dispensada da prática da caridade enquanto actividade organizada dos crentes, como aliás nunca haverá uma situação onde não seja precisa a caridade de cada um dos indivíduos cristãos, porque o homem, além da justiça, tem e terá sempre necessidade do amor (Deus caritas est, 29).

A caridade, como valor fundamental para a Igreja e para o cristão, nem sempre é bem entendida. Tem havido até, como vimos, um esforço para desacreditar esta expressão. Mas a caridade é o que a Igreja se propõe fazer, é aquilo com que as suas instituições de solidariedade se identificam (cf. Neves, 2008). A caridade é muito diferente da esmola, não sendo, segundo os seus defensores, meramente assistencialista. O que pratica a caridade, na doutrina da Igreja, ama a Deus e ao próximo como a si mesmo, faz o bem por amor ao seu Deus. Nesta perspectiva, há uma grande diferença entre a acção social comum e a acção social cristã. O cristão ama o próximo por Cristo, faz acção social por amor a Cristo, não por amor à pobreza, mas ao pobre em quem vê Cristo. O grande desafio para os Centros Sociais Paroquiais é, de facto, espelharem na

sua acção a doutrina que professam como justificação da sua existência; como se distinguirem dentro do serviço social a idosos; como fazer com que todos os intervenientes e intérpretes da acção social vivam esta prática!

Saber tratar os utentes com humanismo, com amor, com carinho, com proximidade, são condições básicas para a admissão de um funcionário nestas instituições. Mas como um Presidente da Direcção salientava, a contratação de funcionários com pouca formação humana e cristã acontece (D.3). Às vezes, afirmam, há a tendência para empregar pessoas carenciadas, mas não preparadas para o exercício da profissão. Salvaguardam, por isso, que, hoje, mais do que nunca, os funcionários devem ser bem preparados tecnicamente mas também serem pessoas com a vivência da caridade cristã! Isto porque, segundo os mesmos Presidentes da Direcção, quando se pratica a caridade, nota-se a diferença no ambiente institucional, no relacionamento entre os funcionários, na qualidade dos serviços prestados aos utentes. Seria aqui que radicaria uma das riquezas dos funcionários destas instituições, apesar de que, como vimos, muitos deles não terem formação profissional, não tendo, assim, uma competência técnica específica, mas, imbuídos nesse sentido de serviço, cumprem exemplarmente o trabalho dedicado aos idosos.

Além disso, como se verificou, muitos funcionários fazem parte da comunidade onde está inserido o Centro Social Paroquial e donde são naturais ou residentes muitos dos utentes. A pertença dos funcionários à comunidade facilita a manifestação dos sentimentos de ajuda mútua, de diálogo e compreensão, como nos testemunharam alguns dos idosos. Se bem que o conhecimento de proximidade possa trazer alguns atritos por razões de histórias familiares e de vizinhança mais problemáticas, ele também permite às comunidades formadas com base em relações próximas, primárias de solidariedade, em laços de vizinhança e família, a resolução de problemas e mais profundidade na comunicação (Routhier, 2010).

Concluindo, os Centros Sociais Paroquiais têm, como qualquer outra organização, uma divisão do trabalho, distribuição de papéis, sistema de autoridade, sistema de contribuição, de retribuição, mas prestam serviços sociais que procuram um outro sentido para as mesmas actividades. Um sentido que os seus promotores vão

buscar, para além de um saber técnico e uma missão humanista, à teologia da "caridade", na qual se radicam o serviço de assistência aos idosos, serviço de assistência aos doentes, serviço de comunicação de bens, de ajuda e de orientação familiar (Lima, 2009). E é aqui que buscam a sua identidade própria.

Mas esta posição de princípio defendida pelos promotores dos Centros Sociais Paroquiais colide com o que sentem ser vivido pela comunidade paroquial. Isto porque a sua complexidade organizativa e a sua autonomia financeira, subsidiada pela Segurança Social, dilui a consciência de pertença à comunidade paroquial. Apesar de tudo, os Centros Sociais Paroquiais distinguem-se pela sua inserção nas respectivas comunidades! É nesse sentido que os responsáveis eclesiais defendem que os grupos de Acção Social da Paróquia devam, pois, reflectir sobre o sentido da sua intervenção na sociedade e encontrar, nessa reflexão, novas exigências e novas formas de intervenção (Policarpo, 2010). Seguindo estas directivas, compete ao grupo de Acção Social abrir os olhos para os problemas, colaborar na procura de soluções, de modo que se cultive nos paroquianos a noção das suas responsabilidades sociais, motivando-os para as exigências da partilha e comunicação de bens e, muito em particular, ajudando-os a dar respostas às pessoas carenciadas (AAVV, 2010). No início do século XXI, a pressão da crise que atinge o nosso País e no mundo deixa desvelarem situações limite entre as famílias e os indivíduos. Este é um desafio para estas instituições, pois, segundo os seus Estatutos, os Centros Sociais Paroquiais podem ajudar a ultrapassar dificuldades:

> O Centro Social Paroquial é um serviço da Paróquia, com o fim de cultivar nos paroquianos a noção das responsabilidades sociais, motivando-os para as exigências cristãs da partilha e da comunicação de bens e, muito em particular, ajudando-os a dar respostas adequadas às carências que eventualmente se verifiquem entre os habitantes da paróquia, mediante acções de assistência, promoção ou desenvolvimento, segundo as circunstâncias (cf. Estatutos de um Centro Paroquial).

Pelo que foi exposto, e tendo em atenção os dados recolhidos nos relatórios sociais e das respostas dos Presidentes da Direcção, verificamos que os Centros Sociais Paroquiais dão, de facto, respostas sociais e são organismos das paróquias vocacionados para a intervenção social. O Centro Social Paroquial, todavia, adoptando a lógica de intervenção técnico-profissional colide, com frequência, com as práticas caritativas. Há

profissionais que vêem as actividades caritativas como assistencialistas e usam códigos distintos daqueles que organizam a teoria da acção caritativa (Teixeira, 2009). Há quem defenda que as valências que integram os serviços prestados não se distinguem muito de qualquer outra IPSS (Henrique, 2007). Há, todavia, a reconhecer o *habitat* institucional paroquial que lhe dá algumas particularidades. Existe um processo de construção e manutenção de um sistema de valores num *habitat* institucional religioso (cf. Teixeira, 2009, pp. 209-222). Daí se compreender o motivo por que muitos Presidentes da Direcção assinalam alguma diferença entre o serviço prestado pelos Centros Sociais Paroquiais e os prestados por outras IPSS similares.

Para os nossos informantes, os Centros Sociais Paroquiais são uma face da organização indispensável da diaconia da caridade. Isto porque, a vivência cristã da diaconia/caridade não é apenas tarefa de ajuda em determinadas situações de necessidade, não pode estar ao sabor simplesmente de generosidades individuais. A diaconia deve estar organizada a nível comunitário, para que possa ser acção constante, harmónica e persistente (cf. Pinho, 2009, p. 195-208). Embora, como dissemos, não seja consensual entre os católicos a valorização das formas de intervenção social a partir da instituição paroquial, constatamos que, de facto, a Paróquia, com os seus vários organismos de Acção Social, exerce uma grande acção sociocaritativa em Portugal, no sentido em que os intervenientes se propõem, e é um centro importante de intervenção social, distinto de outros. Nota-se, contudo, que apesar de esta ser uma convicção dos maiores responsáveis teóricos e activos que trabalham nesta área, os mesmos sentem e manifestam as dificuldades de os Centros Sociais Paroquiais aplicarem claramente estes princípios. E isto deve-se tanto às implicações técnicas e administrativas impostas pelo Estado, que faz deles instituições cada vez mais burocratizadas e complexas, de difícil suporte por parte das comunidades paroquiais, como pelo facto de alguns dos que ali trabalham não terem a formação humana e cristã suficientemente sólida e assumida, que permita marcar definitivamente a sua diferenciação em relação a instituições congéneres.

2 - A família e a institucionalização do idoso

A segunda grande questão que se coloca é saber por que a família não cuida dos seus idosos, principalmente numa época em que se defendem as famílias de acolhimento? E isto num contexto social onde a tradição dos cuidados familiares era muito forte! Serão os Centros Sociais Paroquiais famílias de acolhimento alargadas?

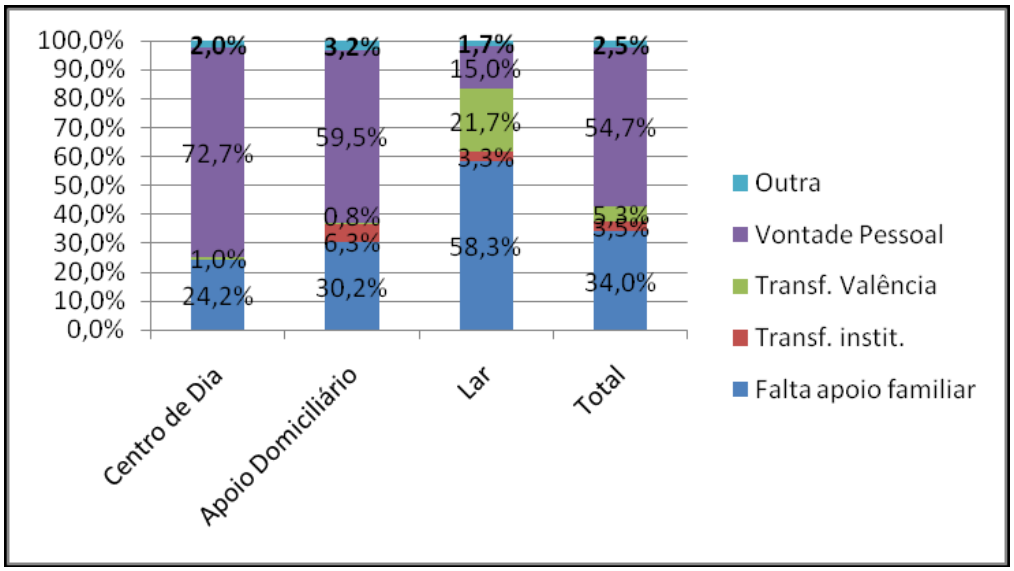


Figura nº 13 - Motivos do ingresso na instituição por valência

Conforme verificamos (cf. figura nº 13), os motivos principais referidos para o ingresso no Lar é a *"falta de apoio familiar"* (54,7%), para o ingresso no Centro de Dia é "por *vontade pessoal*" (72,7%) e no Serviço de Apoio Domiciliário " é por *vontade pessoal* (59,5%). Se atendermos ao total das respostas, há dois motivos principais: a *vontade pessoal* (54,7%) e a *falta de apoio familiar* (34,00%). É de salientar, principalmente na valência de Lar o número de respostas a dizer que é por "*falta de apoio familiar".*

Como vimos na primeira parte do nosso trabalho, a família dá segurança pois preenche uma série de necessidades básicas afectivas, económicas, psicológicas e sociais. Daí toda a pessoa sentir necessidade de referência e de sentido de pertença a uma família. É na família que criamos tempos de interacção familiar (Garcia, 2008).

Levi-Strauss (1993) assinala que a família possui raízes naturais e está presente em todas as sociedades.

Tendo em conta as novas formas familiares emergentes (Aboim, 2004), verifica-se que a família está formada por duas ou mais pessoas unidas pelo afecto, o matrimónio ou a filiação, que vivem juntas, colocam os seus recursos económicos e consomem conjuntamente uma série de bens na vida quotidiana (Alberdi, 1999). A Declaração dos Direitos do Homem das Nações Unidas, de 1948, reconhece que a família é o elemento natural e fundamental da sociedade e do Estado. Os poderes públicos asseguram a protecção social, económica e jurídica da família. No entanto, é evidente que não existe uma aplicação efectiva destes direitos na sociedade actual e que algumas famílias experimentam grandes dificuldades. Referimo-nos às famílias afectadas por uma série de problemas, tais como: pobreza, desemprego, violência, isolamento, exclusão social, velhice. A família, como vimos, tem sofrido alterações profundas: demográficas, legais, socioculturais (Goody (1956); Segalen (1999), e Sofia Aboim (2004); Karin Wall, 2007)**.**

A sociologia, por exemplo, tem estudado as alterações que ocorreram ultimamente nas famílias. De facto, como vimos, o estudo da situação familiar supõe atender a todo o tipo de famílias (cf. Alwin y Solar, 2002):

1. Famílias nucleares, extensas, monoparentais, reconstituídas, mas também as famílias com deficientes, incapacitados, idosos.
2. A análise das famílias obriga a atender ao meio social, isto é, ao meio ambiente imediato, aos parentes, amigos, vizinhos, redes sociais, aos serviços de saúde, à habitação, às instituições sociais existentes.
3. A relação família - meio ambiente: casas pequenas, insalubres, bairros deteriorados, serviços escassos que não atendem a todas as necessidades das famílias.

No caso da gerontologia, os técnicos sociais analisam o sistema familiar e o sistema ambiental dos idosos (Pedreño, 1996). Por isso, uma leitura dos relatórios sociais dos utentes a solicitar os serviços do Lar e do Serviço de Apoio Domiciliário, permite verificar que a família de hoje nem sempre dá a segurança necessária e nem sempre responde às necessidades afectivas, económicas, psicológicas e sociais das

pessoas idosas. Nesses relatórios, atendendo a cada situação, aconselha-se o apoio nas valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais. Vejamos alguns exemplos paradigmáticos apresentados em vários relatórios sociais[96]:

Sobre um viúvo a viver só e sem família próxima diz-se num relatório social:

> O senhor Marco ficou viúvo e passou a viver sozinho com poucas condições. Tem algumas pessoas vizinhas que não lhe prestam apoio mínimo indispensável à vida diária (R.14). Outro relatório, apresentando uma pessoa solteira, a viver só, e sem apoio familiar, relata: A D. Guiomar ficou sozinha depois do falecimento da irmã. Tem sobrinhos, mas eles não têm condições para cuidar da idosa (R. 13).

Há relatórios que retratam situações familiares diferentes. De facto, às vezes, mesmo tendo família, muitos idosos estão em conflito com os familiares, como se relata no seguinte excerto de um relatório social:

> O senhor Celestino e esposa (com princípios de doença de Alzheimer) residiam com o filho e sua família, mas ficaram debilitados e tiveram necessidade de cuidados permanentes de terceiros. Frequentam a valência do Centro de Dia, já há bastante tempo encontram-se inscritos para entrar no Lar. A relação familiar tem vindo a deteriorar-se por vários factores. O casal reside com o filho há cinco anos. Com o decorrer do tempo, os conflitos foram surgindo e o convívio tornou-se bastante difícil entre todos (…) Apresentada a situação de conflitos e, sendo expressa a vontade dos idosos em frequentar a mesma, é de parecer favorável que o casal seja admitido na valência de Lar (R.20).

Outros relatórios apresentam situações de conflitos familiares que afectam os idosos como, por exemplo, os processos de herança, que dividiram os filhos. As divisões familiares, originadas pela partilha de bens, levaram uma mãe a preferir ir para o Lar, a ir para a casa de um filho ou filha, como se justifica neste excerto de relatório:

[96] Nos anexos, juntamos os relatórios e pareceres sociais.

> A senhora Felícia, de 86 anos, é viúva e tem cinco filhos (…) Esta senhora encontra-se internada no Serviço de Medicina deste Hospital, (…) por insuficiência Cardíaca (…) Neste momento, está deprimida, encontrando-se dependente de terceiros (…) Tem alta clínica prevista para os próximos dias. No decurso do planeamento da Alta, a abordagem da família resultou frustrada, uma vez que nenhuma das filhas demonstrou disponibilidade quer física quer afectiva para assumir a retaguarda. Por outro lado, é a própria idosa que manifesta preferir o internamento no Lar de….a ter de voltar para sua casa ou viver com alguma das filhas. Esta opção deriva de um conflito de partilhas (….) (R.21).

O ter muitos filhos nem sempre permite um acompanhamento na velhice. De facto, há idosas, com muitos filhos, a residirem sós, e que pedem para ir para o Lar:

> O agregado da senhora D. Angelina (….) é composto apenas pela idosa que se encontra dependente de terceiros. Está permanentemente em casa, na cama e não se consegue movimentar sozinha. Tinha apenas o apoio de uma sobrinha (…) mas esta também tem problemas de saúde e não lhe pode prestar o apoio necessário. Tem sete filhos, dois residentes no estrangeiro, e cinco residentes em Lisboa (…..) a idosa encontra-se incapaz de se movimentar pelos seus próprios meios(…) Avaliada a situação, e dada a existência de vaga, é de parecer favorável que a idosa passe a usufruir do apoio desta instituição na valência de Lar (R.22).

Há quem tenha ainda mais filhos e precise de apoio de uma instituição:

> A D. Antónia, nascida em 1913, está viúva, há dezasseis anos e tem doze filhos, a maior parte dos quais com mais de sessenta anos"(…) Os filhos não podem acolher a mãe quer por motivos familiares quer por motivos de idade (R.19).

Há situações em que os filhos estão dispostos a tratar dos pais idosos, mas eles não querem esse apoio. Apresentamos o exemplo de uma pessoa idosa que deixa a sua terra e a sua casa para ir residir em terra alheia na casa de um filho, mas não se adapta e prefere ir para o Lar da sua localidade:

> A senhora (…) viúva, de 80 anos.(…) A idosa sempre viveu na sua casa e, há cerca de dois anos, fez partilhas da mesma, indo residir para casa de uma filha em (…) Esta mudança acarretou algumas alterações no seu quotidiano, nomeadamente, horários, actividades, vida social com vizinhos, entre outros (…). Pela descrição, a casa da filha não apresenta as condições de conforto apropriadas. O quarto, onde dorme, é um escritório adaptado (….) A idosa tem necessidade de voltar para a sua terra por isso a dificuldade em integrar-se noutro concelho. Pediu o ingresso no Lar (…) é de parecer favorável que a idosa seja integrada na valência de Lar (R.16).

Outra situação, cada vez mais comum, é a de uma pessoa ser hospitalizada e, ao ter alta hospitalar, não ter para onde ir. De facto, há idosos, internados no hospital, mas que não têm quem os receba depois do internamento hospitalar como se relata no excerto do relatório que seguidamente se transcreve:

> A senhora Angélica., de 89 anos, a residir só, (…) teve um problema de saúde e foi para o hospital uns dias. Contactados os familiares, não houve possibilidade de tomarem conta da idosa (…) é uma situação de risco (…) (R.17).

Existem outras situações muito frequentes a requererem a atenção dos responsáveis pelos Centros Sociais Paroquiais. Por exemplo, o caso de uma pessoa com problemas de foro psiquiátrico que não tem apoio dos familiares:

> Dadas as características clínicas de Mónica e a ausência de possibilidade de suporte familiar estável, propõe-se a sua integração no Lar de (…) da parte do Departamento Psiquiátrico e de Saúde Mental será dado apoio regular …(R.18).

Há situações diferentes a merecerem atenção. Damos o exemplo do caso de uma pessoa só, em casa, e em terra alheia:

> O agregado familiar vive com alguns problemas de adaptação, principalmente desde que a idosa foi viver com a filha. Esses problemas relacionam-se com a mudança de hábitos e horários. A sua filha trabalha na restauração, bem como o seu neto. Estão muito pouco tempo em casa e pouca companhia fazem à idosa. Esta, por sua vez, passa os dias sozinha em casa e não sai nunca de casa…Avaliada a situação, e dado que a idosa já

> frequentava a valência de Centro de Dia em situação especial, é de parecer que seja integrada na valência de Lar desta instituição (R.23).

Outra situação muito frequente nos relatórios sociais e pareceres técnicos é a de pessoas idosas que andam, rotativamente, de casa em casa:

> A Senhora Custódia reside em sistema rotativo com uma neta e com um filho. Desde que foi operada ficou debilitada e sem o mínimo de condições para residir sozinha. Os familiares têm ficado com a idosa enquanto não surge uma vaga na instituição (R.28).

> O internamento do cônjuge leva a esposa ou o marido a irem também para o Lar: (…). A D. Luz. é uma pessoa activa e com algumas capacidades físicas. O seu marido veio para o Lar. Ela"recusa-se a ficar sozinha em casa" e pede para ser integrada no Lar como forma de apoiar emocionalmente o seu marido (R.25).

> A minha mulher adoeceu (Alzheimer). Foi uma desgraça. Eu não podia cuidar dela. Por isso, ela veio para o Lar e eu vim com ela também (V.3)[97]

Enfim, os relatórios sociais tratados, entre outras razões para a institucionalização, apresentam viúvos a viverem sós; idosos em conflito com os filhos; as partilhas que dividiram a família; os idosos que preferem ir para o Lar a ir para casa dos filhos desavindos; uma mãe que tem sete filhos (dois no estrangeiro e cinco em Lisboa) a viver só, em sua casa, e vai para o Lar; uma idosa que deixa a sua terra e a sua casa e vai para outra terra e outra casa de um filho, mas não se adapta e pede para voltar à sua terra indo para o Lar da localidade; uma pessoa com problemas de foro psiquiátrico que não tem o apoio de familiares; a esposa que acompanha o marido quando este é internado no Lar.

A dependência pode ter lugar em qualquer momento da vida, ainda que à medida que se envelhece aumenta a probabilidade da sua ocorrência. O que se constata, é que entre as pessoas idosas existe uma percentagem considerável de pessoas idosas

[97] Em anexos, apresentamos alguns relatos biográficos e entrevistas. Para facilidade de consulta, enumerá-mo-los V (1), V (2), etc…

dependentes (Cerrato et al, 2009). Por outro lado, as mudanças ocorridas na estrutura familiar, como o desaparecimento da família extensa, a diminuição do número de filhos e a incorporação da mulher no mundo laboral estão a provocar o que se denomina por crise de cuidados devida à diminuição de cuidadores disponíveis, bem como a continuidade de ser o género feminino o grande cuidador (idem, p. 101).

À medida que as estruturas vão evoluindo, a pessoa idosa, que careça de apoio familiar, vê-se confrontada com uma rede complexa de potenciais prestadores de cuidados, cujos laços familiares podem variar consideravelmente (famílias recompostas, alargadas), ate. De facto, a complexidade das actuais relações familiares não se presta para uma estrutura específica no cuidado aos idosos (Leeson, 2009). Se é certo que há consciência crescente das potencialidades de famílias com laços mais flexíveis e de famílias alargadas pelo divórcio, em momentos de dificuldade a prestação de assistência à família dependerá normalmente da existência de uma proximidade nos laços de sangue (Dimmock et al, 2004). Todavia, a definição do que é uma família, é, agora, muito vaga, acomodando várias conjugações, entre diferentes formas de coabitação, entre pais, filhos e enteados. As mudanças económicas, sociais e mesmo ideológicas têm condicionado e até ameaçado o papel aceite para a família, tanto a nível individual como publico, no âmbito da sociedade (Leeson, 2009).

Para além disso, é de considerar que, à medida que as populações envelhecem, a relação entre filhos e pais deixa de ser uma relação de dependência para se tornar num relacionamento entre adultos. A dimensão e duração crescentes da vida passada na velhice e o prolongamento da vida como avós, reflectem-se em novas dificuldades, sobretudo para as mulheres adultas, nos papéis que exercem nas suas relações (Zeilig e Harper, 2000).

As famílias grandes e com ligações estreitas podem ser uma fonte de intromissões, de muitos maus conselhos, de conflitos, mas também de apoio mútuo. Mas há situações em que esse apoio não existe mesmo para idosos em situação muitíssimo precária de saúde e de dependência de toda a ordem. Compreende-se, assim, que os técnicos sociais apontem as várias valências dos Centros Sociais Paroquias como a solução para muitos idosos. De facto, o cuidado e a protecção a dar às pessoas

dependentes é um equilíbrio entre as obrigações e prestações. Há uma desproporção entre a necessidade previsível e os serviços disponíveis para cuidar dos idosos (Cerrato et al, 2009). Os técnicos sociais, perante a realidade pessoal e familiar, dão o parecer para a integração do idoso, conforme cada caso, no Lar, no Centro de Dia, no Centro de Convívio, no Serviço de Apoio Domiciliário.

Como foi dito, a ida de uma pessoa para uma instituição é vista negativamente por muitos autores, porque significa uma perda de prestígio para uns, uma ruptura, praticamente definitiva, com o mundo familiar e uma perda de referências para outros (Fayos, 2005). Na opinião tradicional das comunidades onde realizamos a nossa pesquisa, formada ao longo dos tempos, o ingresso numa instituição é para uma pessoa pobre; para alguém totalmente abandonado pela família; ou para um viúvo, um solteiro, e que não tem familiares a quem recorrer. *A "falta de apoio familiar*" é a razão mais recorrentemente aludida pelos respondentes do Lar. Ser viúvo ou solteiro consta, como vimos, em muitos relatórios sociais. É na valência de Lar onde é maior o número de solteiros (38,3%), como se pode verificar na figura nº 5.

Observa-se, no entanto, hoje, uma mudança de opinião sobre o ingresso do Lar. Ultimamente, o Lar, com a qualidade de equipamentos, de serviços prestados e de pessoal cuidador qualificado, começa a ser visto e procurado com outros olhos e é um dos recursos mais utilizado pela nossa sociedade e em crescimento nas comunidades do concelho de Ponte de Lima. Na realidade, a sociedade conduz-nos para uma vida de novas solicitações e obrigações, levando as pessoas a libertarem-se de outras, nomeadamente nos cuidados prestados aos seus familiares idosos, confiando-os a instituições de solidariedade social (Gidens, 2000). Daí que as pessoas idosas em situação de doença, ou mesmo com problemas inerentes ao seu próprio processo de envelhecimento, não encontrando respostas nas famílias, procuram os serviços das instituições sociais!

Concluindo, tendo em consideração a totalidade das respostas (cf. figuras 13), os motivos aduzidos sobre o ingresso na instituição, e segundo os dados fornecidos pelos questionários que lançámos, para os utentes dos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de

Lima, o motivo da vinda para a instituição foi por *vontade pessoal*. Afirmam-no principalmente os da valência Centro Dia e Centro de Convívio. . Os respondentes do Lar são muito menos os que dizem que ingressaram por *vontade pessoal* – apenas 15% (cf. figura nº 13).

No geral, o segundo motivo evocado para o ingresso na instituição é a falta de apoio familiar. Como se pode verificar, 58,33% dos utentes do Lar aduzem que a *falta de apoio familiar* seja a razão para o ingresso. Apresentam a falta de apoio familiar também 30,2% dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário e 24,20% dos utentes do Centro de Dia.

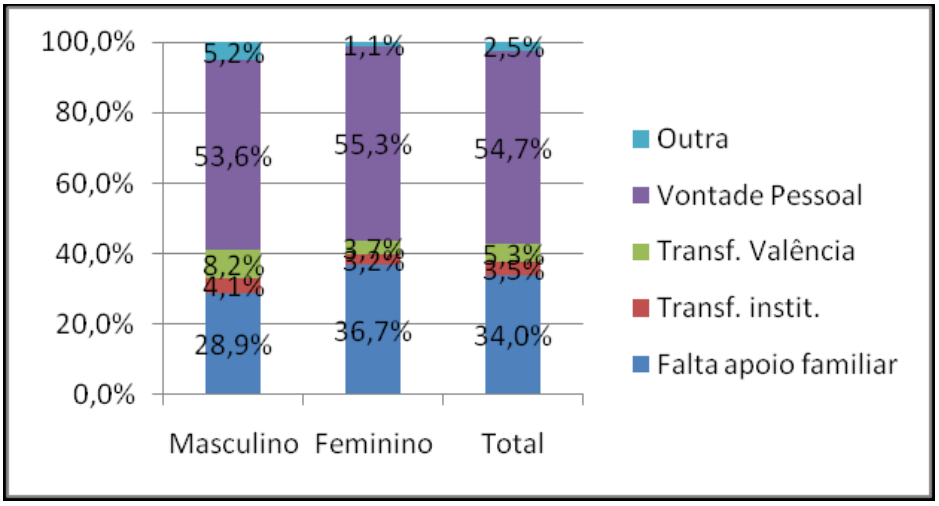


Figura nº 14- Motivos de ingresso por sexo

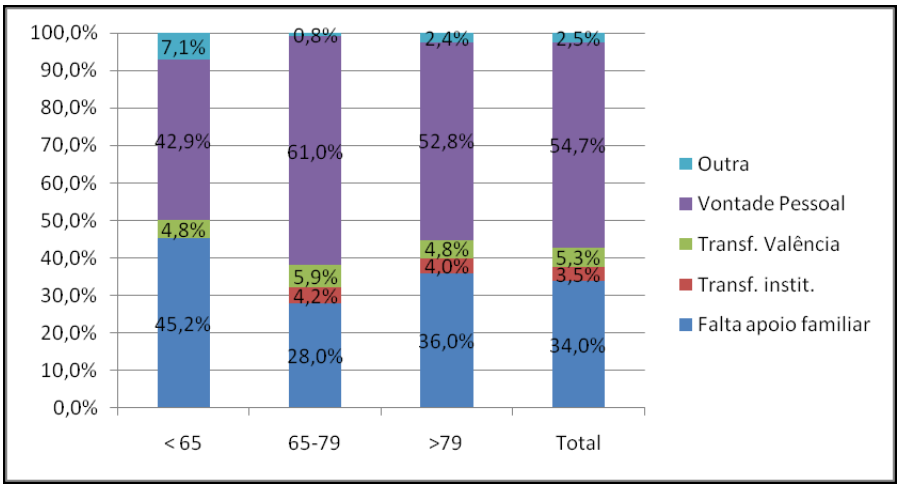


Figura nº 15 - Motivos por idade

O ingresso por *vontade pessoal* é referido maioritariamente pelos respondentes do sexo masculino e feminino (cf. figura nº 14). Por idade, verificamos que os que dizem ser por *vontade pessoal* situam-se acima dos 65 anos. Os respondentes de menos de 65 anos dividem-se entre *por vontade pessoal* e *por falta de apoio familiar* (cf. figura nº 15).

Estas respostas confirmam o que se passa na vida do dia-a-dia de uma instituição. Os Presidentes da Direcção e os técnicos sociais das instituições estudadas são de opinião que, geralmente, os utentes do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário pedem ajuda do Centro Social Paroquial voluntariamente. Quem vai para o Lar, todavia, não o pede, em geral, pessoalmente. Confirmamos, do contacto tido com estes utentes idosos, que, habitualmente, são os familiares que solicitam o seu internamento. Uma enfermidade força os familiares à procura de recursos para enfrentar a doença. As enfermidades crónicas progressivas obrigam a família próxima a cuidar do doente. Mas, na enfermidade avançada, etapa próxima do falecimento, produz-se uma nova reorganização familiar para poder atender o enfermo na última etapa da vida. No final, a família defronta-se com a dor provocada pela perda e de passar a viver sem o enfermo (Nadal, 2003). O idoso também pode reagir emocionalmente. Sente-se isolado; irrita-se com a família; começa a aceitar algumas soluções e, no fim, aceita gradualmente o ingresso numa instituição (Idem, 2003).

É verdade que nem todos os doentes e idosos têm uma família próxima para responder a todas estas fases da doença. A falta de apoio familiar é, sem dúvida, uma das principais razões para a frequência de uma das valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais estudados. As mudanças verificadas nas famílias e a situação de isolamento e de solidão de muitos idosos trazem novos desafios às instituições sociais. Se compararmos a situação em que viviam muitas pessoas antes e depois da institucionalização verificamos que melhoraram a sua vida, como se pode constatar nos relatos das histórias de vida, pelos contactos que temos com estes utentes, e pela satisfação por eles manifestada na instituição como se pode verificar nas figuras 16 e 17.

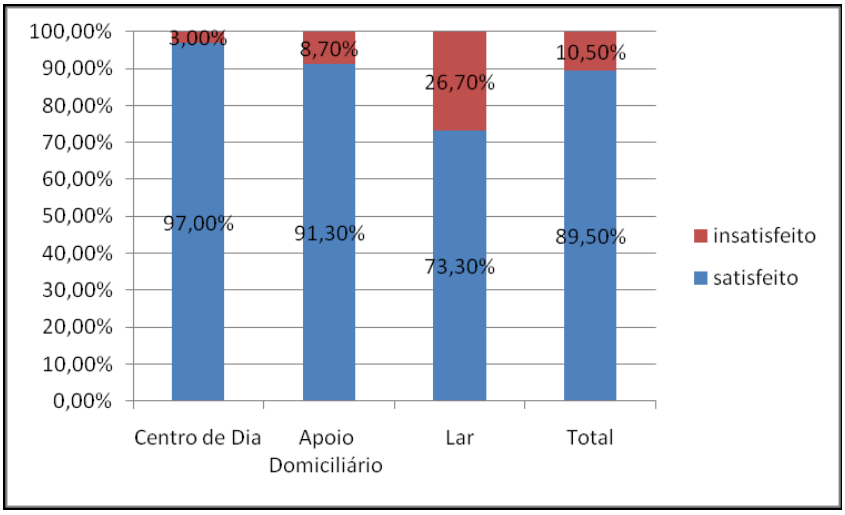


Figura nº 16 - Satisfação na instituição

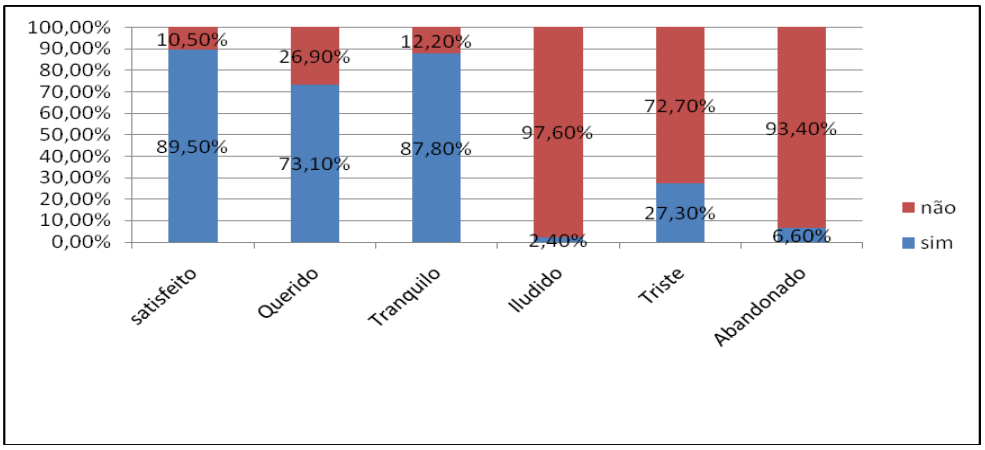


Figura nº 17 - Como se sente na instituição

A grande maioria dos utentes da nossa amostra das três valências refere que está satisfeita na Instituição (cf. figura 16). A maioria diz-se também "satisfeito" "querido" e "tranquilo" (cf. figura nº 17). Verifica-se, claramente, que satisfação, carinho e tranquilidade são os sentimentos predominantes. A instituição é para muitos idosos como uma nova família. O idoso procura uma instituição porque deseja encontrar aí novas possibilidades de vida, segurança, respeito e assistência em suas necessidades. Busca a inserção numa comunidade que o estimule a construir uma nova identidade e lhe permita uma sensação de pertença (Vieira, 2003). Os Centros Sociais Paroquiais, com valências para idosos, acolhem um número reduzido de pessoas. Os Lares dos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima, por exemplo, e como vimos, na caracterização dos Centros Sociais Paroquiais, acolhem de 8 (oito) a 30 (trinta) utentes. Por isso, podem integrar as pessoas que por falta de condições familiares, não possam

ficar em suas casas. Além disso, acolhem pessoas com dependência ou perda de autonomia, que vivem isoladas e sem apoio familiar como referem os relatórios sociais.

Os Lares dos Centros Sociais Paroquiais podem funcionar como famílias de acolhimento alargadas, com meios técnicos, condições físicas e assistenciais que possibilitem a integração do idoso. De facto, um Lar com a capacidade para cerca de 23 a 30 utentes pode ser sustentável economicamente[98]; pode ter um ambiente de cariz familiar; e pode permitir a existência de pessoal técnico qualificado de modo que se possa ter um assistente social, um fisioterapeuta, um enfermeiro, um animador sociocultural, um técnico oficial de contas, acompanhamento médico, e um naipe de funcionários preparados para cuidar dos idosos, como é o caso dos lares estudados. São estas algumas das vantagens das valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais descritas pelos seus responsáveis: poderem oferecer qualidade de vida, ambiente familiar alargado, e, tudo isto sem as deficiências de muitas das famílias de acolhimento. Na verdade, grande parte das famílias de acolhimento nem sempre pode ter as mesmas condições físicas, o mesmo apoio técnico, os mesmos cuidados médicos. Cuidar dos idosos, todavia, é uma sobrecarga, às vezes desumana, para o cuidador dos idosos. O cuidador, que tem a seu encargo três ou quatro idosos, todos os dias, sábados e domingos, noite e dia, corre o risco de, em pouco tempo, também ele necessitar de ser cuidado. O cuidado de uma pessoa idosa afecta negativamente a saúde física e psicológica dos cuidadores, provocando cansaço físico e um maior uso de medicação e um maior uso de serviços de saúde que os não cuidadores (Mausbach et al 2007). É certo que as famílias de acolhimento, hoje, podem recorrer à ajuda de equipas de enfermagem ao domicílio, do apoio dos médicos de família, de programas de animação local ou concelhia, mas são ajudas ocasionais. Se há o perigo de que se esgote a energia do prestador de cuidados (Charazac, 2004), esse perigo não existe, geralmente, e de forma tão aguda, nos Centros Sociais Paroquiais estudados, pois, aí, há um horário, por turnos, em que os funcionários se sucedem, se substituem e se aliviam, após as horas de trabalho diário ou semanal. Além disso, os Centros Sociais Paroquiais podem prestar

[98] A consulta dos relatórios de contas anuais permite verificar que os Centros Sociais Paroquiais que têm Lares com cerca de 23 a 27 utentes possuem mais pessoal qualificado e podem oferecer melhores condições do que os que possuem apenas entre 8 a 10 utentes.

cuidados de enfermagem, de animação, de cuidados de serviço social, de forma contínua e programada, e não apenas ocasionalmente.

3 - O espaço gerontológico nos Centros Sociais Paroquiais

Quando aprofundamos esta temática, outras questões se colocam. Por que é que não se cuidam os idosos na sua habitação num tempo em que tanto se defende o envelhecer em casa? Qual o sentido e as emoções da vivência do espaço? Como vivem os idosos o seu espaço residencial? Quais são os espaços preferidos pelos utentes numa instituição?

Existe uma intrincada relação entre o indivíduo, a família, a sociedade e a casa, enquanto local de coabitação e de estruturação de um grupo de familiares (cf. Leandro, 2001, p. 229). O espaço habitado comporta um conjunto de relações afectivas. A casa é um corpo de imagens que dá ao homem as razões ou as ilusões da sua estabilidade (Bacelar, 1984).

Num sentido alargado, a casa é vista como um espaço de coabitação de um grupo de familiares que partilham entre si os seus modos de vida, serviços e haveres. Strauss (1967) entende a casa como um elemento fundamental de qualquer sociedade, porque é em volta dela que gravita toda a organização elementar dos grupos humanos familiares independentemente das suas estruturas.

A casa é apreendida, geralmente, como o lugar de quietude, em oposição a um exterior mais barulhento e porventura mais adverso, no interior da qual se desenrola um conjunto de actividades fundamentais do viver humano, familiar e social (Leandro, 2001). Há hotéis, pensões, residenciais, lares e outras formas de aluguer do habitado, mas não têm o significado íntimo da nossa vivência no seio dum grupo doméstico. A casa é o espaço construído e que se constrói, no dia-a-dia, que nos trabalha e é trabalhado por cada um de nós. Como refere Bachelard (1984, p. 24), a casa é o nosso canto do mundo.

Envelhecer em casa é, por isso, um anseio de muita gente. Este excerto ajuda-nos a compreender a posição de muitos[99]:

> Andava há oito anos para vir para o Lar. Mas só quando não eu me pude arrastar é que vim. Aqui a fisioterapia tem-me feito bem. Agora já ando, ainda que com duas muletas. (V.5).

Estas razões levam muitos a defender que o apoio social seja prestado, tanto quanto possível, em casa do idoso. Ficar em casa até ao final da vida, cuidados por um familiar ou alguém próximo, é o desejo de todos os idosos, daí ter de sair de casa era tido como um mal e, em situações extremas, um mal menor (cf. V. 8). Como se coaduna esta posição bem alicerçada na mentalidade das pessoas, com a nova realidade social e familiar, ou, ainda, com novos posicionamentos perante a institucionalização? Como adequar os Centros Sociais Paroquiais a esta problemática?

É tendo em conta esta realidade, que as valências do Centro de Dia, do Centro e Convívio e do Serviço de Apoio Domiciliário privilegiam a ligação do idoso a casa. De facto, os utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio dormem em sua casa ou em casa de familiares e passam o dia, ou apenas a tarde, na Instituição. Os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário vivem em suas casas e quem se desloca aos seus domicílios são os funcionários das instituições.

Como vimos, muitos autores (Jacobs, 1969; Liberman, 1969; Costello y TanaKa, 1961; Foucault 1964; Cardão, 2009) defendem que, quando as pessoas idosas são mudadas de uma residência, sofrem um tremendo stress e dor. A institucionalização do idoso é vista como colonização da velhice (Goffman 1970; Encarnação, 1995). Representa o encontro com um ambiente colectivo, o abandono pela família, a massificação, o ingresso num ambiente em que o tempo e o espaço são controlados.

[99] Em anexos apresentamos alguns excertos de histórias de vida, de entrevistas, de diálogos e informações sobre vários utentes. Para facilitar a sua consulta, identificamos esses excertos como Vida 1, etc…

Em teoria, compreende-se a defesa do envelhecimento em casa, mas, de facto, há pessoas que vivem em situações difíceis, como as que enumerámos e extraímos de excertos de relatórios sociais, que obrigam os técnicos e dirigentes das instituições a estudar e a decidir, conforme cada situação, caso a caso. Os relatórios sociais referem pessoas em situações de solidão, isolamento, doença, sem condições habitacionais, com falta de apoio familiar. De facto, a pobreza manifesta-se também nas condições precárias de habitabilidade das casas de muitos dos utentes e que são referidas, em vários relatórios sociais, feitos por diferentes técnicas superiores de Serviço Social, que classificam o espaço habitacional de algumas pessoas não adaptadas para pessoas deficientes. Num relatório lê-se: O espaço habitacional é composto por dois quartos, cozinha, sala e casa de banho. É uma casa adaptada para residentes capazes de subir escadas. A idosa não consegue (…) (R. 30). Noutro relatório, caracteriza-se o espaço habitacional assim: A habitação tem poucas condições de habitabilidade e em termos de divisórias tem duas salas, cada uma com uma cama. É um espaço frio, o chão em cimento e não tem água canalizada (R.27.) Outros relatórios, de forma sucinta, dizem: O espaço é precário e sem condições de habitabilidade (R.24). O espaço habitacional apresenta as condições de habitabilidade, mas tem apenas três degraus que dificultam a locomoção (R.31). Por vezes, são mais pormenorizados:

> O espaço não apresenta muitas condições de habitabilidade. É composto por cozinha, sala, casa de banho e três quartos, sendo dois de reduzidas dimensões. Devido a uma construção antiga, é bastante fria e com pouco conforto. O acesso exterior é feito por vários degraus, o que impossibilita o senhor Domingos de se deslocar. Quando o faz, é com apoio de terceiros (R.26).

Há casos em que não é só a habitação que não tem condições, os acessos são também muito precários:

> A habitação onde reside é própria e não apresenta muitas condições de habitabilidade, nomeadamente, em termos de conforto e salubridade. É antiga e composta por três quartos, sala e cozinha. Não existe casa de banho. O espaço exterior tem alguns degraus. O espaço envolvente é de terra batida o que, no Inverno, não é muito confortável (R. 29).

Há habitações com barreiras arquitectónicas para os idosos e com reduzidas dimensões como se pode ver nestes dois excertos de relatórios sociais que se seguem:

> O espaço habitacional é composto por dois quartos, cozinha, sala e casa de banho. Tem luz eléctrica e água canalizada. O espaço exterior tem algumas barreiras arquitectónicas o que dificulta a marcha ao senhor Marco (com problemas físicos e com dificuldade para se movimentar sem apoio de terceiros) (R. 35).

> O espaço habitacional é composto por cozinha, sala, quarto e casa de banho incompleta, apenas sanita. Todas as divisões são de reduzidas dimensões e não se encontram em muito bom estado (senhora de 89 anos) (R.33).

Há também relatórios que referem situações de quem tenha habitações razoáveis, mas a quem é aconselhada a frequência de uma valência, como o Serviço de Apoio Domiciliário: Eis alguns exemplos:

> Filomena nasceu em 1914. É viúva. "Vive sozinha em casa de um filho" (R. 34).

> O espaço habitacional é composto por três quartos, cozinha, sala e arrumos na parte inferior. Tem luz e água canalizada, apresentando condições de higiene e salubridade (R. 32).

> O espaço habitacional é próprio e composto por cozinha, sala, casa de banho e quarto…Tem luz eléctrica, água canalizada. O espaço exterior é bem cuidado e com bom espaço de lazer. Quer no interior quer no exterior, a habitação encontra-se em boas condições. (R. 36).

Vimos também que o apoio dos profissionais, isto é, dos trabalhadores sociais e das pessoas altruístas e generosas, é determinante para muitas pessoas que vivem sós, isoladas, sem família, dependentes, e na maior parte das vezes, em condições difíceis de habitabilidade. É em muitas destas habitações ou semelhantes a estas que são prestados a muitos utentes os cuidados de higiene pessoal, limpeza da casa, refeições, lavagem da roupa, no Serviço de Apoio Domiciliário. Como se pode verificar nos relatórios sociais,

era nestas habitações onde viviam muitas pessoas que conseguiram ingressar num Lar, que depois lhes oferece melhores condições.

O espaço físico das instituições estudadas, por sua vez, é visto de forma muito positiva pelos funcionários.[100] As pessoas vêem as coisas de determinada maneira tendo atitudes e condutas de acordo com a percepção da realidade. As percepções da realidade são condicionadas pelos valores éticos e objectivos. Daí que, dentro de uma instituição, possam surgir diferentes culturas e uma pluralidade de representações sobre a mesma questão e sobre o mesmo objecto. O espaço, local físico, espaço de pertença e de qualidade estética, pode ser apreendido de modos diversos pelas pessoas.

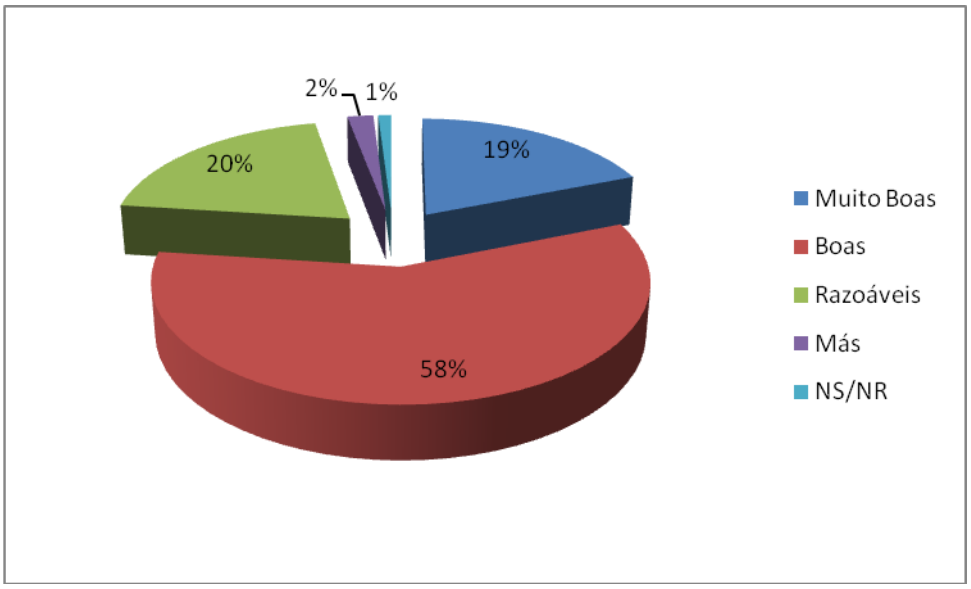


Figura nº 18 - Condições físicas do local de trabalho (funcionários)

[100] Os Centros Sociais Paroquiais obedecem a legislação exigente e bem definida sobre a edificação dos Centros Paroquiais (O Despacho Normativo nº 12/98 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social contém as normas reguladoras de instalação e funcionamento dos Lares. O mesmo despacho indica a constituição das áreas funcionais).
O Despacho Normativo nº 30/ 2006 – apresenta as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos Lares para idosos.

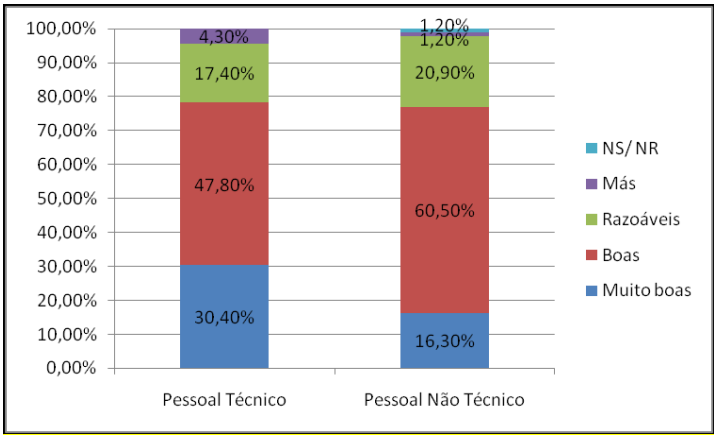


Figura nº 19 - Condições físicas do local de trabalho por situação profissional

Conforme se pode ver na figura nº 18, a maioria dos funcionários diz que as condições físicas do local onde trabalham são *boas* (58,00%) A maioria responde que são *boas* (63). Referem ser *muito boas* (21) e *razoáveis* (22). Esta opinião é perfilhada tanto pelo pelo pessoal técnico (30,40% *muito boas* e 47,80/% *boas*) e pelo pessoal não técnico (16,30% *muito boas* e 60,50% *boas*) – (cf. figuras nº 18 e 19).

Como foi dito, o Centro Social Paroquial do concelho de Ponte de Lima mais antigo começou a funcionar, em Abril de 1990. Os restantes foram construídos posteriormente. Os edifícios são todos, portanto, relativamente novos. Além disso, os Centros Sociais Paroquiais, apesar de recentes, têm renovado as suas instalações, de modo que possuem boas instalações.

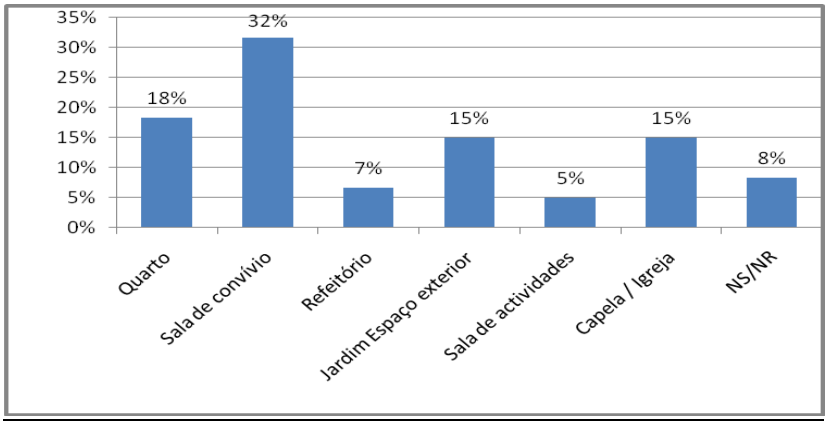


Figura nº 20 - Lugar onde os utentes se sentem melhor

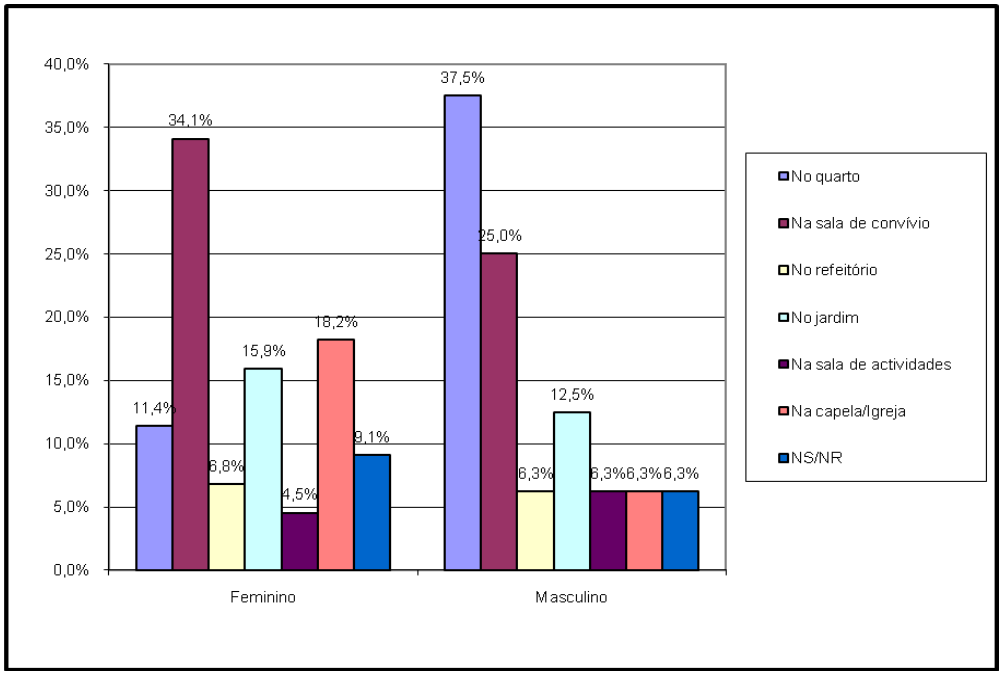


Figura nº 21 - Lugar onde os utentes se sentem melhor, por sexo

O espaço é, para Durkheim, indissociável da sociedade que o habita (Silvano, 2007). Halbwachchs (1950) defende que o espaço é o suporte para as nossas memórias, tanto colectivas como individuais. O grupo molda o espaço, ao mesmo tempo deixa-se moldar por ele. Estabelece-se também uma relação entre o espaço e a cultura de uma sociedade (Campelo, 2009). Na realidade, há lugares preferidos pelos utentes. Os utentes podem passar por vários locais durante o dia e, no caso dos que estão no Lar, também durante a noite. A figura nº 20 indica-nos o lugar onde os utentes gostam de estar. Como se pode ver, 32% referem a sala de convívio; 18% o quarto; 15% a capela/ igreja; 15% o Jardim /espaço exterior; 8% o refeitório; 5% a sala de actividades.

As preferências do local diferem quanto ao sexo (cf. figura nº 21). De facto, os homens gostam mais de estar no quarto do que as senhoras; as senhoras gostam mais de estar na sala de convívio do que os homens; as senhoras também gostam mais de estar na capela /igreja do que os homens. Não se verificam grandes diferenças na preferência do jardim ou da sala de actividades. Para os sociólogos a sociedade é a projecção no espaço da imagem que ela faz de si mesma. Paúl (1991) salienta que a questão coloca-se em saber como é que o indivíduo percepciona, conhece ou cria o ambiente e, ainda, em saber qual o papel que o ambiente físico tem neste processo e como é que influencia o

comportamento. Os espaços tornam-se locais quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam o decurso de actividade (Campelo, 2009; Proshansky, 1976). Para Moles (1972); Barracho, (1990; Fischer, (1992) o espaço é entendido de diversas maneiras: como um lugar mais ou menos delimitado, um ponto de referência onde qualquer coisa se pode situar, como um meio, quadro subjectivo de influência de factores sociais, ou um conjunto de micromeios sem os quais é impossível compreender a multitude das ligações traçadas entre o indivíduo e a sociedade.

As principais investigações sobre a relação entre o meio e o indivíduo dizem respeito (Barracho (2001): à natureza da experiência humana na sua interacção com o ambiente físico; à natureza do mundo geográfico – casa, rua, quarteirão, paisagem; à natureza da relação indivíduo-ambiente em termos de ser-no-mundo (Campelo, 2009).

Entende-se a escolha dos locais feita pelos inquiridos neste questionário. A sala de convívio é, por vezes, o único lugar de passatempo, de conversa, de troca de impressões, de partilha de experiências, nos Centros Sociais Paroquiais. Não admira que seja o local mais referido pelos utentes.

A capela/igreja é também percepcionada como local de bem-estar, bem como o espaço exterior. Estes espaços respondem às exigências éticas e religiosas, à cultura local, e à necessidade de respirar ar puro por quem vive encerrado num Lar. A igreja /edifício é o lugar da reunião da comunidade paroquial. Os idosos estudados estão profundamente marcados pelas vivências religiosas e pela importância da liturgia dominical. Todos os que se reconhecem integrados na comunidade encontram neste local a referência geográfica que evoca e convoca outra referência, de ordem espiritual, e também a tomada de consciência de que é a sua pertença a uma comunidade. Os idosos duma instituição do concelho de Ponte de Lima vêem a Igreja, geralmente, como um lugar de acolhimento e como lugar de incorporação na comunidade. A capela/ igreja é um espaço de tranquilidade e de sossego para muitos. Não estranha o facto de as senhoras preferirem, em relação aos homens, a capela/igreja, pois sempre a feminização do culto religioso foi uma realidade na cultura local, mas poderíamos dizer que o mesmo acontece na maior parte das sociedades. As salas de convívio, e os espaços ao

livre são espaços partilhados. É aí que os utentes partilham a vida, recebem as notícias, convivem, vêem uma porta aberta ao que pode chegar do exterior. Pela experiência de terreno que tivemos, a sala de convívio é o espaço do mundo!

Pode-se dizer que, como já referimos, não se confirmam todos os aspectos negativos apontados por Goffman (1974) e outros autores na institucionalização dos utentes ao referirem haver, no dia - a- dia de várias instituições para idosos residentes, a sensação de um lugar onde o tempo estagnou. Dizem que as horas não passam e existe uma situação de mesmice nas diferentes horas do dia: idosos sentados estáticos, muitas vezes ao lado um do outro, sem conversas, ou, quando se ouve alguma voz na maioria das vezes é solitária. Aqui, os idosos conversam, mas não se ouvem. Uns gritam sem motivo aparente, outros vagam. A sensação é de desistência da vida. Permanece um tempo vazio de espera da morte nas instituições (Lima, 2010). A instituição é criticada, mas continua a ser a principal resposta social aos problemas de dependência, desamparo e pobreza dos idosos (Bazo, 1998). No entanto, os dados deste estudo não nos dão uma visão tão negativa das instituições. Pelo contrário, dão-nos uma visão bastante positiva das instituições de idosos, pois os utentes dizem-se satisfeitos na instituição (cf. figura 17) e, muito raramente, interrompem os serviços prestados pela instituição, como veremos adiante (cf. figura nº 66).

Alguns lugares são apontados pelos utentes como sendo locais onde se sentem bem. Das suas conversas, verificamos que os idosos precisam de ter um espaço próprio, onde possam conservar os seus objectos pessoais, objectos que fazem a ponte com os tempos antigos, de espaços de convívio onde possam desenvolver os contactos sociais, de locais onde, com disponibilidade e abertura ao sentido espiritual, que nesta idade e neste contexto social e cultural se evidencia particularmente, possam manter o ânimo da pessoa idosa e a sua disposição de viver (Barreto, 2006). Tudo isto contribui para a qualidade de vida do idoso, pois a qualidade de vida, como e falaremos mais à frente, depende da percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto cultural e do sistema de valores em que vive, e tem em vista as suas metas, expectativas, normas e preocupações (González, 2009). Engloba, pois, a saúde física, o estado

psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o ambiente.

Em síntese, dos dados levantados, confirma-se que o idoso necessita de ter o seu espaço. Daí a necessidade da organização dos espaços de um centro geriátrico fazer-se para responder às necessidades que as pessoas têm de manter relações sociais, que incentivem a relação social a diferentes níveis: grande grupo, grupo reduzido, íntimo, interpessoal.

A organização dos Centros Sociais Paroquiais da nossa amostra, para além de responder a uma concepção e gestão dos espaços, procura a qualidade de vida dos seus utentes. Os funcionários estão conscientes disso. Procurando-os descrever, encontramos espaços tranquilos e cómodos para receber amigos e familiares; espaços comuns de relação, como a sala de estar, diferenciando distintos espaços: com mesas, de preferência redondas para se poderem reunir ao redor um maior número de pessoas conforme a situação; recantos onde se possa falar a nível mais privado e íntimo. Enfim, espaços para promover as relações sociais!

Hall (1989) sustenta que a utilização do espaço influencia a capacidade de relação com os outros, pois toda a pessoa tem as suas próprias necessidades territoriais. Quando se está em sua própria casa, cada membro da família tem fixado um espaço de convivência como o assento (cadeira), à hora de jantar, e ainda que se tolere que um visitante a ocupe, sente-se essa pequena invasão do território ainda que de forma temporal. Se temos um assento, ele corresponde à necessidade de um território pessoal que se pode considerar próprio. Cada pessoa tem uma distância ou zona em que sente segura ou protegida. Transpor essa distância vive-se como uma incursão no território próprio, distrai a atenção e afecta negativamente a comunicação, já que a atitude do receptor se torna defensiva em lugar de receptiva. Por outro lado, utilizar uma distância excessivamente distante dificulta a retroalimentação, distrai a atenção, reduz a eficácia da comunicação.

4 - A Comunicação Gerontológica nos Centros Sociais Paroquiais

Coloca-se também a questão sobre a comunicação gerontológica, pois é difícil comunicar com os idosos. Que comunicação existe numa instituição onde se prestam cuidados gerontológicos? Como se relacionam as pessoas que são apoiadas nas várias valências para idosos?

Como vimos na primeira parte, vivemos na era da comunicação. Aqui, incidimos sobre a comunicação gerontológica. A necessidade de comunicação faz que o ser humano seja um ser social por natureza. A maior parte da comunicação humana é constituída pelas relações sociais e divisão de sentimentos, emoções e atitudes, pelo que o acto social é em si comunicação pura (Castillo, 2003). Os trabalhadores que prestam apoio social, como referimos, comunicam com o idoso. Na verdade, apoio, no trabalho social, pode significar qualquer coisa como tranquilizar, oferecer ajuda, ânimo, atenção, interesse, carinho. Quando falamos de apoio emocional, referimos a capacidade de recorrer a uma pessoa, falar dos problemas com uma pessoa compreensiva que sabe escutar-nos. O ideal é que os colaboradores, família, amigos e vizinhos prestem este tipo de apoio (Thoburn, 1997). Os indivíduos podem necessitar de ajuda. Uma parte do trabalho de quem cuida deles tem a ver com ajudar, enquanto põe ênfase em dedicar atenção. Ajudar utentes parece dar a entender a existência de alguma diferença observável nas suas vidas. Ao prestar-se apoio social, a atenção é centrada na pessoa-utente. A organização da comunicação numa instituição exige, pois, atitudes básicas tais como camaradagem e democracia nas relações interpessoais e grupais; desmonopolização dos comunicados; possibilidade de os vários sectores da comunidade se dirijirem a todo o grupo.

Os seres humanos relacionam-se através da comunicação. Toda a conduta é uma mensagem. Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e de relação. Como é que os respondentes aos questionários lançados dizem que se relacionam com os amigos,

com os vizinhos, com os residentes no Centro Social Paroquial, com a Paróquia da Instituição?

Antes de mais nada, convém afirmar a impossibilidade de não comunicar.

> A actividade ou a inactividade, as palavras ou o silêncio têm valor de mensagem: influenciam os outros, e os outros, por seu turno, não podem deixar de responder a essas indicações e assim comunicam também. Deveria ser bem claro que o simples facto de não se falar ou de não se prestar atenção recíproca não constitui excepção a tudo o que se afirmou. O homem que olha fixamente para a sua frente, enquanto toma o pequeno-almoço numa mesa cheia de gente, ou o passageiro aéreo que está sentado com os olhos fechados, estão ambos a comunicar que não querem falar com ninguém nem desejam que lhes seja dirigida a palavra, e os vizinhos, habitualmente, captam a mensagem e respondem de modo adequado, deixando-os em paz. Isto é, claro está, uma troca de comunicação na mesma medida em que o é uma discussão animada" (WATZLAWICH, P. et al 1971).

Tendo em mente as teses de Paul Watzlawick e os seus axiomas de comunicação, tentamos perceber, na parte teórica, o relacionamento enquanto envolvência de interacção humana que integra a comunicação interpessoal. Como vimos, a tomada de decisões deverá ser descentralizada e fomentar a participação dos membros da organização. A comunicação é, portanto, um aspecto chave na interacção do contexto organizativo com os elementos da comunidade da instituição. Os elementos da direcção, os técnicos sociais, os trabalhadores de uma instituição de solidariedade têm o seu espaço para exercer a sua liberdade, a sua autoridade, mas sem nunca esquecerem o debate, a troca de opinião entre todos. O diálogo é o motor da mobilização nas tarefas sociais. Numa instituição social, pode ser desenvolvida a cultura local do bem - estar que supõe um estilo relacional entre toda a comunidade (Navarro, 2004). Pela comunicação aproximam-se as pessoas, aumenta a sociabilidade, promove-se a sociedade solidária, constrói-se uma cultura de proximidade. A comunicação num espaço gerontológico tem, como foi dito, as suas características e acarreta certas exigências, competências e cuidados aos trabalhadores sociais. Vejamos como os respondentes aos questionários lançados nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima vêem a comunicação das decisões.

4.1. Comunicação das decisões da Direcção

Como vimos, os membros da Direcção e do Conselho Fiscal dos Centros Sociais Paroquiais são nomeados, por um triénio, por provisão do Bispo da Diocese. Os nomes são indicados pelo pároco que, geralmente, é o Presidente da Direcção. Habitualmente, o Presidente da Direcção representa a Instituição, e, entre outras funções, contacta com o pessoal técnico de cada área (contabilidade, acção social, animação sociocultural). A Direcção, mediante os pareceres sociais, admite os utentes na Instituição. O contacto directo com os utentes, no dia-a-dia, e nas diversas valências, é feito pelos funcionários (pessoal técnico e não técnico). No entanto, como foi dito, a comunicação é parte essencial da tomada de decisão nas organizações. Às vezes, o poder flui de cima para baixo através de canais formalmente criados e não se dá o contacto directo.

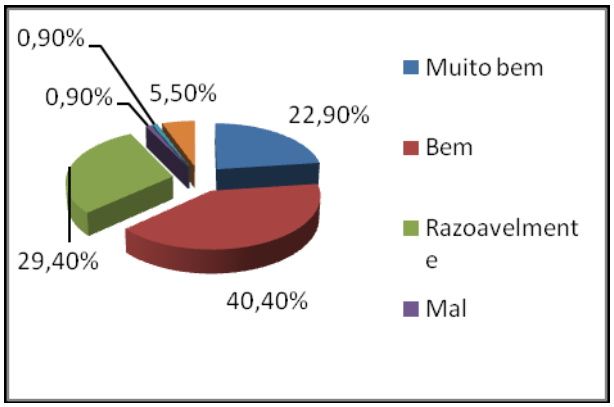


Figura nº 22 - Como são comunicadas as decisões da direcção (funcionários)

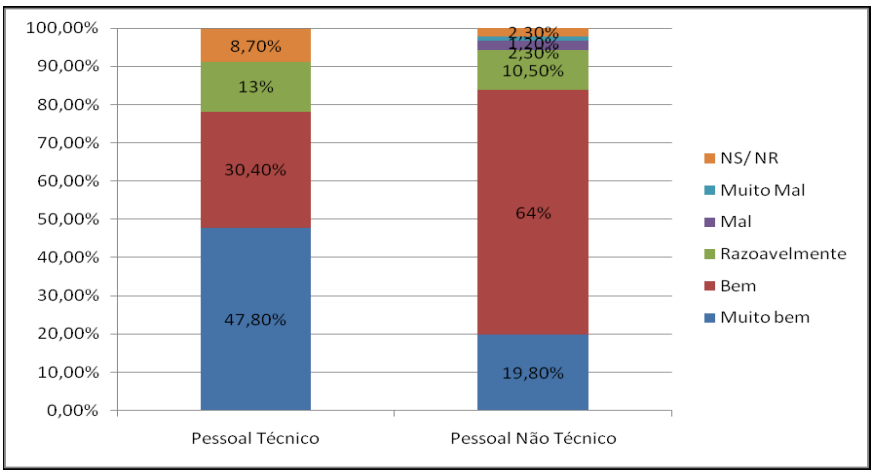


Figura nº 23 - Como são comunicadas as decisões da Direcção por situação profissional

Do inquérito aplicado, verificamos que para os funcionários, a Direcção comunica *muito bem* (22,9%); *bem* (40,4%); *razoavelmente* (29,4%). Significa que, para os funcionários, as decisões da Direcção são bem comunicadas. Ainda que todos manifestem uma opinião favorável, o pessoal técnico tem uma opinião mais favorável do que o pessoal não técnico sobre o modo com são comunicadas as decisões da Direcção (cf. figuras nº 22 e 23).

Questionados sobre o mesmo assunto, os utentes dividem-se nas respostas (cf. figuras nº 24). Como se pode ver, 46,70 % dos utentes do Lar dizem que são *bem comunicadas* e 20,00% *razoavelmente*. As decisões da direcção são satisfatoriamente comunicadas aos utentes do Lar.

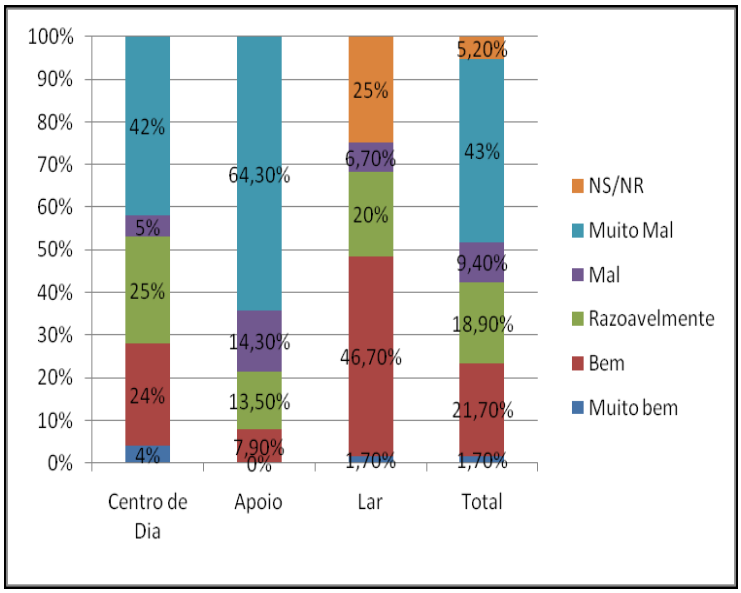


Figura nº 24 - Comunicação das decisões da Direcção

Os utentes do Centro de Dia/Centro de Convívio dividem-se entre o *bem (24%) e razoavelmente (25%) e o muito mal (42%).* No entanto, os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário têm uma opinião muito mais negativa sobre a comunicação das decisões da direcção. Atendendo à totalidade dos utentes respondentes, a comunicação das decisões da Direcção é *muito mal* feita para 43,00% dos utentes. Sublinhe-se que para este resultado contribuem muito as opiniões dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário. Como se pode verificar, 64,30% deles dizem que é *muito mal* feita.

Concluindo, a opinião sobre a comunicação das decisões da Direcção é mais positiva para os utentes do Lar, a seguir para os do Centro de Dia, mas é vista

negativamente pelos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário. Como poderemos constatar noutras questões, os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário manifestam ser um grupo com mobilidade social, desvinculados da instituição e manifestam uma cultura de isolamento. São também aqueles utentes que menos contacto presencial têm com a Direcção.

Dos dados levantados (da nossa amostra) podemos concluir que, nas instituições de solidariedade social, é preciso gerir a comunicação. Gerir a informação é fazê-la acessível ao conjunto das pessoas da instituição. A informação está destinada a resolver os problemas que surgem na organização. Gerir a informação é, portanto, fazer que esta chegue à pessoa, ao lugar adequado, no momento oportuno (Bahillo, 2006). Portanto, a sua utilidade está determinada pela sua eficácia e contributo ao processo de tomada de decisões e se avalia em relação à sua acessibilidade, compreensão, precisão, relevância, pontualidade, claridade, flexibilidade, verificabilidade e quantatibilidade.

A gestão da informação que se pode realizar de uma forma individual ou colectiva pelos membros de um grupo ou organização, inclui habilidades em gestão de processos, em tecnologia de informação e de comunicação assim como em gestão de recursos humanos e tomada de decisões (Ibidem p. 52). Os dados fornecidos pelos questionários realizados levam a concluir que a comunicação das decisões da Direcção pode melhorar bastante principalmente com os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário que, sublinhe-se, se manifestam mais distantes das decisões da instituição do que os utentes do Lar e do que os utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio.

4.2. Comunicação das decisões do pessoal técnico

Sabemos que o pessoal técnico trabalha em vários campos de actuação: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, animação social, fisioterapia. A comunicação nas instituições é influenciada pela estrutura organizacional e é afectada pelas necessidades e motivos dos seus membros. Tendo em conta a especificidade dos Centros Sociais Paroquiais, nomeadamente quanto à Direcção, não seria de estranhar também uma particular organização comunicacional com o pessoal técnico, pois este

contribui, nas suas especialidades, para os objectivos que estas instituições têm por guia. Por sua vez, o pessoal técnico tem também os seus canais formais e informais de comunicação.

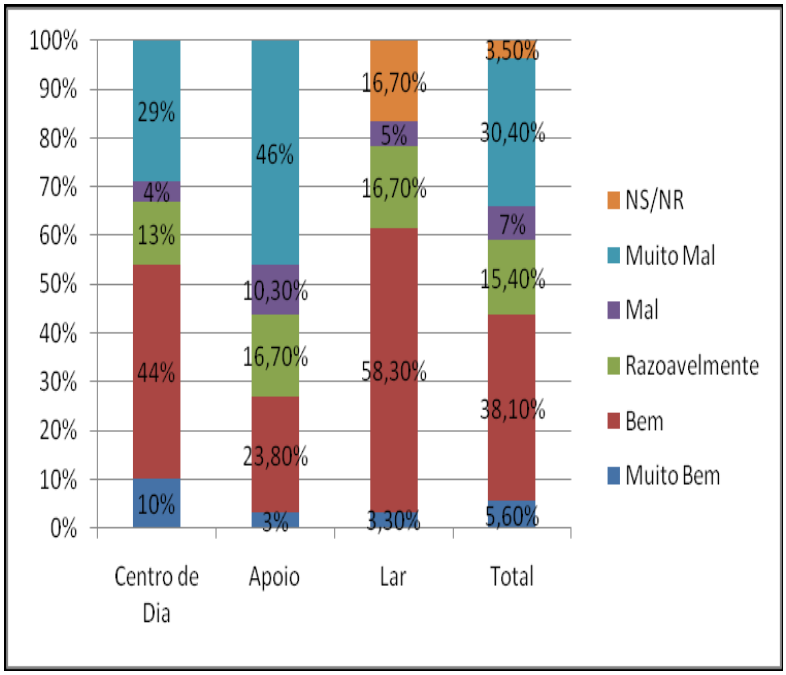


Figura nº 25 - Comunicações das decisões do pessoal técnico

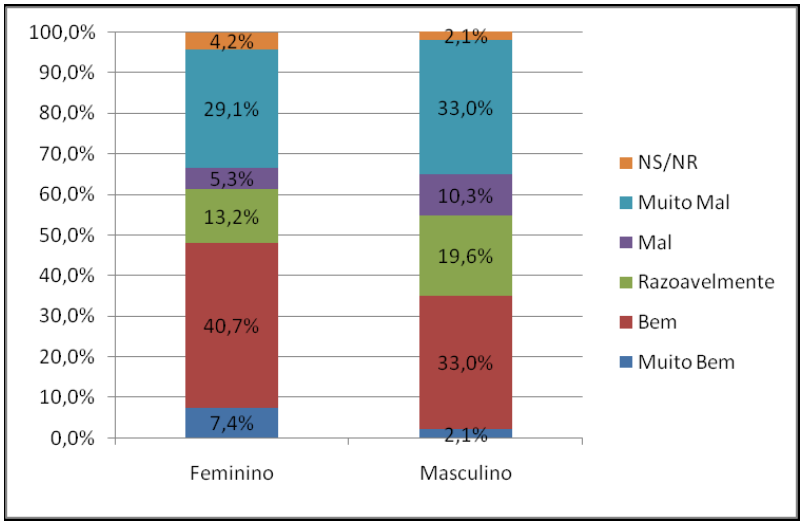


Figura nº 26 - Comunicações das decisões do pessoal técnico por sexo

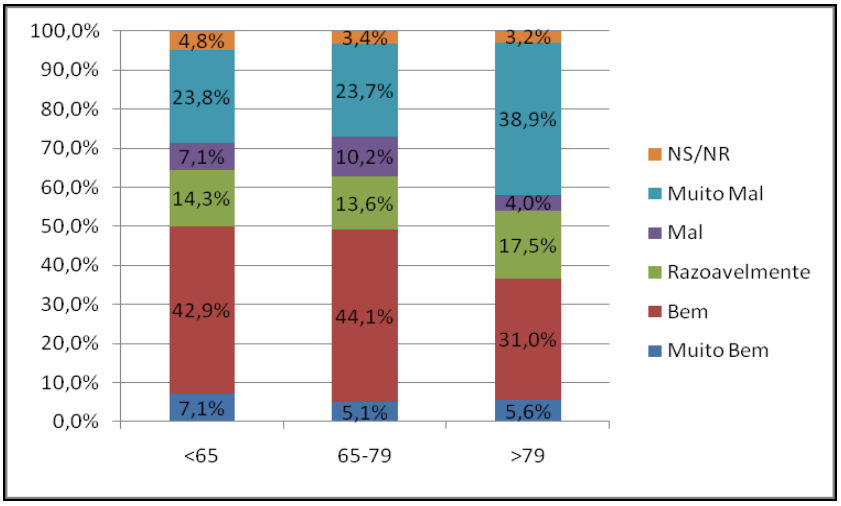


Figura nº 27 - Comunicações das decisões do pessoal técnico por idade

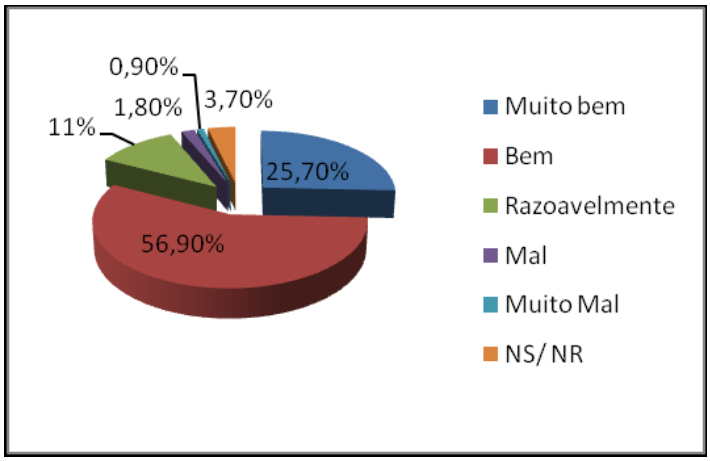


Figura nº 28 - Como são comunicadas as decisões do pessoal técnico (funcionários)

Tendo em conta os dados do nosso Inquérito, verificamos que o total das respostas (cf. figura nº 25) revela que para 38,10% são *bem* comunicadas e para 30,40% são *muito mal* comunicadas as decisões do pessoal técnico. As opiniões mais favoráveis são as dos utentes do Lar pois 58,30 % dizem que são *bem* comunicadas (cf. figura nº 25). A seguir, os utentes do Centro de Dia (44,00%). No entanto, a maioria dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, 46,00%, diz que as decisões do pessoal técnico são *muito mal* comunicadas e 10,30% diz que são *mal* comunicadas. Confirmam-se as dificuldades de comunicação dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário também em relação às decisões do pessoal técnico das instituições.

Verifica-se, todavia, que as senhoras têm uma opinião mais positiva do que os homens (cf. figura 26). Confirma-se a orientação de outros âmbitos, onde as mulheres têm opinião mais positiva, mostrando a particular disponibilidade para a comunicação por parte do género feminino, acolhendo favoravelmente as decisões dos responsáveis. Não se confirma a tradicional exigência e manifestação de queixas atribuíveis ao feminino.

Atendendo à idade, os respondentes com menos de 65 anos têm uma opinião mais positiva do que os que possuem mais de 79 anos (cf. figura 27), a que não é alheia uma maior capacidade de comunicação e de mobilidade, por parte dos mais novos.

Por sua vez, as decisões do pessoal técnico (cf. figuras 28), segundo as respostas dos funcionários, para 56,90% são maioritariamente *bem* comunicadas e para 25,70% são *muito bem* comunicadas. Há, por isso, uma opinião muito positiva sobre a comunicação das decisões do pessoal técnico.

Podemos concluir que o cuidar dos idosos exige, cada vez mais, uma formação específica. Na verdade, os utentes apreciam as competências técnicas dos profissionais. O reconhecimento e o saber são considerados como instrumentos estratégicos para a actuação profissional, devendo agir-se adequadamente e sempre visando o bem dos utentes. Mas, para além da competência do técnico, o utente quer ser encarado pelo técnico como o centro da sua actividade e como a razão de ser da sua existência. Daí, a necessidade de uma boa comunicação das decisões do pessoal técnico e, além disso, da existência de uma comunicação com dimensão compreensiva entre os técnicos e os utentes.

4.3. Comunicação das decisões da Paróquia

A cultura da velhice recupera, geralmente, a religiosidade que é um meio de combater a ansiedade da desintegração da identidade pessoal. No Minho, a cultura da velhice leva as pessoas idosas a uma prática religiosa mais frequente. Em muitos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima, os utentes assistem à missa, rezam o terço, vão aos santuários mais famosos da zona. Os utentes participam, sempre que lhes é possível, nos actos religiosos da paróquia. Às vezes, os idosos praticam um

sincretismo religioso que contém elementos próprios das tradições rurais, misturados com outros mais actuais e ao mesmo tempo alimentam ainda outras práticas de crenças populares (Fericgla, 1992). Os sistemas de crenças religiosas da cultura da velhice organizam-se, pois, no sentido de uma ética aplicada à vida (Fayos, 2005).

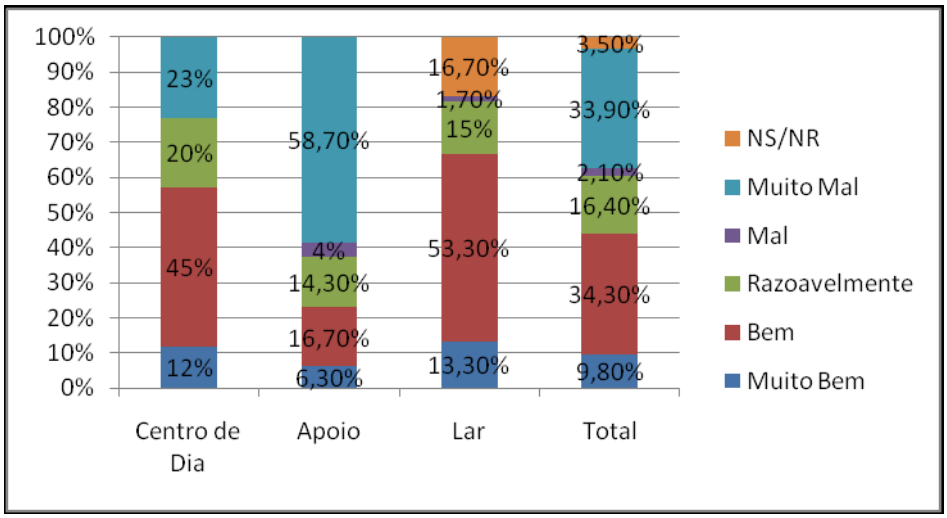


Figura nº 29 - Comunicações das decisões da Paróquia

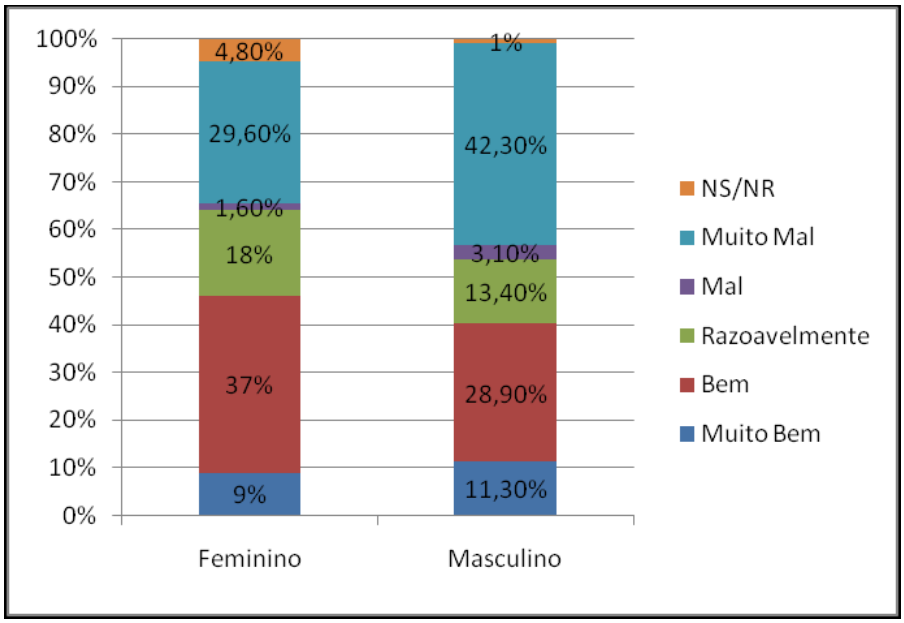


Figura nº 30- Comunicações das decisões da Paróquia por sexo

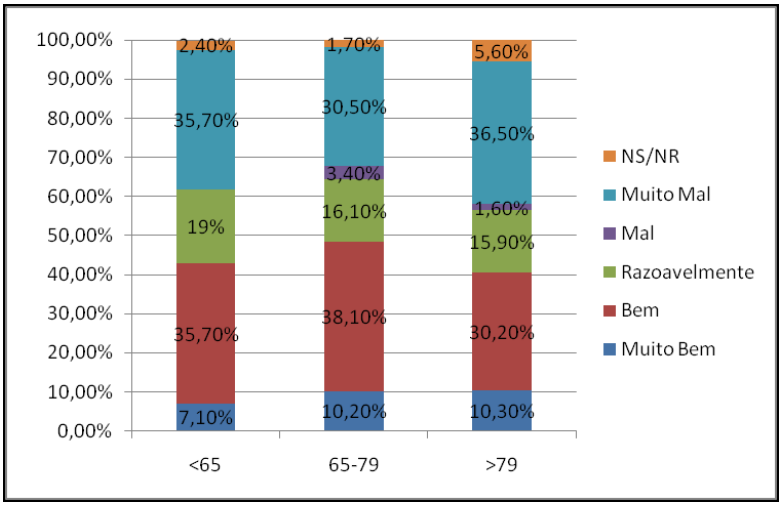


Figura nº 31 - Comunicações das decisões da Paróquia por idade

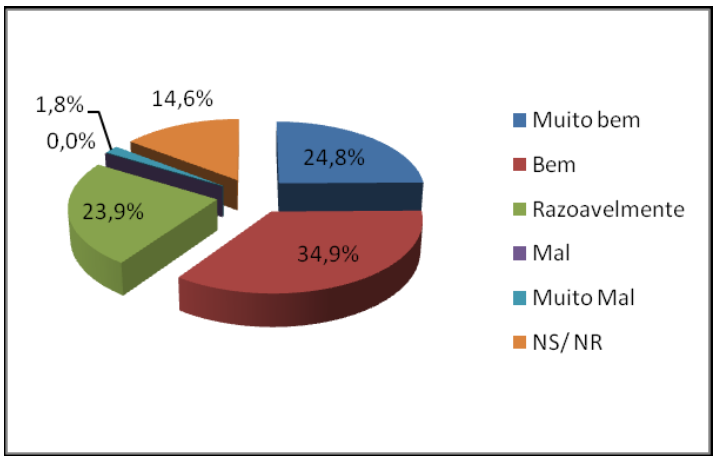


Figura nº 32 - Como são comunicadas as decisões da paróquia (funcionários)

Como vimos, os dez Centros Sociais Paroquiais, onde foram lançados os questionários, estão ligados à Igreja Católica e os respectivos párocos são os Presidentes da Direcção. Dissemos também que o concelho de Ponte de Lima é um concelho, predominantemente rural, onde há uma notória ligação à Paróquia e existe também uma curiosidade generalizada sobre o que se passa na Paróquia. Quisemos saber, por isso, se as decisões da Paróquia chegam ao conhecimento dos utentes dos Centros Sociais Paroquiais. Verificámos que, quanto à comunicação das decisões da Paróquia (cf. figura 29), se atendermos ao total das respostas, 34,30% diz que são *bem* comunicadas. Um número semelhante, 33,90%, responde que são *muito mal* comunicadas. Constatam-se, no entanto, variações por valências. De facto, 53,30% dos utentes de Lar respondem *bem* e 13,30% *muito bem* e 15,00% *razoavelmente*. Logo, 81,60 % têm opinião positiva.

A mesma opinião é perfilhada por 77,00% dos utentes do Centro de Dia. No entanto, 58,73% dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário dizem serem *muito mal* comunicadas as decisões da Paróquia. Portanto, mais uma vez, os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário manifestam ser um grupo desvinculado da Paróquia, e mais isolado da vida paroquial do que os utentes das outras valências.

É importante salientar que a eficácia da comunicação pode decorrer do modo como é feita a comunicação, mas pode também ser condicionada pela filosofia de vida do receptor, das suas opções sócio-religiosas, dos condicionalismos derivados do seu isolamento e da sua dependência física ou mental. Além disso, verifica-se (cf. figura 30) que os homens preocupam-se menos do que as senhoras sobre as decisões da Paróquia, pois 42,30% *não sabe* e *não responde*. Não é estranha a diferença, pois a cultura local atribui às mulheres as preocupações com tudo o que tem a ver com as decisões imediatas da Paróquia. Só quando as decisões entram no âmbito de obras e consequente financiamento, é que os homens reivindicam o seu papel activo, bem de acordo com os papéis de género socialmente atribuídos.

E, se atendermos às idades dos respondentes (da amostra), vemos que são os que possuem entre 65 e 79 anos que manifestam uma opinião mais favorável sobre as comunicações das decisões da Paróquia. São aqueles que ainda manifestam particular interesse nas decisões, porque nelas podem intervir, devido a uma idade relativamente disponível fisicamente.

Como se pode ver na figura 32, verifica-se que para a maioria dos funcionários é bastante positiva a opinião sobre a comunicação das decisões da Paróquia.

Em alguns Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima, verificamos que os utentes são informados sobre a vida paroquial através de um Boletim Paroquial local. Os utentes lêem-no ou pedem que o leiam, sabem o que se passa e o que se decide na Paróquia. Damos como exemplos os Boletins Paroquiais de Martinho da Gandra, da Correlhã, de Beiral do Lima, de publicação semanal, e que são apreciados pelos utentes. Noutros Centros Sociais Paroquiais, circulam folhas informativas da vida paroquial, como, por exemplo, em Rebordões (Santa Maria). A capacidade de os ler, ou de ouvir a sua leitura, permite aos utentes interessados manterem-se informados do que se passa na Paróquia em geral, mas também no que se passa numa instituição que, agora, gera o seu

quotidiano. Por outro lado, o Boletim Informativo, que noutra situação requeria uma atenção e tempo nem sempre disponível, é, no seu novo quotidiano, uma oportunidade de ocupar o tempo.

4.4. Comunicação/relação interpessoal

A comunicação interpessoal envolve a troca de factos, ideias, opiniões ou emoções entre duas ou mais pessoas, em presença, operando-se por meio de palavras, letras, símbolos, gestos, atitudes. Além disso, a comunicação dentro do grupo é muito importante para evitar mal entendidos, falta de organização ou exclusão. Os grupos, através das interacções entre os seus membros, vão construindo uma história comum. Elaboram-se normas e uma cultura comum. A homogeneidade crescente do grupo faz crescer entre os seus membros um sentimento de solidariedade que fortalece os vínculos estabelecidos e favorece a sua coesão (Castillo, 2003). Como instituição onde se desenvolvem fortes relações interpessoais e onde as decisões comuns têm de ser tomadas, com vista a uma organização eficaz das práticas partilhadas e para a obtenção dos objectivos a que todos se propõem, os Centros Sociais Paroquiais têm de ter particular preocupação quanto aos processos comunicativos. Dos dados levantados pelo nosso inquérito, podemos sintetizar o seguinte:

a) A relação com amigos e vizinhos verifica-se ser mais frequente entre os utentes do Centro de Dia / Centro de Convívio (cf. Figura 33):

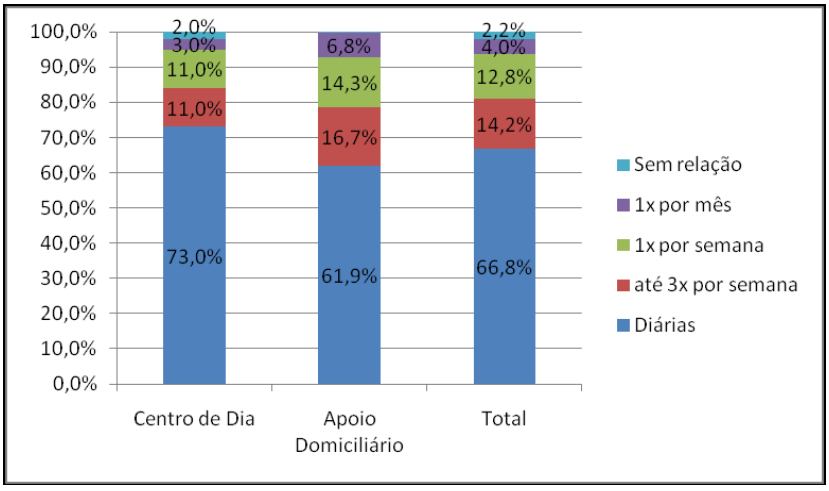


Figura nº 33 - Relação com amigos e vizinhos no C. D. e S.A.D.

b) A relação com os residentes é diária para quase todos os utentes do Centro de Dia /Centro de Convívio, do Lar (cf. figura 34) e também se verifica o mesmo com os funcionários (cf. figura 35). A maioria dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário responde *sem relação* (cf. figura 34).

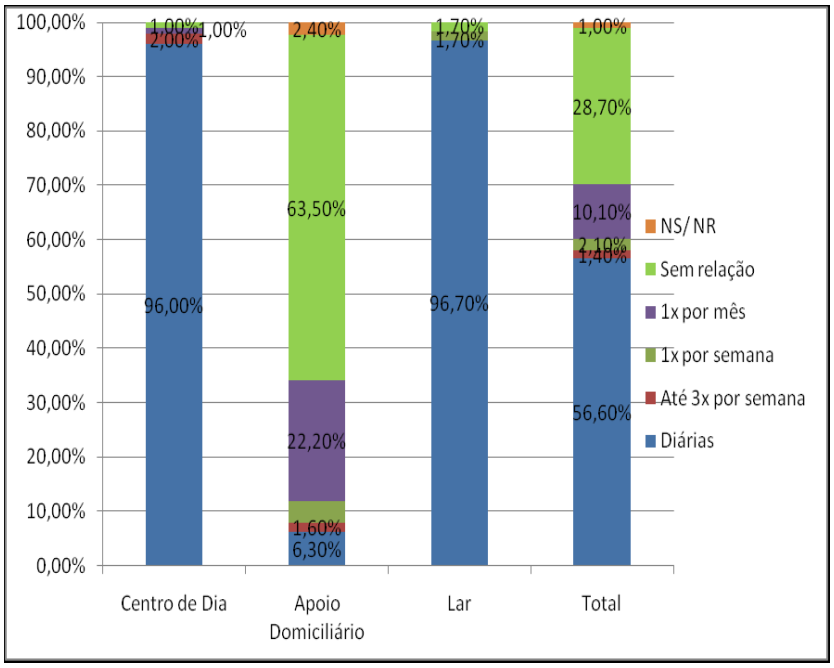


Figura nº 34 - Relação com os residentes no Centro Paroquial

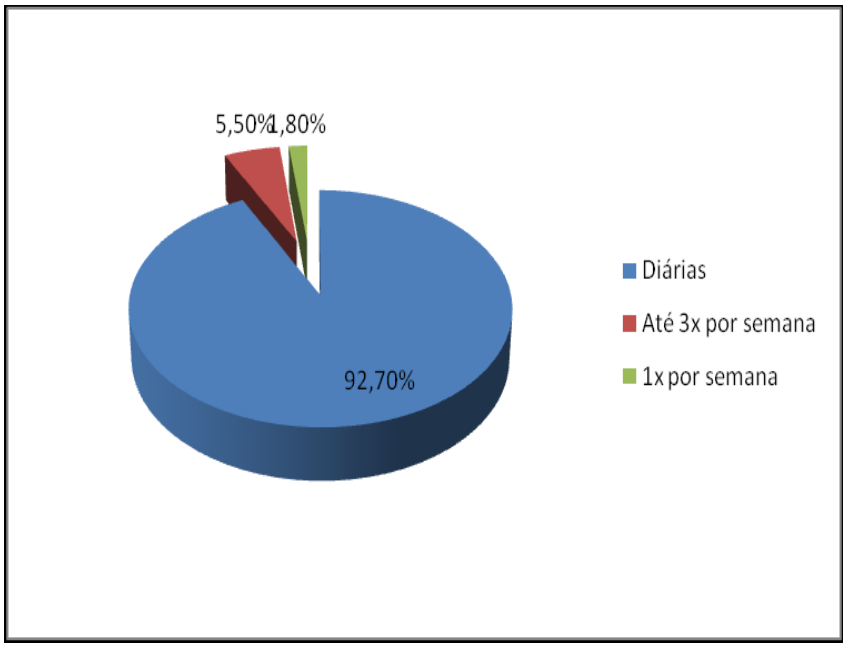


Figura nº 35 – Relação com os residentes no Centro Paroquial (funcionários)

c) Sobre a *comunicação/relação interpessoal* as respostas dos funcionários são esclarecedoras (cf. figura 36). Para 80,70% esta é *muito importante* e é *importante* para 18,30%. Há unanimidade nas respostas dadas pelos respondentes pertencentes ao pessoal técnico (figura nº 37)..

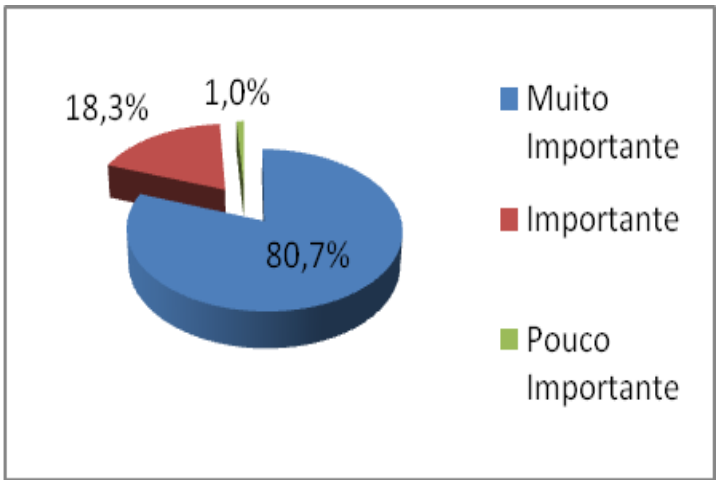


Figura nº 36 - Comunicação/relação interpessoal (funcionários)

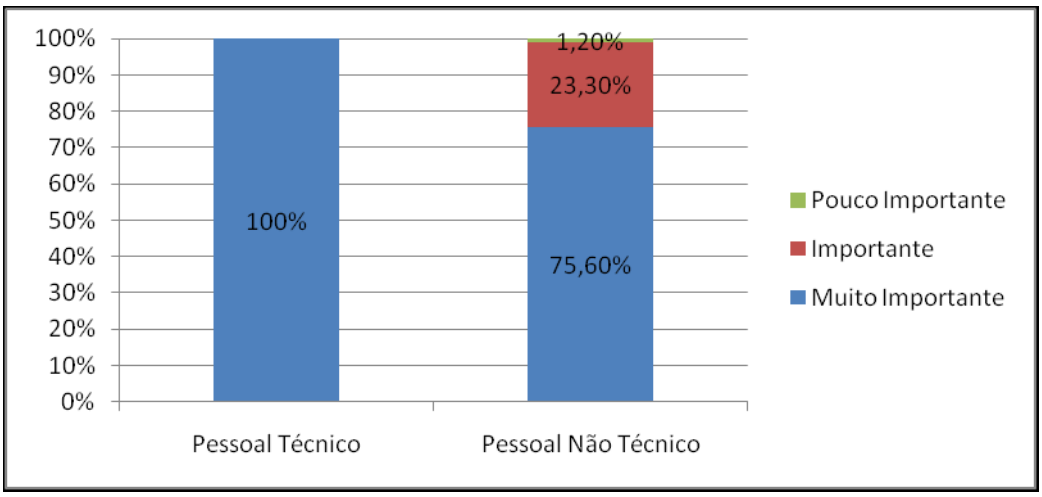


Figura nº 37 - Comunicação/relação interpessoal por situação profissional

d) Os dados recolhidos das respostas dos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais dizem que eles têm um *relacionamento diário* e *de boa qualidade* com os colegas (cf. figuras 38 e 39):

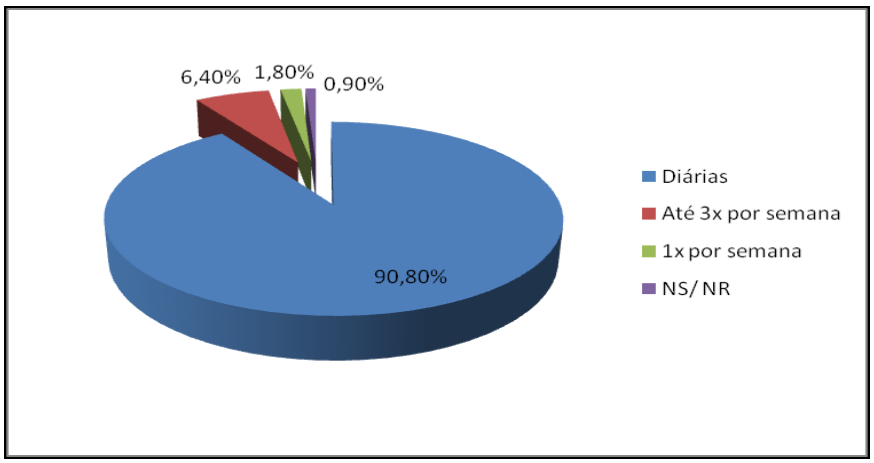


Figura nº 38 – Relação com os outros funcionários

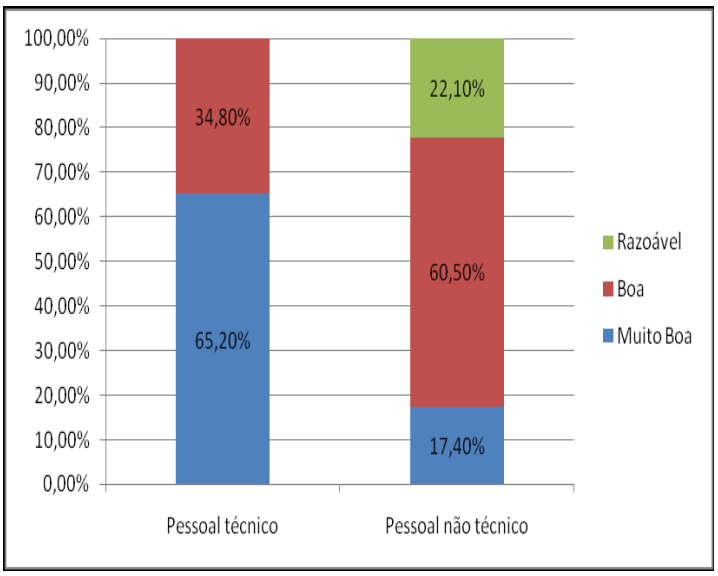


Figura nº 39 – Qualidade da relação com os outros funcionários por situação profissional

A comunicação está na base de toda a vida em sociedade, conforme referimos. No seio de um grupo, a comunicação é determinante já que a coesão depende, em grande parte, do modo como no seio do grupo se organiza o processo comunicacional. Pela comunicação, um indivíduo ou um grupo mostra a capacidade de transmitir as suas ideias e sentimentos e, em sentido inverso, de receber as ideias e os sentimentos dos outros. A comunicação dentro do grupo (intragrupal) e entre os grupos (intergrupal) e, naturalmente, a interpessoal ajudam a compreender que o homem comunica, fala, dialoga. A comunicação interpessoal continua a revelar-se a mais enriquecedora e proveitosa para os interlocutores, uma vez que nenhuma técnica de comunicação, por mais potente ou sofisticada que seja, conseguirá atingir

o seu nível de complexidade e de cumplicidade que esta revela (Freixo, 2006). O clima de uma instituição, e naturalmente também o de uma casa de cuidados gerontológicos, depende da comunicação/relação entre todos os seus actores.

4.5. Comunicação dos problemas

Como foi dito na parte teórica, um Centro Social Paroquial é uma organização peculiar onde trabalha muita gente que deve agir de acordo com os objectivos específicos da instituição. Os utentes comunicam os seus problemas à pessoa, geralmente, com quem sentem mais proximidade ou confiança.

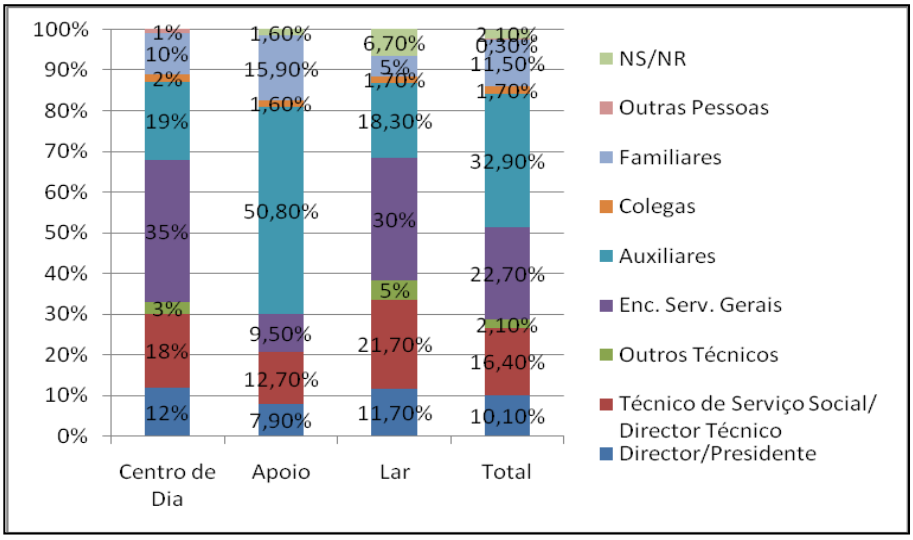


Figura nº 40 – Comunicação dos problemas

Esta figura mostra que, atendendo ao total dos respondentes, 32,90% comunica os seus problemas aos Auxiliares, a seguir, ao Encarregado de Serviços Gerais (22,7%) e, depois, ao Técnico de Serviço Social/ Director Técnico (16,40%).

A figura nº 40 diz-nos a quem os utentes das diversas valências de idosos comunicam os problemas. A pessoa mais solicitada para os utentes do Lar e do Centro de Dia comunicarem os seus problemas, segundo os dados levantados, é a Encarregada de Serviços Gerais. Os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário comunicam os

problemas às funcionárias auxiliares dos serviços directos. Compreende-se. A Encarregada de Serviços Gerais é, geralmente, a funcionária omnipresente na instituição, mas os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, porque estão em casa, recebem aí as visitas das funcionárias que lhes levam as refeições e prestam os outros serviços. É com elas que os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário contactam diariamente.

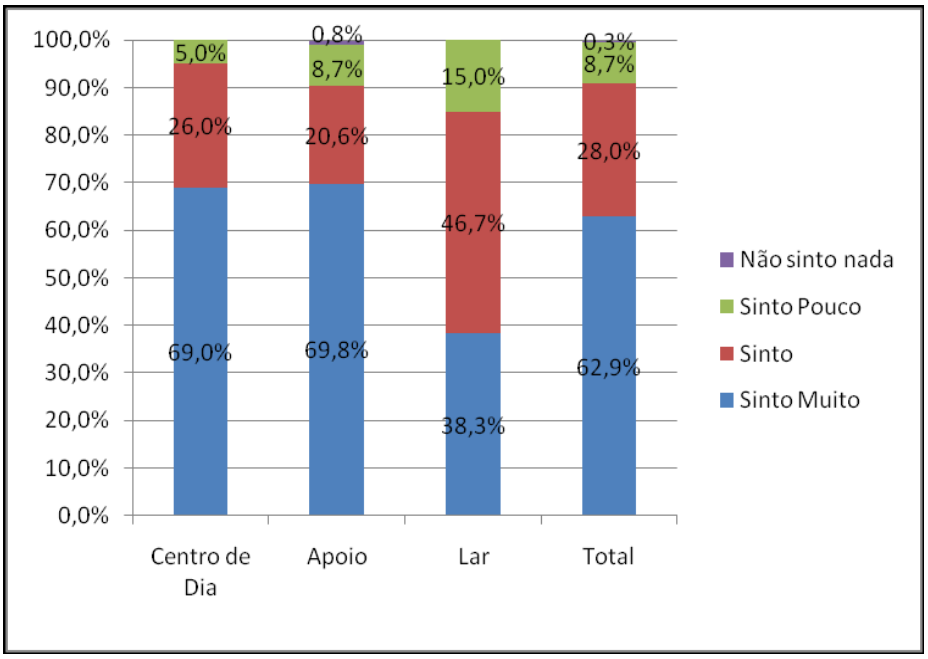


Figura nº 41 – Atenção prestada pelos funcionários

Quanto à atenção prestada pelos funcionários (cf. fig. 41) a opinião dos utentes (da amostra) é muito positiva, em todas as valências. Mesmo os utentes que recebem o Serviço de Apoio Domiciliário manifestam uma opinião muito positiva sobre os serviços que lhes são prestados pelos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais. De facto, num Centro Social Paroquial, há muitos elementos que exercem diferentes cargos e funções. A cultura institucional depende da cultura dos seus elementos. Estes, por sua vez, são influenciados pela cultura da instituição. Mas a cultura de um Centro Social Paroquial não depende só de um grupo de trabalhadores, mas de todos os grupos que constituem a organização e que estão em permanente contacto com os utentes. O cuidado em prestar atenção a cada utente é, por isso, um estado de espírito que deve estar presente em todos os actores da instituição: dirigentes, técnicos, não técnicos. Ouvir e escutar é uma característica da cultura organizacional destas obras de

solidariedade social. Pode-se falar mesmo de uma escuta activa (Fernandes, 2007). A escuta activa refere-se à habilidade de escutar não só o que a pessoa vai expressando directamente, mas também compreender e interpretar o que ela diz, os sentimentos, ideias ou pensamentos que estão subjacentes ao que se está a dizer. Ouvir activamente implica compreender o que é importante para o utente. Portanto, para se chegar a entender um idoso, precisa-se de ter empatia, isto é, saber colocar-se no lugar da outra pessoa, esquecer-se de escutar-se a si mesmo e colocar a atenção no outro. O trabalhador social, como vimos, sabe escutar, pois trabalha com várias espécies de ouvintes. Smith (1986) divide-os em três espécies: a) os que aparentam ouvir; b) os que escutam com limitações; c) os ouvintes centrados em si mesmo. É com todos estes utentes que os funcionários dos Centros Sociais Paroquiais têm de manifestar as habilidades de escuta. É para utentes semelhantes a estes que os trabalhadores de acção social planificam, organizam, monitorizam, e estabelecem programas, planos de acção, metas e objectivos.

4.6. Comunicação organizacional

Como já anteriormente afirmamos, no contexto organizacional, há a comunicação horizontal, isto é, entre o pessoal colocado no mesmo patamar. Este tipo de comunicação revela-se importante na medida em que proporciona comunicações entre os indivíduos da mesma organização colocados no mesmo nível. A comunicação dentro do grupo, todavia, não é homogénea. A estrutura da comunicação do grupo afecta o seu funcionamento e rendimento, especialmente na solução de problemas, na distribuição da informação e no desenvolvimento das vias organizadas de trabalho. Igualmente influencia o grau de satisfação de cada um dos membros do grupo.

Pela análise dos resultados apresentados, verificamos que, em síntese, os dados referentes à comunicação das decisões da Direcção, do pessoal técnico e da Paróquia levam a concluir que é necessário fazer uma melhor gestão da informação nos Centros Sociais Paroquiais. As reuniões, por exemplo, são um instrumento de trabalho que promove a participação por grupos e que ajuda na gestão da informação. Uma reunião é constituída por um grupo de pessoas que busca conseguir objectivos

concretos. Realiza-se num lugar e numa hora determinados. É um instrumento de comunicação em que os membros do grupo têm a oportunidade de expressar as suas ideias e opiniões e de realizar as suas aportações à tarefa grupal. A reunião é um instrumento fundamental inerente à profissão de trabalhador social (Castillo, et al (2003).

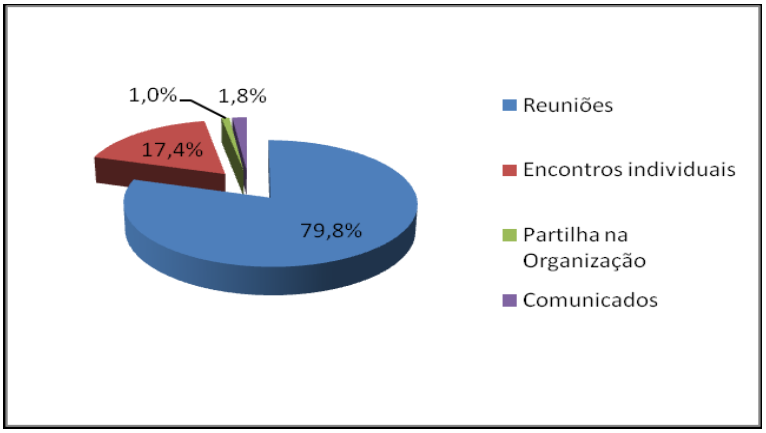


Figura nº 42- O mais importante para a comunicação interna (funcionários)

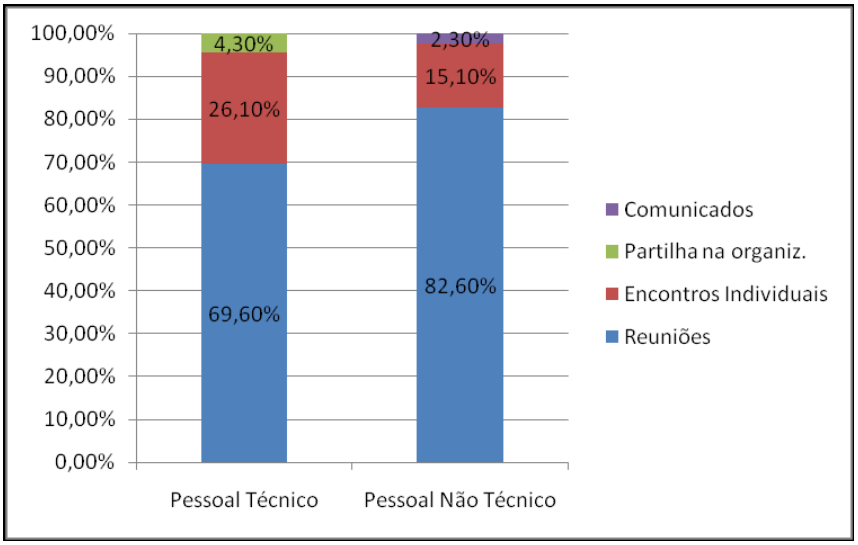


Figura nº 43 – O mais importante para a comunicação interna por situação profissional

O mais importante para a comunicação interna, na opinião da grande maioria dos funcionários respondentes (da amostra) (cf. figuras 42, 43), é *as reuniões*. Afirmam-no 79,80% dos funcionários, enquanto 17,40% dizem que são os encontros individuais. Esta opinião, perfilhada por 69,60% do pessoal técnico, é referida por 82,60% do pessoal não técnico. É expressiva a resposta dos que indicam as reuniões

como sendo o mais importante para a comunicação interna (87). Os encontros individuais são indicados também por 19 respondentes.

Assim, os dados deste estudo referem a importância das reuniões, do debate e da tomada de decisões, em conjunto, nos Centros Sociais Paroquiais. Os funcionários, concretamente, manifestam a opinião de que é necessário serem ouvidos em reuniões, isto é, defendem a comunicação vertical (ascendente e descendente) e horizontal. De facto, um Centro Social Paroquial é uma organização onde estão pessoas que se relacionam: técnicos, não técnicos, utentes e seus familiares, elementos da direcção.

Sobre a comunicação interna, a análise dos dados permite-nos concluir que há nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima uma comunicação interna organizacional bastante positiva, conforme os dados apresentados. De facto, numa instituição relacionam-se dirigentes, pessoal técnico, funcionários, utentes e suas famílias (comunicação intergrupal). No concernente aos grupos sociais, que comunicam nestas instituições, importa salientar as diferenças existentes dentro de cada grupo. Os funcionários comunicam entre si, com a direcção, com os utentes, com os familiares dos utentes (comunicação intragrupal e intergrupal).

Como vimos, as instituições de idosos, além de promoverem medidas de protecção social e de assistência, desenvolvem também actividades que envolvem os utentes e os fazem participar. Actualmente, a animação começa a ser uma realidade nas instituições visando lutar contra a monotonia de vidas fechadas sobre si. As instituições promovem animação terapêutica, viagens, convívios, exercícios físicos adaptados às pessoas, actividades lúdicas para os utentes e com eles que os ajudam a desfrutar de um envelhecimento mais saudável, activo e feliz (Saldanha, 2009). Nos últimos anos, emergiu um novo campo profissional: o animador sociocultural. Os Centros Sociais Paroquiais estudados começam a ser pólos de animação sociocultural; detentores de material técnico e diversificado para o desenvolvimento da acção sociocultural; atentos à cultura popular dos utentes; promotores da ocupação dos tempos livres e da pedagogia do lazer; ajustando os projectos de animação às características do território e da comunidade. Além disso, a nível concelhio, em Ponte de Lima, em 2010, começaram a

realizar-se programas de envelhecimento activo que promovem encontros de idosos, caminhadas, chás dançantes, etc...com a participação dos utentes das várias instituições.

4.7. A Participação

Na abordagem teórica, vimos que a participação ajuda os membros a integrarem-se na comunidade. Vimos também que a animação sociocultural é um instrumento que serve para a sociedade integrar os indivíduos. Para o conseguir, é preciso dinamizar acções, e, para isso, há que atender a vários requisitos tais como: articular programas de intervenção com as necessidades, interesses e expectativas dos utentes; planificar as actividades segundo a ideossincracia dos utentes; a dinamização de acções a partir das necessidades concretas da colectividade. Só assim se consegue a implicação e a motivação no projecto. A animação social, como dissemos, promove uma série de acções com a finalidade de promover a participação dos utentes. A participação na animação social pretende que o cidadão abandone o seu individualismo cómodo e seguro para se comprometer e implicar em actividades que se realizam na comunidade. A participação, normalmente, não aparece de forma espontânea, mas é um processo que se aprende através de uma metodologia participativa.

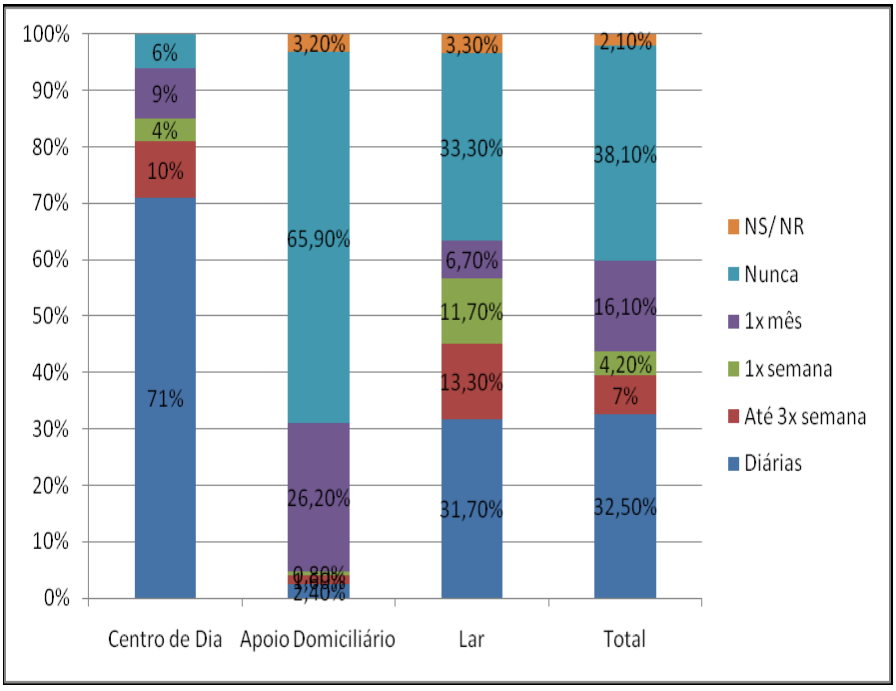


Figura nº 44 - Participação nas actividades do Centro Paroquial

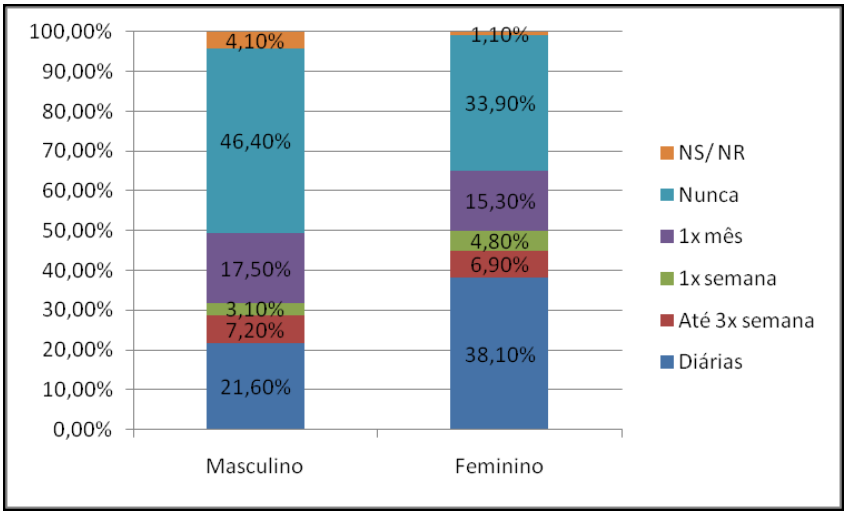


Figura nº 45 - Participação nas actividades do Centro Paroquial por sexo

Através dos dados da nossa amostra, conseguimos saber a frequência e em que actividades participam no Centro Social Paroquial (cf. figura nº 44). Como se pode verificar, 71,00% dos utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio respondem que participam *diariamente* nas actividades do Centro Social Paroquial, enquanto 31,70% do Lar dizem que têm participação *diária*, 13,30% *até três vezes por semana* e 11, 70% *uma vez por semana*. No entanto, a maioria dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, ou seja, 65,87% responde que *nunca participa*. Verifica-se também que os respondentes do sexo feminino participam mais frequentemente que os do sexo masculino (cf. figura nº 45). As senhoras participam mais do que os homens.

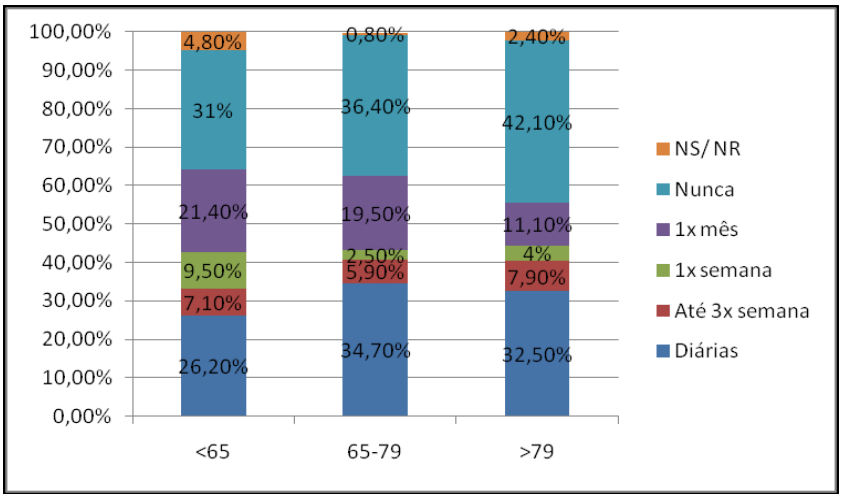


Figura nº 46 - Participação das actividades do Centro Paroquial por idade

Atendendo à idade dos utentes, verifica-se que 42,10% dos que têm mais de 79 anos de idade *nunca participam* nas actividades (cf. figura nº 46). Estes dados ressaltam a larga participação dos utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio nas actividades, mas manifesta que nos Lares se pode intensificar a participação e revela, sobretudo, que a grande maioria dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário ou seja, 65,9%, respondem que *não participam* nas actividades (cf. figura nº 44).

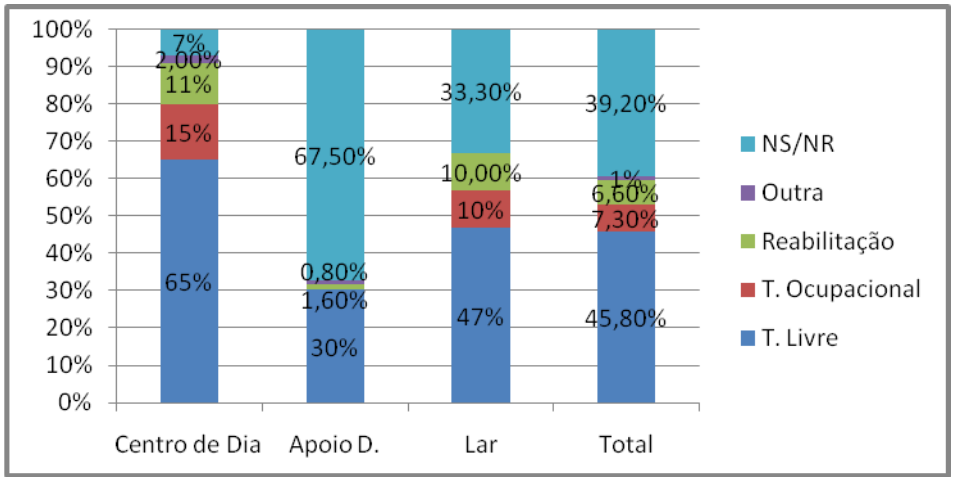


Figura nº 47 - Em que actividades participam

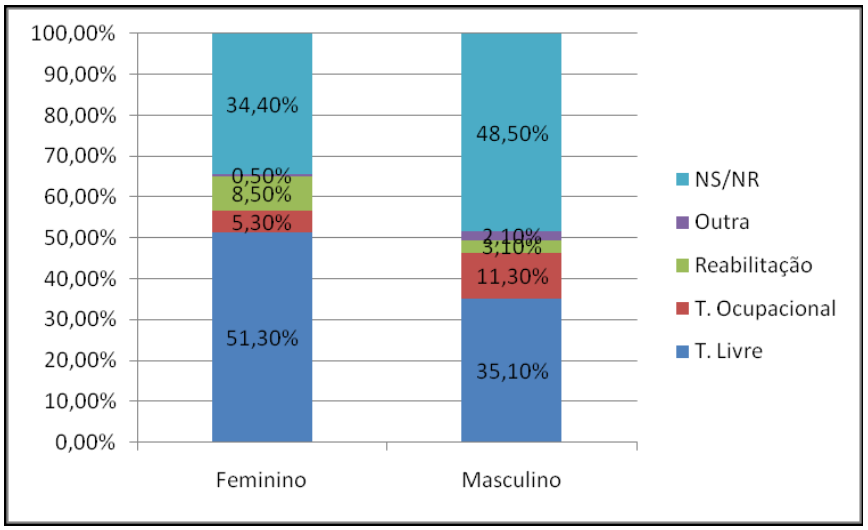


Figura nº 48 - Em que actividades participam por sexo

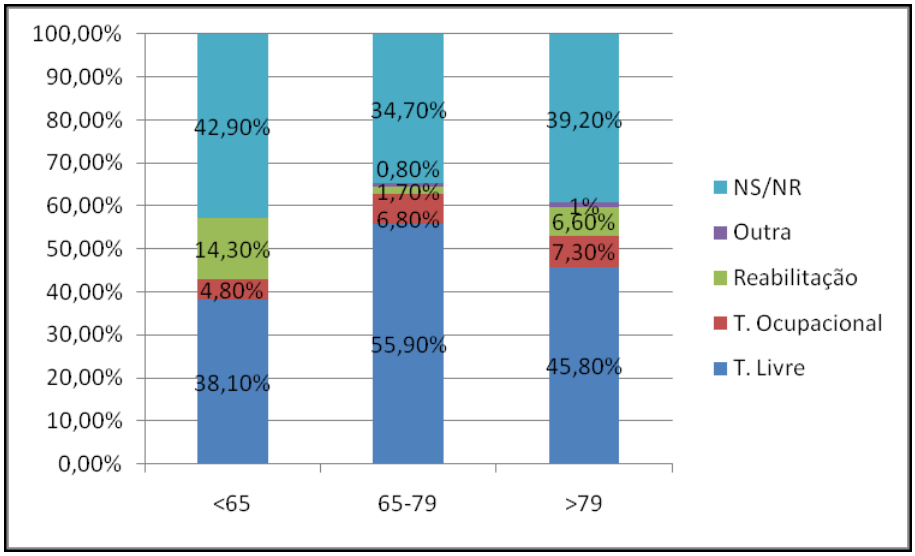


Figura nº 49 - Em que actividades participam por idade

Os dados permitem-nos também saber em que actividades participam (cf. figura nº 47) os utentes das diversas valências. Os resultados da amostra indicam que 45,80% frequentam as actividades de tempo livre e 7,30% e 6,60% a terapia ocupacional ou actividades de reabilitação respectivamente. As senhoras participam mais do que os homens. Os mais velhos participam mais do que os mais novos (cf. figuras nº 48 e 49). A maioria dos respondentes da valência do Serviço de Apoio Domiciliário diz que não sabe / não responde (67,50%) (cf. figura nº 47).

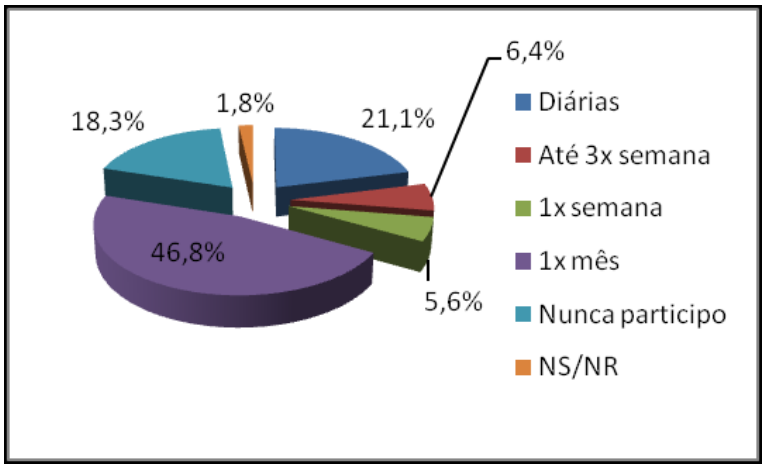


Figura nº 50 - Participação nas actividades (funcionários)

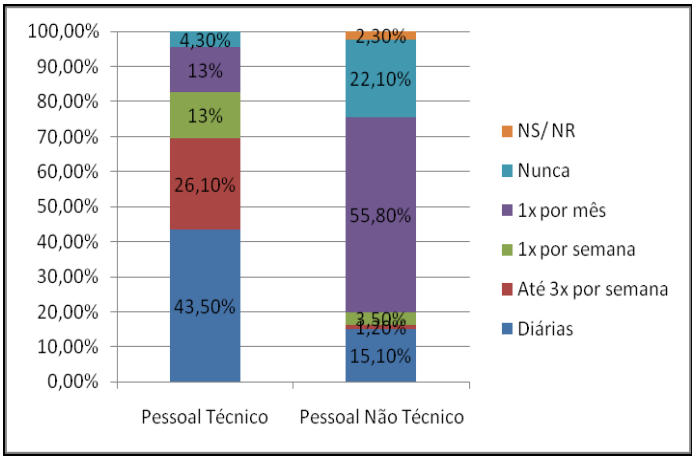


Figura nº 51 - Participação nas actividades por situação profissional

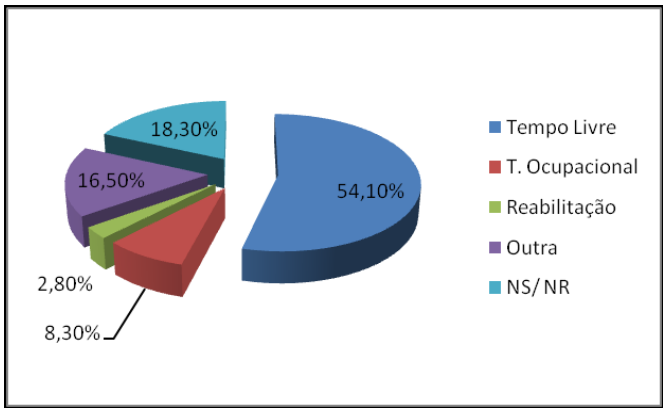


Figura nº 52- Em que actividades participam (funcionários)

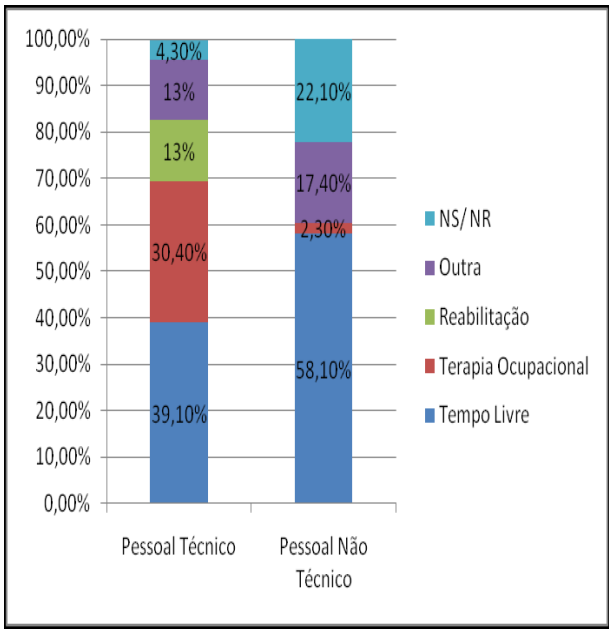


Figura nº 53 - Em que actividade participa por situação profissional

Os funcionários respondentes dizem que participam 46,80 % uma vez por mês (cf. figura nº 50). Diariamente apenas participam 22,10%. O pessoal técnico participa diariamente 43,50%, enquanto o pessoal não técnico, 15,10% (cf. figura nº 51). Conclui-se que a participação do pessoal técnico e não técnico nas actividades do Centro Social Paroquial não é muito frequente (cf. figuras 50 e 51). Verifica-se também que a ocupação de tempos livres (cf. figura nº 52) é a actividade em que mais participam os funcionários. Dizem-no 54,10%. Isso é referido principalmente por 58,10% do pessoal não técnico, enquanto pelo pessoal técnico, 39,10% (cf. figura nº 53).

Deve-se, portanto, ter em conta o princípio da participação nas instituições gerontológicas. O funcionamento dos Centros Sociais Paroquiais deve ser uma mistura entre as necessidades e opiniões que os residentes solicitem, por um lado, e, por outro lado, o que tendo por base os critérios técnicos, considerem os profissionais (Japón Belmonte, 1993). A participação é um direito fundamental de todo o cidadão (Garcia Roca, 2004) que não pode sentir-se diminuído pelo ingresso num Lar ou por começar a frequentar uma valência do Centro Social Paroquial. Por isso, a) é necessário atender às necessidades e opiniões dos utentes; b) é necessário atender aos critérios do pessoal técnico; c) é necessário atender às normas, costumes, estilo de vida, horários, actividades desenvolvidas nos Centros Sociais Paroquiais. Todos estes ítens devem ser atendidos nas tomadas de decisão que não têm em conta apenas o que os técnicos pensam que é melhor para os utentes. Isso não é suficiente. Há casos em que o parecer técnico tem maior peso ou todo o peso, mas há casos em que as decisões podem adaptar-se aos gostos e necessidades dos utentes (Cano et al, (2006), p. 396). A participação dos utentes não se pode limitar em ouvi-los. Para se conseguir um ambiente realmente participativo é necessária a confluência de dois factores: o institucional e o dos recursos humanos. Se a participação é mais regulamentada do que real, não passará de ser teórica e, portanto, estéril. Mas se a instituição não acredita na participação valerá muito pouco o esforço dos trabalhadores e sobretudo dos animadores.

Embora 116 da totalidade dos inquiridos digam que participam diariamente nas actividades do Centro Social Paroquial, e de 97 responderem que participam uma vez por mês, há um número assinalável que diz " Nunca participo" (129). Estes dados levam a concluir que os Centros Sociais Paroquiais, embora consigam a participação de muitos, ainda têm um longo caminho a percorrer na organização das actividades e no envolvimento dos utentes nas actividades do Centro Social Paroquial. De facto, quando foi realizado o questionário, nem todas as instituições tinham um *animador sociocultural*. O animador sociocultural é imprescindível numa instituição gerontológica. Os responsáveis pelos Centros Sociais Paroquiais e familiares dos utentes referem a superior qualidade de vida dos utentes numa instituição com um animador sociocultural em relação com as que os não têm. Há um número elevado de pessoas a responder que nunca participa nas actividades. É certo que alguns não podem, mas também é verdade que, em certos casos, não têm quem os anime e esteja com eles na realização de tarefas ocupacionais. A professora Mónica, por exemplo, tem a mãe num Centro Paroquial do concelho de Ponte de Lima. Está num Lar. Não tem mobilidade de pernas. Está numa cadeira de rodas, mas fala muito bem. Atente-se na resposta que deu a um Presidente da Direcção que lhe perguntava:

> - Então, como está a sua mãe?
> - Está muito bem, é muito bem tratada. Foi um grande favor que nos fizeram admiti-la no Lar. Só é pena não haver um animador sociocultural. Os idosos passam muito tempo a olhar uns para os outros (V. 7).

Há, no entanto, instituições que têm uma programação de animação variada, rica, aliciante. Em anexo, juntamos o plano mensal de actividades desenvolvidas num Centro Social Paroquial do concelho de Ponte de Lima.[101] Quando se fala em animação sociocultural, está-se a fazer referência a que o cidadão abandone o seu individualismo cómodo e seguro para se implicar e comprometer na gestão cidadã e nos processos sociais que têm lugar na comunidade. A animação sociocultural incita os cidadãos a participar e a responsabilizar-se nas decisões que os afectam pessoalmente como grupo ou como comunidade. Mas esta participação, normalmente, não aparece de forma

[101] Nos anexos, apresentamos alguns planos de actividades mensais de instituições.

espontânea, pois é um processo que se aprende e se aprende através da metodologia participativa.

Por sua vez, há dificuldades em participar relacionadas com os utentes. A primeira dificuldade advém da falta geral de uma cultura de participação na nossa sociedade. Estamos pouco habituados a participar, a implicar-nos activamente em alguma tarefa, o utente abeira-se do trabalhador social e espera que seja ele a resolver os seus problemas, dificuldades, conflitos. Às vezes, a não participação do utente é uma manifestação de resistência à mudança. Há dificuldades também originadas pelo trabalhador social e que dificultam a participação. Às vezes, teme que a participação possa ser prejudicial para ele. Há, finalmente, dificuldades da complexidade do trabalho social e, sobretudo, as dificuldades sentidas pelos utentes que, às vezes, são, na realidade, muito limitativas para que possam ter uma participação mínima.

4.8. Relacionamento com os amigos e vizinhos na opinião dos utentes do Centro de Dia/ Centro de Convívio e do Serviço de Apoio Domiciliário

Pelo que foi exposto, verifica-se que nas relações sociais entre os idosos, intervém o factor individual. Trata-se de um feito que constitui uma das particularidades importantes e dificilmente quantificáveis das relações sociais deste segmento da população pois a rede de relações está muito determinada pela vida anterior de cada indivíduo. Muitas vezes, os problemas manifestados no reajuste das relações sociais das pessoas idosas não são mais do que variações agravadas das suas dificuldades durante a vida passada (Fayos, 2005, p. 26). As relações inter-individuais durante a velhice tendem a enfatizar as variáveis que caracterizaram o sujeito na vida passada: amizades, aversões, preferências, gostos, profissão, formas de prestígio. Apesar de tudo, o relacionamento constitui um elemento essencial da comunicação interpessoal.

Como foi dito, muitos idosos vivem sós e isolados. Mas o isolamento é mais uma experiência subjectiva da interacção social. A solidão está ligada ao aborrecimento. Para combater a solidão há que intensificar os contactos sociais, buscar interesses comuns, experiências comuns e actividades comuns (Fayos, 2005). O contacto com

outras pessoas e o intercâmbio de ideias com outras pessoas contribui para o bem-estar psíquico do idoso. Ter um amigo ou confidente ajuda as pessoas idosas e enfrentar as situações de stress (Lowenthal y Haven (1968). Os vizinhos também constituem uma fonte especial de apoio e de ajuda para a pessoa idosa. Quisemos, portanto, saber, como se relacionam os utentes do Centros Sociais Paroquiais com *os amigos e vizinhos.*

Os dados deste nosso estudo manifestam que a grande maioria dos respondentes da nossa amostra das três valências para idosos diz que se relaciona frequentemente com os amigos e vizinhos como vimos (cf. figura nº 33).

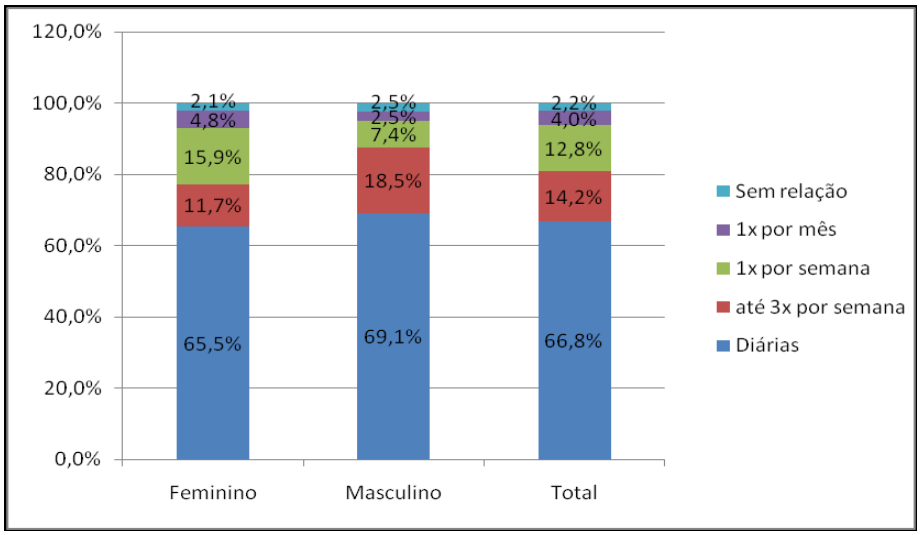


Figura nº 54 - Relação com amigos e vizinhos por sexo (C.D. e S. A.D.)

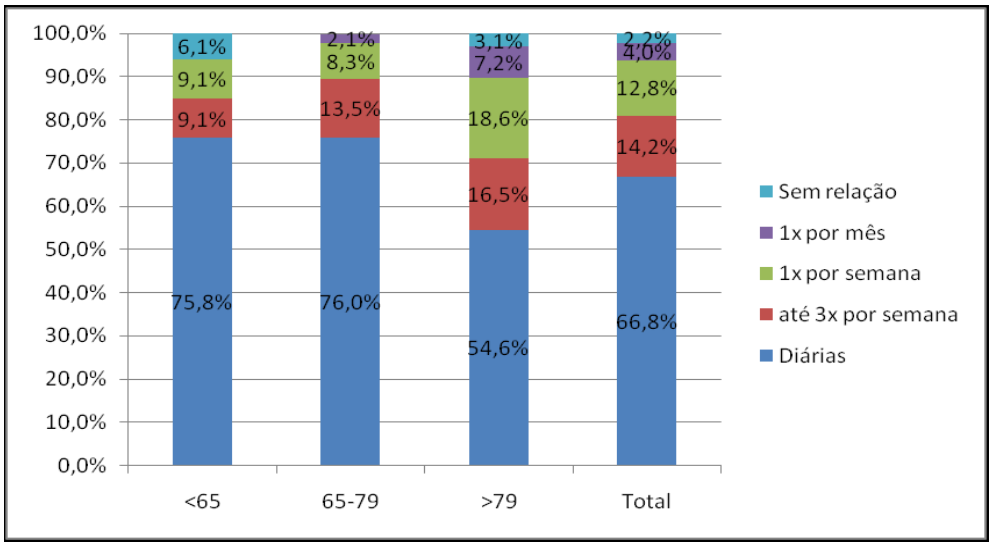


Figura nº 55 - Relação com amigos e vizinhos por idade (C.D. e S.A.D)

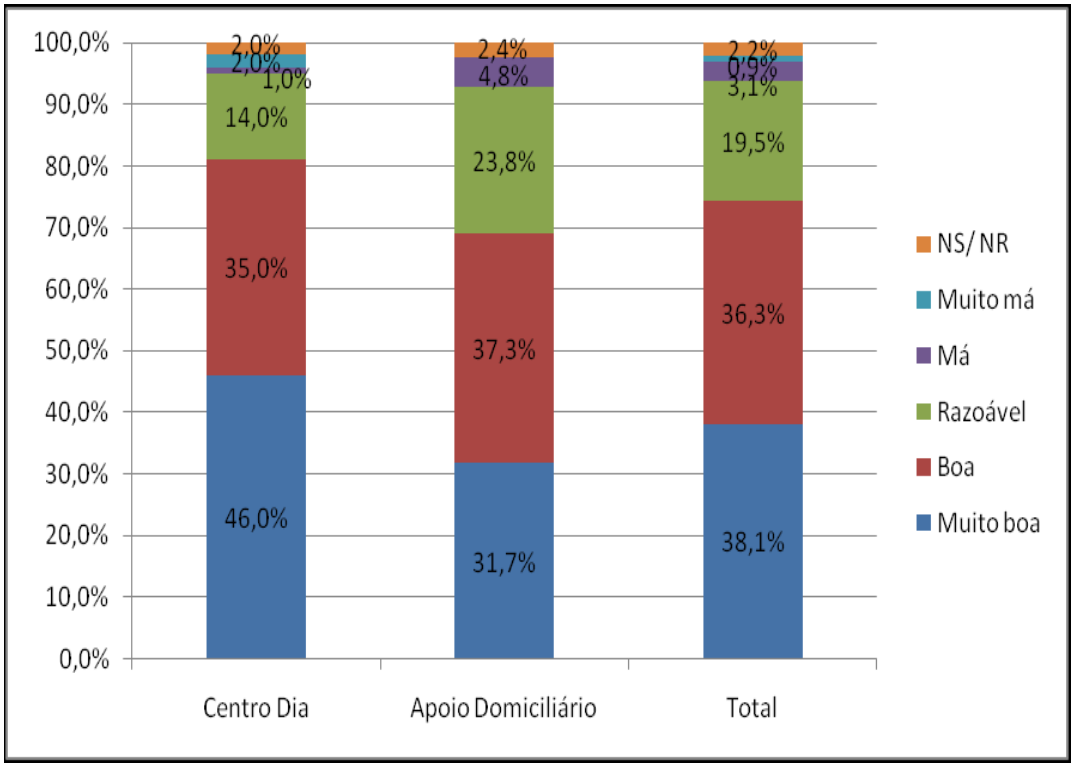


Figura nº 56 - Qualidade relação com amigos e vizinhos (C.D. e S.A.D.)

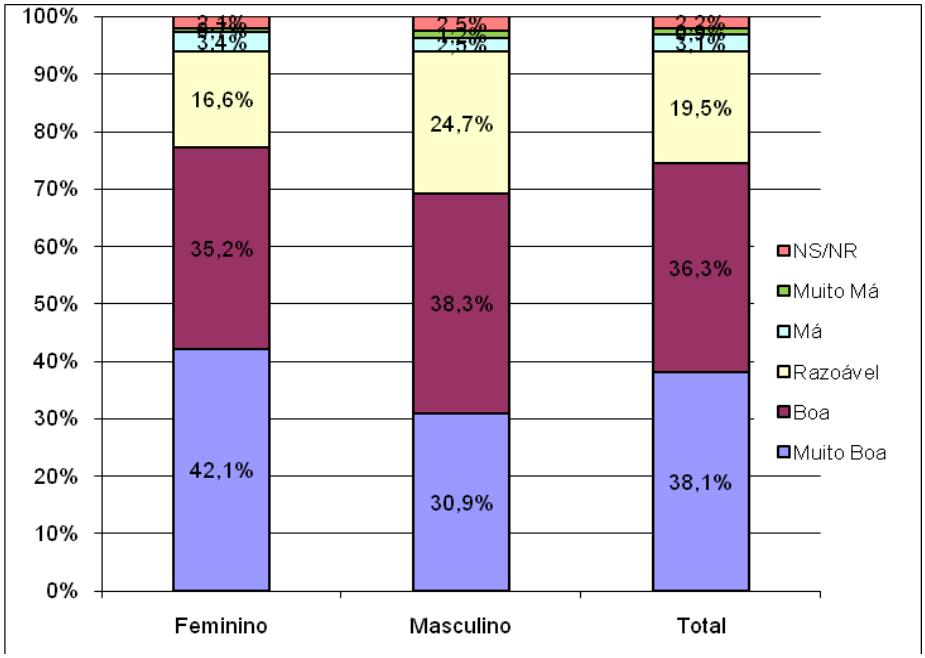


Figura nº 57 - Qualidade relação com amigos e vizinhos por sexo (C.D. e S.A.D.)

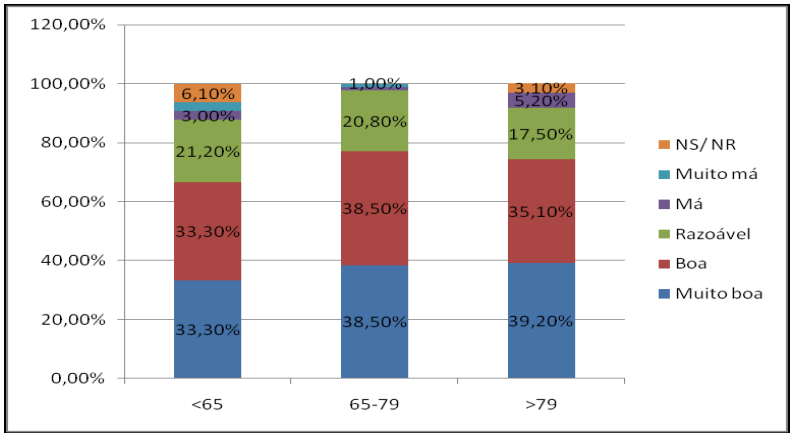


Figura nº 58 - Qualidade relação com amigos e vizinhos por idade (C.D. e S.A.D.)

É de salientar que os dados da amostra dizem que os utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio convivem mais vezes com os amigos e vizinhos do que os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (cf. figura nº 54).

A qualidade da relação com os amigos e vizinhos é referida (cf. figura nº 56), como sendo, no total, *muito boa* (38,10%) e *boa* (36,30%). Isto verifica-se sobretudo no Centro de Dia e Centro de Convívio (46,00% + 35,00% respectivamente). A qualidade das relações é referida pelos respondentes do sexo masculino e feminino (cf. figura nº 57). Referem-no principalmente os do sexo feminino (42,1%). Verifica-se uma opinião positiva, nas várias idades, sobre a relação com os amigos e vizinhos (cf. figura nº 58).

Os dados da amostra dizem que os utentes de CD/CC têm uma opinião mais positiva do que os utentes do SAD sobre a relação com os amigos e vizinhos (cf. figura nº 33, 56).

Cada pessoa sente necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade (cf, Santos, 2000, p. 51). Um estudo realizado por J. Harris et al (1975) diz que quase todos os idosos têm amigos íntimos. Para os que não possuem familiares, as amizades constituem um apoio social uma considerável fonte de satisfação. Mesmo quando se conta com relações familiares satisfatórias, os relacionamentos com amizades são fundamentais por tratar-se de pessoas com as quais se partilha não só a idade mas algo que é mais importante: uma experiência vital parecida, interesses comuns, memórias e valores semelhantes (Bazo, 1990). As amizades para as pessoas idosas são uma fonte importante de apoio tanto emocional como instrumental. Estas relações proporcionam intimidade emocional,

empatia. Os vizinhos constituem também uma fonte de especial de apoio e de ajuda para o idoso, sobretudo em situações de emergência (Fayos, 2005).

4.9. Relacionamento com a Paróquia

No Minho, onde se situa o campo de análise em que foram lançados os questionários, as pessoas, principalmente das gerações mais velhas, organizam de uma forma muito forte a sua religiosidade, valorizando as suas crenças e necessidades. Como vimos, a Ribeira Lima, em Portugal, é a região onde a prática religiosa é maior, segundo os números dos últimos censos da frequência à missa dominical. A ligação à Paróquia ocupa um lugar importante para as pessoas e, principalmente, para as pessoas idosas. Algumas pessoas assistem aos actos religiosos não só para cumprir os preceitos, mas também levadas por motivos sociais. A ida à missa dos idosos de uma instituição, além de ser um acto com profundo sentido religioso, é ao mesmo tempo motivo para caminhar um pouco e, antes e no fim da celebração, possibilitar um encontro com as pessoas da comunidade.

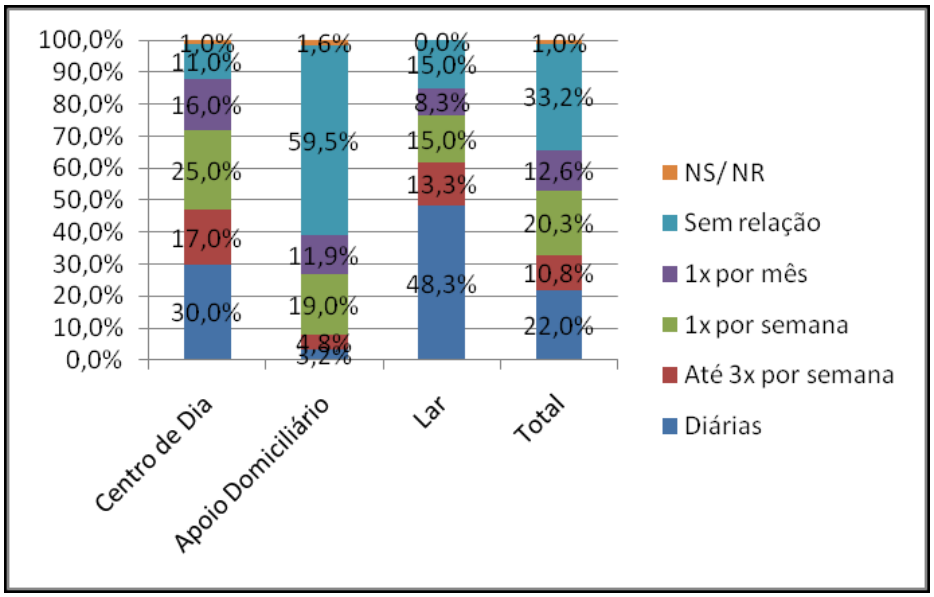


Figura nº 59 - Relações com a paróquia da instituição

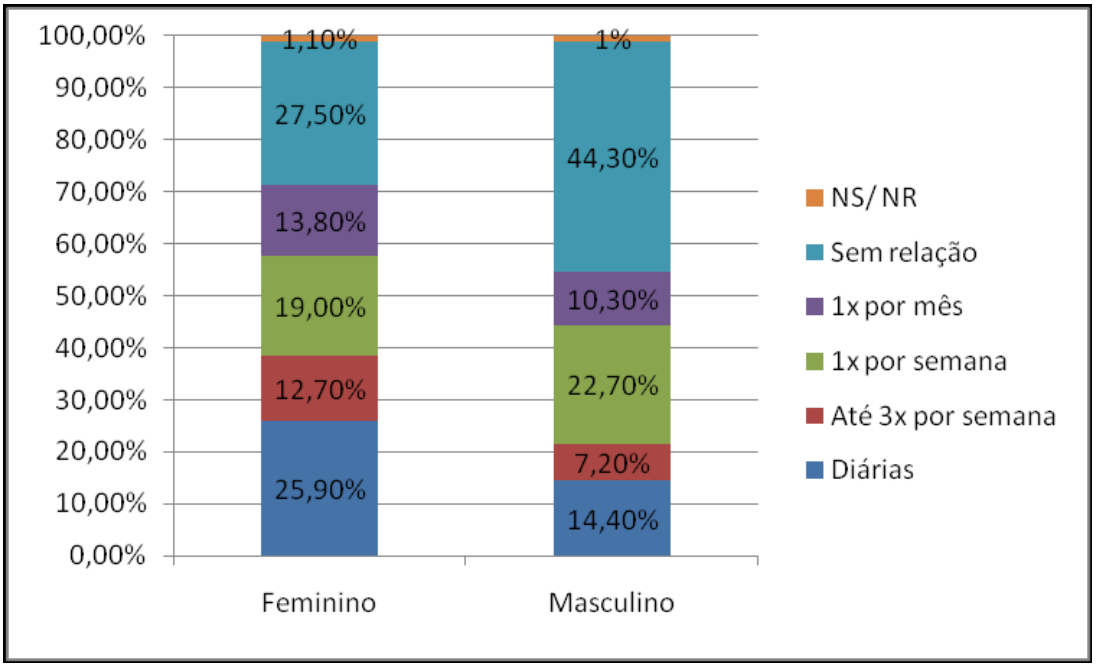


Figura nº 60 - Relações com a paróquia da instituição por sexo

A maioria dos respondentes (da amostra) das valências do Centro de Dia, Centro de Convívio, do Lar, bem como os funcionários dizem que se relacionam com a Paróquia uma vez por semana ou mais vezes (cf. figuras nº 59 e 60). Os utentes do Serviço do Apoio Domiciliário não manifestam a mesma opinião. De facto, 75 dos respondentes do Serviço de Apoio Domiciliário (59, 50%) afirmam que não têm relação com a Paróquia (cf. figura 59). A esta posição não estará certamente alheia a sua situação de mobilidade. Há variações, por sexo, na relação com a Paróquia (cf. figura nº 60). Os respondentes do sexo feminino relacionam-se mais vezes com a Paróquia do que os do sexo masculino. O que não admira, pois as mulheres têm nesta sociedade uma participação religiosa mais significativa do que os homens, independentemente da idade, conforme todos os censos confirmam.

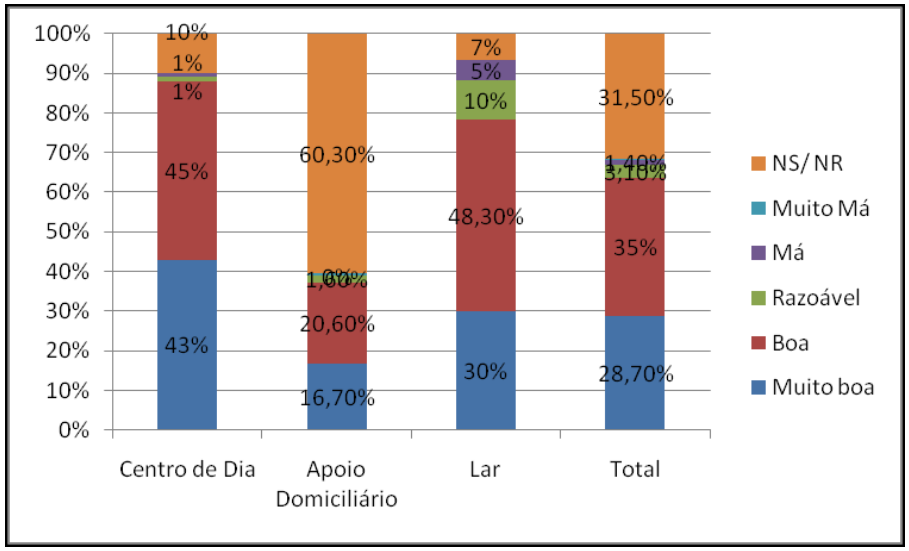


Figura nº 61 - Qualidade das relações com a paróquia da instituição

Quanto à qualidade das relações com a Paróquia, verificamos que uma grande maioria dos respondentes do Centro e Dia e do Lar dizem que é *muito boa* e *boa*. No entanto, 60,30% dos do Apoio Domiciliário respondem que *Não sabem ou Não respondem.*

Compreende-se que os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário tenham menos relacionamento com a Paróquia. Os utentes do Lar vivem, geralmente, próximos da igreja paroquial e têm a assistência próxima do pároco que, como vimos, é também o Presidente da Direcção. Os utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio são pessoas que ainda se movimentam com mais autonomia, frequentam as instalações dos Centros Sociais Paroquiais e participam em variadas actividades de ocupação de tempos livres. Isso não acontece, no entanto, com a maioria dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário que, raramente, saem de suas casas. Além disso, alguns utentes não têm relacionamento com a Paróquia do Centro Social Paroquial que lhes presta serviço porque não é a sua paróquia. Na verdade, há Centros Sociais Paroquiais que estendem a sua acção às freguesias vizinhas. Também a muita idade, a pouca saúde e mobilidade dos idosos são factores impeditivos a ter sempre em conta. Note-se, todavia, o bom relacionamento dos utentes do Centro de Dia, do Centro de Convívio e do Lar com a paróquia das instituições. Verifica-se que as paróquias têm uma acção, bem visível, nestas instituições. A maioria dos funcionários da nossa amostra diz que tem uma relação diária com a Paróquiia da Instituição (cf. figura 62):

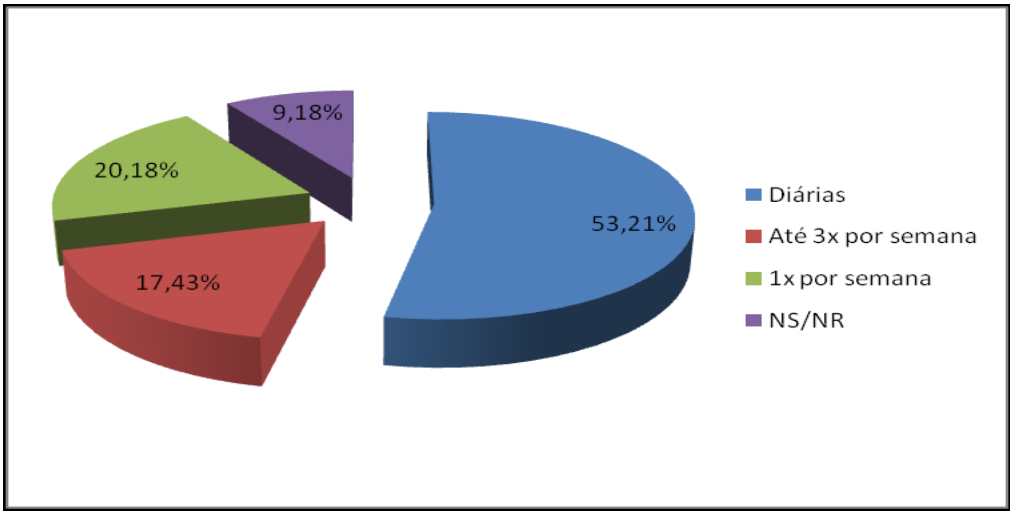


Figura nº 62 – Relação com a Paróquia da Instituição (funcionários)

4.10. Relacionamento com os residentes

O relacionamento de amizade, com os mais próximos, nomeadamente os da mesma estrutura doméstica, constitui uma fonte importante de apoio para o idoso. Se a pessoa idosa gosta de manter e de estabelecer novas amizades, ela está mais dependente da amizade dos que lhe estão mais próximos, porque lhes confere segurança no quotidiano. A família proporciona, durante muito tempo, apoio económico e emocional alimentando a vida comunitária do idoso e cumpre esta missão de proximidade. O apoio e a disponibilidade das relações familiares têm uma grande influência no bem-estar da pessoa idosa (Pinazo, 1998-1999). Os que vivem numa instituição precisam também de se relacionar com os outros residentes, membros dessa nova estrutura doméstica. Por isso, as instituições, na qualidade de estruturas domésticas, residenciais, devem oferecer serviços sociais para responder às necessidades das pessoas, potenciando aquelas que propiciam a sua autonomia pessoal e a convivência com o meio em que vivem (INSERSO, 1995[102]). Neste estudo, procurámos saber a opinião dos utentes das várias valências de idosos e dos funcionários sobre o relacionamento com os residentes.

[102] Instituto Nacional de Servicios Sociales.

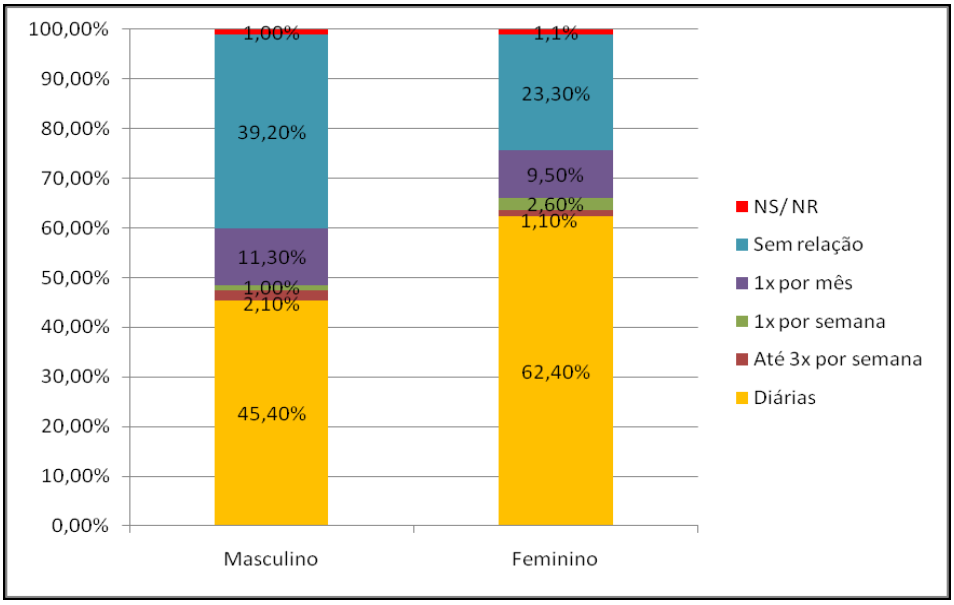


Figura nº 63- Relação com os residentes no Centro Paroquial por sexo

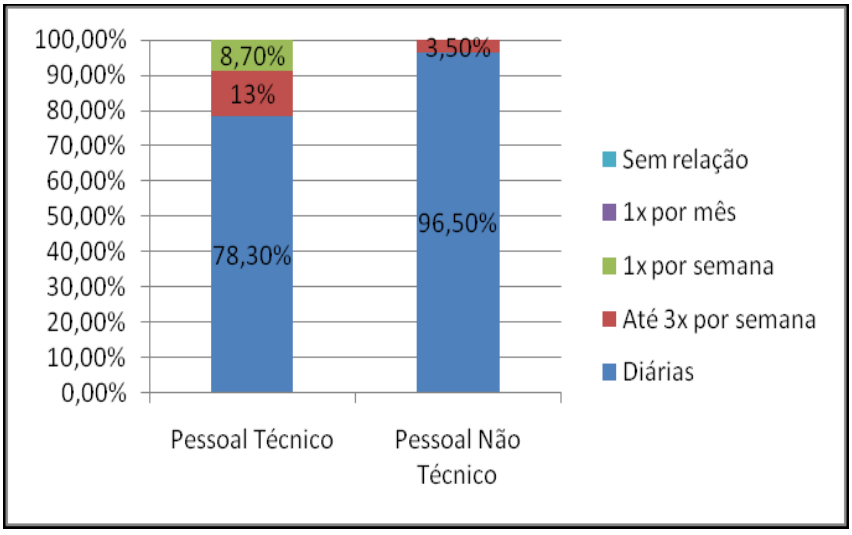


Figura nº 64 – Relação com os residentes no Centro

O relacionamento com os residentes no Centro Social Paroquial é-nos apresentado nas figuras 34, 35, 63, 64, 65). A relação com os residentes é *diária* para os utentes do Lar (96,70%) e para 96,00% dos utentes do Centro de Dia (cf. figura nº 34). Não se verifica o mesmo nas respostas dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, pois 63,50 % responde *sem relação* (cf. figura nº 34). A razão deve-se ao facto de os utentes

do Serviço de Apoio Domiciliário viverem em suas casas e raramente se deslocarem à instituição.

Os funcionários respondem (92,70%) que têm relação diária com os residentes no Centro Social Paroquial (cf. figura nº 35); e que a qualidade da relação é *muito boa* (50,44%). O pessoal técnico (cf. figura nº 64) comunica menos vezes diariamente (78,30%). Compreende-se o motivo. Alguns funcionários técnicos não trabalham diariamente na instituição como acontece, em certos casos, com o fisioterapeuta ou o enfermeiro.

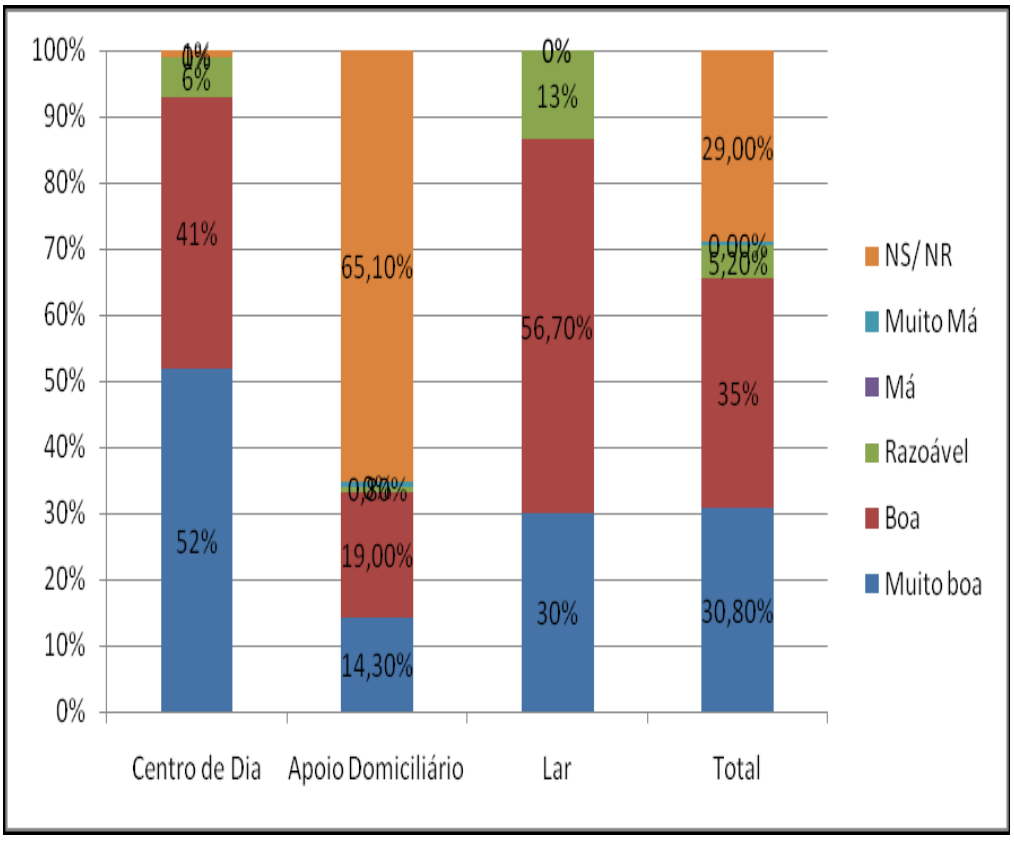


Figura nº 65 - Qualidade da relação com os residentes no Centro Paroquial

Sobre a qualidade da relação com os residentes no Centro Paroquial verifica-se uma relação *muito boa* e *boa* nas valências de Centro de Dia e de Lar.. No entanto, os respondentes do Serviço de Apoio Domiciliário respondem que *Não sabem ou não respondem* (65,10%) (figura nº 65). Estes dados confirmam os da questão anterior e as explicações são idênticas. Os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário vivem isolados das instituições e das pessoas ligadas à instituição. Contactam com as funcionárias que

os visitam em casa, lhes servem as refeições, e lhes prestam serviços de limpeza, higiene pessoal, limpeza da casa, mas não têm contacto com a instituição que lhes presta apoio nem com os residentes ou, se o têm, é muito ocasional.

Perante estes dados, pode-se inferir que os utentes do Serviço do Apoio Domiciliário vivem, geralmente, mais isolados do Centro Social Paroquial e da Paróquia do que os utentes das outras valências; e que os Centros Sociais Paroquiais prestam-lhes serviços relevantes, mas nem sempre conseguem tirá-los do isolamento do seu mundo e levá-los a participar nas actividades. Os anos de experiência, à frente de uma Instituição de Solidariedade Social, confirmam que, nos meios rurais, os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, geralmente, vivem em sua casa e no seu quintal e não querem vestir uma camisa nova para ir ao Centro Social Paroquial ou para participar num passeio ou em terapias ocupacionais.

4.11. O relacionamento interno nos Centros Sociais Paroquiais, na opinião dos Presidentes da Direcção

Interessava-nos saber a percepção dos Presidentes das Direcções sobre a comunicação interna das instituições que tutelavam, pois assim percebíamos a importância que os mesmos davam a este factor essencial de bem-estar dos utentes. Sendo a interacção social um conjunto de acções e de reacções (daí a inter-acção) mediante as quais os seres humanos entram em relação recíproca, comunicam, se julgam, colaboram (Demartis, 2006), como se situariam aí os Presidentes das Direcções? Interrogámos os Presidentes da Direcção dos Centros Sociais Paroquiais sobre o relacionamento interno nas instituições que dirigem. Responderam quase todos os Presidentes da Direcção. Há respostas muito positivas.

Um Presidente da Direcção responde que o *"relacionamento interno é muito bom" (D 6.).* Outro, de forma menos exuberante, caracteriza o relacionamento interno como sendo *bom* (D 7) e outro diz que o relacionamento é *satisfatório* entre as funcionárias, os utentes e a direcção (D.9). Os utentes são pacíficos; as funcionárias vão

cumprindo as suas obrigações (D 1). Outro Presidente da Direcção tem uma visão mais crítica. Escreve:

> O relacionamento interno entre os funcionários e utentes e entre estes últimos tem altos e baixos conforme a alteração de funcionários e utentes: nota-se, porém, um certo desgaste do relacionam, entre os funcionários, muitas vezes por ciúmes de "carreira", ordenados, horários, etc. Certos funcionários, por falta de formação ou dificuldade no tratamento, são autênticas "pedras no sapato… À excepção de dois ou três casos, o ambiente é bom e as queixas dos idosos referem-se apenas os sobreditos que criam também mau ambiente entre si.
>
> Entre os utentes, verifica-se um início de relacionamento muito saudável à chegada, mas aprendendo as manhas da casa e uns dos outros, e com o sobrecarregar do ambiente de internato surgem, por vezes, conflitos que é preciso resolver, às vezes, existindo inclusive pequenos confrontos físicos, mas sem gravidade (D. 3).

Deduz-se que, apesar de uma opinião tendencialmente positiva sobre o relacionamento interpessoal, pode-se dizer que também se verificam alguns atropelos ao bom relacionamento nestas instituições.

4.12. O relacionamento dos Centros Sociais Paroquiais com a Segurança Social visto pelos Presidentes da Direcção

A firmeza da identidade das instituições é um valor real, com grandes vantagens para os que dele beneficiam. Passo fundamental, além da identidade e unido a ela, é conceder à actividade caritativa cristã autonomia e independência da política e das ideologias (cf. Bento XVI, Enc. *Deus caritas est*, 31 b), ainda que em cooperação com organismos do Estado para atingir fins comuns (Bento XVI, 2010).

Como foi dito na revisão da literatura, o Estado e as Instituições estabelecem relações mediante acordos de cooperação. O Estado legisla e fiscaliza, coopera e exerce uma acção tutelar. Por isso, os Centros Sociais Paroquiais comunicam e colaboram com a Segurança Social.

Verifica-se ultimamente uma diminuição de contactos pelo correio entre os Serviços da Segurança Social e a Direcção dos Centros Sociais Paroquiais. Em contrapartida, há uma comunicação crescente via e-mail entre os serviços intermédios à margem da Direcção. Na realidade, hoje, faz-se quase tudo por suporte informático. Pedem-se informações, folhas do movimento mensal, contabilidade. Enviam-se informações da instituição, folhas mensais, mapas contabilísticos pela internet. As instituições são, assim, cada vez mais, livros abertos nas mãos da Segurança Social.

As Instituições, no entanto, podem ficar nas mãos de um Técnico de Contabilidade que não envia a contabilidade em suporte informático a tempo, ou de uma Directora Técnica que não elabora nem manda as folhas do movimento mensal com zelo. Quando há incorrecções, os Presidentes da Direcção são, então, caixas de correio da Segurança Social. Portanto, nem sempre existe uma comunicação constante e eficiente entre a Direcção da Instituição e da Segurança Social.

Há Presidentes da Direcção que têm uma opinião de um relacionamento colaborante entre os Centros Sociais Paroquiais e a Segurança Social:

> "Quanto ao relacionamento com a Segurança Social, vamos fazendo o melhor possível" (D.1.*)*.

Há, todavia, quem emita uma opinião mais crítica:

> Com a Segurança Social além dos aspectos burocráticos – que são cada vez mais – parece haver da parte daquela apenas uma ideia de controlo, fiscalização, exigência de papelada e regulamentos, cumprimento de decretos, mais do que uma atitude pedagógica dando a conhecer a legislação, partilhando experiência técnica, logística e legista, bem como de experiências de umas instituições para as outras; há muito a corrigir neste relacionamento porque a nossa ligação não é de "tutela", mas mantemos a autonomia (deveríamos poder fazê-lo…), actuando apenas em acordo ou parceria e recebendo subsídios pequenos para as demasiadas exigências, muitas vezes técnica e economicamente incomportáveis. Tem havido, no entanto, alguma boa vontade da parte

da Segurança Social por ajudar a melhorar as condições físicas e humanas das instituições, mas com um caminho ainda muito longo pela frente para percorrer (D.4).

Alguns Presidentes da Direcção lamentam os parcos subsídios da Segurança Social que exige muito e dá pouco: Estamos à espera de subsídios prometidos (D.6.)**.** Outros indiciam um mau relacionamento, no passado, ao afirmarem que o relacionamento com a Segurança Social *"agora é satisfatório"* (D. 9).

Deduzem-se destas respostas dificuldades no relacionamento entre as instituições prestadoras de serviços e o Estado que coopera, que fiscaliza, que exige. A questão não se coloca tanto na legislação e no que está escrito, mas na actuação dos vários serviços estatais que fiscalizam, controlam, tutelam, inspeccionam, de forma que, muitas vezes, a autonomia das instituições não se vê nem no Regulamento Interno de cada instituição. Até o Regulamento Interno é imposto às Instituições por alguns técnicos da Segurança Social.[103] A autonomia e a independência destas instituições do poder político são difíceis de concretizar.

O Estado, como foi dito, deve, em primeiro lugar, estimular as iniciativas válidas existentes nas instituições de solidariedade social, principalmente as relacionadas com a formação dos trabalhadores. Depois, apoiar as iniciativas válidas na área da assistência social; providenciar pela coordenação das iniciativas de modo a conseguir um serviço em rede e alargado; tutelar as iniciativas para que sejam dotadas de meios e não se desviem dos seus fins; finalmente, deve suprir as carências das instituições (cf. Lino Maia, 2007). O Estado tem de cooperar com as IPSS porque ele não tem capacidade de tratar e resolver todos os problemas em domínios tão sensíveis para o bem-estar das pessoas e das famílias, especialmente das mais desfavorecidas.

[103] Verificámos isso pela leitura de vários relatórios de inspecções realizadas às instituições e a que tivemos acesso.

5. Qualidade de Vida nas valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais

Outras questões que se colocam andam à volta de saber o que pensam os utentes sobre os Centros Sociais Paroquiais. Como é que eles se sentem na valência que frequentam? O que é que pensam de quem cuida deles? Como se sentem os trabalhadores sociais? Numa época em que tanta gente teoriza sobre as virtualidades e os defeitos das várias valências, será possível colher uma opinião de quem lá vive? Enfim, o que se pretende saber é da qualidade de vida destes utentes!

Como vimos na parte teórica, a qualidade de vida tornou-se, ultimamente, num dos conceitos mais utilizados tanto pelos planificadores sociais como pelos diferentes profissionais das ciências ambientais, sociais e de saúde (Salinero, 2009). Verificamos que, no campo da saúde, considera-se a qualidade de vida como o bem-estar físico, psíquico e social e não só como ausência de doença ou de sofrimento. Concluímos que, ainda que seja difícil dar uma definição exacta de qualidade de vida, devido à complexidade e abstracção dos seus componentes, muitos autores concordam que é um conceito multidimensional configurado por uma ampla série de condições ou ingredientes tanto socioambientais como pessoais, relacionados com a satisfação, o bem-estar físico, mental e social e a capacidade para realizar as actividades quotidianas. Esta perspectiva é subjectiva, mas também objectiva e incluem o bem-estar económico, uma adequada habitação, trabalho, segurança pessoal e familiar, relações interpessoais, e ócio (Salinero, 2009). Vimos também que não se deve descurar que a qualidade de vida varia com a idade e o *status* social, daí a particularidade dos idosos e das suas expectativas quanto ao local onde residem e quanto às pessoas com quem interagem. Este estudo fornece-nos dados sobre o gosto de estar e de trabalhar nos Centros Sociais Paroquiais, como vamos ver.

5.1. Como se sentem os utentes idosos nos Centros Sociais Paroquiais?

Os dados deste estudo evidenciam, em primeiro lugar, a prevalência do sexo feminino (cf. Figuras nº 2, 7) nos utentes, o que está associado à esperança de vida nas mulheres, que é superior à dos homens. Verificamos que, na valência do Centro de Dia e Centro de Convívio, 68 sujeitos que responderam ao questionário, são do sexo feminino, enquanto 32 são do masculino. Na valência de Apoio Domiciliário, 77 sujeitos são do sexo feminino e 49 do masculino. Na valência de Lar de Idosos, 44 dos respondentes são do sexo feminino e 16 do masculino.

Se atendermos às respostas dadas pelos respondentes aos questionários, verifica-se que, em relação aos que frequentam os Centros Sociais Paroquiais, o sentimento mais referido é "*Satisfeito",* a seguir é "*Tranquilo"* e, depois, *"Querido*" (cf. Figuras 16, 17). No total, referiram *"satisfeito*" 89,50 %. Por valências, referiram *"satisfeito"* 97,00% dos respondentes do Centro de Dia/Centro de Convívio, 91,30 % do Serviço de Apoio Domiciliário e 73,30 % do Lar. Portanto, a quase totalidade dos respondentes do Centro de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário diz estar satisfeita. Uma grande maioria dos utentes do Lar afirma-o também. Não se verificam diferenças quanto ao sexo. Homens e mulheres dizem que estão satisfeitas.

Tendo em conta alguns relatos biográficos, que seleccionamos, respigamos estes testemunhos:

Estou aqui bem, satisfeita e estimada. Aqui não tenho razão para estar preocupada (V.1). Agora estou aqui. Estou bem. Sou bem muito tratada (V.4).

As respostas indiciam que os Centros Sociais Paroquiais são casas de bem - estar. Mesmo os que responderam "triste" disseram também que estavam satisfeitos, tranquilos ou seguros. Quisemos confirmar estas respostas, ouvindo relatos biográficos recentes de três utentes de um Lar.

Maria da Luz, utente do Lar, dizia:

> Estou preocupada com os filhos e com os netos. Os netos estão desempregados. A minha neta partiu estes dias uma perna (…) Às vezes estou triste. Estou aqui bem, satisfeita e estimada. Aqui não tenho razão para estar preocupada. Mas o meu marido morreu há anos. Há pouco tempo, faleceu o A, meu genro, num acidente. Depois há problemas entre os filhos e as noras. Também penso nos netos (V.1).

.

D. Rute, utente dum Centro Social Paroquial, desde 1991, que começou por ser utente do Centro de Dia, e, desde 1992, do Lar, faz um relato de vida semelhante:

> Hoje vivo preocupada com os filhos. Alguns não me vêm ver. Nem querem nada de minha casa.
>
> Agora estou aqui. Estou bem. Sou bem muito tratada, mas estou triste. O meu marido morreu. Um genro morreu, há pouco. Os meus filhos não se entendem sequer na divisão dos poucos bens (V.4).

Idênticos sentimentos expressa José Ralha, com oitenta e um anos, interno do mesmo Lar, onde está com sua esposa, uma doente com a Alzheimer, em fase muito avançada, mas as razões para ter momentos tristes são diferentes.

> A minha mulher adoeceu (Alzheimer). Foi uma desgraça. Eu não podia cuidar dela. Por isso, ela veio para o Lar e eu vim com ela também. Tive pena de deixar a minha casinha. Foi como quem me arrancou o fígado com o desgosto. A casa é minha. Agora estão lá o filho, a nora e dois netos, mas a casa é minha (V.3).

Deduz-se que as tristezas destas duas senhoras e deste senhor, semelhantes a tantas outras, são devidas mais a um passado que não volta, a um marido ou esposa que já faleceram ou estão acamados, à família que se desmembra e se divide nas partilhas de bens, ao resto da família que se dispersa, a uma casa que se deixou. A tristeza não é devida ao facto de se sentir abandonado ou desprezado na instituição.

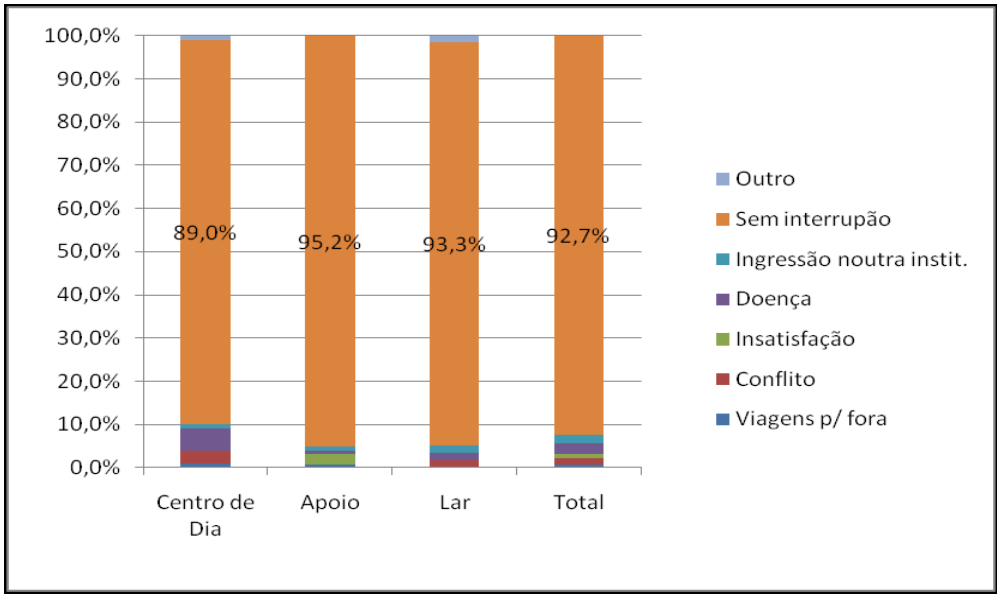


Figura nº 66 - Interrupção da prestação de cuidados

Verifica-se também, claramente, que os utentes dizem, na sua grande maioria, que não interromperam a sua frequência no Centro Social Paroquial (92,7%) (cf. Figura nº 66). Não há variações por sexo nem por idade. Explica-se a quase unanimidade das respostas por sexo e idade. Os idosos vão tendo um grau de dependência que vai aumentando, e as ligações familiares tornam-se cada vez mais ténues. Por isso, quem solicita o apoio de uma instituição, geralmente, depois, não abandona mais a instituição. A grande maioria dos que responderam aos questionários diz que os serviços lhes têm sido prestados sem interrupção. Isto quer dizer que quem começa a ser assistido pelos Centros Sociais Paroquiais, geralmente não interrompe.

Há pessoas que foram para o Lar acompanhando o marido ou esposa e, depois da morte deles, quiseram continuar no Lar.

> O meu marido era bastante gordo e começou a ter dificuldade em subir as escadas de acesso a casa. Deu-lhe uma trombose e veio para o Lar. Eu vim com ele para o Lar, para não se apartar o casal. O meu marido morreu, no Lar, e eu resolvi ficar. Já tinha aqui as minhas amigas, gostava da casa e sempre fui muito bem tratada por todas as empregadas. Ainda hoje não estou descontente. Fiz bem em vir para o Lar e em ficar cá (V. 1).

Uma das razões é porque se sentem protegidos e acolhidos pela instituição. A instituição é vista por muitos já como a sua casa. É o que evidencia o excerto de uma pequena entrevista, feita a uma utente do Lar, há vários anos. A D. Purificação está muito dependente. É movida numa cadeira de rodas. Uma infecção obrigou a instituição a chamar o INEM. Foi hospitalizada. Quando visitada pelos trabalhadores sociais da instituição, chorava (cf. V. 6).

> Há dias tive uma infeçcão e fui para o hospital de Viana. Foram-me lá visitar algumas empregadas que também as há amorabeles. Eu chorei muito no hospital. Só queria sair do hospital. Queria voltar à minha cama do Lar. Pensava que não voltava à minha caminha (V.4).

As expressões, *minha cama*, *minha caminha* indicam a cama da instituição como sua, como seja já a cama de sua casa e o hospital surge como local estranho e rejeitado. As expressões *"a minha cama" ou "minha caminha"* (do Lar do Centro Social Paroquial) expressam integração numa casa que também é sua e manifesta uma certa identidade pessoal com a instituição.

5.2. Qualidade de vida dos utentes

Quisemos saber qual a qualidade de vida dos utentes nas várias valências para idosos nos Centros Sociais Paroquiais. Sabíamos, à partida, que há dificuldades em medir a qualidade de vida devido à falta de definição unânime, à sua natureza subjectiva e à sua multidimensionalidade. Entre os diversos instrumentos que há para medir a qualidade de vida, referimos o CUBRECAVI (questionário breve de qualidade de vida). O CUBRECAVI é constituído por dezoito ítens, integrados em nove áreas: Saúde (subjectiva, objectiva e psíquica); Integração social; Habilidades funcionais; Actividades e ócio; Qualidade ambiental; Satisfação com a vida; Educação; Ingressos e Serviços sociais e de Saúde.

Embora não tivéssemos seguido esse ou outros questionários valorativos da qualidade, os dados fornecidos pelos questionários que lançámos fornecem-nos

elementos sobre a qualidade de vida dos utentes e dos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais. Seguindo as áreas do CUBRECAVI, a partir dos dados recolhidos da nossa amostra, podemos concluir:

1. Saúde: Conforme podemos ler nos relatórios sociais que aconselham a frequência de uma valência, verificamos que são diversas as doenças dos utentes que motivam as informações sociais (cf. relatórios sociais em anexo).
2. Integração Social: O estar só, o isolamento, a solidão, a falta de apoio familiar são motivos aduzidos em muitos pareceres técnicos para indicarem a frequência de uma valência (cf. relatórios sociais);
3. Habilidades funcionais: Muitos utentes, conforme as doenças e o grau de dependência, manifestam défices cognitivos e motores (cf. relatórios sociais).
4. Actividades e ócio: Os utentes participam, ainda que não tanto como seria desejável, em várias actividades nos Centros Sociais Paroquiais (figuras nº 44 a 53).
5. Qualidade ambiental: Os respondentes manifestam opiniões positivas sobre as instalações, a comunicação, o relacionamento na valência do Centro Social Paroquial que frequentam (figuras nº 19,22-24,36-38).
6. Satisfação com a vida: Os funcionários dizem que gostam do que fazem e os utentes apreciam a atenção que lhes é prestada (figuras nº 16, 17, 40, 41, 67, 68).
7. Educação: Existem nos Centros Sociais Paroquiais muitas acções de índole cultural, recreativa, religiosa (figuras nº 44-49 e 51-53).
8. Ingressos: Os utentes ingressam, como vimos, por vontade própria nas valências do Centro de Dia, Centro de Convívio e Serviço de Apoio Domiciliário e por falta de apoio familiar no Lar (figuras nº 13 e 14).
9. Serviços Sociais e de Saúde: São várias as ofertas de serviços que são fornecidos aos utentes em todas as valências (figuras nº 47-49).

Como foi referido, os utentes têm uma história de vida e um passado clínico. Antes da integração numa valência faz-se o diagnóstico social, psíquico, clínico, recreativo, cultural e religioso dos idosos. A integração numa valência para idosos visa

dar-lhes qualidade de vida integral, melhorar o seu estado funcional e cognitivo, depois de colocar cada utente na valência adequada. Deduz-se, por isso, que só deve ser integrado numa valência social quem nela pode vir a ter mais alguma qualidade de vida.

Como vimos, a qualidade assistencial gerontológica deve permitir abordar o problema do envelhecimento e das suas consequências mediante uma actualização e modernização dos recursos existentes, a criação e diversificação de outros recursos. Como foi referido, nas valências de idosos estão pessoas dependentes que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização da vida diária (Amaral e Vicente, 2000, p. 25). Também se disse que o declínio funcional é mais lento ou mais rápido dependendo de uma série de factores: da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto sócio-económico-cultural, ou ainda do facto de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada (Paschoal, 2000, p. 314). Capelo (2001) verificou num estudo feito num centro de saúde da área da grande Lisboa que as doenças crónicas que mais afectam os idosos são a diabetes, as cardiopatias, os problemas osteo-articulares, hipertensão arterial, cegueira, paraplegia, cancro, doenças renais, marginalização social. O grau de dependência exerce influência negativa sobre a integração do idoso (cf. Marques, 1991; Fernandes, 1997). A dependência é um problema de saúde que interfere na qualidade de vida do indivíduo e requer a tomada de medidas sociais, governamentais e individuais. Avaliar a qualidade de vida das pessoas é um aspecto da maior relevância, devido à crescente prevalência de doenças crónicas e ao aumento de esperança de vida (Imaginário, 2008).

Não é possível desenvolver, neste estudo, todos os tipos de doenças dos utentes dos Centros Sociais Paroquiais. Realizámos, todavia, um estudo, feito em Outubro e Novembro de 2009, nos mesmos dez Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima, onde lançámos os nossos questionários[104]. Esse estudo visou saber qual a prevalência da depressão nos utentes do Centro de Dia, Centro de Convívio e do Lar nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima (cf. anexos).

[104] Esse estudo foi desenvolvido por nós e por Carlos Alberto Freitas Menezes.

O estudo teve por base as respostas de 264 utentes destas valências e não abrangeu os do Serviço de Apoio Domiciliário. Esse trabalho de investigação teve como hipótese de trabalho que a depressão geriátrica é altamente prevalente, particularmente em idosos institucionalizados. É sub-diagnosticada e sub-tratada e constitui uma séria ameaça à Saúde Pública. Pretendeu-se, por isso, avaliar a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados nos Centros Sociais e Paroquiais do Concelho de Ponte de Lima, bem como determinar factores de risco associados.

Realizou-se um estudo transversal, baseado na aplicação do questionário, à população de idosos que frequentava as valências de Lar e Centro de Dia das instituições referidas, entre 1 de Outubro e 15 de Novembro de 2009. Rastreou-se a depressão com a versão reduzida *da Escala de Depressão Geriátrica* (EDG). Aplicaram-se também o *Exame Sumário do Estado Mental* (ESEM) e o *Índice de Barthel* (IB) para avaliação da função cognitiva e actividades básicas da vida diária, respectivamente.

Os resultados mostraram que a prevalência de sintomatologia depressiva (EDG≥6) *(Escala de Depressão Geriátrica)* foi de 47,5% na população estudada (n=141), com 19,9% de depressões estabelecidas (EDG≥10). Verificou-se uma relação independente de risco, com os factores "viver sozinho", défice cognitivo. As correlações entre as pontuações EDG-ESEM e EDG-IB foram inversas e significativas e dependência para actividades básicas da vida diária (cf. quadros em anexo).

Confirmou-se, neste estudo, a elevada prevalência de depressão em idosos institucionalizados, descrita em estudos internacionais (*The National Center on Elder Abuse, 1998; Alexopoulos et al*, 1997; *Krishman* et al, 2004), o que confirma que a depressão é uma ameaça à saúde pública nos idosos. Dado prejudicar a qualidade de vida a todos os níveis e ser tratável, urge rastreá-la, diagnosticá-la e tratá-la. É necessário consciencializar os prestadores de cuidados de saúde, funcionários e administradores de Lares, os próprios idosos e seus familiares e a sociedade em geral sobre a dimensão deste problema, as suas particularidades e desmistificar a depressão

enquanto componente natural do envelhecimento. Concluímos que seria importante a realização de mais estudos, sobretudo para a avaliação dos factores de risco. Seria interessante estudar uma amostra maior, por exemplo a lista de idosos utilizadores de centros de saúde e, nesse caso, dado ser possível maior acuidade diagnóstica, incluir o estudo da influência das co-morbilidades enquanto factor preditivo de depressão e, também, determinar a prevalência de depressão na População Geriátrica geral.

5.3. Como se sentem os trabalhadores sociais nos Centros Sociais Paroquiais?

Foram inquiridos neste estudo os funcionários (pessoal técnico e não técnico), mas este estudo não contempla o número de voluntários nem qual o tipo de ajuda que eles prestam nos Centros Paroquiais. Os dados deste estudo não negam que o voluntariado possa ajudar muito os funcionários, os utentes e, naturalmente, as instituições. Além disso, as instituições podem recorrer aos programas de inserção e admitir temporariamente pessoas para trabalhar nas instituições, mas estas casas precisam de seleccionar, integrar e formar bem essas pessoas para que sejam úteis aos utentes e à instituição. Maria, de quarenta anos, no desemprego, após uma entrevista com o Presidente da Direcção do Centro Social Paroquial de S. Martinho da Gandra, foi colocada num desses programas de inserção. No fim da primeira semana de trabalho, o Presidente da Direcção pergunta-lhe:

> - Qual a tua impressão sobre a tua experiência profissional?
> - Não fazia ideia. Este trabalho é mais difícil do que eu pensava. O que mais me choca é cuidar dos acamados. Custa. Mas, estes dias, aprendi muito e vejo as pessoas doutro modo (V.6).

Apesar de tudo, esta funcionária, no desemprego, num programa de reinserção, logo que pode, foi-se embora. Não estava preparada para trabalhar com idosos muito dependentes, numa instituição.

No referente aos funcionários, 99 são do sexo feminino (90,80 %) e 10 funcinários são do sexo masculino (cf.figura nº 7). Dividindo o pessoal em técnico e não

técnico verificamos que 78,90% dos funcionários pertencem ao pessoal não técnico e 21,10% ao pessoal técnico. Constata-se que o pessoal técnico corresponde quase a um quinto do não técnico. A maioria dos funcionários (setenta e quatro) respondentes pertence ao quadro. Vinte são contratados e apenas seis recebem a recibo verde. Das respostas recolhidas, infere-se que há uma estabilidade bastante grande de emprego nos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima. Estas instituições podem beneficiar muito com o voluntariado, mas parece não ser esta a solução para a normalidade do funcionamento das instituições. O serviço aos idosos exige formação técnica e profissional, dedicação e atenção permanentes. Daí a necessidade de um quadro fixo de funcionários. Verifica-se, portanto, que os funcionários dos Centros Sociais Paroquiais são maioritariamente do quadro e, como já foi dito, do sexo feminino.

Pelos dados recolhidos das respostas dos funcionários, verifica-se que os funcionários:

a) Gostam muito do trabalho que realizam. A quase totalidade manifesta uma opinião muito positiva sobre o trabalho que faz (cf. figuras nº 18,19,67,68);

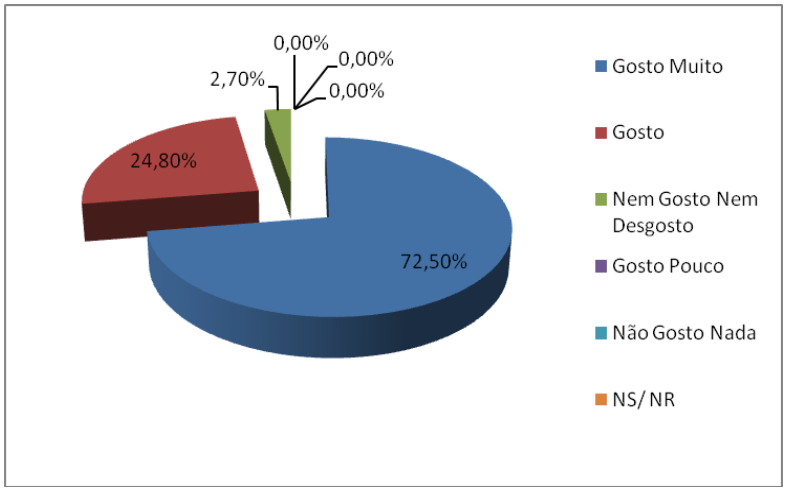


Figura nº 67 - Gosto pelo trabalho

b) O seu relacionamento com os outros funcionários é diário (cf. figuras nº 36 e 37);

c) O seu relacionamento com os outros funcionários é bastante bom (cf. figuras nº 38 e 39);
d) A relação deles com a paróquia da instituição é muito frequente e bastante boa (cf. figuras nº 59-63);
e) É muito frequente e bastante boa a relação que os funcionários têm com os residentes (cf. figura nº 35);
f) É boa a participação dos funcionários nas actividades da instituição (cf. figuras nº 50-53);
g) Os funcionários (pessoal técnico e não técnico) sentem-se satisfeitos na instituição (cf. figura nº 67 e 68):

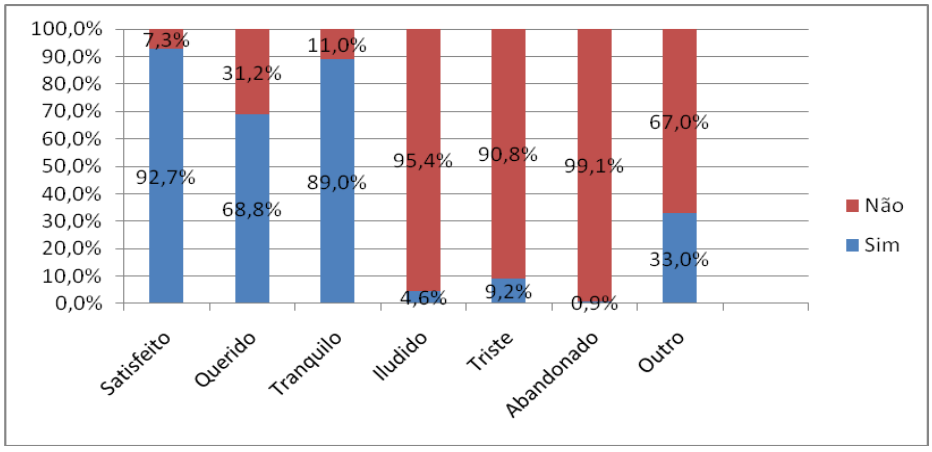


Figura nº 68 - Como se sente na instituição (funcionários)

h) Os funcionários dos Centros Sociais Paroquiais acham que as comunicações das decisões da Direcção, do Pessoal técnico e da Paróquia são bastante bem feitas (cf. figuras nº 22, 23, 28, 32,62);
i) Defendem que a realização de reuniões é o mais importante na comunicação interna da instituição (cf. figuras nº 42, 43);
j) Afirmam que a relação interpessoal na instituição é óptima; (cf. figura nº 36 e 37);
k) Dizem que as condições físicas do local de trabalho na instituição são boas (cf. figuras nº 18, 19).

Pelos dados recolhidos na nossa amostra, a maioria dos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais estudados diz que gosta do que faz. Os funcionários sentem-se realizados no trabalho que realizam. A satisfação tem a ver com o bem-estar subjectivo, entendendo por bem estar uma percepção e avaliação da vida como boa ou satisfatória. Os estudos sobre o bem-estar psicológico baseiam-se em autoinformações e na avaliação que fazem as pessoas de sua própria vida (Borglin, Edberg e Hallberg, 2005); Grace Baruch e Brooks – Gunn, 1984). Ainda que não possa ser ignorada a importância da componente objectiva do trabalho sob o aspecto da sua qualidade, tal componente, todavia, deve ser subordinada à realização do homem, e portanto, à dimensão subjectiva, graças à qual é possível afirmar que o trabalho é para o homem e não o homem para o trabalho. Mas o trabalho nos Centros Sociais Paroquiais tem uma dimensão social. O trabalho de um homem entrelaça-se naturalmente com o de outros homens. Hoje mais do que nunca, trabalhar é um trabalhar com os outros e um trabalhar para os outros (Compêndio da D. S. I. nº 272 e 273).

5.4. Os trabalhadores dos Centros Sociais Paroquiais vistos pelos utentes

Nas interacções formulamos opiniões sobre os outros. Os comunicadores desenvolvem impressões um do outro. A percepção da pessoa refere-se ao processo pelo qual o homem passa a pensar sobre as outras pessoas, as suas características, qualidades e estados interiores (Tagiuri, 1969). Quando interagimos estamos continuamente a efectuar juízos sobre os outros acerca do que são ou parecem ser, sobre o porquê de alguns comportamentos (Freixo, 2006). Segundo Hinton (1993), a percepção é analisada tendo por base três pontos de vista: o relacional, o social, o cultural. Em geral, o contacto mais frequente com alguém está relacionado com a proximidade e a atenção prestadas.

Analisando as respostas por valências, verifica-se que a pessoa mais solicitada para comunicar um problema nos Lares e na valência do Centro de Dia é a Encarregada de Serviços Gerais (cf. figura, nº 40). Os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário respondem que comunicam os problemas às funcionárias auxiliares dos serviços directos. No total, dizem que se dirigem ao Director Técnico 18,00% no Centro de Dia;

12,70% no Apoio Domiciliário; 21,70% no Lar). Este número indicia que o tecnicismo nem sempre é sinónimo de proximidade com os utentes. Os Centros Sociais Paroquiais precisam de técnicos, mas não podem depender exclusivamente do pessoal técnico com vínculo profissional, designadamente assistentes sociais, psicólogos, educadoras de infância e pessoal auxiliar. É certo que não são eles que marcam o ritmo nem definem as linhas de rumo dos Centros. Mas o técnico tem de ser uma pessoa próxima do utente.

Os respondentes têm uma opinião muito positiva sobre a atenção que lhes é prestada pelos funcionários (figura 41). É de salientar que as respostas dos utentes do Lar são menos positivas do que as expressas pelos utentes das outras valências. Curiosamente, os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário têm uma opinião muito positiva sobre os funcionários que lhes prestam serviços. Compreende-se, pois são eles que lhes prestam cuidados com mais proximidade.

5.5. Como são vistas as valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais?

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma valência a merecer uma séria reflexão por quem a subsidia. De facto, a análise dos dados dos questionários leva-nos à conclusão que os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, tomando como termos comparativos os utentes do Centro de Dia, do Centro de Convívio e do Lar, são:

1. Os que menos conhecimento têm das decisões da direcção e do pessoal técnico do Centro Social Paroquial (cf. figuras 23-27);
2. Os que menos comunicam e se relacionam com os vizinhos e com os utentes da Instituição (cf. figuras nº 54-58);
3. Os que menos comunicação e relação têm com a Paróquia da Instituição e com a própria Instituição que lhes presta assistência (figuras 29-30, 59-62);
4. Os que menos participam nas actividades do Centro Social Paroquial (cf. figuras 44-49).

O Serviço de Apoio Domiciliário, como vimos, tem várias características tais como:

a) Tem um carácter polivalente. A intervenção, nesta valência, é dirigida à pessoa, à família, à habitação, ao meio comunitário, tudo integrado num programa de intervenção.
b) É um serviço técnico: O apoio pessoal e a atenção realizam-se por pessoal tecnicamente preparado, qualificado e supervisionado por trabalhadores sociais.
c) Quando se intervém num caso, realiza-se um programa específico, individualizado, e avaliam-se os auxiliares de ajuda domiciliária e os trabalhadores sociais encarregados do serviço.
d) É um serviço social: supõe que a sua finalidade é melhorar a qualidade de vida das pessoas atendidas.
e) A intervenção é feita no domicílio do utente.
f) É de carácter temporal e transitório.
g) O SAD não é solução para as pessoas que vivam sós e requeiram atenção permanente e continuada devido à sua situação de invalidez total. Não é uma alternativa à institucionalização para estes casos.
h) O SAD não deve impor-se contra a vontade do beneficiário.

Os dados obtidos da análise do questionário permitem-nos verificar que:

a) A maioria dos respondentes pediu o Serviço de Apoio Domiciliário por vontade pessoal (cf. figura 13);
b) A relação com os amigos e vizinhos é bastante frequente (cf. figuras nº 33-34);
c) A maioria diz que não tem relação com a paróquia da instituição (cf. figuras 59-61);
d) A maioria dos utentes desta valência não tem relação com os residentes do Centro Social Paroquial (cf. figuras nº 63 - 65);
e) A sua participação nas actividades do Centro Social Paroquial é muito reduzida. A maioria nunca participa (cf. figuras nº 44-50);
f) Os utentes do S.A.D. sentem-se, geralmente, satisfeitos com a instituição (cf. figuras nº 16-17);

g) No entanto, a maioria tem uma opinião muito má sobre a comunicação das decisões da direcção (cf. figura nº 24);
h) A maioria tem, também, uma opinião negativa sobre a comunicação das decisões do pessoal técnico (cf. figuras nº 25-27);
i) A maioria comunica os problemas às funcionárias auxiliares (cf. figura nº 40).

Como vimos na parte teórica, o Serviço de Apoio Domiciliário baseia-se nos princípios da desinstitucionalização e integração social. Aproveitam-se, por isso, os recursos familiares e comunitários. O Serviço Apoio Domiciliário pretende evitar ou atrasar a institucionalização das pessoas permitindo-lhes a estadia em casa e no seu ambiente o mais tempo possível. Procura também estimular os níveis de independência, melhorar a qualidade de vida das pessoas, prevenir crises familiares, proporcionar elementos formativos e de suporte psicológico. No entanto, os dados deste estudo não confirmam todas as virtualidades pretendidas desta valência, pois revelam que os idosos apoiados na valência do Serviço de Apoio Domiciliário comunicam, relacionam-se e participam menos do que os utentes das outras valências para idosos, o que indicia que estão, geralmente, mais sós e isolados.

A análise dos dados leva a concluir que, de facto, nesta valência, se verifica a teoria da desvinculação apresentada por Fernandez-Ballesteros (2004), que já tinha sido proposta por Cumming y Henry (1961). De facto, os dados referentes aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário revelam que os idosos são propensos a certas formas de isolamento social e a modelos sociais que implicam reduzidos contactos sociais. Além disso, parecem ter uma cultura própria de isolamento. As teorias da desvinculação e da subcultura sustentam que as pessoas idosas, mesmo as dotadas com ajuda e serviços sociais, são determinadas pelo desejo de desvinculação do contexto social e adquirem formas de isolamento. Este estudo revela que, no respeitante aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, a teoria da desvinculação se manifesta de forma evidente. Os dados deste estudo indicam que o Serviço do Apoio Domiciliário, prestado pela instituição, pode atenuar, mas não resolve o problema da solidão do utente. Indiciam que o serviço de higiene pessoal, da alimentação, da lavagem da roupa e da habitação pode ser feito,

diariamente, com muito esmero, mas não resolve o problema da solidão, do isolamento, e não dá sinais de qualidade de vida.

Os dados deste estudo sugerem que, para além dos cuidados prestados pelo SAD, é preciso também: integrar mais os utentes na vida associativa, cultural, recreativa e religiosa da terra; potenciar relações sociais; estimular a comunicação com o exterior superando os problemas do isolamento e da solidão; melhorar o equilíbrio do utente mediante o reforço dos vínculos de amizade com os familiares e com os vizinhos; favorecer os sentimentos positivos perante a vida; integrar e a socializar as pessoas na comunidade. Esta valência torna-se mais enriquecedora, quando os utentes podem usufruir dos serviços recreativos, de convívio, de saúde prestados nos Centros Sociais Paroquiais. Conclui-se que há muito a fazer para integrar os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário em actividades e iniciativas modernas de autêntico envelhecimento activo e feliz.

Questionámos, no princípio deste estudo, a qualidade do SAD. Os dados fornecidos pelo questionário alimentam as nossas dúvidas sobre esta valência. No entanto, a análise de dados dos questionários mostra que as pessoas que frequentam os Centros de Dia e os Centros de Convívio dos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima manifestam uma opinião bastante positiva sobre estas valências. De facto, pelos dados recolhidos dos questionários concluímos que os utentes das valências do Centro de Dia e do Centro de Convívio:

a) Ingressaram na valência por vontade própria (cf. figura nº 13);
b) A grande maioria tem relações diárias com os amigos e vizinhos (cf. figuras nº 33, 54 e 55);
c) A qualidade da relação com os amigos e vizinhos é muito boa e boa (cf. figuras nº 56-58);
d) A relação com a paróquia, para a grande maioria, é muito boa e boa (cf. figuras nº 59-61);
e) A relação com os residentes da instituição é excelente (cf. figuras 63 - 65);
f) A grande maioria participa diariamente nas actividades desenvolvidas na instituição (cf. figuras nº 47-49);

g) Praticamente, a totalidade dos utentes sente-se satisfeita, querida e tranquila na instituição (cf. figuras nº 16-17);
h) A opinião sobre as decisões da Direcção não é favorável, mas é menos negativa do que a manifestada pelos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (cf. figuras nº 23 - 24);
i) Os utentes do Centro de Dia e do Centro de Convívio acham que as comunicações das decisões do pessoal técnico são bem feitas(cf. figuras nº 25-27);
j) Manifestam uma opinião muito positiva sobre a relação com os residentes na instituição (cf. figuras nº 63-65).
k) Acham que a atenção que lhes é prestada pelos funcionários é boa (cf. figuras nº 40-41).

Como vimos, há autores que sustentam que as pessoas idosas continuam a ter relações interpessoais e actividade social, sendo difícil aceitar o isolamento ou a redução dos contactos sociais (Leher, 1969). Tartler (1961) defende que as pessoas idosas devem encontrar novas formas de adaptação que impeçam o seu isolamento social e, portanto, devem potenciar a máxima relação com os outros. Esta teoria manifesta-se, com evidência, nas respostas dos utentes do Centro de Dia e Centro de Convívio.

O Centro Social Paroquial, como foi dito, propicia aos utentes das valências do Centro de Dia e Centro de Convívio, entre outras, actividades culturais e recreativas; actividades ocupacionais e de reabilitação; actividades de convivência, de cooperação e de entreajuda. Além disso, estas valências, mantendo as pessoas ligadas à sua casa e à família, possibilitam-lhes novos relacionamentos e, também, manter elos de ligação com o exterior. Os dados deste estudo confirmam as virtualidades das valências do Centro de Dia e Centro de Convívio. Estas valências para idosos merecem o carinho dos responsáveis pelos Centros Sociais Paroquiais e devem ser mais apoiadas pelo poder central, pelas autarquias e pela comunidade.

A análise de dados deste estudo não confirma, todavia, a opinião negativa que muitos autores têm sobre os Lares de Idosos. Como vimos, a imagem das residências é

apresentada por muitos autores de forma negativa. As residências são vistas, geralmente, como tendo uma imagem social muito negativa (asilo, casa para gente pobre); ou como lugares para onde não querem ir (eu, a minha mãe, não a levo a um sítio desses (Rodriguez, 2007).

Existe uma relação de interdependência entre a organização social e a organização espacial. E, como diz Paúl (1991), a questão coloca-se em saber como é que o indivíduo percepciona, conhece e cria o ambiente e, ainda em saber qual o papel que o ambiente físico tem neste processo e como é que influencia o comportamento. De facto, os espaços tornam-se locais quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam o decurso de actividades (Borracho, 2001).

Este estudo, todavia, não confirma a imagem negativa atribuída aos Lares dos Centros Sociais Paroquiais. Na verdade, os dados colhidos permitem verificar que:

a) A maioria ingressou no Lar por falta de apoio familiar (cf. figura nº 13);
b) A relação com os amigos e vizinhos é positiva (muito boa e boa) (cf. figuras nº 54-58);
c) O relacionamento com a paróquia da instituição é bastante frequente (cf. figuras nº 59-60);
d) É óptima a relação com os residentes na instituição (cf. figura nº 63-65);
e) A participação nas actividades podia ser mais positiva (cf. figuras nº 44- 49);
f) A maioria sente-se satisfeita, querida, tranquila na instituição (cf. figuras nº 16 a 17);
g) A opinião dos utentes do Lar sobre a comunicação das decisões da direcção é mais favorável do que a dos utentes das outras valências (cf. figuras 23-24);
h) A maioria tem uma opinião positiva sobre a comunicação das decisões do pessoal técnico e da paróquia (cf. figuras nº 25 a 31).

Portanto, os utentes manifestam uma opinião bastante positiva dos Lares dos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima. Há várias razões que justificam esta opinião. Uma delas é que os Lares dos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima acolhem de 8 a 30 utentes. Porque não ultrapassam os 30 utentes, parecem ser instituições, relativamente familiares onde há um relacionamento de proximidade entre

os vários intervenientes. É de salientar também o papel fundamental no envelhecimento activo prestado, nestas instituições, pelos animadores socioculturais, sector que, no nosso entender, deve ser melhorado. Além disso, os Centros Sociais Paroquiais possuem, como dissemos, boas condições físicas e têm, cada vez mais, pessoal tecnicamente bem preparado. Não surpreende, por isso, a imagem positiva que os dados deste estudo fornecem sobre os Lares dos Centros Sociais Paroquiais. Eles são ou podem ser, efectivamente, e reforçamos a ideia, famílias de acolhimento alargadas que podem prestar bons serviços às pessoas.

Em alguns países, designadamente, Canadá, Inglaterra, Bélgica e Suécia, existem prédios com diferentes modelos de apartamentos, com preços de mensalidades adaptadas a cada tipo, onde os idosos se podem hospedar, com vigilância permanente por porteiro electrónico. Bem mais perto de nós, o Plano Galego de Pessoas Idosas (2001 – 2006) apresenta uma série de serviços e assistência às pessoas idosas: criação de uma linha telefónica do cidadão idoso com a finalidade de informar e orientar as pessoas idosas sobre recursos sociais existentes e antecipar casos de maus tratos ou de abandono e intervir a esse nível; criação de um programa de animação sociocultural para idosos no meio rural, que terá como objectivos estimular a formação contínua, promover relações de entreajuda, proporcionar actividades de lazer e tempos livres, incentivar o voluntariado e o conhecimento e defesa do ambiente; alargamento da tele-assistência aos idosos que vivam sós em residência própria; alargar os serviços de assistência ao domicílio, cofinanciando os idosos dependentes que necessitam da ajuda de terceiros na sua vida quotidiana (Arca, 2007).

Quanto às residências, refere o Plano Galego, centros de habitação permanente onde é prestada assistência integral ao idoso. Segundo o grau de dependência do idoso, podem ser classificados em residências para idosos dependentes e residências mistas; casas comunitárias de pequena ou média dimensão destinadas a acolher em regime quase familiar um número máximo de 12 idosos, de preferência não dependentes; apartamentos tutelados, isto é, conjunto de casas independentes, agrupadas para a prestação comum de serviços colectivos e com capacidade para albergar uma ou duas pessoas idosas não dependentes; centros de dia destinados à prestação de cuidados

diurnos a pessoas idosas que, embora residindo em suas casas, necessitam de cuidados pessoais, terapêuticos ou sociais (Arca, 2007). Além disso, o Plano Galego (2001-2006) propõe a criação de lugares de encontro nos quais se promove o convívio entre idosos e a sua integração pessoal e comunitária; criação de centros sociais, isto é, centros comunitários abertos a toda a população. Este plano, aparentemente audaz, está a ser posto em prática, nos Centros Sociais Paroquiais, em Portugal, onde também se têm feito muitos avanços nos cuidados a prestar aos idosos.

6. Conclusões

6.1. Conclusões sintéticas

As estatísticas portuguesas (Censo, 2001) sobre a esperança de vida colocam em evidência uma forte feminização e o número crescente "de idosos muito idosos". Este estudo mostra, antes de mais, que são elevadas as idades dos utentes a frequentarem as valências de idosos dos Centros Sociais Paroquiais, no concelho de Ponte de Lima. Depreende-se, também, que há mais pessoas do sexo feminino a frequentarem estas instituições bem como a trabalharem nelas como funcionários.

A grande maioria dos utentes a frequentar as valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais são analfabetos. Os analfabetos têm uma expressão mais notória nos utentes do Lar de Idosos. No entanto, a escolaridade dos funcionários é de um nível mais elevado. Na realidade, 70,6% tem a escolaridade obrigatória, 15, 6% possui uma licenciatura e 11,9% tem o Ensino Secundário.

Este estudo manifesta também que a problemática do envelhecimento da população se faz sentir no concelho de Ponte de Lima, no início deste século XXI. Na verdade, os cuidados geriátricos são, principalmente desde o final do século passado, e tendo em atenção ao que se faz nos Centros Sociais Paroquiais, uma preocupação crescente também neste concelho.

Os dados deste estudo confirmam o que foi dito na abordagem teórica. Antes da industrialização, predominava a família alargada. A família tinha um grande número de crianças, mais pais e avós, a viverem juntos, ou muito próximos. A família trabalhava como uma unidade produtora/reprodutora, quer na agricultura, quer na indústria doméstica. O funcionalista americano W. J. Goode (1963), entre outros, argumentou que o efeito da industrialização é decompor esta rede familiar, e substituí-la pela rede nuclear. De facto, hoje, aumenta o número das famílias nucleares[105]. Os dados deste estudo confirmam a predominância da família nuclear em todas as valências. É grande também a percentagem dos utentes que residem sós.

O motivo do ingresso numa valência do Centro Social Paroquial é por vontade pessoal nas valências do Centro de Dia/ Centro de Convívio e na valência do Serviço de Apoio Domiciliário. A falta de apoio familiar é o motivo mais apontado para o ingresso na valência de Lar de Idosos.

Muitos relatórios sociais, elaborados pelos técnicos do Serviço Social, indicam as doenças que motivam a frequência de um Centro Social Paroquial. A raridade dos estudos sobre as doenças dos utentes dos Centros Sociais Paroquiais e, concretamente, sobre a depressão dos utentes, aconselham a realização de mais estudos de modo a determinar a prevalência de depressão na população geriátrica.

Este estudo centrou-se em dez Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima. Os relatórios sociais referem também as deficientes condições habitacionais em que viviam muitos dos seus actuais utentes. Além disso, no concelho de Ponte de Lima, há situações de isolamento, de solidão, de habitações precárias. Os Centros Sociais Paroquiais surgiram, ultimamente, com várias valências para idosos, tentando responder às solicitações e às necessidades das pessoas idosas e de suas famílias. De facto, as valências para idosos, olhadas de forma depreciativa por muitos que ainda não esqueceram a carga negativa da antiga palavra "asilo", começam a ser vistas com outros olhos pelas pessoas e pelas famílias.

[105] Cf. figura nº 6.

Como foi referido, os Centros Sociais Paroquiais, instituições prestadoras de serviços de proximidade e de qualidade, são expressões da tradição solidária da Igreja, na actualidade. Este estudo comprova que, tendo em consideração as instituições estudadas, são os utentes que solicitam, geralmente, por vontade pessoal, os apoios nas valências do Centro de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário dos Centros Sociais Paroquiais.

A falta de apoio familiar, todavia, é a principal razão aduzida para o ingresso numa instituição por aqueles que frequentam os Lares dos Centros Sociais Paroquiais do concelho de Ponte de Lima. A maioria dos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais são contratados e pertencentes ao quadro do pessoal o que demonstra uma certa estabilidade profissional. Verifica-se, claramente, que os Centros Sociais Paroquiais são lugares onde o pessoal técnico e não técnico gosta de trabalhar e onde os utentes também gostam de estar. Na verdade, quem passa a ser atendido numa valência de idosos, geralmente, não suspende os serviços, sinal de que os serviços prestados vão respondendo às suas necessidades. Os funcionários (pessoal técnico e não técnico) gostam do que fazem e os utentes sentem-se satisfeitos pelos serviços prestados pela Instituição.

A problemática da comunicação é fundamental nos cuidados a prestar às pessoas idosas. Esta é uma questão que interessa aos trabalhadores, dirigentes e utilizadores das instituições sociais pois a capacidade de comunicar enriquece a vida e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Os responsáveis pela Direcção dos Centros Sociais Paroquiais devem repensar o modo como a comunicação é feita. Verifica-se que a comunicação entre os actores da instituição, tendencialmente positiva, pode ser melhorada em muitas áreas. De facto, a direcção, o pessoal técnico e as paróquias, apesar do seu trabalho reconhecidamente notável, podem melhorar também muito a comunicação e a qualidade da comunicação com os utentes sobretudo com os que frequentam a valência do Serviço de Apoio Domiciliário. A comunicação dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário revela muitas limitações pois os utentes desta valência

comunicam pouco com os outros utentes das instituições e não participam ou participam muito pouco nas actividades dos Centros Sociais Paroquiais.

Neste estudo, confirma-se a importância de vários tipos de comunicação e da sua importância no relacionamento entre as pessoas. No entanto, manifesta-se a necessidade de uma mais eficiente comunicação das decisões por parte das direcções destas Instituições. É esta, aliás, uma das chamadas de atenção deste estudo.

Muito embora os utentes das valências de Centro de Dia e do Lar, bem como os funcionários, participem de forma positiva nas actividades desenvolvidas, a participação nas actividades dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário é precária.

Constata-se a falta de um animador social em alguns Centros Sociais Paroquiais. Como o animador sociocultural tem um papel fundamental no envelhecimento activo prestado nestas instituições, a participação dos utentes pode ser maior com a existência de um animador sociocultural em cada uma das instituições.

Além disso, este estudo comprova a utilidade e a qualidade dos serviços prestados nas valências do Centro de Dia, Centro de Convívio e Lar, mas mostra as debilidades do serviço prestado na valência do Serviço de Apoio Domiciliário. Depreende-se deste estudo, uma satisfação generalizada perante os serviços prestados nas valências para idosos dos Centros Sociais Paroquiais.

Não se confirma, todavia, a negatividade da institucionalização total, nos utentes do Lar dos Centros Sociais Paroquiais estudados. Confirmam-se, porém, aspectos das teorias da desvinculação, da subcultura, da mobilidade social, principalmente nos utentes da valência do Serviço de Apoio Domiciliário. Por outro lado, verifica-se uma participação mais activa dos utentes das valências do Centro de Dia e do Centro de Convívio.

A opinião positiva e a satisfação manifestadas pelos utentes levam-nos a concluir que os serviços prestados pelos Centros Sociais Paroquiais, na generalidade,

têm qualidade e são feitos com grande proximidade. Daí a designação que lhe damos: centros de intervenção social de qualidade e de famílias de acolhimento alargadas.

Como verificamos, neste estudo, os Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima foram construídos nos centros das localidades e possuem espaços e condições para integrar a população da comunidade envolvente em actividades diversificadas.

A sua localização e distribuição mostram que não existe uma rede de equipamentos sociais bem estruturada e espalhada pelo concelho de modo a responder às necessidades de todos os munícipes de Ponte de Lima. As obras sociais foram nascendo, às vezes por iniciativa dos párocos, mas há, ainda, zonas do concelho de Ponte de Lima carenciadas de estruturas sociais.

Há utentes nos Lares, no Serviço de Apoio Domiciliário**,** nos Centros de Dia que estão deslocados da valência que mais eficientemente responde às suas carências. O Lar, o Serviço de Apoio Domiciliário e as restantes valências para idosos visam dar mais qualidade de vida ao idoso, mas há situações em que os utentes não são acolhidos na valência mais apropriada e há casos de utentes, tão dependentes, que exigem outro tipo de apoio. A experiência vivida nestas instituições peremite-nos afirmar que há pessoas que estão no Lar ou no Serviço de Apoio Domiciliário e que já lá não deviam estar, mas não têm para onde ir. Os serviços de cuidados continuados podiam ser uma solução para muitos deles, se existissem em maior quantidade e com mais vagas.

6.2. Centros Sociais Paroquiais, que futuro?

Na actualidade, o Estado Social estendeu-se pelo nosso país e definiu-se constitucionalmente laico e democrático. O Estado, durante muito tempo, ausentou-se das suas obrigações sociais, e delegou estes serviços. Havendo hoje uma maior definição do papel do Estado nas políticas sociais, questiona-se até que ponto aceita a pluralidade de respostas e incentiva as parcerias? Que desafios são postos a estas parcerias e à salvaguarda dos interesses dos utentes e do respeito da sua vontade, para

uma melhor satisfação das suas necessidades? Até que ponto a organização e as especificidades dos Centros Sociais Paroquiais respondem às questões sociais, satisfazem os novos paradigmas de intervenção e valorizam a iniciativa local na intervenção social de proximidade?

Como foi dito, o número de IPSS tem aumentado muito, em Portugal. Na verdade, em 2007, existiam cerca de 3 500 instituições particulares de solidariedade social (Maia, 2007) e, nos finais de 2008, aproximavam-se de 5.000. A grande preocupação destas instituições é promover a solidariedade, através de uma ética de proximidade do cidadão. O Estado tem obrigação de garantir a acção social directamente ou através de contratualizações com as IPSSs (cf. Amaro, 2001). Os alvos da acção social são os idosos, as crianças em idade pré-escolar, os idosos que necessitam de Serviço de Apoio Domiciliário, de Centro de Dia, de Lar. Há outras intervenções dirigidas para os jovens ou para pessoas em risco como os toxicodependentes.

O Estado, que comparticipa as valências dos Centros Sociais Paroquiais, exige cada vez mais qualidade nas cozinhas, nas salas de convívio, na quantidade e qualificação de funcionários, nos serviços prestados. O voluntariado é exigente e não está ao alcance de todos. Os apoios financeiros do Estado às instituições, todavia, são escassos, como afirmam os Presidentes da Direcção. Em muitos casos, vigoram, ainda, os acordos de cooperação celebrados há anos. Verifica-se um claro desinvestimento do Estado na política de cooperação, enquanto as instituições nem sempre podem atender aos pedidos de ajuda. Pergunta-se, até, recentemente, em tempo de crise, se o papel social do Estado está a ser ponderado e em que medida se apela cada vez mais à corresponsabilidade do cidadão.

A profissionalização do pessoal ao serviço das IPSSs constitui, sem dúvida, uma área de intervenção necessária. Têm sido dados passos rápidos na qualificação do pessoal dos Centros Paroquiais. Os Lares, e as valências de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário dos Centros Paroquiais começam a ter assistentes sociais, enfermeiros, economistas, técnicos oficiais de contas, animadores socioculturais.

Convém referir que os Centros Sociais Paroquiais apresentam aspectos muito positivos (Delicado, 2002; (Joaquim, Henrique, 2008):

a) Prestam serviços de proximidade, substituindo a família, os amigos, vizinhos
b) São instituições flexíveis e pouco burocráticas atentas às carências sociais;
c) Visam o bem – estar das pessoas e não o lucro;
d) Fornecem serviços mais baratos que permitem um alívio do esforço financeiro do Estado, como afirma um Director (D. 6);
e) Apresentam níveis de participação e de comunicação elevados com os utentes.

Apesar de resolverem os novos e crescentes problemas sociais, alguns responsáveis pelos Centros Sociais Paroquiais temem o seu futuro. De facto, não faltam os que lembram que o Estado usou o Ensino Particular e abandonou-o quando possuiu uma rede escolar estável. Abandonou os ATL das IPSSs, recentemente. Muitos profetizam que fará o mesmo aos Centros Sociais Paroquiais, mais tarde ou mais cedo. Na verdade, a construção de novos Centros Escolares já levou ao encerramento de muitos ATLs e de jardins-de-infância das IPSSs. As Câmaras Municipais cooperam com muitas paróquias e IPSSs na construção de novos centros sociais. O Município de Ponte de Lima, por exemplo, colabora, em 2009/2010, na edificação de IPSSs em Freixo, Facha e Cepões (freguesias do concelho de Ponte de Lima). Mas não admirará que os Centros Sociais Paroquiais venham, no futuro, a ser substituídos ou a ter a concorrência, por exemplo, de centros geriátricos municipais.

O futuro dos Centros Paroquiais é, por isso, uma questão que tem de ser repetidamente posta porque, por um lado, é evidente a falta de clero que, cada vez menos se pode dedicar, a tempo inteiro, ao Centro Social Paroquial e, por outro lado, são inúmeros os equipamentos sociais pertencentes à Igreja. Além disso, talvez devido à escassez do clero, surgem vozes, também dentro da Igreja, que defendem concepções diferentes sobre a acção pastoral e social do clero. Só Pastores? Assistentes Sociais? As duas coisas?

A falta de clero pode levar a que as instituições venham a ficar ao sabor de técnicos sem ligação à igreja, à paróquia e à comunidade ou sejam geridas por direcções apenas movidas por interesses pessoais ou ao sabor de candidaturas político-partidárias. De facto, se a escassez do clero continuar a verificar-se, é de pensar na criação de cursos superiores onde os cristãos leigos se possam formar para poderem ocupar cargos de gestão nestas instituições. Não devemos esquecer a importância crescente dos leigos na vida da Paróquia bem explicitada pelos responsáveis da Igreja, bispos e papas, que apresentam a diaconia da caridade como própria dos leigos que são chamados a promover o bem comum, a justiça e a configurar rectamente a vida social.

O pessoal técnico tem aumentado nos Centros Sociais Paroquiais. O tecnicismo crescente e a sujeição ao Estado, todavia, não lhes podem retirar o que sempre caracterizou os Centros Sociais Paroquiais: centros de acolhimento, de proximidade, de trabalho feito com caridade, com espírito cristão. Lima (2009, p. 389) ressalta que as instituições sociais de apoio à 3ª idade, aos mais idosos, constituem um fenómeno relevante que não pode ser abandonado apenas nas mãos tecnocráticas. A qualidade de vida das pessoas reclama a atenção da comunidade, o que pressupõe a constituição de grupos de apoio na prática da caridade cristã, com gestos e acções, com tempo e qualidade.

Os funcionários manifestam, neste estudo, que gostam do trabalho que realizam nos Centros Sociais Paroquiais e sabem que trabalham em instituições de solidariedade social da Igreja. O trabalhador destas instituições precisa de alegria e optimismo; de interesse pelos outros; de sensatez, de amor. Os Centros Sociais Paroquiais são instituições que prestam serviços idênticos a outras instituições. Não fizemos um estudo comparativo com outras instituições similares como prevenimos. Mas, como foi referido pelos Presidentes da Direcção, os Centros Sociais Paroquiais procuram promover alguns valores da Doutrina Social da Igreja.

Os Centros Sociais Paroquiais são obras sociais com futuro, se tiverem sempre pessoal qualificado, e o envolvimento e o interesse das comunidades. Porque estão inseridos num meio, colaboram com as instituições culturais e recreativas locais. Por isso, além das valências sociais, os Centros Sociais Paroquiais são também centros de

encontro, de recreio, de cultura, pólos dinamizadores da vida recreativa e cultural da comunidade. Por isso, terão de ter sempre a colaboração das autarquias, das redes sociais concelhias. Pelo que foi exposto, verifica-se que um Centro Social Paroquial existe porque há pessoas a cuidar e não tem como finalidade primária dar empregos, ainda que, de facto, empregue muita gente.

Um Centro Social Paroquial, como vimos, evidencia-se por ser um espaço aberto à comunidade, à participação, às relações humanas, à solidariedade, à cultura procurando incorporar agentes externos (quer sejam familiares, amigos dos residentes ou das organizações da iniciativa social ou cidadã), mas sem esquecer que, nas valências para a 3ª idade, o protagonista é a própria pessoa idosa. Sendo assim, nos centros gerontológicos, sublinhe-se, há uma figura que não pode faltar: a do animador sociocultural. A participação ocupacional concretiza-se na realização de actividades de cuidado pessoal, no jogo, em passatempos, na realização de trabalhos manuais, e, até, em actividades escolares, em acções que proporcionam o sentido de habilidade pessoal, o ser autónomo nas tarefas diárias e que dão satisfação às pessoas ou que podem beneficiar a destreza motora, melhorar a interacção e a comunicação entre as pessoas.

Além disso, o idoso e o cidadão devem poder expressar a sua religiosidade. A participação mística é um direito individual e uma forma realização pessoal. O Centro Social Paroquial pode ajudar o idoso neste domínio. E, neste âmbito, a presença do padre também é necessária. Aliás, a razão da intervenção da Igreja nas questões sociais radica no respeito pelo homem. De facto, na regulação justa e equilibrada da vida social, trata-se de pessoas, do reconhecimento dos seus direitos inalienáveis, e da sua dignidade; trata-se do cuidado a ter para que a sociedade funcione correctamente, sem se desviar dos seus fins; trata-se igualmente de pessoas, da sua fidelidade a valores morais sobre que assenta quer a vida dos indivíduos quer a vida dos povos (Rodrigues, 2008).

E se, um dia, faltar o apoio estatal? E se as valências sociais forem economicamente insustentáveis? Terão futuro os Centros Sociais Paroquiais? A interrogação é pertinente, mas a resposta é afirmativa. O padre Lino Maia (2008),

presidente da CNIS, sustenta que o Governo tentou abafar o trabalho das instituições de solidariedade social. Houve, na realidade, tentativas difusas. Sobre o futuro das instituições de solidariedade Lino Maia defende que elas têm futuro desde que a sua acção não seja abafada. O Estado, como foi referido, não pode assumir todas as respostas sociais. Deve, todavia, reconhecer, apoiar e coordená-las. O Estado sabe que 70,3% das respostas sociais são de iniciativa solidária de voluntários. Muitas destas instituições estão ligadas à Igreja Católica. Foram criadas autonomamente, por espírito cristão ou por cidadania. As relações entre o Estado e as instituições não se encontram convenientemente esclarecidas, havendo lugar a muitas ambiguidades (Romão, 2002). As instituições debatem-se, em geral, com o problema da quantidade de utentes que utilizam as suas valências e com a quantidade de pessoas que deseja ingressar, mas que superam o número dos acordos existentes.

Este estudo manifesta que os Centros Sociais Paroquiais exercem uma acção bem notória no campo sociocaritativo no concelho de Ponte de Lima. Se a vertente social fosse totalmente assumida pelo Estado, o que não parece que aconteça, pelo menos tão cedo, os Centros Sociais Paroquiais teriam de rever a sua acção, mas continuariam a ser muito úteis como centros, isto é, pólos dinamizadores da vida recreativa, cultural, social e religiosa de uma paróquia ou de um grupo de paróquias. Peter Drucker (1990, p. 14) aponta o desafio para este tipo de organizações: de proporcionar uma vivência em comunidade, criar um objectivo comum. Chega-se, assim, ao que os Centros Sociais Paroquiais podem ser, para além da sua função social que, no nosso entender, sempre devem ter. Os Centros Sociais Paroquiais, situados habitualmente no coração das localidades, como vimos, devem ser o centro e os motores de uma comunidade.

6.3. Conclusão geral

Este estudo partiu da evidência do envelhecimento da população que reclama a atenção dos políticos, dos homens do saber, de quantos se ocupam das questões sociais. Todos afinam em reconhecer que há vidas marcadas pela solidão, pelo isolamento, pela pobreza. Há também sintonia no reconhecimento de que a família, em profunda alteração, tem dificuldade em fazer face a muitas situações das pessoas. Porém, quando se chega à decisão de como resolver os problemas, multiplicam-se as opiniões e variam as soluções. Essa tarefa pertence à família, dizem uns; é uma competência do Estado, defendem outros; é preciso apoiar mais as IPSS, reclamam muitos. É uma problemática que interessa à generalidade das pessoas, concordam geralmente todos e até acrescentam, às vezes, que essa preocupação não é de agora, mas é uma problemática cada vez mais evidente e prioritária. Concluindo, o envelhecimento populacional traz consequências económicas, culturais, políticas e éticas (Pimentel, 2001); Fernandes, 1997; Ermida, 1995; Kalache, 1996).

De facto, os Centros Sociais Paroquiais, seguindo uma tradição solidária assumida pela Igreja, tentam dar resposta a muitas pessoas idosas nas valências de Centro de Dia, Centro de Convívio, Serviço de Apoio Domiciliário e Lar de Idosos. E, segundo os pareceres técnicos que diagnosticam as carências das pessoas e, conforme as situações individuais, familiares, habitacionais, elas são integradas nessas valências. Chegados aqui, continuam a existir divergências. A opinião dominante defende que a institucionalização não é solução porque aprisiona e deprime as pessoas; o Centro de Dia, também não, porque as pessoas não o querem e preferem ficar na sua casa; e, se a família não pode cuidar dos seus idosos, propõe-se o investimento no Serviço de Apoio Domiciliário.

Este estudo não negando, à partida, estas opiniões, pretendeu saber o que pensam os utentes, os funcionários (pessoal técnico e não técnico) das valências para idosos a funcionar nos Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima. Por isso, explanou como surgiram estas instituições e apresentou os serviços que prestam às pessoas e

escutou os actores intervenientes nestas instituições de solidariedade social sobre a comunicação e vários aspectos da vida do dia-a-dia dos utentes e dos funcionários nas valências dirigidas ao apoio dos idosos.

Para dar sustentabilidade ao estudo, foram desenvolvidos os conceitos operativos da tese: a problemática do envelhecimento, a qualidade de vida do idoso, o espaço gerontológico, os problemas geriátricos, a família, a comunicação, o relacionamento interpessoal, a participação, a institucionalização, os serviços prestados nas valências para idosos, o trabalho social prestado nos Centros Sociais Paroquiais.

As respostas aos questionários, completadas por outros estudos e pelos relatórios sociais dos técnicos, entrevistas e relatos biográficos, deram a visão dos utentes e dos trabalhadores sobre estas instituições e sobre cada uma das suas valências dirigidas aos idosos. Os dados recolhidos apontam para uma visão global bastante positiva sobre estas valências, e, em particular, sobre as instalações, os serviços prestados, a comunicação, o relacionamento, o atendimento, a ocupação dos tempos livres, a participação nas actividades nestas instituições.

No que se refere à comunicação, privilegiou-se a verificação da existência da comunicação interpessoal, grupal, intergrupal, intragrupal *e* organizacional. Como referimos, a circulação da informação facilita a coordenação do trabalho e é factor de integração e de interacção pessoal. Comunicar exige a capacidade de escutar e de falar (Berger, 1995). A qualidade de vida das pessoas nestas instituições depende muito da comunicação.

Além disso, nos centros gerontológicos, há pessoas com dificuldades auditivas, cognitivas, motoras, de comunicação. Em muitos idosos verificam-se as teorias da desvinculação e da subcultura. Para fazer face ao isolamento e ao desinvestimento social promove-se, agora, o envelhecimento activo como uma tarefa que motiva a investigação dos estudiosos e diz respeito a todas as pessoas interessadas no processo de envelhecimento. Na realidade, há quem estude o envelhecimento, quem trabalhe com os que envelhecem e há os que envelhecem.

Este estudo foi iniciado com muitas dúvidas, inquietações e interrogações, como referimos. No final, podemos dizer que encontrámos algumas certezas. De facto, confirmam-se, neste estudo, muitos aspectos positivos das valências dos Centros de Dia e do Lar. No entanto, sem negar as suas virtualidades e sem deixar de realçar a sua necessidade, actualmente, continuamos com muitas dúvidas sobre o Serviço de Apoio Domiciliário. O isolamento, a falta de participação, a mobilidade dos utentes desta valência obrigam a fazer um estudo aprofundado sobre o Serviço de Apoio Domiciliário.

Enfim, este estudo tirou algumas dúvidas, mas trouxe, também, muitas incertezas. Ficámos esclarecidos que os Centros Sociais Paroquiais são expressões da solidariedade organizada da Igreja nos tempos actuais, e que exercem uma acção reconhecida de proximidade por quem lá trabalha e usa os seus serviços. Não temos certezas sobre qual o seu futuro, mas que são instituições com futuro, não duvidamos, certamente. A grande constatação é que nas valências dos Centros Sociais Paroquiais dirigidas para as pessoas idosas, segundo os informantes, dá-se primazia à dignidade da pessoa humana e procura-se dar mais qualidade de vida aos utentes (melhores condições de habitação, alimentar, de saúde, de espiritualidade e religiosidade, de integração social, de sentir-se bem com as outras pessoas).

O trabalho desenvolvido pelos funcionários destas instituições, feito por pessoas e para as pessoas, exige qualidades tais como: abertura e pluralidade; participação e implicação; promoção activa da profissão; qualidade e deontologia da prática profissional. Como foi referido na revisão da literatura, o trabalhador social é uma peça chave no trabalho com os idosos. Além das competências comunicativas e relacionais com os utentes, ele precisa de formação técnica para o sector em que trabalha (assistente social, animador sócio cultural, enfermeiro, fisioterapeuta, ajudante de Lar, cozinheiro, auxiliar de serviços directos, auxiliar dos serviços gerais) e deontologia da prática profissional. Porque os Centros Sociais Paroquiais se orientam por princípios e valores cristãos, se os funcionários respeitarem esses princípios e valores, fazem o seu trabalho social com carinho. É isto o que deve distinguir, estas instituições de outras similares.

Talvez seja também por isso que os funcionários (pessoal técnico e não técnico) dos Centros Sociais Paroquiais demonstram satisfação por trabalharem com pessoas idosas e gostam do que fazem.

Os Centros Sociais Paroquiais procuram ajudar os idosos a superar as dificuldades. O apoio social prestado nestas instituições tem um efeito directo sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. A animação sociocultural, os programas de lazer e de ocupação dos tempos livres começam a ser uma realidade nestas instituições onde o animador sociocultural e o fisioterapeuta se tornam figuras essenciais no trabalho individualizado e colectivo com os idosos. A comunicação e o relacionamento entre as pessoas são fundamentais para a qualidade de vida dos idosos. As actividades cognitivas, sociais, de lazer, facilitam e desenvolvem as habilidades de comunicação e de conversação dos idosos. O envelhecimento activo e as novas propostas para uma actividade física saudável, insistimos porque é um ponto fundamental que ressalta neste estudo, exigem a presença de um animador sociocultural nos Centros Sociais Paroquiais.

Não se pense, todavia, que estas instituições não têm problemas. Têm e muitos. Como em qualquer outra organização, há deficiências na gestão, no relacionamento com o Estado, na selecção e gestão do pessoal, no planeamento e execução dos trabalhos e das actividades, no relacionamento entre a direcção, o pessoal técnico e não técnico, os utentes. Há dificuldades porque nem sempre é fácil promover o envolvimento das famílias e levar os utentes a participarem nas actividades. Além disso, são evidentes as falhas de comunicação e de participação principalmente nos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário.

Ainda que algumas sejam colaterais ao âmbito da nossa pesquisa, há questões que devemos salientar e outras que não podemos deixar de denunciar e de que nos apercebemos durante o trabalho:

1) O envelhecimento demográfico verifica-se no concelho de Ponte de Lima e exige uma eficiente intervenção social. Os Centros Sociais

Paroquiais estudados, integrados na acção sociocaritativa da Igreja, propiciam cuidados gerontológicos e procuram responder às necessidades das pessoas e das famílias.

2) As mutações verificadas na família têm reflexos nos cuidados a prestar aos idosos pelas instituições. Os Centros Sociais Paroquiais estudados surgem como famílias alargadas de acção social que prestam serviços de proximidade e de qualidade.

3) Os Centros Sociais Paroquiais estudados são equipamentos recentes com espaços adequados para os utentes e com boas condições de trabalho para os funcionários. Este estudo revela também as condições precárias das habitações em que vivem muitos utentes que solicitam apoio social.

4) Os Centros Sociais Paroquiais como instituições prestadoras de trabalhos gerontológicos cuidam de pessoas que, geralmente, têm dificuldades em andar e precisam de vários tipos de ajuda: pessoas que usam cadeiras de rodas; que têm dificuldades em segurar objectos; que têm limitações visuais; que têm dificuldade em abrir portas; de passarem em lugares estreitos; com incapacidades auditivas e mentais. Enfim, pessoas com dificudade na interrelação utente/espaço.

5) Os funcionários gostam do trabalho que realizam nos Centros Sociais Paroquiais. Os utentes dizem-se satisfeitos, queridos e tranquilos na Instituição.

6) Há uma deficiente distribuição das estruturas sociais no concelho de Ponte de Lima e constata-se a necessidade de mais estruturas principalmente de cuidados continuados. Há muitos utentes que são acolhidos numa valência e que deveriam estar noutra. Não existem equipamentos para dar respostas sociais adequadas às necessidades de muitos utentes.

7) Há uma caminhada muito grande a fazer no estabelecimento de redes de colaboração e de comunicação, a vários níveis, nos Centros Sociais Paroquiais e entre as instituições sociais existentes no concelho.

8) Apesar de esta investigação apresentar níveis elevados de comunicação com os utentes, são necessários novos estudos tendentes a melhorar a comunicação, o relacionamento e, principalmente, a participação das pessoas que usufruem das valências de idosos e das que nelas trabalham. A comunicação gerontológica nem sempre é fácil pois as limitações e barreiras comunicativas são muitas e variadas.

9) Verifica-se que a comunicação interpessoal é vista positivamente pelos inquiridos, mas este estudo revela que a comunicação da Direcção com os utentes pode ser muito melhorada.

10) Merece atenção especial a valência do Serviço de Apoio Domiciliário pois, na opinião dos utentes, apresenta muitas debilidades. Os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário vivem, geralmente, mais isolados dos Centros Sociais Paroquiais e da Paróquia do que os utentes das outras valências. Os dados deste estudo não confirmam, portanto, todas as virtualidades pretendidas desta valência e revelam a propensão dos seus utentes para o isolamento, a redução dos contactos sociais, a desvinculação social.

11) A valência de Lar e sobretudo a do Centro de Dia e a do Centro de Convívio, nem sempre apoiadas pelo poder central como se espera, são vistas pelos utentes de forma bastante positiva.

12) O animador sociocultural faz falta nestas instituições para promover actividades diversificadas que propiciem aos utentes de todas as valências um verdadeiro envelhecimento activo. Por isso, o animador sociocultural deve estar presente em todos os Centros Sociais Paroquiais. Em 2009, data em que foram lançados os questionários, ele faltava em algumas instituições estudadas.

13) O Estado, que se apresenta, geralmente, como fiscalizador e inspeccionador, deve colaborar mais e também de forma diferente, com os Centros Sociais Paroquiais. Há mais vida para além da papelada, pois nos centros gerontológicos, há dirigentes, técnicos e não técnicos e, sobretudo, pessoas que precisam de enfermagem, acompanhamento médico, serviço social, animação social,

fisioterapia, cuidados de proximidade, comunicação interpessoal, promoção de envelhecimento activo que atenda à cultura, à religiosidade, às limitações do utente. Em todos estes domínios, bem como na formação e actualização dos funcionários o Estado pode e deve ajudar as Instituições.

14) Os Centros Sociais Paroquiais, apesar das reticências de alguns, são obras que têm futuro tanto na acção social bem como na promoção recreativa e cultural das populações em que estão inseridos. Os Centros Sociais Paroquiais estudados têm, geralmente, uma localização privilegiada nas povoações o que lhes permite serem também centros integradores e mobilizadores da população.

15) Os Centros Sociais Paroquiais, inseridos numa comunidade cristã, oferecem serviços que se distinguem das outras instituições similares. Na realidade, a comunidade propicia ideias e sentimentos de solidariedade, de fraternidade, de intercâmbio, de diálogo e de compreensão. Para além da relação pároco /fiéis, há uma relação entre os fiéis que se conhecem e fazem comunidade. Muitos funcionários dos Centros Sociais Paroquiais também pertencem a essa comunidade o que facilita a comunicação e o relacionamento na instituição.

16) Os Centros Sociais Paroquiais não são as únicas respostas de intervenção social. Compete ao grupo de Acção Social de uma Paróquia abrir os olhos para os problemas, colaborar na procura de soluções, de modo que se cultive nos paroquianos a noção das suas responsabilidades sociais, motivando-os para as exigências da partilha e comunicação de bens e, muito em particular, ajudando-os a dar respostas às pessoas carenciadas.

17) Os Centros Sociais Paroquiais estudados têm as condições físicas e humanas para serem instituições humanizadas, onde a pessoa é respeitada, cuidada e amada de modo que estas instituições podem prestar serviços de proximidade.

18) Finalmente, conclui-se que o tema escolhido para este estudo, *Centros Sociais Paroquiais. Redes de comunicação e de cooperação para a*

> *terceira idade: contexto institucional e social* é pertinente e continuará a sê-lo. De facto, a qualidade de vida numa instituição depende, em grande parte, da comunicação e do relacionamento entre os diversos intervenientes, a nível organizacional, interpessoal, grupal. Além disso, há necessidade de estabelecer sempre novas redes de comunicação e de cooperação com a Segurança Social, os municípios, as juntas de freguesias, as outras instituições e associações, a comunidade.

Quanto à acção solidária da Igreja nos tempos actuais, conclui-se que ela, como sempre, e segundo os responsáveis da Igreja, deve ser interventora, procurando dar resposta às carências das pessoas de cada tempo e lugar, mas não pode limitar-se a acudir aos pobres, criando um falso espírito de solidariedade conformista e silenciosa. A Igreja, hoje, como sempre, tem também de intervir denunciando as pessoas, o poder e os mecanismos que originam a pobreza (Duque, 2010). É nesta tarefa de acolhimento das pessoas, principalmente das que se sentem isoladas e mais carenciadas, e com uma atitude de denúncia e de acção colaborativa na descoberta de caminhos de esperança para as pessoas que os responsáveis pela Igreja sempre situam a acção solidária dos Centros Sociais Paroquiais. Este estudo, além de testemunhar o apreço pela riquíssima tradição solidária da Igreja Católica em Portugal, alerta a sociedade actual para a questão do envelhecimento e para a dignidade e o respeito que as pessoas merecem dentro desta mundivisão. A caridade cristã não aspira apenas a suprir, mas também implicar, não quer só assistir, mas promover estruturas justas, não quer só distribuir, mas também incluir. A Igreja, além de atender as pessoas afectadas pela crise, tem a missão de denunciar injustiças locais e exigir o empenhamento da administração pública. O bem comum exige responsabilidade da pessoa, da Igreja e do Estado.[106]

As exigências técnicas e administrativas do Estado podem fazer dos Centros Sociais Paroquiais instituições burocráticas, complexas e de difícil suporte, mas os seus

[106] Em Setembro de 2010, em Fátima, realizou-se a Semana Social que teve como tema "Bem Comum: responsabilidade da pessoa, da Igreja, do Estado".

responsáveis não podem ficar indiferentes perante o isolamento, a solidão, a pobreza, a exclusão social.

Foram conseguidos os objectivos propostos no início deste estudo. As conclusões confirmam as hipóteses de partida. As conclusões não coincidem com os apoios oficiais do Estado. De facto, os Lares, os Centros de Dia e Centros de Convívio surgem como valências a merecer mais apoios e o Serviço de Apoio Domiciliário necessita de reflexão e de revisão. Há necessidade de centros de reflexão, a nível universitário, e de novos e de diferentes estudos tendo em vista a formação de técnicos para trabalharem nestas instituições especialmente nas valências de idosos.

Dadas as denúncias/sugestões, constata-se, como referimos, que estão a operar-se mudanças profundas ao nível da dimensão e da estrutura das famílias e nas suas relações intergeracionais. Tudo isto altera significativamente as condições sociais em que as pessoas envelhecem. O envelhecimento crescente da população convoca a todos para procurar novos caminhos para a promoção de projectos inovadores que sejam demonstrativos de novas possibilidades de actuação nas instituições sociais e convida ao estabelecimento de redes sociais para fazer face às necessidades das pessoas.

Este estudo foi feito durante vários anos. O tempo de pesquisa ensinou-nos a ver a vida com outros olhos e a admirar quem investiga, trabalha e luta por dar qualidade à vida das pessoas idosas. Este estudo mostra também que é possível o envelhecimento saudável, com qualidade e carinho, e é um incentivo para a sociedade fazer tudo para respeitar e valorizar a vida dos idosos até ao fim. Enfim, este trabalho dá um contributo para que o envelhecimento seja encarado de forma séria e construtiva entre nós e pode ajudar os utentes, funcionários (técnicos e não técnicos) e dirigentes a reverem o seu posicionamento institucional nas IPSS. Por tudo isto, e porque neles se prestam serviços de proximidade aos utentes, os Centros Sociais Paroquiais devem ser olhados com respeito pois, como atestam as várias fontes de informação, neles se respeitam e acarinham as pessoas. Estas Instituições, quando têm internamento, acolhem um número limitado de utentes o que possibilita a prestação de cuidados de proximidade.

Finalmente, os Centros Sociais Paroquiais surgem, neste estudo, como promotores de uma intervenção social organizada da Igreja e podem ser vistos também como "famílias" prestadoras de serviços de intervenção social que se distinguem pela proximidade e pela caridade. O ambiente nestas instituições também depende da comunicação e do relacionamento entre as pessoas, e do fortalecimento de redes de colaboração. Há, por isso, um trabalho imenso a fazer na prestação de serviços quer a nível de colaboração pessoal e organizacional quer na planificação de actividades para os utentes quer na formação dos trabalhadores sociais. Daí a pertinência deste estudo e a necessidade de lhe dar continuidade.

BIBLIOGRAFIA

ABOIM, Sofia, (2003). Evolução das Estruturas Domésticas. *In Sociologia, Problemas e Práticas,* nº 43, pp. 13-30.

ABOIM, Sofia (2004). *Conjugalidades em mudança. Percursos, orientações e dinâmicas da vida a dois*. Tese de doutoramento, ISCTE.

ABREU, Luís Machado (2005). A velhice como cesura. *in A Luz de Saturno - figurações da velhice*. Aveiro: Universidade de Aveiro, pp.7-14.

AAVV. (2008). *Cenários para a Acção Social e Caritativa da Igreja de Braga*. Braga: Arquidiocese de Braga e Faculdade de Ciências Sociais.

AAVV. (2010). *A acção Social na Paróquia. Núcleo de Diálogo Social. Patriarcado de Lisboa*: Paulinas.

ADLER, R. B. (1998). *Comunicação Interpessoal*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S. A.

ALBERDI, I. (1999). *La nueva família espanõla*. Madrid: Ed. Taurus.

ARGYLE, M. (1981). *The Psychology of Interpersonal Behaveour*. Penguin Harmonsdsworth

ALMEIDA, Ana Margarida (2008). O caso da Guarda. *In Redes Sociais*, Universidade do Minho, pp.21-31.

ALMEIDA, Carlos Alberto Ferreira (1987). *Alto Minho*. Lisboa: Editorial Presença.

ALMEIDA, Henrique, (2007). Envelhecimento – Uma Perspectiva Biológica. *In O Fim da Vida*. Braga: Publicações da Universidade Católica Portuguesa, pp.35-64.

ALMEIDA, L. B. (2006). *A idade (não) perdoa: O idoso à luz da neurologia gerontológica*. Lisboa: Gradiva.

ALMENDRA, M. Luísa (2009). Quem é o meu próximo? *In Communio- Revista Internacional Católica*, Ano XXVI – 2009 - Nº 2- 30 de Junho

ALONSO, Tomás Ortiz (ed.) (2007). *Envejecer con Salud*. Barcelona: Editorial Planeta.

ALVES, J. Matias (1992). *Organização, Gestão e Projecto Educativo*. Porto: Edições ASA.

ALVES Ferreira, J. (2000). *Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosos: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos.* Braga: Universidade do Minho.

ALVES PINTO, Maria Conceição (1995). *Sociologia da Escola*. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal Ldª.

ALVES PINTO, M. C. (1992). *A Escola como campo de acção e intervenção*. Administração Escolar, Módulo 1, Caderno 2. Porto: ISET.

ALWIN, N y Solar, M. O. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago. Ed. Universidad Católica de Chile.

AMARAL, M. Fernanda e VICENTE, M. Odete (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa.ISSN 0870-9025. Vol. 18, nº 2 (Julho-Dezembro), pp. 23-31.

AMARO, Roque (1991). Lógicas de espacialização da economia portuguesa. *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 10, pp. 161-182.

AMARO, Roque (1993). O envelhecimento como encruzilhada do desenvolvimento e da sociedade, *in Jornadas de Lisboa e os Desafios do Envelhecimento*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.

AMARO, Roque (1997). *Serviços de Proximidade em Portugal – Principais tendências e características (Uma primeira avaliação)*. Colecção Cadernos de Emprego nº 11, Direcção Geral do Emprego e Formação Profissional, Lisboa.

AMARO, Teresa Pina (2001) (coord.). *Diálogo com interlocutores a nível nacional – economia e acção social*. Lisboa: Edição Observatório do Emprego e Formação Profissional.

ANDERSON, M. (1986). *Approaches to the History of the Western Family* (1500-1914). London: MacMillan Publishers Ltd.

ANTUNES, J. Lobo. (2007). As limitações da Idade. *In O Fim da Vida*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia – U. C. P., pp. 97-106.

ANTUNES, J. Lobo (2008). Abertura. *O tempo da vida. Forum GulbenKian de Saúde sobre o envelhecimento 2008/2009*. Fundação Kaloust Gulbenkian: Principia, pp. 21-23.

ANTUNES, Manuel Luís Marinho (2008). *Temas de Doutrina Social da Igreja*. Patriarcado de Lisboa: Secretariado da Acção Pastoral.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo (2000). *Dar aos Pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (Séculos XVI – XVIII).* Editores Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa e de Ponte de Lima.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo (2003). *Rituais de Caridade na Misericórdia de Ponte de Lima (Séculos XVII – XIX).* Ponte de Lima: Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima.

ARRAZOLA, E. J. Leturia et al (2001). *La Valoración de las Personas Mayores: evaluar para conocer, conocer para intervir*. Madrid: Cáritas Espanõla Editores.

AUBERT et al, (s/d). *A Comunicação interpessoal*. Porto: Rés Editora.

AUGÉ, Marc (2001). *As Formas do esquecimento*. Almada: Íman Editora.

AUGÉ, Marc, (2005). *Não-lugares*, 90 Graus Editora

AZEREDO, Z. e MATOS, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina Lisboa*: Volume 8, pp. 199-204.

ÁVILA, Fernando Bastos (1991). *Pequena Enciclopédia de Doutrina Social da Igreja*: S. Paulo: Edições Loyola.

BADESA, Sara de Miguel (2006). Metodologia de acção socioeducativa com pessoas idosas. In *Como intervenir en Personas mayores*? Serrano, Glória Perez (coord.) Madrid: Dykinson, pp. 235-269.

BAHILLO, Carlos Gómez (2006). *La Nueva Sociedad de la información y del conocimiento, en Estructura Social*. Madrid: Pearson

BAPTISTA, Maria Isabel Rodrigues (2007). A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico. *Acção Social,* volu. XLII (183), pp. 539-579

BAPTISTA, Myrian Veras (2001). *A investigação em Serviço Social*. Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social.

BARATA, T. (2003). *Mexa-se pela sua saúde…Guia Prático da Actividade Física e emagrecimento para todos*. Lisboa: Dom Quixote.

BARNELUND, D. (1968). *Interpersonal Communcation: Survey and studies*. Boston: Houghton mifflin.

BARBOSA, Manuel (2006). *Educação e Cidadania*. Amarante: Editorial Labirinto.

BARRACHO, Carlos, (2001). *Psicologia Social – Ambiente e Espaço - conceitos, abordagens e aplicações*. Lisboa: Instituto Piaget.

BARRETO, João (2006). Tratamento actual da depressão do idoso. *In Psicogeriatria*. Editora: Psiquiatria Clínica, pp. 245-258.

BARRETO, João (2006). Relação terapêutica com o paciente idoso. *In Psicogeriatria*. Ed. Psiquiatria Clínica, pp. 113-124.

BARTHES, R. (1973). *Mythologies*. St. Albans: Paladin

BAYLE, F. (2000). O idoso em 2000: *Actualidades e perspectivas na intervenção psicossocial*. Loulé: Instituto Universitário Dom Afonso III.

BAYLES, K. A.y KASNIACK, A. M. (1987). *Communication and cognition in normal aging and dementia*. Londres: Tylor and Francis.

BAUMAN, Z. (2002). *Trabajo, consunismo e nuevos pobres*. Barcelona: Cedisa.

BAZO, Maria Teresa e tal (1998). *Enevejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Internacional*. Madrid: Editorial Médica Panamerica.

BELMONTE, Mª Luján Japón et CANO, Vicente Pérez, (2006). Humanizar la intevención psicosocial en los Centros de Mayores. *In Vejez con calidad de vida*, pp. 373 – 380).

BELSKY, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento*. Barcelona: Masson, S.A.

BENJAMIM, A. E. e CLUF, L. E (2001). *Who weeds caring? The lost art of caring. A challenge to health professionals, families, communities, and society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

BENTO XVI, Papa (2006). *Deus é Amor*, Lisboa: Rei dos Livros.

BENTO XVI, Papa (2010). *Bento XVI em Portugal, discursos e homilias*. Prior Velho: Paulinas Editora

BERGER, L. Mailhaux e POIRIER, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

BERGER J. et al 81985). Envejecimiento: Aspectos Psicológicos. *In Enciclopédia de Ciências Sociais*. Madrid: Aguilar.

BERMEJO, Francisco J. (1996) (coord.). *Ética y Trabajo Social*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.

BERELSON, B. e STEINER, C. (1971). *Comportamento Humano*. S. Paulo: Brasiliense.

BEZRUKOV V. y FOIGT A. (2005). Longevidad centenaria en Europa, *in rev. Esp Geriatric/Gerontología*. Vol.40-nº 05. Madrid, pp. 300-309.

BILHIM, J. Abreu Faria e CASTRO, Isabel (1997). *Comportamento Organizacional*. Lisboa: Universidade Aberta.

BINSTOCK, R. (2005). *Handsbook of Aging and the Social Sciences. Londres: Elsevier Sciences*

BILHIM, João Abreu de Faria (2006). *Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Ed. ISCSP.

BISE, P. R. & Vallier, C. (1985). *Psicologia moderna - uma vida nova: a terceira idade*. Viseu: Editora Verbo.

BITTI , P.R. ZANI, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa.

BLANCO, Elias e SILVA, Bento (2002). *Tecnologia e Educação*. Porto: Porto Editora.

BONFIM, Catarina de Jesus et al (1996). *Centro de Dia (condições de localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

BORRAS, Alphonse e ROUTHIER, Gilles (2010). *A Nova Paróquia*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

BOSCH, R. Enric (2004). Organização e Gestão de Instituições Socioculturais. *In Trila, P. (coord.). Animação Sociocultural*. Instituto Piaget, pp. 155 – 169.

BRAGA da CRUZ, M. (1997). A Formação para a Cidadania e as Instituições da Sociedade Civil. *Brotéria*, nº 145, p. 195-200.

BRINK, S. (1990). Living arrangements for the elderly: an international comparison. *En Pacolet y Wilderon: The economice of care of the elderly*. Publishing Aveburny. Aldershot, Uk.

BRITO, José Henrique Silveira (coord.) (2001). *Temas Fundamentais de Ética*. Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa. Braga: Editorial Franciscana.

BROMLEY, D. B. (1966). *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Lisboa: Editora Ulisseia. Brotéria 2, vol. 164, pp. 157-164.

BUENDIA, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la Salud*. Madrid: España Editores.

BURKE, D. M. et al (1991). On the tipe of the tongue: What causes Word finding failures in Young and old adults? *Jounal of memory and language*, 30, pp. 542-579.

CAIS, Ensaios (vários autores) (2008). *Empowerment – capacitar para participar*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

CAMPELO, A. (coord.) (2007). *Património Imaterial de Ponte de Lima*. Ponte de Lima: Município de Ponte de Lima.

CAMPELO, A. (2008). Património: Espaço e Vida. Da Herança à Construção da Identidade. *In Ponte de Lima Terra da Humanidade*. Município de Ponte de Lima.

CAMPELO, A. (2008). O *Ciclo da Lã em Vieira do Minho. Um mundo Rural em Transformação*. Vieira do Minho: Câmara Municipal de Vieira do Minho.

CAMPELO, A. (2009). *História e Estórias de Santiago de Poiares*. Comissão de Festas de S. Roque e de Santiago de Poiares. Edição Terrenos.

CAMPELO, A. 2009. Espaço, construção do mundo e suas representações. *In: Bettencourt, A. & Alves, L. Dos Montes, das pedras e das águas. Formas de*

interacção com o espaço natural da pré-história à actualidade. Braga: CITCEM/Universidade do Minho, pp. 191- 206.

CANO NIETO, J. Miguel (2003). *Organización y Gestión de Centros Escolares*. Madrid: Pearson Educación, S. A.

CANO, Vicente Pérez et al (2006). *Vejez con calidad de Vida*. Universidad Pablo Olavide. Sevilla: Dukinson S. L.

CANO, Vicente Pérez et al (2006). La participación del usurário, clave para un ambiente humanizado. *In vejez com calidadde vida*. Sevilha: Dykinson, pp.393-406.

CAPELO, F. M. (2000). *A integração do idoso dependente na família: um estudo de caso num centro de saúde da área de Lisboa*. Lisboa Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

CARDÃO, SANDRA (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler

CARMO, Renato Miguel (2006). *Contributos para uma Sociologia do Espaço-Tempo*. Oeiras. Celta Iditora.

CARRAJO, M. R. (1999). *Sociologia de los Mayores*. Salamanca: Universidad Pontifica.

CARRERAS, Juan Sáez (Coord.). (2007). *Pedagogia Social e Educaión Social*. Madrid: Pearson Educación, S.A.

CARRILHO, Maria José e al (2005). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento. INE, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 36, pp. 127-151.

CARRILHO, M. (2005). A situação demográfica recente em Portugal. Lisboa: *Revista de Estudos Demográficos*: Dezembro de 2005, nº38, pp.31-45.

CARRINGTON, D. et al, (1989). *Homes for living in*. London: Departemant of Health.

CARVALHO, P. S. e PINHO, A. P. (2006). Legislação e programas de apoio para idosos. *In Psicogeriatria*. Edi. Psiquiatria Clínica, pp.201-.214.

CASCAIS, António Fernando (2004). *Teorias da educação. Comunicar na Clínica, na Educação, na Investigação, no Ensino.* Coord. João Gomes Pedro. Lisboa: Clemepsi Editores.

CASTILLO, S. et al (2003). *Animación e dinâmica de grupos*. Barcelona: Editorial Altamar.

CASTRO, J. L. e Gonçalves, Alda Teixeira. (2002). *A Rede Social e o desenvolvimento local*. *Cidades – Comunidades e Territórios, nº 4, CET/ISCTE- Lisboa.*

CZAJA, S. et al (1993). Computer Communication as a aid to independenece for older adults. *Beaviour and information Technology*, 12, pp. 197-207.

CAZALS, Marie Pierre, e all, (2007). *Elementos de Psicologia Social*. Porto: Porto Editora.

CEMBRANOS, Fernando et al (2003). *La animacion Sociocultural: una propuesta metodológica*. Madrid: Editorial Popular.

CENTROS SOCIAIS PAROQUIAIS (2003). *Centros Sociais Paroquiais – caridade e evangelização*. Lisboa: Patriarcado de Lisboa.

CERRATO, Ignacio Montorio e ROJO, Gemma Pérez (2009). El cuidado informal de personas mayores en situación de dependência. *In Vejez, dependencia y salud (2009)*. Garcia, Pedro Javier Castañeda (coord.) Madrid: Edi. Pirámide, pp. 213-219.

CES – Conselho Económico e Social (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Luxemburgo: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho.

CHAPMAN, E. (2005). *Guia para planear a reforma. L*isboa: Editora Monitor.

CHARAZAC, Pierre, (2004). *Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos*. Lisboa: Climepsi Editores

CHARNESS, N. et al (2001*). Communication, techology and aging: Oportunities and challenges for the future*. Nova York: Springer.

CHIAVENATO, I. (1993). *Introdução à Teoria da Administração*, 4ª edição. S. Paulo: Makron Books.

CHIAVENATO, I. (1997). *Introdução à Teoria da Administração*. S. Paulo: Makron Books.

CÓDIGO DE DIREITO CANÓNICO (1984) Braga: Tip. Empresa do Diário do Minho.

COLEMAN, P. (1992). Envejecimiento y problemas sociales. *In Herder, M. Psicologia en el Trabajo Social.* Madrid. Ed. Pirâmide.

COMISSÃO EUROPEIA (2006). *O futuro Demográfico da Europa: transformar um desafio em oportunidade*. Bruxelas: Comissão Europeia.

CONSELHO PONTIFÍCIO JUSTIÇA E PAZ (2005). *Compêndio da Doutrina Social da Igreja*. Cascais: Principia.

COOPER, K. H. (1979). *Aerobics: Exercícios aeróbicos*. Diana. México.

COPELAND, J. (1999). Differences in depression. Current Opinion. *In Psychiatry*. 12, sup.1, 328 (abstrac).

CORREIA, J. M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

CORTINA, Adela (2001). *Ética Mínima*. Madrid: Editorial Tecnos.

COSTA, Alfredo Bruto (2008) (coord.). *Um Olhar Sobre a Pobreza*. Lisboa: Grávida-Publicações, S. A.

COSTA- LASCOUX, J. (1991). *Procriação e Bioética. In DUBY, G. (Org.). História das Mulheres do Ocidente: O século XX*. Porto: Afrontamento, pp.643 e seguintes.

COSTA, J. M. Stadler Dias (2007). A mentalidade pós moderna e o fim da vida. *O Fim da Vida*. Braga: Universidade Católica, pp.15-26.

COSTA, M. A. M. et al (1999). *O idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau.

COSTELLO, John, (1999). Filling the void": Grief and Loneliness *in Older Adults*. ILness, Crisis &Loss, Vol. 7, n. 3. July 1999, pp. 218-232.

COTÉ, N. et al (1994). *La Dimension Humaine des Organizations*. Quebec: Gaetan Morin Editeur.

COULSHED, V. y ORME, J. (1998). *Socical work Practice: An introduction*, 2 ed. Basingstoke: Macmillan/BASW.

COUTO, A. (2008). Prefácio. *in Meneses, Ramiro Borges, 2008, O desvalido no caminho*, Edições Passionistas, p. 8-9.

CRESPI, F. (1997). *Manual de Sociologia da Cultura*. Lisboa: Estampa.

CROFF, B. (2000). Une conception à la formation des aides à domicile auprès des personnes âgées, *in Gerontologie*, nº 114, pp 2 – 4. Paris.

CROUCH, Colin (2008). Change in European Societies since the 1970s. *in West European Politics*, volume 31, Issue 1 &2, January 2008, pp. 14-39.

CROZIER, E., FRIEDBERG, E. (1977). *L'actuer et le sisteme*. Paris: Seuil.

CRUZ, Hugo et al (2006). *Pais Uma Experiência*. Porto: Porto Editora.

CRUZ, M. Braga (1994). Ciências Sociais e Doutrina Social da Igreja, *in Questões Sociais, Desenvolvimento e Política*. U.C. P. 1994, p. 148.

CUESTA, Sílvia Castilho e CASTILHO, Manuela (2003). *Animación e Dinâmica de Grupos*. Barcelona: Editorial Iamar.

CURRAN, S. et al (2005). *Pratical Old Age Psycopharmacology*. Radcliffe Publishing Ld.

DAGNINO, Evelina (2004). *Sociedade Civil, Participação e Cidadania: de que estamos falando? Políticas de ciudadania y Socieda Civil en tiempos de globalización.* Caracas: Faces, Universidad Central de Venezuela.

DAVIES, P. (1995). Comunicação não verbal com doentes. *In Revista Nursing nº 87*. Abril. Ano 8.

DELICATO, A. (2002). *Caracterização do Voluntariado em Portugal. Lisboa*: CNAIV.

DEMARTIS, LÚCIA (2006). *Compêndio de Sociologia*. Lisboa: Edições 70, Ldª.

DIAGNÓSTICO SOCIAL (2004). *Conselho Local de Ponte de Lima*. Ponte de Lima: Município de Ponte Lima.

DIAS, Fernando Nogueira (2001). *Sistemas de Comunicação, de Cultura e de Conhecimento – Um Olhar Sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, Fernando Nogueira (2004). *Relações Grupais e Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, Fernando Nogueira (2007). *O Medo Social*. Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, Isabel (2005). *Envelhecimento e a violência contra os idosos*. Porto: Sociologia, U.P..

DIAZ, Maria Emília (2007). *Atención y Apoyo Psico Social*. Barcelona: Altamar S. A.

DIMMOCK, B. et al (2004). Intergenerational relationships among UK Stepfamilies. *In harper, S. (ed), families in Ageing Sociaties*. Oxford Univesity Press

DIRECÇÃO GERAL DE ESTUDOS, ESTATÍSTICAS e PLANEAMENTO (2005). (http:/www2.deep.msst.gov.pt/cartasocial/index2.asp).

DRUCKER, Peter e al (1990). *As Organizações sem fins lucrativos*. Lisboa: Difusão Cultural

DUARTE, Vera Mónica (2008). *Cenários Para a Acção Social e Caritativa da Igreja de Braga*. Braga: Arquidiocese de Braga e Faculdade de Ciências Sociais do Centro Regional de Braga da Universidade Católica.

DUPLÁ, Leonardo Rodriguez (2001). *Ética*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

DUQUE, João (2010). Solidariedade e Profecia, *in Mensageiro*-Julho de 2010, Braga, pp. 21-25.

DUTERME, Claude (2008). *A Comunicação Interna na Empresa*. Instituto Piaget: Tipografia Peres.

EIZAGUIRRE, B. G. et al. (2007). *Manual Básico para Gerocultores y Auxiliares Geriátricos*. Madrid: Cáritas.

ELIZASU, Carolina (2002). *La Animación com Personas Mayores*. Madrid: Editorial CC.

ENCARNAÇÃO, F. (1995). *Colonização da Velhice*. (Tese de Mestrado em Assistência Social). São Paulo: PUC:

ERMIDA, J. G. (1995). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. *In Temas Geriátricos*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria Gerontologia 1º Tomo, pp. 53 – 67.

ESCARTIN, M. J. et al (1992). *Manual de Trabajo Social*. Alicante. Ed. Aguaclara.

ESPADA, M. R. (2006). El Papel de la terapia ocupacional en la humanización de los cuidados en Centros geriatricos. *In vejez com calidad de vida*. Sevilha: Dykinson, pp.381-390.

ESTEVES, A. J. (1995). Jovens e Idosos – família , escola e trabalho. Porto: Edições Afrontamento.

ETZIONI (1992). *Textos de apoio do ISET*. Porto: ISET.

FAYOS, Ana Pastor (2005) (autora e coordenadora). *El Trabajador Social en el âmbito Gerontológico*. Alcalá la Real (Jaen): Formación Alcalá.

FEIO, A. P. (2000). *Serviços de proximidade: Caracterização e perspectivas de evolução*. Lisboa: Colecção Escudos, IEFP.

FENTRESS, J. WICKHAM, (1994). *Memória Social*. Lisboa: Teorema.

FERIN, Isabel (2002). *Comunicação e Culturas do Quotidiano*. Quimera Editores, Lda.

FERNANDES, Ana Alexandre (2008). *Questões Demográficas*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

FERNANDES, Ana Alexandre (2001). Um debate sobre a família. A questão demográfica do declínio da fecundidade. *Boletim da Associação Portuguesa de Demografia,* nº1, pp. 1 e seguintes.

FERNANDES, Ana Alexandre (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social. Oeiras: *Sociologia,* nº 36, pp. 36-52.

FERNANDES, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade, Demografia, família e politicas sociais em Portugal*. Lisboa: Editora Celta.

FERNANDES, A. (2004). *Guia para uma Alimentação Saudável*. ISBN: Editorial Presença.

FERNANDES, A. Teixeira (2005). Processos e estratégias de envelhecimento, *in Sociologia*, Porto: Faculdade de Letras, pp. 223- 247.

FERNANDES, LIA (2006). Psicoterapias no idoso. *In Psicogeriatria*. Psiquiatria Clínica pp. 69-82.

FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro (2007). *Factores Influenciadores da Percepção dos Comportamentos do Cuidar dos Enfermeiros*. Coimbra: Formação e Saúde Limitada.

FERNANDES, P. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações de depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.

FERNANDEZ-BALLEESTEROS (2009). *Envejecimiento Activo*. Madrid: Edi. Pirâmide.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Psicología - Pirámide.

FERNANDEZ-BALLESTEROS and CORRALIZA RRODRIGEZ, J.A. (2000). Ambiente e vejez. *In Fernández Ballesteros, R. (ed,) Gerontologia Social*. Madrid: Ediciónes Pirâmide.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (2004). *Introduccion a la evaluacion psicológica*. Madrid: Pirâmide.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1996). *Psicologia de la vejez*. Madrid: Pirâmide.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R et al (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.

FERREIRA, J. M. Carvalho, NEVES, J. et al (1996). *Psicologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

FERREIRA, P., Rodrigues, R. e NOGUEIRA, D. (2006). *Avaliação Multidisciplinar em Idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.

FERICGLA. J. M. (1992). *Envejecer. Una antropologia de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.

FERRY, M., ALIX, A., BROKER, P., CONSTANS, T., LESOURD, B., MISCHLICH, D., et al. (2004). *A Nutrição da Pessoa Idosa Aspectos fundamentais, clínicos e psicossociais*. Loures: Lusociência.

FISCHER, G. N. (1992). *Psycologie sociale de l'environnement*. Toulouse: Éditions Privat.

FISCHER, G. N. (1976). *The Urban Experiences*. Nova Yorque: Harcourt Brace.

FIGUEIREDO, Daniela (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

FILHO, L. Baptista, J. (2004). *Envelhecer Bem é Possível*. S. Paulo: Edições Loyola.

FISKE, J. (1990). *Introduction to Communication Studies*. Londres: Routledge.

FISKE, J. (1995). *Introdução ao Estudo da Comunicação*. Porto: Edições ASA.

FONSECA, A. M. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.

FONSECA, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsis.

FONSECA, A.M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Campus do saber.

FONSECA, A. M. (2006). Que vida depois da reforma? *in O Tempo da Vida*. Fórum Gulbenkian sobre o Envelhecimento 2008/2009. Fundação Kaloust Gulbenkian: Principia, pp.153-159.

FONTAINE, Roger (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

FONTES, Paulo (1994). A Doutrina Social da Igreja numa perspectiva histórica. *In Questões Sociais, Desenvolvimento e Política*. Lisboa: UCP, pp. 68 -90.

FOUCAULT, Michel (1996). *Vigiar e Punir-História das violências nas prisões*. Petrópolis: Vozes.

FOUCAULT, M. (1964). *Histoire de la Folie aláge classique*. Paris: Plon

FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard.

FOUCAULT, M. (1984). *Des espaces autres*. Genebra: École d' Architecture

FRANCES, A. e ROSS, R. (1996). *Casos clínicos para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.

FRANCO, J. S., e CEÑA, D. P. (s. d.). *Manual de formación para gerocultores*. Madrid: Editorial Sintesis.

FREIDSON (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.

FREITAS, José António Araújo (2006). *A Comunicação e a Participação*. Braga: Universidade Católica Portuguesa

FREIXO, Manuel João Vaz (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget, Epistemologia e Sociedade

FUENTE, Ania B. J. (2009). Los retos del envejecimiento. In Garcia, Pedro Javier Castañeda coord. (2009). *Vejez dependência y salud. Guia Prático de Gerontologia*. Madrid: Ed. Perâmide, pp.139-146.

GARCIA, PEREZ MC. (1992). *Motivación y vejez. Jerarquia de Necessidades y nível de aspiración de los ancianos internos en una residência*. Barcelona: Ed. Fundación d.e la Caixa.

GARCIA ROCA (2004). *Políticas y Programas de participación Social*. Madrid: Editorial Síntesis

GARCIA, Tomás Fernandez (coord) (2008). *Trabajo Social com Casos*. Madrid: Alianza Editorial.

GARRARD, P. et al (2005). *Semantic feature knowledge and Picture naming in dementia of Alzheimer´s type: A new approach. Brain and Language*. 93, pp. 79-94.

GÉIS, P., Rubi, M., (2003). *Terceira Idade. Actividades Criativas e Recursos Práticos*. Brasil: Editora Artmed.

GEVAERT, J. (1981). *El Problema del Hombre*. Salamanca: Ediciones Sigueme.

GIDDENS, A. (1998). *The Third way: The Renewal of Social Democracy*, Cambridge: Polity.

GIDDENS, A. (1997). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta.

GIL, Ana Martins (1999). Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice. *Cadernos de Política Social*, Junho de 1999, pp. 94 – 110.

GLEITMAN, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GODINHO, H. P. & Bastos, J. P. (2005). *Saúde e Bem-Estar Para Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.

GONÇALVES, FERRAZ (2007). Cuidados paliativos. *In Fim da vida*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, pp. 97-106.

GOODELASS, H. y KAPLAN, E. (1986). *La evaluacion de la afasia y transtornos asociados*. 2ª edi. Madrid: Médica Pannamericana.

GOODE, W.J. (1963). *World Revolutions and Family Patterns*. The Free Press

GOODY, J. (1956). *The Development Cycle in Domestic Group*. Cambridge: University Press.

GOODY, J. (1988). Prólogo. In BURGUIÈRE, A. (Org.). *História de la família: el impacto de la modernidad*. Madrid: Alinza Editorial.

GOFFMAN, Erving (1974). *Manicómios, Prisões e Conventos*. S. Paulo: Perspectiva.

GOMES, Gilberto Pedro (1989). *Como organizar a pastoral da comunicação*. S. Paulo: Edições Paulinas.

GOMES, Carla, Pinheiro et PÁSCOA João, (2001). O papel da família na Reabilitação do idoso, *in Geriatria* nº 136, Setembro/2001, pp. 46 - 51, Lisboa.

GÓMEZ Péllon, E. (2007). El património Cultural Memoria e Imagen del Grupo Social. *in Introducción al la Antropología Social y Cultural*. Madrid: Edi. Akal, pp. 373-397.

GONÇALVES, Daniela et all (2006). *Psicologia, Saúde e Doenças*. Universidade de Aveiro.

GONZALEZ, Javier Gálvez (coord.) (2009). *Mayores activos*. Sevilha: Eduforma.

GONZÁLEZ, Luís Manuel Rubio et al, (2004). *Mayores en Casa*. Madrid: Editorial Sintesis, S.A.

GARCIA, E, Herrero, J e Musitu. G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Sintesis

GRINBERG, A. (1999). *Arte de Envelhecer com Sabedoria*. São Paulo: Nobel.

GUELL, M. y Olivé, M. C. (2001). Rehabilitación de la afasia. *In M. Puyuelo (ed) Casos clínicos en logopedia*. Barcelona: Masson, pp. 73-144.

GUERRA; Miguel Angel Santos (2003). *Aprender a Conviver na Escola*. Porto: CRIAP.

GUIDENS, A. (2000). *O Mundo da Era da Globalização*. Lisboa: Climepsi Editores.

GIDDENS, A. (1998). *The third way: The Renewal of Social Democracy*. Cambridge: Polity

GUIDENS, A. (1999). *Para uma Terceira Via*. Lisboa: Editorial Presença.

GUNTHER, E.R. (2009). *O Segredo das boas decisões*. Vila Nova de Famalicão: Centro Atlântico.

GUTTMANN, D. (1998). *Logoterapoia para profesionales. Trabajo social significativo*. Deselée de Brouwer.

HALBWACHS, M. (1968). *La Mémoire Collective*. Paris. PUF.

HALBWACHS, M. (1994). *Les Cadres Sociaux de la Mémoire*. Paris: Albin Michel.

HALL E. T (1989). *El linguage silencioso. El espacio habla*. Madrid: Alianza Editorial

HAMILTON, G. (1984). Teoria e Práctica de Trabajo Social de Casos. México. La Prensa Médica Mexicana, 2ª edición.

HANCOCK, J. (2001). *Como melhorar a sua memória*. Lisboa: Editorial Estampa.

HARMAN, D. (1981). *The aging proccess*. Pro. Nati Acad Sci USA, 78 (11): pp.7.124 - 7.128.

HARTMAN, A.y LAIRD, J. (1983). *Family Centered Social Work Practice*. New York: The Free Press.

HARTLEY, J. (2004). *Comunicação, Estudos Culturais e Media, conceitos-chave*. Coimbra: Quimera Editores.

HENRIQUE, Joaquim, (2008). *O Serviço Social nos centros sociais e paroquiais.* Lisboa. Universidade Católica Editora.

HERNANDEZ, Alexia Sanz, (2006). *Herramientas para la Investigacion de lo Social en las Organizaciones*. Zaragoza: Mira Editores, S. A.

HERNANDEZ, Carmen R. (2007). Envejeciemnto, actividad física y processos psicológicos, *in Envejecer com Salud*. Barcelona: Planeta, pp. 161-183.

HINTON,. P. R. (1993). *The Psycology of Interpersional Perception*. London: Touledge e Kegen

HOOKER, K y McAdams (2003). Personality reconsidered: a new agenda for aging research. The Journals of Gerontology: *Psicologia del Lenguaje. Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

HULL, R. (1989). Incidence of selected language, speech and hearing disorders among the elderly – *in Communication Disorders in Aging*. Newburg Park, CA: Sage, 124-132.

IAÑEZ, DOMINGUEZ, A. (2004). Aspectos Antropológicos del envejecimiento, La exclusion social de las personas mayores. *In HERNÁNDEZ- SANCHEZ. A la estrutura Socioeconomica de Castilla en la Union Europeia*: Sevilha: Universidad de Pablo de Olavide.

IDS (Instituto para o Desenvolvimento Social) (2002). *Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade*, Lisboa.

IDS (Instituto para o Desenvolvimento Social) (2002). *Prevenção da Violência Institucional, perante pessoas idosa*. Lisboa: IDS.

IESE. (1998). *Serviços de proximidade e serviços urbanos nos concelhos de Amadora, Loures, Sintra, Oeiras e Cascais*. Lisboa: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.

IMAGINÁRIO, Cristina (2008). *O idoso dependenteem contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Indústria Gráfica.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2001). *Estimativa da população residente, por sexo e idade*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE - Instituto Nacional de Estatística (2005). *A Península Ibérica em Números. Portugal e Espanha: Semelhanças e diferenças*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INOFOR (2005). *O Sector dos Serviços de Proximidade: serviços de acção social*. Lisboa: Departamento de Formação Profissional.

INSERSO (1993). *Plan Gerontologico*. Madrid: Instituto Nacional e Servicios Sociales.

INSERSO (1995). *Las personas mayores en Espanha. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

IQF (Instituto para a Qualidade na Formação) (2005). *O sector dos serviços de proximidade: Serviços de Acção Social*, Colecção Estudos Sectoriais, nº24. Lisboa: IQF.

ISCRA (2009). *DSI – Introdução à Doutrina Social da Igreja*, www.iscra.pt, página oficial do Instituto Superior de Ciências Religiosas de Aveiro, 08/02/ 2009.

IZAL, M. e MONTORIO, I. (1999). *Gerontología Conductural: Intervención y Ámbitos de Aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis.

JACOB, LUÍS (2007). *Socialgest*. Site de Gerontologia, Economia e Acção Social.

JANES, Clara e FUENTE, LUZ Maria de la Fuente (1994). *Aprender a envelhecer*. S. Paulo: Quadrante.

JAKOBSON, R. (1970). *Linguística e Comunicação*. S. Paulo: Cutrix.

JAPON BELMONTE (1993). *Modelo integral de intervención en la vejez" en Gerontologia Social. Perspectivas teóricas y de intervención.* Dip. Prov. Jaén, pp. 519-552.

JENSEN, Peter Winttlev (2008). Panorâmica da Estratégia da Comissão Europeia em matéria das Novas Tecnologias e Serviços Para Envelhecer Bem. *In O tempo da vida*. Forum GulbenKian de Saúde sobre o envelhecimento 2008/2009. Fundação Kaloust Gulbenkian: Principia, pp. 369-380.

JORGE, J. S. (1983). *Psicologia e Dinâmica da Vida de Grupo*. S. Paulo: Edições Loyola.

JORGE, Fátima e Paulo Silva (2007). Comunicação, Liderança e Cultura Organizacional, *in Instrumento para o desenvolvimento das PME,s* – Universidade de Évora: Programa Leonardo da Vinci, pp. 39-70.

JUNCOS, Onésimo et al, (2006). *Psioclogia de la vejez*, cord. Carmen Triadó, Madrid: Alinzaeditorial.

JUNCOS, O. Y FACAL, D. (2003): Evaluación de las capacidades communicatvas en la vejez. *In Homenaje al Doctor Jorge Perelló Gilberga. Congresso International de Foniatria, Audiologia, Logopedia y Psicologia del Lenguage. Aportaciones ao comienzo de un nuevo siglo*. Salamanca: Publicaciones Universitarias.

KACHAR, V. (2003). *Terceira Idade e Informática*. São Paulo: Cortez.

KADUSHIN, A. (1990). *The Social Work interview, 3 ed*. New York: Columbia University Press.

KALACHE, A et al (2005). Global ageing: The demographic revolution in all cultures and societies. *In M. L. Jonhson, The Cambridge handbook*: Cambridge University Press.

KANE, R. (1996). Évolution dês soins en collectivité. *En OCDE: Protéger les personnes agées aides*. Paris: OCDE.

KIRSHNAM, KR, et al 2004. *Clinical characteristics of magnetic resonance imaging / defined subcortical ischemic depression*. Biol Psychiatry.

KLERMAN, GL.e WEISSMAN, MM (1984). *Interpersonal Psychiatry of Depression*. New York: Basic Books.

KLEIMEIER, R. W. (1959). Bahavior and organization of the bodily and the external environment. *In Birren, J.E. Handbook of aging and the undividual*: Chicago: University of Chicago.

KRAMER, A. (1999). *Walking Improves Mental Processing. Nature*, July 29, 400, p. 418-419.

LAFOREST, J. (1989). *Introduction a la gérontologie*. Montreal: Édt.. Hurtubise HMH.

LAFUENTE, Ania B. J. (2009). Los Retos del envejecimeiento. In GARCIA, Pedro Javier Castañeda (coord). (2009). *Vejez dependência y salud. Guia prático de Gerontologia*. Madrid: Edi. Pirâmide, pp. 121-130.

LAMAS, Oliveira Sónia (2009). *Jogos e Actividades para Idosos*. Porto: Livpsic

LANDRY, A. (1982). *La révolution démographique*. Paris: INED.

LAZURE, H. (1994). *Viver – Relação de Ajuda*. Lisboa: Edi. Lusodidacta.

LE BRIS, Hannelore (1990). *Définir une résidence "idéale" pour retraités. Jani- I Rapport de synthèse, II volume de tableaux, Inquérito Cleirppa*, Paris.

LAVADO, Ana (2007). O Animador e a Memória Social. Práticas de Animação. *Revista das Práticas de Animação*. Ano1. Nº 0. Outubro de 2007, pp. 1-17.

LEAL, João (2006) *Antropologia em Portugal, Mestres, Percursos, Transições*. Lisboa: Livros Horizonte.

LEANDRO, Maria Engrácia (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.

LEANDRO, Maria Engrácia (2007). Famílias, pobreza e exclusão social, *in Brotéria*, Fevereiro, pp 155 - 170.

LEANDRO, Maria Engrácia (2008), A família em questão. A família da revolução, a revolução da família em Portugal: 1974 -2004, *in Sociedades Contemporâneas*. Edit. Afrontamento, pp.134 e seguintes.

LEESON, W. George (2009). Educação e Aprendizagem ao Longo da Vida. *In O Tempo da Vida*. Fundação Kaloust Gulbenkian: Principia, pp.367 -386.

LEHR, Ursula, (2009). Prólogo. *In Fernández-Ballesteros, Envejecimiento Activo*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp.9-18.

LEITÃO, Maria; PINTO, Adozinda; VERÍSSIMO, Alexandre. (1986). *Os idosos das regiões agrícolas*. Santarém: Centro Regional de Segurança Social.

LEMIEUX, Vincent (2008). *Análise Estrutural das Redes Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.

LEUCHNER, Susana, (2006). Aspectos arquitectónicos nas residências para idosos. *In Psicogeriatria*, Editora: Psiquiatria Clínica pp.565-575.

LEUSCHER, A. (2008). A doença da solidão. *In O tempo da vida*. Forum GulbenKian de Saúde sobre o envelhecimento 2008/2009. Fundação Kaloust Gulbenkian: Principia.pp. 327-330.

LEVIS STRAUSS. (1993). *Historia de la família*. Madrid. Ed. Alianza.

LILIANA Sousa, FIGUEIREDO, D., CERQUEIRA M. (2004). *Envelhecer em família*. Colecção Idade do Saber. Porto: Âmbar.

LIMA, José Silva (2009). *Teologia prática fundamental: fazei vós, também*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

LIMA, Licinio C. A., (2001). *Escola como organização Educativa: uma Abordagem sociológica*. S. Paulo: Cortez Editora

LIMA, Margarida Pedroso (2006). *Posso Participar? Actividades de Desenvolvimento Pessoal para Idosos*. Porto, Âmbar – Ideias no Papel, Colecção idade do Saber.

LIMÓN MENDIZIBAL (2000). Personas mayores. Protagonismo social de la tercera idad. *In Peres Serrano (coord). Pedagogia Social*. Barcelona:Ariel.

LINO, Maia (2008). *Empowerment-capacitar para participar*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

LISHMAN, J. (1994). *Communication in Social Work*. Basingstoke: Macmillan/Basw.

LITWAK, E. (1960). Geographical Mobility and Extended Family Cohesion. *In American Sociological Review*, 25.

LOBO, Alexandrina et al (2007). Idoso institucionalizado: Funciona LOBO, Alexandrina et al (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência* II Série – nº 4- Junho de 2007, pp.199-204.

LOEWENSTEIN, C.e RUBERT. M. P. (1996). Normal Aging: Changes in Sensory / Perceptual and Cognitive Abilities – cap. 4 *in Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry* – Washington, Dc: American Psychiatric Press, Inc.

LÓPEZ, Maria Crespo, et al (2007*). El Apoio a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar?* Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

LORDA, R. (2001). *Recreação na Terceira Idade*. Brasil: Editora Sprint.

LOURENÇO, Manuel (2003). *A Paróquia: perspectiva histórico-jurídica, AAVV., A Paróquia comunidade de fiéis*, Lisboa: Centro de Estudos de Direito Canónico – Universidade católica Portuguesa, pp. 35-36.

MADEIRA, M. A., SILVA, F.A., ABECASIS L., & ROSA, M. C. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

MADUREIRA, Mário A. S. (1990). *Introdução à Gestão*, 1ª edição. Lisboa: Editorial Presença.

MAIA, Lino (2007). *As Organizações não governamentais. Compromisso Cívico para a Inclusão*. Conferência a 14 de Abril de 2007. CNIS.

MAIA, Lino (2007). As Instituições Particulares de Solidariedade Social *in Empowerment – capacitar para participar*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

MANCE, Euclides (2000). *A revolução das Redes, A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista à globalização actual*. Petroplois: Vozes.

MANTON, K.G., Gu e V.L. Lamb (2006). Long-term trends in life expectancy and active life expectancy in the United States. *Population and Development Review* 32, pp. 81-105.

MARC, E. e PICARD (s/d). *A Interacção Social*. Porto: Rés Editora.

MARCH, J. G. e SIMON, H. A. (1991). *Les Organizations*. Paris: Dunod.

MARCHAND HELENA D' ORREY (2005). *Idade da Sabedoria*. Porto: Âmbar.

MARCHAND, H. (2005). *Psicologia do Adulto e Idoso*. Coimbra: Quarteto.

MARIA, Franco Di, et al (2008). *Elementos de Psicologia de los grupos*. Madrid: McGraw Hill.

MARIN, António Lucas (2006). Comunicação e modrnização. *In Estructura Social. La realidad de las sociedades avanzadas*. Madrid: Pearson, pp. 167-298.

MARIN, D. C. et al (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación La Caixa.

MARQUES, A. R. e al (1991). *Reacções emocionais à doença grave*. Coimbra: Revista de Psiquiatria Clínica.

MARTIN, Serrano M. (2000). *Las personas mayores y las residências*. Madrid: IMERSO.

MARTINEZ, Alfonso Garcia et al (2006). *Dependencia y vejez.* Madrid: Ediciones Arán

MARTINEZ, Sílvia Rodriguez (2002). *Ocio y Formación en la edad adulta*. Tesis Doutoral. Bilbau: Universidad de Deusto.

MARTINS, Moisés de Lemos (2005). A razão comunicativa nas sociedades avançadas, *in Rumos da Sociedade da Comunicação*. Lisboa: Nova Veja, pp.51-58.

MARTINS, Rosa Maria Lopes, (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Milenium* – Revista do ISPV – nº 32- Fevereiro de 2006, pp. 126-140.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2005). A Relevância do Apoio Social na Velhice. *Milenium* – Revista do ISPV- nº 31.

MATTERLARD, Aramand (1997). *A comunicação - Mundo, História das Ideias e das Estratégias*. Lisboa, Instituto Piaget.

MATTERLARD, Armand et al (2005). *A Comunicação na aldeia global*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editorial Vozes.

MATTOSO, J. (1993). O *essencial sobre a cultura medieval portuguesa, séc. XI a XIV*. Lisboa: IN - CM

MAURITTI, Rosário (2004). Padrões de Vida na Velhice, *in Análise Social*. Volume XXXIX, pp. 339 – 363.

MAUSBACH, B. T et al (2007). The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: A five –year longiditudinal analylis. *Aging and Mental health*, 11 (6), pp. 637-644.

MAYRAT, A. (1981). *À propos de la solicitude. Revue Gérontologie*. Nº 38, 1981, pp. 44-46.

MAXIMIANO, António César A. (1992). *Introdução à Administração*, 3ª edição. S. Paulo, Editora Atlas.

MAZO, Giovana (2000). *Universidade e Terceira Idade*, São Paulo, Brasil: UFSM.

MCGINN, K.L., THOMPSON, L.L.& BAZERMAN (2003). Dyadic processes of disclosure and reciprocity in bargaining with communication. *Journal of Behavioral Decision Making*, 16 (1), pp.17-34.

MEDVEDEV, ZA. (1990). An attempt at a rational classification of theories of aging. *Biol Rev* , 1990, 65, pp. 375-398.

MEIRELES, Ana Catarina (2008). *Envelhecimento activo da pessoa idosa*. Dia Internacional do Idoso (2008): Portal de Saúde Pública

MARTINEZ, Sílvia Rodriguez (2002). *Ocio y Formación en la edad adulta*. Tesis Doutoral. Bilbau: Universidad de Deusto.

MEJUTO, LOPEZ e all (2000). *Calidad Educativa y Empleo en Contextos Multiculturales*. Universidade de Santiago de Compostela.

MELO, Luís (1991). *Comportamento, Conteúdo e Relação na Comunicação- alguns contributos da escola de Palo Alto*. Guarda: ESE.

MENDIZÁBAL, Maria Rosário Limón (2006). Educación para el ócio y tiempo libré en las personas mayores *in Como intervenir en personas mayores*? Madrid: Dykinson, pp. 139-174.

MENDIZÁBAL, Maria Rosario Limón (2004). *Grupos de debates para idosos*. Mendizabal: Loyola.

MENDES, R., (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social. Competitividade e Gerações.* Oeiras: Editora Celta.

MENESES, Ramiro Délio Borges, (2008). *O Bom Samaritano como paradigma da Humanização em Saúde*. Braga: Edições Passionistas.

MENEZES, Carlos Alberto Freitas (2009). *A depressão nos idosos que frequentam os Centros Sociais Paroquiais de Ponte de Lima*. Braga: Universidade do Minho.

MICHEL, SANDRA, (s/d). *Gestão das Motivações*. Porto: Rés Editora.

MIGUEL, A. (2005). *El Arte de Envejecer*. Madrid: Biblioteca Nueva.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA - Instituto Português da Qualidade. (2000). *Guia Interpretativo para aplicação da norma ISSO 9001: 2000 - Para lares de idosos*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos*. Lisboa: Direcção da Saúde, 2004 - 2V – Vol. I - Prioridades. Vol. II- Orientações Estratégicas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosos*. Acessível em www.min-saude.pt/Portal.

MIRANDA, S. (2003). *Novas dinâmicas para grupos. A aprendência do conviver*. Porto: Edições ASA.

MONIZ, José Manuel Nunes (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures: Lusociência.

MONTANA, Patrik J. (2003). *Administração: princípios e tendências*. 2 edição. São Paulo: Saraiva.

MONTEIRO, ALCIDES A. e RIBEIRO, BESSA FERNANDO (2008). *Redes Sociais*. V.N. Famalicão: Edições Húmus, L.da

MONTEIRO, Ana Cristina et al (2006). *Fundamentos de Comunicação*. Lisboa: Edições Sílabo, L. dª.

MONTEIRO, HELENA e FÉLIX NETO (2008). *Universidade da Terceira Idade*. Oliveira de Azeméis: Livpsic.

MONTEIRO, M. e SANTOS, M. R. (1999). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.

MOORE, Stephen. (2002). *Sociologia*. Sintra: Publicações Europa – América

MOORE, E. (1986). A music therapist's perspective. *In Working with the eltherly*. Boston: Ed. J. Burnside

MORA, Rosa Matilla (2002). Terapia Ocupacional, *in Como intervenir en personas mayores?*. Madrid: Dykinson, pp. 181-232.

MORAIS, Adelino Tito (2008). *120 Anos do Lar Nª. Srª da Conceição: Casa de Caridade Nª Sª das Conceição/ Lar de Idosos*. Ponte de Lima: Casa da Caridade.

MORGADO, José Carlos et al (2004). Usufruir das mudanças curriculares para uma integração das tecnologias da informação e da comunicação. *Revista de Estudos Curriculares*, nº 1: Universidade do Minho, pp. 85 - 120.

MOREIRA, I. (2006). *Doença Terminal em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.

MORENO, C. I. (1998). *Acompañar al anciano, la sociedade ante la tercera idade*. Madrid: San Pablo.

MORIN, Edgar. (1997). *Cultura de Massas no Século XX: O Espírito do Tempo*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

MORUNO MIRALLES, P. et al (2005). *Actividades de la Vida Diária*. Barcelona: Masson S.A.

MOTTA Fernando C. Prestes (2003). *Educação e Pesquisa*, volume 29, nº 2. Brasil: Universidade de S. Paulo, pp. 369-373.

MUNICÍPIO DE PONTE DE LIMA (2004). *Diagnóstico Social – Conselho Local de Acção Social de Ponte de Lima*: Gráfica da Graciosa, L.dª.

MUÑOZ COBOS, F. et al (s./d.) *Atención a Las Personas Mayores*. Barcelona: Semfic ediciones.

MUÑOZ, L. A. et al (2006). Envejecimiento y sociodemografia mundial. *In vejez con calidad de vida*. Universidad Pablo Olavid: Dykinson, pp.151-162.

MURTEIRA, Mário (2004. *A Economia em 24 lições*. 4ª edição. Editorial Presença.

MUSCOLO, Sílvia I. et al (2007). Evolución histórica de los métodos en Trabajo Social de Casos, *in Trabajo Social (2007)* Madrid: Alianza Editorial, pp. 17-31.

MUSITU, G. et al (1987). *Psicologia de la Comunication*. Valência: Ed. NAU libres.

MUSITU OCHOA e al (2006). Apoyo Social y calidad de vida en personas mayores. *In vejez com calidad de vida*. Sevilha: Dykinson, pp. 211-234.

NAÇÕES UNIDAS (2006). *World Population Ageing*: 1950 – 2050. www. Un.org.-publications and data base.

NADAL, Maria Dulce Fontanals et al (2003). *Una Nueva Visión del Trabajo Psicosocial en el Âmbito Asistencial*. Barcelona: Herder Editorial.

NARCEA, S. A. (1997). *Como educar em valores*. Madrid: Ediciones 5.

NAVARRO, Sílvia (2004). *Redes Sociales y construcción comunitária*. Madrid: Editorial CCS.

NAZARETH, J. Manuel (2007). A Demografia do Envelhecimento em Portugal, *in O Fim da Vida*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, pp.27-34.

NAZARETH, J. Manuel (2009). *Crescer e Envelhecer*. Lisboa: Editorial Presença.

NEIVA, Adélio Torres (2004). *O Leigo vocação para a missão*. Lisboa: Missionários do Espírito Santo, L.I.A.M..

NELSON–JONES, R. (1994). *Practical Counselling and Helping Skills*. London. Ed. Cassell.

NERI, A. (1999). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas (São Paulo): Papirus.

NÉRI, A. et al (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus

NETO, A. (1998). As Universidades Abertas para a Terceira Idade, *in A Terceira Idade*, nº 14, São Paulo, pp.39-44.

NETTO, M. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.

NETTO, M. (1996). *A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizante*. São Paulo: Editora Atheneu.

NETTO, M. P. (1996) *Aspectos psicológicos do envelhecimento - Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu.

NETTO, M. P. (1996). *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu.

NEVES, I. (2001). *Dicionário Técnico e Jurídico de Protecção Social*. Coimbra: Coimbra Editora.

NEVES, J. L. César (2008). O Bom Samaritano na Globalização. *In Cenários para a acção social e caritativa da Igreja de Braga*. Arquidiocese de Braga.

NUNES, L. (1999). *A Prescrição da Actividade Física*. Lisboa: Editora Caminho.

OCHOA e all (2006). Apoyo Social y calidad de vida en personas mayores, *in Vejez com calidad de vida*. Sevilha: Dykinson, pp. 211-234.

O'FARRELL(coord.) Pablo Badilho (2003). *Pluralismo, Tolerância, Multiculturalismo*. Universidad Internacional de Andalucia: Ediciones Akal.

OLIVEIRA, J. H. B. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: Asa.

OLIVEIRA, J. H. B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.

OMS (2003). *Relatório Mundial de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

O' SULIVAN et al (1983). *Key Concepts in Communication*. Londres: Routledge.

OSÓRIO, Agustín Requejo; PINTO, Fernando Cabral (2007) (coord.). *As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa*, Lisboa Instituto Piaget.

PALHOUTO, C. Taipina P. (1997). *O auto-conceito em idosos institucionalizados*. *Monografia do curso de Psicologia* Lisboa: ULHT. Papirus.

PARSONS, T. (1975). The family in urban-Industrial america. *In ANDERSON, M. (org.) Sociology of the Family*. Australia: Penguin Education, pp. 43-62.

PARSONS, T. (1959). *The Social Structure of the family in the Family: its functions and destiny*. Harper e Row. New York: ed. Ashen

PASCHOAL, Sérgio Mário Pacheco (2000b). Autonomia e Independência. *In NETTO, M. P. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Attheneu, pp. 313- 323.

PATRÍCIO, M. F. (1995). *Revista Portuguesa de Filosofia*, Braga: Abril – Junho – Tomo XI.

PAÚL, Constança e FONSECA, A. Manuel (2005) (coordenação). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

PAÚL, CONSTANÇA (2005). Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social. *In Sociologia* Volu.XV. Porto: Faculdade de Letras., pp.275-287.

PAÚL, M. CONSTANÇA (1997). *Lá para o fim da vida - Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

PAÚL, Constança (1991). *Uma Perspectiva Ecológica em Psicogerontologia*. Tese de doutoramento. Porto: ICBAS.

PEDREÑO, Navarro (1997). Un salto con rede desde la comunidad. *Rv. Servícios Sociales y Politica Social*, nº 40. Madrid. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social.

PEIXOTO, C. (1997). De volta às aulas ou De como ser estudante aos 60 anos. *In: R.Veras (org.). Terceira Idade - desafios para o terceiro milénio*. Rio Janeiro: pp.41-74.

PELLÓN, Eloy Gomez (2007). El património Cultural Memoria e Imagen del Grupo Social. *in Introducción al la Antropologia Social y Cultural*. Madrid: Edi. Akal, pp.373-397.

PEREA QUESADA, R. (2004). *Educación para la salud*. Madrid: Diaz de Santos.

PEREIRA, ANABELA (2004). *Educação Multicultural*. Porto: CRIAP, Edições ASA.

PEREIRA, SANDRA (2005). Org.: José A. Bragança de Miranda, Graça Rocha Simões, António Fernando Cascais. Comunicação Organizacional: Novos Desafios. *Rumos da Sociedade da Comunicação*. Lisboa: Nova Veja, pp. 209-216.

PÉREZ SERRANO (2004) (comp.). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.

PERKINS, L. et al (1997). *Conversation analysis profile for people with cognitive impairment*. Londres: Whurr Publishers.

PESTANA, Luís Câmara. e GASPAR, Lara Teixeira (2006). Psicopterapia da depressão no idoso. *In Psicogeriatria*. Editora Psiquiatria Clínica, pp. 259-266.

PIERCE, C. (1997). *The Interactive Book.: A Guide to the Interactiv Revolution.* Indianápolis: Macmillam Technical Publisshing.

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

PINAZO Hernandiz, S. y SÁNCHEZ Martinez, M. (2005). *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.

PINAZO, S. (1998-1999). *Imagen social de la anciedad nº 3 y Relaciones Interpersonales nº 6. Diploma en Gerontología Social*. Valencia: Conselheria de Bienestar Social.

PINHO, J.E. Borges de (2009). Diaconia e caridade *in Communio-Revista Internacional Católica*. Ano XXVI – nº 2. Lisboa: Universidade Católica, pp. 195-208.

PINO, Carlos Castilla (1989). *La Incomunicación*. Barcelona: Nexos.

PINTO, Alexandra Marques et al (2005). *Stress e Bem-Estar. Modelos e Domínios de Aplicação*. Lisboa: Climepsi editores

PINTO, M. (1998). A Doutrina Social da Igreja, ontem, hoje e amanhã. *In Rev. Direito e Justiça*, Inverno de 1998, p. 213.

PINTO, Carlos A. Marques et al (2009). *Fundamentos de Gestão*. Lisboa: Editorial Presença.

PINTO, ROGÉRIO (2007). *Meios e Educação*. Porto Editora, Porto Portugal.

PIRES, Maria Laura Bettencourt (2006). *Teorias da Cultura*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

PITÉ; JORGE (2004). *Dicionário Breve de Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença.

PLOMP, R. (1978). *Auditory hándicap of hearing impairment and the limited benefit of hearing aids* – J. Acoust. Soc. Am. 63, pp. 533-549.

POLICARPO, José (2010). Prefácio. *In Acção Social na Paróquia. Núcleo de Diálogo Social*. Patriarcado de Lisboa: Paulinas.

PONCIN, M. (2005). *Ginástica cerebral para um cérebro novo, Arte de Viver*. Mem Martins: Editora Europa-América.

PORTELA, JOSÉ (2008). Urge repensar a pobreza portuguesa. *In Redes Sociais*. Universidade do Minho: Humus, pp. 109-137.

PORTUGAL, Sílvia (2007). *Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoría sociológica*.Oficina do CES, nº 271, pp. 1-35.

PRATS, L.(1997). *Antropologia y patrimonio*. Barcelona: Ariel.

PROJECTO DE RELATÓRIO DO PARLAMENTO EUROPEU (2004-2009) – *Comissão do Emprego e Assuntos Sociais*.

PROSHANSKY, H. M. (1976). *Environmental Psychology*. Nova Iorque: Rinehart and Winton.

PUIG, A. (2005). *Ejercicios para mantener la cognición*. Madrid: Editorial CCS.

PUIG, A. (2006). *Programa de Psicoestimulación Preventiva*. Madrid: Editorial CCS.

QUINTELA, M. J. (2001). O papel dos lares de 3ª Idade. *in Geriatria* nº 136, Setembro 2001, Lisboa, pp. 37- 45.

RAIFFA, H. (1982). *The art and science of negotiation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

RAMIREZ DE MINGO, I. (1992). *El Trabajo Social con famílias*. R. Alternativas nº 1. Alicante. Edi. Escuela Universitaria de Trabajo Social.

RAMOS, Helena M.F.P. (1997). *A Comunicação Interna*. Estudo de caso no C.E.T.

REGO, Arménio (1999). *Comunicação nas organizações*. Lisboa: Edições Sílabo.

REGO, Arménio (2002). *Comportamentos de Cidadania nas Organizações*. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

REIS, F.e RODRIGUES, V. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.

RIBEIRO, Fernando Bessa. (2008). Das políticas que se fazem à acção esclarecida. *in Redes Sociais*. Universidade do Minho: Humus, pp. 161-170.

RICOUY, M. (2002). *Velhice e Solidão*. Porto: Universidade Portucalense.

RIVAS, Ana Mª Rives (2007). Transfiguraciones Sociaoculturales y Cambios familiares: Continuidades e Rupturas. *In Introdución a la antropologia social y cultural*. Madrid: Edi. Akal

RIVILHA, A. Medina (1989). *Didáctica e Interaccion en Aula*. Madrid: Ed. Cincel.

RYAN, J. A. (1913). *Charity and Charities*. *Catholic Encyclopedia*. Londres: Pitman & Sons.

ROMÃO, Fernanda Maria Lopes (2002). *Metodologia de Desenvolvimento de um Sistema de Informação para uma Instituição Particular de Solidariedade Social.* Universidade de Aveiro.

RODRIGUES, Joana Pinto (2001). *Envelhecer num Lar*. Porto: Antropológicas, nº5.

RODRIGUEZ, Josep A. (1993). *El cuidado familiar de los ancianos*. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo. Dublín.

RODRIGUEZ, M. Amor Pérez (2004). *Los Nuevos Lenguajes de la comunicación*. Barcelona: Paidos.

RODRIGUEZ, P. et al (1995). *"Residencias para personas mayores". Manual de orientación*. Barcelona: SG Editores.

RODRIGUEZ, Pilar (2007). *Residencias y outros alojamientos para personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

ROGERS, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Editores Morais

ROLLET, Catherine (2007*). Introdução à Demografia*. Porto: Porto Editora, Colecção Síntese

ROMÃO, Fernanda Maria Lopes (2002). *Metodologia de Desenvolvimento de Um Sistema de Informação para Uma Instituição de Solidariedade Social*. Biblioteca digital.

ROMÃO, F. et all (2008). *Sistemas de Apoio à Decisão*. ISCTE.

ROSA, M. (1999). *Reformados e Tempos Livres, Resultados do Inquérito à População Activa e Reformada Sobre Actividades de Lazer*. Lisboa: Edições Colibri. INATEL.

ROUTHIER, Gilles et al (2010). *A Nova Paróquia. Cimbra*: Gráfica de Coimbra 2.

RUÍZ, M. A. e BACA, E. (1993). Design and validation of the CCV: A generic health related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment.*

RUIZ, Eliane (1997). *Techniques d' Animation des personnes âgées*. França: Editions J. Lanone.

SÁEZ, José Ignacio Santaolalla (2006). Humanizar los cuidados en los Centros Geriatricos *in Vejez com calidad de vida*. Sevilha: Dykinson, S.L, pp. 355-361.

SALA NOVA, Mercé Perez (2003). *Envejecimento y comunidad, in Una Nueva Visión del trabajo psicosocial en el âmbito asistencial*. Barcelona: Herder.

SALDANHA, Helena (2009). *Bem viver para envelhecer. Um desafiao à Gerontologia e á Geriatria*. Porto: Lidel Edições técnicas.

SALINERO, B. T. (2009). Valoración geriátrica integral. *In Garcia, P. J. (2009). Vejez, dependência y salud. Madrid*: Ed. Pirámide, pp. 37-49.

SAN ROMAN, José Antonio Ruiz (2006). Família. *In Estructura Social de la realidade de las sociedades avanzadas*. Madrid: Pearson, pp.127-176..

SAN ROMAN (1990). Las exclusa de la marginalización. *Rv. Tribal Social* nº 117.

SÁNCHEZ, F.L., & ULACIA, J. C. (2005). *Sexualidad en la Vejez*. 2ª edição. Madrid: Ediciones Pirâmide.

SÁNCHEZ, Francisco Lara (2004). *Psicologia para el Trabajo Social*. Málaga: Ediciones Aljibe.

SANCHEZ, Vera P. (1993). *Sociedad y población anciana*. Murcia: Ed. Universidad de Murcia.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA E CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E ESTUDOS DE SOCIOLOGIA DO ISCTE (1999). *Dar voz aos utentes*. Lisboa:ISCTE.

SANTOS, A. A. et. al (2006). *Saúde sem Fronteiras*. Porto: Campo das Letras.

SANTOS, Elisa (2000). *Reencontros Rurais – Contributos para o desenvolvimento de uma estratégia turística. O caso particular de Bucelas*. Lisboa: ISCTE.

SANTOS, F. Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Faro: Edições CRSS do Algarve.

SANTOS, José Rodrigues (2001). *Comunicação*. Lisboa: Prefácio.

SANTOS, Luís Delfim e all (2002). *A Qualidade de Vida Urbana*. Porto: Faculdade de Economia

SATIR, V. (1995). *Terapia Familiar Paso a Paso*. México. Ed. Pax.

SATOW, Roberta (2005). *Cuidar dos Nossos Pais*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.

SAUSSURE, F. (1974). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.

SCHULMAN, L. (1993). *Técnicas fundamentais para a prática directa com clientes*. Rodrigues Vila (trad.). Mejico: Ed. Universidad Autónoma.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA SOCIAL (1989). *População Idosa, Centro de Dia e Centros de Convívio*. Lisboa.

SEED, P. (1990). *Introducing Network Analisis in Social Work*. London: Jessica Kingsley.SEN, Amartya (1999). Development as Freedom. Nova Iorque: Anchor BooKs.

SEGALEN, M (1999). *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar

SEGALEN, M. et al (2006). Culture materialle et modernite. *Ethnologie Française* XXVI/1.

SEN, K. (1995). *Aging: Debates on Demnographic Transition and Social Policy*. Londres: Zed Bookls.

SENE, M. E. (1998). *Gerontodrama - A Velhice em Cena*. S. Paulo: Editora Ágora.

SEQUEIRA, Carlos (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Editora Quarteto.

SERRA, A. V. (2006). Que significa envelhecer? *In Psicogeriatria*. Editora: Psiquiatria Clínica.

SERRA, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.

SERRANO, P. (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.

SERRANO, M. Martins (2008). *La mediación Social*. Madrid: Akal.

SERRANO, P. (2006). *Como Intervenir en personas mayores?* Madrid: Dikinson.

SERRÃO, Daniel (2009). http:/www.danielserrao.com (02.03.2009).

SILVA, António Carlos Ribeiro (2005). *Gestão de Recursos-Mestrado em Administração e Organização Escolar*- U.C. P. Faculdade de Ciências Sociais: Braga.

SILVA, Bento Duarte (1998). *Educação e Comunicação*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

SILVA, Luísa Ferreira (2001). *Intervenção Psico-Social*. Lisboa: Universidade Aberta.

SILVA, Manuel Carlos (2008). Desigualdade, pobreza e exclusão social. *in Redes Sociais Experiências, Políticas e Perspectivas*. Ribeirão: Edições Húmus.

SILVA. C.M. (2006). Espaços e Sociedade: alguns elementos de reflexão. *In Relações sociais de espaço: homenagem a Jean Remy* (ed.) Balsa, C. Lisboa: Edições Colibri – COES: Investigações sociológicas.

SILVA, Tânia Maria Gomes (2002). *Família e Historiografia*. Politeia: Vitória da Conquista, v.2 n1.

SILVANO, Filomena (2007). *Antropologia do Espaço, uma Introdução*. Lisboa: Celta Editora.

SIMÕES, António (2006). *A Nova Velhice*. Âmbar - Ideias no Papel SA, Porto.

SIMÕES, Eduardo (2008). *Negociação nas Organizações*. Lisboa: Editora RH, Ld

SHINIZU, T. (2006). *Decisão nas organizações*. S. Paulo: Atlas

SHIP. J. A. e WEIFFENBACH, J. M. (1993). Age, gender, medical treatment and medication effects on smell identification. "*Journal of Gerontology Medical Sciences"*, 48: 26 -32.

SLUZKI, (1996). *Red social. Fronteira de la práctica sistémica*. Barcelona: ED. Gedisa).

SOARES, José Viegas (2005). Org. José A. Bragança de Miranda, Graça Rocha Simões, António Fernando Cascais. *Rumos da Sociedade da Comunicação*. Lisboa: Nova Vega.

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Âmbar.

SOUSA, Liliana et al (2007). *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*. Lisboa: Editores Climepsi

SOVA, R. (1998). *Hidroginástica na Terceira Idade*. Brasil: Editora Manole.

SPAR e LA RUE (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

SPAR, J., LA RUE (1997). *Geriatric Psychiatry*. American Psyquiatric Press, Inc.

SPIRDUSO W et al (2005). *Physical Dimensions of aging*. Humen Kinetscs. Champaing

SQUIRE, A. (2002). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Lusociência.

STRAUSS, Cláudia (2005). *Cómo hablar com un enfermo de Alzheimer*. Barcelona: Ediciones Obelisco.

STREHLER, BL. (1977). *Time, cells and aging*. Nueva YORK: Academic, Press 2ª edi.

STUART-HAMILTON, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed Editora.

STURGIS e al (1987). Pain management in the elderly – *in Handbook of Clinical Gerontology*. L.L. Carstensen e B. A. (eds). New York: Pergamon.

TAGIURI, Renato (1969). Person perception. *In the Handebook of Social Psychology*, volumen 3. Reading Massachusetts: Addison – Wesley, p. 395.

TEIXEIRA, Alfredo (2009). Os mundos sociais da acção sócio-caritativa. *In Communio-Revista Internacional Católica*. Ano XXVI. Nº 2. Lisboa: Universidade Católica, pp. 209 -222.

TEIXEIRA, Fernandes (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *In Sociologia*. Porto: Faculdade de Letras, pp. 223 – 247.

TEIXEIRA, António (1996). *As Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Lisboa: Direcção – Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

TEIXEIRA, António (1996). *As Instituições Particulares de Solidariedade Social, Aspectos da evolução do seu Regime Jurídico, Direcção Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e de Documentação*. Lisboa: Nova Oficina Gráfica.

TETTAMANZI, DIONIGI. (2009). *Não há futuro sem Solidariedade*. Prior Velho: Paulinas Editora.

THE NATIONAL ELDER ABUSE INCIDENCE STUDY (1998). *The Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association,* US Departemaent of Health and Human Services.

TOLOSANA, Carmelo Gison Ed. (2007). *Introducción a la antropologia social y cultural*. Madrid: Akal Universitaria.

TORREMORELI, Maria Carme Buqué (2008). *Cultura de Mediação e Mudança Social*. Porto: Porto Editora, Ld.

TORRES, Anália, et al (2008). *Sociedades Contemporâneas - Reflexividade e Acção*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento e Associação Portuguesa de Sociologia.

TORTOSA, J. (2004). *Personas Mayores y Malos Tratos*. Madrid: Psicología Pirámide.

TREVITHCH, Pamela (2006). *Habilidades de Comunicación en intervención social*. Madrid: Narcea Ediciones.

TRIADÓ, Carme et al (coord.) (2006). *Psicologia de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

TRICK, G. L. e SILVERMAN, S.E. (1991). Visual sensitivity to mkotion: age: related changes and deficits in senile dementia of the Alzheimer´s type- "*Neurology*", 41: 1437-1440.

TRIGUEROS, Isabel e al (2006). *Manual de ayuda a domicílio*. Madrid: Siglo XXI.

TAGINRI. Renato (1968). Person perception – *in the Hand book of Social psycology* – Volume 3. Massachussets: Adison Wesley.

URIOS, Antónia Sanchez (2006). *Trabajo Social Microsocial: intervención indivíduos y famílias*. Múrcia, Librero – Editorial.

USSEL, Iglesias et al (1995). Las relaciones intergeneracionales dentro de la família. *Jornadas sobre Bienestar Social y família*. Nº 4. Madrid: Comité Español para el Bienestar Social.

VAL, J. Cajide et all (2000). *Calidad Educativa y Empleo en Contextos Multiculturales*. Universidad de Santiago de Compostela.

VALA, Jorge et al (2006). *Psicologia Social*, Lisboa: Fundação C. Gulbenkian.

VALLICROSA, J. Colomer (2004). Técnicas de Intervenção na animação sociocultural. *In Animação Sociocultural*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.

VASCONCELOS, F. N. (1999). *Projecto Educativo*. Lisboa: Texto Editora.

VEJA, J. Bueno B. (1995). *Desarrollo Adulto y Envejecimento*. Madrid: Editorial Sintesis.

VERÍSSIMO, Manuel T. et al. (2006). Actividade Física e envelhecimento. *In Psicogeriatria*. Editora Psicogeriatria Clínica, pp. 489-498.

VICENTE, Ana e al (2005). *Manual de Boas Práticas – um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto de Segurança Social.

VICTOR, C. et al. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone*". Reviwews in Clinical Gerontology* 10(4) pp. 407 – 417.

VIEGAS, Susana Matos (2007). *A Identidade na Belice*. Lisboa: Âmbar – Ideias no Papel.

VIEIRA, E.B. (2003). *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?* Rio de Janeiro: Revinter.

VIEIRA, Domingos L. (2009) A solidariedade cristã, horizonte de sentido e lógica de acção. *In Communio. Revista Internacional Católica*. Ano XXVI -2009, pp. 187-194.

VIÑALS, Javier Salinas, in ROUTHIER, Gilles et al (2010). *A Nova Paróquia*. *Cimbra*: Gráfica de Coimbra 2.

WALKER, A. (1999). *Attitudes to population ageing in Europe*. *A comparation of the 1992 and 1999*. Eurobarometer Surveys. URL

WALL, Karin e ABOIM, Sofia (2003). Perfis Regionais de mudança Familiar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 43, pp. 97-100.

WALL, Karin (2007). *Familia e genero em Portugal e na Europa*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais

WALSH, Danny (2007). *Dementis Care Training Manual for Staff Working in Nursing and Residential*: Erein. Donostia

WATSON, J. (1985). *Nursing the philosophy and science of caring. Colorado*: Colorado Associciated University.

WATZLAWICH, P (2002). *Pragmática da Comunicação Humana*. Lisboa: Editorial Presença.

WATZLAWICH, P. et al (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

WEBER, M. (1997). *Ensayos sobre metodologia sociológica* (1922). Buenos Aires: Amorroru.

WEIGEL, G. (2003). *A Doutrina Social da Igreja no século XXI*. Nova Cidadania. Ano IV, Número XVI, Abril-Junho p. 57.

WEST, Michael (2004) *Uma Gestão de Equipas de Sucesso- Como Conduzir Uma equipa à Inovação, Criatividade e Sucesso*. Lisboa: Plátano Editora

WICKENS, A. P. (1998). *The Cause of Aging* - Harwood Academic Publischers.

WINGFIELD, A. y STINE – MORROW, E. (2000). Language and speech. *In Craik et al (edi). The Handbook of Aging and Cognition* 2ª edi. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

WOLTON, D. (1999). *Pensar a Comunicação*. Miraflores: Difel

WOODS, Thomas E. (2009). *O que a civilização ocidental deve à Igreja Católica*. Lisboa: Alêtheia Editores.

YUSTE Rossell, N; Rubio Henrera, R. Aleixandre Rico, M. (2004). *Introducción a la Psicogerontologia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

ZACKS, R. et al (1994). Directed ignoring. Inhibitory Regulation of working memory. *In D. Dagenbach y T. Carr (eds). Inhibitory Processes in Attention, Memory and Language*. San Diego: Academic Press.

ZELIG, H e HARPER, S. (2000). *Locating Grandparents, Working Report WP3/00, Oxford Centre on Population Ageing*. University of Oxford.

ZIMERMAN, G. I. (2005). *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ZONABEND, F. (1996) an Antropological Perspective on Kinship and the Family, *In BURGUIÈRE, A. (Org.). A History of the Family: distance worlds, ancient words,* v.1. Oxford: Polity Press.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A

AAVV. (2010), 224, 225, 316
ABOIM, Sofia (2003), 90, 102
ABOIM, Sofia (2004), 97, 98, 319
ABOIM, Sofia, (2009), 100
ABREU, Luís Machado (2005), 24
ADORNO (1903-1969), 132
ALBERDI, I. (1999), 68, 88, 319
ALEXOPOULOS ET AL, 1997, 388
ALMEIDA, Ana Margarida (2008), 50, 53
ALMEIDA, Carlos Alberto Ferreira (1987), 222
ALMEIDA, Henrique (2007), 25
ALMENDRA, M. Luísa (2009), 313
ALONSO, Tomás Ortiz (ed.) (2007), 22, 80
ALVES PINTO, M. C. (1992), 147, 150
ALVES PINTO, Maria Conceição (1995), 149
ALWIN, N y Solar, M. O. (2002), 107, 319
AMARAL, M. Fernanda e VICENTE, M. Odete (2000), 387
AMARO, Roque (1991), 49
AMARO, Roque (2005), 53
AMARO, Teresa Pina (2001) (coord.), 405
ANDERSON, M. (1986), 88, 94
ANTUNES, J. Lobo (2007), 31
ANTUNES, J. Lobo (2008), 44
ANTUNES, Manuel Luís Marinho (2008), 213, 214
ARCA, (2007), 399, 400

ARRAZOLA, E. J. Leturia et al (2001), 67, 177, 181
ARRAZOLA, E. J. Leturia, (1999), 180
ASSIS (1999), 156
ATTIAS E MARTIN SEGALEN (1998), 68
AUGÉ, Marc (2001), 83
AUGÉ, Marc, (2005), 190
ÁVILA, Fernando Bastos (1991), 88
AZEREDO, Z. e MATOS, E. (2003), 190

B

BACELAR, (1984), 330
BACHELARD, (1984), 330
BADESA, Sara de Miguel (2006), 150
BAHILLO, Carlos Gómez (2006)., 344
BAPTISTA, Maria Isabel Rodrigues (2007*)*, 35, 37
BARATA, T. (2003)., 77
BARBERO (1999), 134
BARNHUND, D. (1968)., 119
BARRACHO, Carlos, (2001), 337
BARRETO, João (2006)., 154, 156, 165, 166, 338
BARTHES (1915-1980), 118
BAUMAN, Z. (2002), 67
BAYLE, F. (2000), 197
BAYLES, K. A.y KASNIACK, A. M. (1987), 159
BAZO, Maria Teresa e tal (1998), 338
BELMONTE, Mª Luján Japón et CANO, Vicente Pérez (2006), 78, 161, 199, 236
BENGSTON, RICE E JOHNSON (1999), 60
BENJAMIM, A. E. e CLUF, L. E (2001), 23
BENTO XVI, Papa, 1, 89, 208, 212, 216, 223, 224, 226, 304, 311, 313, 378, 425
BENTO XVI, Papa (2009*)*, 1
BENTO XVI, Papa (2010*)*, 223, 224, 304, 313, 378
BERELSON, B. e STEINER, C. (1971)., 122

BERGER, L. Mailhaux e POIRIER, D. (1995), 25, 155, 411
BILHIM, J. Abreu Faria e CASTRO, Isabel (1997), 126
BILHIM, João Abreu de Faria (2006), 226
BINSTOCK, R. (2005)., 20
BITTI , P.R. ZANI, B. (1997), 114
BLANCO, Elias e SILVA, Bento (2002)., 131, 132, 133
BORGLIN, EDBERG E HALLBERG, (2005), 392
BORRACHO, 2001, 398
BORRAS, Alphonse e ROUTHIER, Gilles (2010)., 222, 310
BOSCH, R. Enric (2004)., 116
BOWLBY (1990), 89
BRAGA da CRUZ, M. (1997), 150
BRITO, José Henrique Silveira (coord.) (2001), 148
BULLMER, (1991), 107
BURKE, D. M. et al (1991), 158

C

C.S. Pierce (1839-1914), 117
CAMPELO, A. (2008), 30, 176
CAMPELO, A. (2009), 336, 337
CAMPELO, A. (2010), 176
CAMPELO, A. (coord.) (2007), 266, 277
CANO NIETO, J. Miguel (2003), 125, 126
CANO, Vicente Pérez et al (2006), 70, 198, 365
CAPUCHA (2002), 48
CARDÃO, SANDRA (2009), 190, 331
CARMO, Renato Miguel (2006), 175
CARP (1987), 179
CARRERAS, Juan Sáez (Coord.). (2007), 117, 253, 254
CARRILHO, M. (2005), 44
CARRILHO, Maria José, 43
CARRILHO, Maria José e al (2005), 43

CARVALHO, P. S. e PINHO, A. P. (2005), 229
CASCAIS, António Fernando (2004), 130, 132, 133
CASTILLO, S. et al (2003), 340, 351, 358
CASTRO, J. L. e Gonçalves, Alda Teixeira. (2002), 53
CERRATO, Ignacio Montorio e ROJO, Gemma Pérez (2009), 324, 325

Ch

CHARAZAC, Pierre, (2004), 329
CHARNESS, N. et al (2001), 79
CHIAVENATO, I. (1997), 145
CHIAVENATTO, I. (1993), 146, 226

C

CLARKSON, SMITH E HARTLEY, (1989), 26
COE, (1965), 180
COLEMAN, P. (1992), 110
COOPER, K. H. (1979), 80
COPELAND, J. (1999), 165
CORTINA, Adela (2001), 148
COSTA- LASCOUX, J. (1991), 96
COSTA, Alfredo Bruto (1998), 47
COSTA, Alfredo Bruto (2008), 45, 46, 48
COSTA, J. M. Stadler Dias (2007)., 33
COSTELLO Y TANAKA, (1961), 180
COSTELLO, John, (1999), 200
COTÉ, N. et al (1994), 127
COULSHED, V. y ORME, J. (1998), 55
COUTO, A. (2008), 311
CRESPI, F. (1997), 116
CROUCH, Colin (2008), 92
CROZIER, E., FRIEDBERG, E. (1977), 233
CRUZ, M. Braga (1994), 208

CUMMING Y HENRY, (1961), 28, 395
CURRAN, S. et al (2005), 65
CURSINO, (2002), 304
CZAJA, S. ET AL (1993), 80

D

D. W. Johnson e F. P. Johnson, (1987), 121
DAVIES, P. (1995), 155
DEDE, KAPLAN et al, (2004), 158
DELICATO, A. (2002), 406
DEMARTIS, LÚCIA (2006), 377
DIAS, Fernando Nogueira (2001), 114, 129, 139, 140
DIAS, Fernando Nogueira (2004), 135, 137, 139
DIAS, Isabel (2005), 30, 195
DIAZ, Maria Emília (2007), 139
DIMMOCK, B. et al (2004), 324
DUPLÁ, Leonardo Rodriguez (2001)., 148
DUQUE, João (2010), 417
DUTERME, Claude (2008), 123

E

ECO, Umberto (1970), 117, 133
ELIZASU, Carolina (2002), 78, 199, 236
ENCARNAÇÃO, F. (1995), 331
ERMIDA, J. G. (1995), 33, 410
ESCARTIN, M. J. et al (1992), 109
ESPADA, M. R. (2006)., 75, 76
ETZIONI (1992), 227

F

FAYOS, Ana Pastor (2005), 28, 60, 63, 197, 325, 348, 367, 371
FEIO, A. P. (2000), 177

FENTRESS, J. WICKHAM, (1994), 83

FERDINAND DE SAUSSURE (1857-1913), 117

FERICGLA. J. M. (1992), 348

FERNANDES (2009), 137

FERNANDES, A. A. (1997), 33, 190, 387, 410

FERNANDES, A. Teixeira (2005), 161, 195, 196

FERNANDES, Ana Alexandre (2000), 165

FERNANDES, Ana Alexandre (2001), 21, 35, 42, 89, 96, 97, 99

FERNANDES, Ana Alexandre (2008), 20, 45, 99, 253

FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro (2007*)*, 357

FERNANDES, LIA (2006), 75, 82

FERNANDES, P. (2002), 197

FERNANDEZ-BALLESTEROS (2004), 27

FERNANDEZ-BALLESTEROS (2005), 194

FERNANDEZ-BALLESTEROS and CORRALIZA RODRIGEZ, J.A. (2000), 306

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R (2007), 154

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1990), 179

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (1996), 64

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (2000), 60, 61

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (2004), 27, 395

FIGUEIREDO, Daniela (2007), 23, 25, 26, 152

FISCHER, G. N. (1992), 172, 337

FISKE, J. (1995), 118

FONSECA, A.M. (2006), 24, 28, 31, 32

FONSECA, A.M. (2007), 25, 29

FONTAINE, Roger (2000), 25, 43, 60

FOUCAULT, M. (1964), 191, 331

FOUCAULT, M. (1984), 174

FRANCES, A. e ROSS, R. (1996), 166

FREITAS, José António Araújo (2006), 130, 137, 140, 145

FREIXO, Manuel João Vaz (2006), 119, 121, 124, 139, 355, 392

FUENTE, Ania B. J. (2009), 72

G

GARCIA ROCA (2004), 365

GARCIA, E. HERRERO, J. E MUSITU. G. (2002), 68

GARCIA, Tomás Fernandez (coord) (2008), 87, 89, 103, 104, 237, 318

GARRARD, P. et al (2005), 159

GASPAR (2008), 40

GIDDENS, A. (1989), 175, 176

GIDDENS, A. (1998), 232

GIDDENS, A. (2000), 92, 325

GOFFMAN, Erving, 173

GOFFMAN, Erving (1922-1982), 119

GOFFMAN, Erving (1974), 172, 173, 197, 338

GÓMEZ Péllon, E. (2007), 30

GONÇALVES, Daniela et all (2006), 71

GONÇALVES, FERRAZ (2007), 33

GONZALEZ, Javier Gálvez (coord.) (2009), 338

GONZÁLEZ, Luís Manuel Rubio et al, (2004), 21, 71, 78, 79

GOODE, W.J. (1963), 94, 401

GOODY (1956), 90,319

GOODY (1998), 95

GRACE BARUCH E BROOKS – GUNN, (1984), 392

GREGORY BATESON, (1987), 135

GUELL, M. y Olivé, M. C. (2001), 162

GUNTHER, E.R. (2009), 143

GUTTMANN, D. (1998), 249

H

HALBWACHS, M. (1994), 83

HALL E. T (1989), 339

HARMAN, D. (1981), 22

HARRIS ET AL (1975), 370

HARTMAN, A.y LAIRD, J. (1983), 108

HENRIQUE, Joaquim, (2007), 317
HENRIQUE, Joaquim, (2008), 406
HERBERT MEAD, (1934), 68
HERNANDEZ, Carmen R. (2007), 75
HINTON,. P. R. (1993), 121, 392
HOFFMAN, PARIS E HALL, 1994, 29
HOOKER, K y McAdams (2003), 73
HORKHEIMER (1895-1973), 132
HULL, R. (1989), 34

I

IAÑEZ, DOMINGUEZ, A. (2004), 37
IMAGINÁRIO, Cristina (2008), 387

J

J. RAWLS, (1971), 44
JACKOBSON, R. (1896-1982), 117
JACKOBSON, R. (1970), 133
JACOBS, (1969), 180, 331
JAPON BELMONTE (1993), 365
JENSEN, Peter Winttlev (2008), 80
JOÃO PAULO II, Papa, 211, 212, 213, 214
JOÃO XXIII, Papa, 213, 214
JOÃO XXIII, Papa (1961), 210
PITÉ, 64, 91
JORGE, Fátima e Paulo Silva (2007), 122, 124
JORGE, J. S. (1983), 151
JUNCOS, O. Y FACAL, D. (2003), 160
JUNCOS, Onésimo et al, (2006), 157, 158, 159, 160, 161

K

KADUSHIN, A. (1990), 162

KAHANA, (1975), 177, 179
KALACHE, A et al (2005), 40
KARIN WALL, (2007), 319
KIRSHNAM, KR, et al 2004, 388
KLEIMEIER, R. W. (1959), 177
KLERMAN, GL.e WEISSMAN, MM (1984), 166
KOTLER (1999), 124
KRAMER, A. (1999), 81

L

LAFOREST, J. (1989), 51
LAMAS, Oliveira Sónia (2009), 77
LANDRY, A. (1982), 38
LASCONI, (1992), 137
LAVADO, Ana (2007), 83
LAWTON, (1977), 179
LAWTON, (1982), 177
LAZURE, H. (1994), 115
LEANDRO, Maria Engrácia (2001), 97, 98, 99, 102, 106, 189, 330
LEANDRO, Maria Engrácia (2007), 45, 46, 49, 99, 101
LEANDRO, Maria Engrácia (2008), 97, 99
LEÃO XIII, Papa, 210, 215
LEESON, W. George (2009)., 324
LEHER, (1969), 28, 397
LEHR, Ursula, (1995), 36
LEHR, Ursula, (2009), 72
LEMOS, 2008, 175
LEUCHNER, Susana, (2006), 171, 186
LEUCHNER, Susana, (2008), 51
LEUSCHER, A. (2009), 302
LEVIS STRAUSS. (1993), 87, 319
LIEBERMAN (1969), 180

LIEBERMAN, TOBIN Y SLOVER (1971), 180
LIMA, José Silva (2009), 106, 309, 316, 407
LIMA, José Silva (2010), 338
LIMA, Licinio C. A., (2001), 148
LIMÓN MENDIZIBAL (2000), 67
LIMÓN MENDIZIBAL (2001), 152
LIMÓN MENDIZIBAL (2006), 185
LINO, Maia (2007), 4, 380
LINO, Maia (2008), 232, 311, 408
LISHMAN, J. (1994), 162, 163
LITWAK, E. (1960), 95
LOBO, Alexandrina et al (2007, 189, 190
LOEWENSTEIN, C.e RUBERT. M. P. (1996), 34, 35
LOWENTHAL Y HAVEN, (1968, 368
LOWENTHAL, (1900-1993), 132

M

MADUREIRA, Mário A. S. (1990), 127
MAIA, Lino (2007), 405
MANCE, Euclides (2000), 50
MARC, E. e PICARD (s/d), 120
MARCH, J. G. e SIMON, H. A. (1991), 226
MARIN, António Lucas (2006), 100, 253
MARIN, D. C. et al (2001)., 27
MARKUS (1971), 180
MARQUES, A. R. e al (1991)., 387
MARTINEZ, Alfonso Garcia et al (2006), 67
MARTINEZ, Sílvia Rodriguez (2002), 70, 74
MARTINS, Rosa Maria Lopes (2005), 70
MARTINS, Rosa Maria Lopes, (2006), 63
MASLOW (1908-1970), 120
MATTERLARD, Armand et al (2005), 134

MATTOSO, J. (1993), 209

MAUSBACH, B. T et al (2007), 329

MAUSS (1872-1950), 222

MAXIMIANO, António César A. (1992), 226

MAYRAT, A. (1981), 50

MCGINN, K.L., THOMPSON, L.L.& BAZERMAN (2003)., 147

MCLUHAN, (1964), 134

MCLUHAN, (1967), 131

MEDVEDEV, ZA. (1990), 24

MEINEK, (1948), 82

MEIRELES, Ana Catarina (2008), 84

MELO, Luís (1991), 119

MENDES, Maria Filomena (2008), 41

MENDIZÁBAL, Maria Rosário Limón (2000*)*, 36

MENESES, Ramiro Délio Borges, (2008), 311, 312

MENEZES, Carlos Alberto Freitas, (2010), 65

MEYEBACH, (2003), 88

MICHEL FOUCAULT, (1964), 174

MICHEL, SANDRA, (s/d), 119, 139

MINUCHIN, (1984), 89

MOLES, (1972), 337

MONFORTE et al, (2001), 36

MONIZ, José Manuel Nunes (2003), 31, 32, 303

MONTANA, Patrik J. (2003), 226

MONTEIRO, Ana Cristina et al (2006), 117, 125, 128, 142

MONTEIRO, HELENA e FÉLIX NETO (2008), 23, 77

MOORE, Stephen. (2002), 45, 95

MOOS (1979), 178, 181

MORA, Rosa Matilla (2002), 75

MORAIS, Adelino Tito (2008), 268

MOTTA Fernado C. Prestes (2003), 148, 149

MOURA (2005), 156

MUÑOZ, L. A. et al (2006), 36, 37
MURDOCK (1949), 90
MURTEIRA, Mário (2004, 142, 143, 144
MUSITU OCHOA e al (2006), 68

N

NADAL, Maria Dulce Fontanals et al (2003*)*, 104, 327
NAVARRO, Sílvia (2004), 52, 69, 341
NAZARETH, J. Manuel (2007), 38
NAZARETH, J. Manuel (2009), 36
NEIVA, Adélio Torres (2004), 223
NELSON – JONES, R. (1994), 252
NÉRI, A. et al (2000), 51, 75
NETTO, M. (2002), 197
NEVES, J. L. César (2008), 314
NUNES, L. (1999)., 77

O

O' SULIVAN et al (1983), 115
OCDE (1996), 191, 192
OCHOA e all (2006), 50, 51
OMS (1946), 64
OMS (1997), 81
OMS (2002), 72
OMS (2003), 23, 80, 152, 452
OSÓRIO, Agustín Requejo, 20, 24, 25, 28, 37

P

PAPA, João Paulo II, 224, 226
PAPA, Paulo VI, 225
PARSONS, T. (1975), 102

PASCHOAL, Sérgio Mário Pacheco (2000, 387
PAÚL, Constança (1991), 171, 336, 398
PAÚL, M. Constança (1997), 28
PAÚL, M. Constança (2005), 20, 29, 61, 62, 71
PAÚL, M. Constança (2006), 179
PAULO VI, Papa, 211, 213, 214
PEDREÑO, Navarro (1996), 319
PELLÓN, Eloy Gomez (2007), 29
PETER DRUCKER, *(1990)*, 409
PIMENTEL, L. (2001), 33, 410
PINAZO, S. (1998-1999), 374
PINHO, J.E. Borges de (2009), 219, 317
PINO, Carlos Castilla (1989), 137, 138
PINOL (2004), 124
PINTO, Carlos A. Marques et al (2009), 137, 138, 148
PINTO, M. (1998), 208
PIO XI, Papa, 210, 215
PIRES, Maria Laura Bettencourt (2006), 29
PLOMP, (1978), 34
POLICARPO, José (2010), 316
PORTELA, JOSÉ (2008), 52
PORTUGAL, Sílvia (2007), 52
PRATS, L.(1997), 30
PROSHANSKY, H. M. (1976), 337

R

RAIFFA, H. (1982), 147
RAMIREZ DE MINGO, I. (1992), 107
RAMOS, Helena M.F.P. (1997), 124
REGO, Arménio (1999), 125
REGO, Arménio (2002), 144, 146, 147, 150, 151
REIS, F.e RODRIGUES, V. (2002), 155

RERUM NOVARUM, (1991), 212
RIBEIRO, Fernando Bessa. (2008), 45
RIEL (1995), 123
RIVAS, Ana Mª Rives (2007), 90
RIVILHA, A. Medina (1989), 119
RODRIGUEZ, M. Amor Pérez (2004), 130, 131, 134
RODRIGUEZ, Pilar (2007*)*, 141, 142, 171, 186, 190, 191, 398
ROGERS, C. (1985), 120
ROLLET, Catherine (2007), 35, 38
ROMÃO, *F. et all (2008)*, 143, 144
ROMÃO, *Fernanda Maria Lopes (2002)*, 227, 409
ROSE (1968), 27
ROUTHIER, Gilles et al (2010), 223, 226, 315
RUIZ, Eliane (1997), 251
RUÍZ, M. A. e BACA, E. (1993), 70

S

SÁEZ, José Ignacio Santaolalla (2006), 198, 200
SALA NOVA, Mercé Perez (2003*)*, 105
SALDANHA, Helena (2009), 61, 62, 69, 70, 82, 359, 381
SALINERO, B. T. (2009), 84, 381
SAN ROMAN (1990), 108
SAN ROMAN, José Antonio Ruiz (2006), 91, 96
SÁNCHEZ, Francisco Lara (2004), 249
SANCHEZ, Vera P. (1993), 108
SANTOS, A. A. et. al (2006), 177
SANTOS, Elisa (2000), 304, 370
SANTOS, José Rodrigues (2001), 132
SANTOS, Luís Delfim e all (2002), 66, 71
SAUSSURE, F. (1970), 118
SCHULMAN, L. (1993), 252
SEED, P. (1990), 55

SEGALEN, M. et al, (2006), 102

SEGALEN, M., (1999), 319

SEN, K. (1995), 20

SEN, K. (1999), 46

SEQUEIRA, Carlos (2007), 31, 32, 63, 196

SERRA, A. V. (2006), 25, 34, 35

SERRANO, (2000), 192

SERRANO, G. (2006), 153

SERRANO, M. Martins (2008), 118

SERRANO, P. (2004), 67, 78

SERRANO, P. (2006), 71, 78

SHANNON E WEAVER, (1949), 132

SHIP. J. A. e WEIFFENBACH, J. M. (1993), 34

SILVA, António Carlos Ribeiro (2005), 124

SILVA, Bento Duarte (1998), 141

SILVA, Luísa Ferreira (2001), 109

SILVA, Manuel Carlos (2008), 47

SILVA, Tânia Maria Gomes (2002), 104

SILVA. C.M. (2006), 176

SILVANO, Filomena (2007), 174, 336

SIMÕES, Eduardo (2008), 20, 22, 23, 145, 147

SIMÓN (2001), 37

SLUZKI, (1996), 52

SMITH, (1986), 357

SMITTH (1986), 163

SPAR e LA RUE (1998), 34

SPAR, J., LA RUE (1997), 65

SPIRDUSO W et al (2005), 81

STRASS (2006), 193

STRAUSS, (1967), 330

STREHLER, BL. (1977)., 22, 305

STURGIS e al (1987), 34

T

TAGIURI, Renato (1969), 121, 392

TARTLER (1961), 28

TARTLER, (1961), 397

TEIXEIRA, Alfredo (2009), 217, 314, 317

TEIXEIRA, Fernandes (2005), 44, 209, 222, 434

TETTAMANZI, DIONIGI. (2009), 216

THOBURN, (1997), 340

TORREMORELI, Maria Carme Buqué (2008), 128

TREVITHCH, Pamela (2006), 163

TRIADÓ, Carme et al (coord.) (2006), 79, 158

TRICK, G. L. e SILVERMAN, S.E. (1991), 34

TRIGUEROS, Isabel e al (2006), 201

TYLOR (1856-1915), 29

U

URIOS, Antónia Sanchez (2006), 92, 93, 101

USSEL, Iglesias et al (1994)., 98

USSEL, Iglesias et al (1995)., 101

V

VAL, J. Cajide et all (2000), 66

VALENTIM VOLOSINOV (1895-1936), 117

VALLICROSA, J. Colomer (2004), 116

VASCONCELOS, F. N. (1999), 228

VERÍSSIMO, Manuel T. et al. (2006), 76, 82

VICENTE, Ana e al (2004), 182, 185

VICTOR, C. et al. (2000), 26

VIEIRA, E.B. (2003), 328

W

WALKER, A. (1999), 27

WALSH, Danny (2007), 164

WATSON, J. (1985), 155

WATZLAWICH, P (1967), 119

WATZLAWICH, P (2002), 115

WATZLAWICH, P. et al (1971), 341

WEBER, M. (1997), 30, 129

WEIGEL, G. (2003*)*, 208, 210

WEST, MICHAEL (2004), 136, 137, 143, 144

WICKENS, A. P. (1998), 24

WINGFIELD, A. y STINE – MORROW, E. (2000), 157

WOLTON, D. (1999), 115, 116

WOODS, Thomas E. (2009), 208

Y

YUSTE ROSSEL, N. et al (2004)., 67

Z

ZACKS, R. et al (1994), 157

ZAMARRÓN, Maria Dolores, 84

ZELIG, H e HARPER, S. (2000), 324

ZONABEND, F. (1996), 88

ZWEIG Y CSANK (1975), 180

INDICE DIDASCÁLICO

A

Acção social, 12, 52, 53, 59, 65, 70, 126, 128, 146, 193, 207, 208, 225, 226, 227, 229, 230, 232, 277, 304, 307, 308, 312, 314, 342, 357, 405, 414, 416, 423, 441, 452
Acolhimento, 39, 78, 124, 161, 195, 198, 219, 224, 238, 241, 292, 309, 318, 329, 337, 399, 404, 407, 417, 419, 464
Acordo de cooperação, 231
Actividade Física, 73, 77, 80, 81, 82, 413
Ajuda à Igreja que Sofre, 217, 218
Alterações demográficas, 1, 62, 87, 97, 101
Ambiente, 11, 54, 64, 65, 66, 67, 75, 77, 114, 124, 137, 144, 154, 156, 161, 162, 163, 171, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 190, 195, 200, 212, 239, 244, 289, 312, 313, 315, 319, 329, 331, 336, 337, 339, 365, 378, 387, 395, 398, 399, 419, 424, 428, 435, 453
Ambiente residencial, 179
Amor, 89, 195, 209, 210, 212, 216, 255, 304, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 407, 425, 457
Animação sociocultural, 74, 83, 152, 153, 185, 342, 359, 360, 366, 399, 413, 463
Antropologia, 116, 134, 444, 454, 455, 460
Apoio familiar, 54, 165, 318, 320, 324, 325, 326, 327, 329, 332, 386, 398, 401, 402
Apoio Social, 55, 447
Aposentação, 27, 70, 71, 73
Arcozelo, 12, 269, 279, 280, 290
Arquitecto, 186
Avós, 68, 94, 324, 401

B

Barreiras à comunicação, 137
Beiral do Lima, 12, 267, 269, 270, 276, 277, 290, 350

Bem comum, 210, 213, 214, 215, 313, 417
Bom samaritano, 208

C

Calheiros, 12, 269, 270, 271, 290
Caridade, 12, 44, 106, 174, 207, 208, 209, 210, 212, 216, 218, 219, 225, 237, 248, 249, 250, 267, 268, 305, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 407, 417, 423, 429, 450, 454
Carinho, 198, 312, 315, 340, 397, 412, 418
Cáritas, 218, 423, 433
Caritas in veritate, 212, 215, 216, 311
Casa, 6, 7, 42, 54, 65, 66, 78, 88, 94, 98, 100, 162, 165, 174, 175, 176, 182, 189, 191, 192, 195, 196, 201, 202, 209, 216, 238, 245, 246, 267, 268, 273, 276, 280, 289, 320, 321, 322, 323, 330, 331, 332, 333, 337, 339, 355, 356, 377, 378, 383, 384, 385, 395, 397, 398, 410, 423, 438, 450
Casamento, 91, 97, 98, 99, 100, 104, 195
Centesimus annus, 212, 213
Centro de Convívio, XI, XII, 4, 9, 12, 13, 202, 208, 228, 230, 237, 245, 246, 264, 270, 272, 273, 275, 277, 278, 279, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 325, 326, 331, 343, 344, 351, 352, 361, 367, 370, 372, 373, 382, 386, 387, 393, 396, 397, 401, 403, 410, 415
Centro de Dia, XI, XII, XXVIII, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 103, 106, 201, 202, 208, 228, 230, 237, 238, 240, 242, 243, 244, 264, 269, 270, 271, 273, 275, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 318, 320, 323, 325, 326, 327, 331, 343, 344, 346, 350, 351, 352, 355, 361, 367, 370, 372, 373, 375, 376, 382, 383, 386, 387, 388, 392, 393, 396, 397, 401, 402, 403, 405, 410, 415, 426, 459
Centros geriátricos, 75, 406
Centros gerontológicos, 193, 250, 408, 411, 415
Centros Sociais Paroquiais, XI, XII, XVII, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 19, 63, 106, 193, 198, 205, 207, 208, 216, 217, 219, 225, 227, 228, 229, 230, 233, 237, 238, 250, 253, 254, 255, 256, 258, 259, 263, 264, 267, 268, 269, 280, 281, 283, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 296, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316,

317, 318, 320, 322, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 334, 335, 337, 339, 340, 341, 342, 344, 347, 349, 350, 351, 353, 356, 357, 359, 365, 366, 368, 373, 377, 378, 379, 381, 382, 384, 385, 386, 387, 389, 390, 391, 392, 393, 396, 397, 398, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 429, 449

C

Comunicação, 113, 114, 115, 119, 121, 122, 128, 132, 134, 137, 140, 145, 153, 340, 342, 343, 344, 347, 351, 353, 355, 357, 421, 423, 426, 432, 433, 434, 436, 437, 440, 442, 446, 447, 448, 449, 454, 456, 459, 460, 461, 465
Comunicação das decisões, 341, 342, 343, 344, 347, 349, 357, 395, 398, 403
Comunicação dos problemas, 355
Comunicação eficaz, 137, 140, 141
Comunicação Gerontológica, 340
Comunicação grupal, 11, 113
Comunicação interna, 122, 123, 124, 358, 359, 377, 391
Comunicação interpessoal, 10, 113, 119, 120, 139, 172, 341, 351, 354, 367, 411, 415, 416, 423
Comunicação mediada, 128
Comunicação organizacional, 3, 6, 11, 19, 113, 122, 123, 129, 357
Conferência de S. Vicente de Paulo, 218
Controlar, 75, 142, 144, 160
Cooperação, 230, 232, 233
Correlhã, 12, 269, 271, 272, 275, 290, 350
Cuidados continuados, 302, 404, 414

D

Decisões da paróquia, 349
Decoração, 183
Demografia, 35, 37, 41, 42, 92, 424, 434, 451, 457
Depressão, XXVIII, 23, 75, 93, 156, 164, 165, 166, 195, 235, 387, 388, 401, 424, 434, 449, 454

Desumanização, 199, 200
Deterioração da comunicação, 155
Deterioração da linguagem, 155, 158, 159
Deus caritas est, 212, 216, 314, 378
Diaconia, 106, 219, 309, 314, 317, 454
Diálogo, 74, 114, 120, 129, 140, 147, 148, 151, 153, 156, 184, 211, 224, 225, 252, 312, 315, 341, 416, 421, 423, 455
Dignidade da Pessoa Humana, 211, 213, 412
Direcção, XI, XVII, XXVIII, 3, 5, 9, 11, 12, 73, 76, 95, 113, 125, 126, 143, 144, 146, 155, 171, 184, 185, 198, 207, 230, 234, 235, 237, 240, 241, 242, 244, 250, 255, 258, 264, 269, 281, 288, 302, 308, 309, 310, 312, 313, 315, 316, 327, 341, 342, 343, 344, 349, 357, 359, 366, 373, 377, 378, 379, 380, 389, 391, 393, 395, 397, 398, 402, 413, 415, 423, 449, 462
Divórcio, 43, 93, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 195, 324
Doença, 6, 10, 21, 22, 33, 64, 68, 72, 75, 87, 102, 103, 104, 106, 107, 159, 161, 165, 189, 194, 195, 226, 246, 251, 253, 257, 301, 302, 320, 325, 327, 332, 381, 433, 444, 446, 450
Doença crónica, 103, 106, 302
Doutrina Social da Igreja, XI, XXVIII, 1, 3, 9, 12, 49, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 216, 217, 229, 263, 264, 423, 424, 430, 431, 436, 441, 455, 465

E

Empatia, 4, 75, 137, 155, 195, 200, 235, 252, 357, 371
Envelhecer, XII, 4, 5, 22, 24, 28, 40, 41, 59, 73, 80, 189, 191, 192, 305, 330, 331, 436, 439, 442, 444, 451, 453, 457, 458, 460, 461
Envelhecer em casa, XII, 189, 191, 192, 330, 331
Envelhecimento activo, XII, 1, 10, 40, 44, 59, 62, 72, 73, 74, 251, 302, 360, 396, 399, 403, 411, 413, 415, 416, 448
Envelhecimento da população, 1, 2, 10, 19, 20, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 60, 73, 106, 191, 264, 305, 400, 410
Envelhecimento demográfico, XI, 10, 12, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 196, 413, 433
Envelhecimento normal, 22, 23, 61, 80, 107, 153, 159, 160, 305

Envelhecimento patológico, 22, 23, 61, 79, 161, 307
Escola de Frankfurt, 132
Espaço, XI, 3, 4, 11, 13, 31, 34, 35, 51, 59, 74, 75, 83, 84, 94, 129, 138, 139, 140, 153, 163, 169, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 182, 183, 184, 185, 189, 190, 195, 196, 222, 223, 224, 227, 235, 250, 266, 308, 330, 331, 332, 333, 334, 336, 337, 338, 339, 341, 408, 411, 424, 427, 428, 460
Espaço gerontológico, XI, 11, 13, 169, 330, 341, 411
Estado, XXVIII, 4, 9, 12, 20, 33, 43, 51, 53, 55, 94, 102, 106, 202, 207, 208, 209, 210, 214, 215, 216, 229, 230, 231, 232, 233, 237, 244, 248, 250, 264, 295, 297, 308, 309, 317, 319, 378, 380, 388, 404, 405, 406, 407, 409, 410, 413, 415, 417
Exclusão social, 10, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 101, 226, 229, 319, 444, 460

F

Família, XI, 2, 4, 6, 10, 13, 24, 36, 40, 41, 42, 43, 45, 48, 51, 54, 55, 63, 67, 68, 69, 70, 72, 75, 76, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 154, 155, 156, 175, 189, 190, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 210, 211, 212, 214, 217, 225, 229, 231, 236, 237, 238, 239, 246, 247, 248, 255, 256, 257, 295, 296, 301, 313, 315, 318, 319, 320, 321, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 333, 339, 340, 374, 383, 387, 394, 397, 401, 406, 410, 411, 414, 421, 428, 434, 438, 441, 444, 453, 454, 458, 460, 461, 463
Família alargada, 94, 95, 295, 296, 401
Família de acolhimento, 192
Família em mudança, 87
Fontão, 12, 269, 272, 273, 290
Fornelos, 12, 269, 273, 274, 290
Funcionários, XI, XII, 3, 4, 9, 13, 123, 124, 131, 146, 150, 151, 193, 202, 234, 235, 237, 239, 245, 255, 256, 263, 269, 271, 275, 279, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 296, 297, 298, 304, 308, 312, 313, 315, 329, 331, 334, 335, 339, 342, 343, 347, 352, 353, 354, 356, 358, 359, 365, 372, 373, 374, 376, 378, 386, 388, 389, 390, 391, 392, 397, 400, 402, 403, 405, 407, 410, 412, 414, 416, 418

G

Gandra (S. Martinho), 12, 267, 268, 269, 270, 275, 276, 279, 290, 350, 389
Gaudium et spes, 211, 213, 214
Geriatria, 10, 59, 61, 302, 433, 438, 456, 458
Gerontologia, 1, 9, 10, 19, 57, 59, 60, 61, 62, 85, 302, 319, 430, 433, 435, 437, 441, 442, 443, 452, 453, 458
Gestão, 3, 7, 63, 109, 115, 127, 142, 145, 146, 171, 198, 234, 235, 236, 243, 244, 254, 313, 339, 344, 357, 366, 407, 413, 422, 426, 446, 449, 455, 459, 460, 465
Gestores, 142, 144, 146, 263

H

Habilidades, 28, 54, 55, 67, 70, 78, 84, 94, 139, 142, 153, 160, 161, 163, 178, 181, 252, 344, 357, 385, 386, 413, 463
Habilidades de escuta, 163, 357
Habitação, 45, 54, 64, 67, 195, 232, 247, 266, 271, 319, 330, 332, 333, 381, 394, 395, 399, 412
Heterotopias, 174
Hipótese(s), 82, 291,292, 389, 420
Humanismo, 211, 311, 312, 315
Humanização, 200, 201, 226, 311, 448

I

Idade biológica, 31, 32
Idade cronológica, 31, 32, 34
Idade psicológica, 32
Idade sociocultural, 32
Idoso, 4, 10, 11, 13, 19, 24, 27, 31, 33, 42, 46, 53, 59, 60, 62, 63, 64, 67, 70, 71, 73, 75, 77, 79, 82, 83, 87, 153, 154, 155, 156, 157, 161, 164, 165, 166, 177, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 238, 240, 241, 244, 246, 250, 252, 253, 254, 292, 303, 327, 328, 331, 338, 339, 340, 357, 368, 371, 374, 399, 404, 408, 411, 422, 424, 425, 428, 431, 434, 435, 438, 441, 445, 446, 448, 452, 454

Igreja, XI, 1, 2, 4, 9, 12, 42, 203, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 216, 217, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 231, 233, 238, 255, 263, 268, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 280, 281, 301, 304, 305, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 336, 337, 349, 373, 402, 406, 407, 408, 409, 410, 412, 414, 417, 421, 433, 452, 465
Iluminação, 183
Imagem, 11, 29, 31, 45, 52, 82, 113, 116, 117, 118, 122, 123, 137, 139, 150, 180, 186, 190, 197, 199, 290, 336, 397, 398, 399
Imagem das residências, 190, 397
Inclusão, XXVIII, 40, 44, 48, 182, 245, 301, 446
Industrialização, 28, 36, 94, 401
Ingresso, 161, 180, 194, 195, 198, 202, 306, 318, 322, 325, 326, 327, 331, 365, 401, 402
Inserção, 3, 48, 87, 183, 185, 316, 328, 389
Institucionalização, XI, 7, 11, 13, 63, 89, 166, 179, 189, 190, 192, 196, 197, 198, 245, 248, 250, 318, 323, 327, 331, 338, 394, 395, 403, 410, 411
Institucionalização do idoso, 13, 196, 318, 331
Instituição, XXVIII, 3, 4, 10, 11, 12, 36, 51, 54, 68, 76, 78, 80, 87, 109, 113, 116, 120, 123, 124, 125, 127, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 152, 153, 156, 157, 161, 171, 172, 173, 177, 180, 185, 190, 197, 198, 199, 202, 218, 221, 222, 225, 234, 235, 236, 237, 245, 246, 248, 251, 252, 254, 256, 258, 266, 281, 289, 301, 302, 303, 306, 308, 309, 310, 317, 318, 321, 323, 325, 326, 327, 328, 330, 331, 334, 337, 338, 340, 341, 342, 344, 350, 351, 355, 356, 359, 365, 366, 371, 372, 373, 374, 376, 377, 379, 380, 382, 383, 384, 385, 389, 391, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 402, 414, 416, 417, 457
Instituições Particulares de Solidariedade Social, 2, 217, 231, 238, 250, 446, 462
Integração do idoso, 67, 325, 329, 387, 428
Interacção social, 115, 117, 119, 175, 197, 236, 367, 377
Intervenção social, XI, 2, 3, 4, 10, 20, 53, 62, 110, 217, 221, 226, 301, 305, 308, 309, 316, 317, 404, 405, 413, 416, 419
IPSS, XXVIII, 2, 3, 53, 216, 228, 229, 230, 231, 233, 238, 311, 317, 380, 405, 410, 418
Isolamento, XI, 2, 4, 26, 27, 28, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 63, 68, 71, 78, 89, 96, 99, 105, 156, 165, 166, 177, 184, 195, 196, 197, 199, 202, 241, 245, 253, 280,

301, 302, 303, 319, 327, 332, 344, 350, 367, 377, 386, 395, 396, 397, 401, 410, 411, 412, 415

L

Laborem exercens, 211
Lar, XI, XII, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 66, 92, 96, 100, 103, 106, 161, 175, 182, 184, 185, 189, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 208, 228, 230, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 247, 257, 264, 267, 271, 272, 273, 275, 279, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 325, 326, 327, 329, 331, 334, 336, 337, 343, 344, 346, 349, 352, 355, 361, 365, 366, 372, 373, 375, 376, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 393, 398, 400, 401, 403, 404, 405, 410, 412, 415, 450, 457
Lar de idosos, 182
Lazer, 4, 10, 20, 33, 51, 54, 59, 64, 70, 71, 74, 76, 77, 78, 79, 97, 237, 273, 309, 333, 359, 399, 413, 457
Liderança, 120, 144, 145, 147, 442
Liderar, 142, 143

M

Mater et Magistra, 210
Memórias, 83, 84, 194, 336, 370
Modelo da relação, 178
Modelo de congruência, 177
Modelo ecológico, 177, 178, 179
Modelo ecológico social, 178
Mortalidade, 36, 38, 42, 43, 81, 82, 179, 265
Musicoterapia, 82

N

Natalidade, 36, 38, 42, 43, 92, 96, 97, 99, 100, 265
Níveis de comunicação, 129

O

Objectivo(s),9…

OMS, 23, 64, 72, 80, 81, 152, 452

Organização física de um Lar, 182

P

Paróquia, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 255, 263, 271, 301, 305, 310, 316, 317, 341, 347, 348, 349, 350, 357, 371, 372, 373, 374, 377, 391, 393, 394, 396, 398, 407, 409, 415, 416, 426, 445, 457, 464

Participação, 4, 11, 23, 32, 47, 49, 54, 71, 72, 74, 78, 79, 81, 82, 105, 115, 123, 141, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 156, 194, 211, 215, 224, 225, 234, 237, 240, 242, 243, 245, 250, 251, 254, 263, 264, 281, 341, 357, 360, 361, 363, 364, 365, 366, 367, 372, 391,394, 398, 403, 406, 408, 411, 412, 413, 415, 432, 437

Perdas na velhice, 34

Pessoal não técnico, 296, 298, 335, 343, 358, 365, 390

Pessoal técnico, XI, XVII, 5, 9, 11, 13, 113, 125, 152, 185, 235, 263, 288, 289, 290, 291, 296, 298, 329, 335, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 353, 357, 359, 365, 376, 389, 390, 391, 393, 395, 397, 398, 402, 407, 410, 413

Pobreza, XI, XXVIII, 2, 10, 33, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 101, 103, 106, 197, 218, 224, 226, 272, 301, 314, 319, 332, 338, 410, 417, 430, 444, 455, 460

POLICARPO, José (2010), 316

Ponte de Lima, XI, XIII, XV, XVII, XXVIII, 2, 5, 9, 12, 13, 19, 98, 238, 261, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 287, 288, 289, 290, 296, 302, 303, 306, 309, 325, 326, 328, 335, 337, 341, 347, 349, 350, 359, 366, 387, 388, 390, 396, 398, 400, 401, 402, 404, 406, 409, 410, 413, 414, 423, 427, 432, 449, 450

Populorum Progressio, 210, 211, 212, 225

Processos de gestão, 142

Psicologia, 28, 62, 65, 66, 116, 118, 130, 179, 250, 344, 424, 426, 427, 428, 429, 430, 435, 436, 438, 440, 442, 446, 449, 451, 452, 453, 458, 460, 462, 463

Q

Qualidade assistencial, 387
Qualidade de vida, XVII, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 19, 21, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 113, 153, 155, 161, 162, 180, 182, 185, 189, 201, 240, 241, 246, 250, 329, 338, 339, 366, 381, 385, 386, 387, 388, 394, 395, 396, 404, 407, 411, 412, 413, 417
Qualidade de vida dos idosos, 11, 66, 73, 189, 413
Qualidade de Vida nas valências para idosos, 381

R

Rebordões, 12, 269, 274, 275, 290, 350
Rede social, 3
Redes de comunicação, 4, 7, 19, 125, 128, 140, 257, 416
Redes de cooperação, 255
Redes sociais, 10, 26, 50, 55, 67, 74, 105, 152, 253, 319, 408, 418
Relacionamento, XI, 2, 4, 7, 11, 27, 32, 91, 104, 116, 129, 154, 166, 185, 210, 223, 233, 234, 235, 239, 240, 245, 247, 258, 315, 324, 341, 353, 367, 371, 373, 374, 375, 377, 378, 379, 380, 386, 390, 391, 398, 403, 411, 413, 415, 416, 417, 419
Relacionamento com a Paróquia, 371, 373
Relacionamento interno, 377, 378
Relatos Biográficos, XXVIII, 13, 323, 382
Respostas sociais, 7, 62, 63, 217, 229, 230, 237, 305, 316, 409, 414

S

SAD, XXVIII, 201, 246, 247, 248, 394, 396
Salas de convívio, 185, 271, 273, 337, 405
Santa Cruz do Lima, 12, 267, 269, 276, 277, 278, 279, 290
Serviço de Apoio Domiciliário, XI, XII, XXVIII, 4, 7, 9, 12, 13, 106, 201, 202, 208, 228, 230, 238, 242, 246, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 295, 318, 319, 325, 326, 331, 333, 343, 344, 346, 350, 352, 355, 356, 361, 363, 367, 370, 372, 373, 375, 376, 377, 382, 386, 388, 392, 393, 394, 395, 397, 401, 402, 403, 404, 405, 410, 412, 413, 415

Serviço social, XVII, 3, 19, 109, 175, 263, 315, 330, 344, 394, 415
Sociologia, 62, 64, 70, 92, 116, 134, 233, 253, 319, 421, 422, 428, 431, 432, 434, 444, 450, 453, 455, 462, 463, 464
Solidão, XI, 24, 26, 44, 50, 51, 55, 70, 71, 77, 156, 161, 190, 195, 196, 197, 199, 202, 216, 241, 245, 301, 302, 303, 327, 332, 367, 386, 395, 396, 401, 410, 444, 456
Solidariedade, XVII, XXVIII, 1, 3, 5, 11, 12, 33, 39, 49, 53, 55, 63, 89, 90, 104, 106, 122, 146, 150, 161, 189, 190, 191, 193, 195, 203, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 225, 227, 228, 229, 231, 233, 237, 238, 243, 245, 250, 255, 261, 267, 309, 311, 314, 315, 325, 334, 341, 344, 351, 357, 377, 380, 405, 407, 408, 409, 411, 412, 416, 417, 433, 437, 449, 457, 462, 464
Spe salvi, 212
Subsidiariedade, 12, 55, 210, 213, 215

T

Teoria da desvinculação, 27, 28, 395
Teoria da modernização, 28
Teoria da subcultura, 27
Teoria da transição demográfica, 38
Teorias da comunicação, 10, 116, 129, 130
Tomada de decisão, 145, 146, 147, 342
Trabalhadores sociais, XI, 3, 10, 19, 59, 76, 80, 87, 107, 156, 249, 252, 333, 341, 381, 385, 389, 394
Trabalho social, 3, 4, 55, 62, 67, 107, 108, 162, 179, 207, 208, 340, 367, 411, 412
Trocas intergeracionais, 89

U

Utentes, XI, XVII, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 79, 80, 113, 150, 151, 153, 185, 186, 190, 193, 198, 199, 201, 202, 207, 208, 217, 228, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 245, 246, 247, 250, 252, 255, 256, 257, 263, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 296, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 310, 312, 313, 315, 319, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 342, 343, 344, 346, 347, 349, 350, 351, 352, 355, 356, 359,

360, 361, 363, 365, 366, 367, 368, 370, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 381, 382, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 400, 401, 402, 403, 404, 406, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 418, 458

V

Velhice, 2, 10, 11, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 44, 45, 48, 51, 59, 60, 61, 63, 66, 67, 71, 72, 75, 81, 83, 84, 89, 103, 106, 155, 157, 166, 177, 178, 179, 189, 190, 226, 227, 229, 238, 301, 319, 321, 324, 331, 347, 367, 421, 433, 434, 437, 447, 451, 452, 453, 456, 459, 460, 466
Velho, 4, 24, 34, 60, 61, 99, 305, 425, 462
Voluntários, 106, 107, 199, 231, 236, 237, 238, 243, 244, 249, 389, 409