

Índice

Lista de Siglas	3
I – Envelhecimento	4
II – Solidão	11
Solidão e Velhice	13
III - Qualidade de Vida	14
Qualidade de Vida na Velhice	16
IV – Serviço Social, Qualidade de Vida e Velhice	20
Políticas Sociais e Velhice	20
Serviço Social e Qualidade de Vida na Velhice	22
Ética e intervenção profissional	24
Objetivo do estudo	25
Hipóteses de investigação.....	25
<i>Material e métodos.....</i>	26
Participantes/amostra	26
Instrumentos.....	26
<i>Procedimentos e Análise dos Dados.....</i>	27
<i>Resultados</i>	28
<i>Conclusão.....</i>	35
Reflexão Pessoal.....	43
<i>Bibliografia</i>	45
Apêndices.....	47
Anexos	55

Índice Quadros

Quadro 8: Suporte Social (Issqs) e Qualidade de Vida (Etaqv)	29
Quadro 9: Solidão e Satisfação com a Vida (SV)	30
Quadro 10: Relação entre Suporte Social (Issqs) e a Solidão	30
Quadro 11: Relacionamento/apoio familiar e Solidão	31
Quadro 12: Qualidade de Vida (Etaqv) e Satisfação com a Vida (SV)	31
Quadro 13: Qualidade de Vida (Etaqv) e Solidão	31

Índice de Apêndices

Apêndice 1 - Carta de apresentação.....	48
Apêndice 2 - Questões éticas	49
Apêndice 3 - Quadro 3: Distribuição da Solidão.....	51
Apêndice 4 - Quadro 4: Suporte Social	51
Apêndice 5 - Quadro 5: Qualidade de Vida	51
Apêndice 6 - Quadro 6: Satisfação com Vida	52
Apêndice 7 - Quadro 7: Relacionamentos Familiares	52
Apêndice 8 - Figura 1 - Características referentes à contingência entre as variáveis em análise e respectivos valores	53

Índice Anexos

Anexo 1 - <i>ETAQV</i> – Escala de Torga de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso - Margarida Pocinho & Carlos Amaral Dias (2005)	56
Anexo 2 - <i>UCLA</i> – DANIEL RUSSELL - A escala de solidão - traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)	57
Anexo 3 - <i>SSQ6</i> – Social Support Questionnaire - Short Form Pinheiro, M & Ferreira J (2000) - Suporte Social - Versão Portuguesa	58
Anexo 4 - Quadro 1 - Escala Torga de avaliação da qualidade de vida (etaqv): Valores normativos	60
Anexo 5 - Quadro 2 - Sub-escala da etaqv: satisfação com a vida: Valores normativos.....	60

Lista de Siglas

CCE – Conselho da Comissão Europeia

ETAQV – Escala de Torga de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISSQS – Suporte Social

PIB – Produto Interno Bruto

ONU – Organização das Nações Unidas

SPSS – Statistics Program Package for Social Sciences, versão 13

SSQ – Suporte Social - Social Support Questionnaire

SSQ6 – Suporte Social - Social Support Questionnaire

SSQ6N – Escala de Suporte Social – Suporte Disponível

SSQ6S – Escala de Suporte Social – Suporte Satisfação

SV – Satisfação com a Vida

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

UCLA – Escala de Solidão

I – Envelhecimento

A problemática do envelhecimento nos últimos anos ganhou maior interesse da parte dos estudiosos, devido ao aumento da longevidade do ser humano é necessária a criação de melhores condições de vida, através da intervenção social ativa, de políticas sociais, serviços de saúde, lares, centros de dia, entre outros. Há necessidade de oferecer respostas a esta população etária, com cuidados e características específicas.

O conceito de envelhecimento tem vindo a sofrer transformações ao longo dos anos, aos “olhos” das sociedades, há uma maior preocupação pelo fato da transmissão de informação chegar com maior facilidade às pessoas. Carrilho (1993) caracteriza este conceito como, “*simples aumento da proporção de idosos*” que enquanto fenómeno se caracteriza pelo aumento progressivo da proporção da população idosa em detrimento da população jovem (Carrilho *cit in* Pocinho, 2007, p.37). Olshansky *et al.* (1991) defende que este conceito depende essencialmente de três fatores: a fecundidade, a mortalidade e a migração (Olshansky *et al. cit in* Pocinho, 2007, p.37).

O conceito de envelhecimento pode ter uma dimensão muito alargada, Robert (1995) resulta da incapacidade que as pessoas têm em conseguir manter o seu estado funcional sem alterações, como consequência envelhecem, podemos associar o ser humano a todos os seres vivos e aos minerais. Uma planta, que por sua vez, nasce, cresce, envelhece e morre, todas estas fases decorrem com o tempo, de ano para ano com uma longa transformação à qual não podemos tornar irreversível: outra das consequências é o meio ambiente e as alterações climáticas (Robert *cit in* Pocinho, 2007, p.28).

A partir da década de 60 do século XX o curso de vida passou a ganhar maior importância, o envelhecimento ultrapassa a infância e ocorre ao longo de toda uma vida. Os percursos de vida são individuais, portanto nós somos os próprios agentes da nossa vida, através das escolhas, iniciativas e das relações que estabelecemos connosco e com os que os que nos rodeiam. Ao longo da vida ocorrem alterações biológicas e sociais, associadas à idade, em algumas culturas ou momentos apresentam impactos psicológicos que suscitam o desempenho de papéis sociais. As transformações que ocorrem com o desenvolvimento do indivíduo como os percursos de vida, é necessário entender todas as alterações e ligações, no curso de vida. De acordo com a teoria epigenética de Erikson (1980, 1984, 1994-1982), a perspectiva geral do curso de vida, o ciclo de vida humano e o desenvolvimento, são o resultado de fases de desenvolvimento consecutivas, em que o *ego* e a realidade social que

envolve o indivíduo têm um papel predominante (Erikson *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, pp.138-139).

No desenvolvimento do curso de vida são indicados momentos de viragem relativamente à separação-individualização, à saúde e bem-estar, à patologia ou ao sofrimento, estes momentos ocorrem na adolescência, juventude (pai/mãe), meia-idade (senescência e morte dos pais) e na velhice (aproximação da morte).

Silva uma das colaboradoras de Paúl & Fonseca *et al.* (2005), refere “*Na generalidade, a emergência de uma personalidade saudável poderá ser compreendida como estando associada a um controlo activo do seu próprio ambiente, a uma certa unidade da personalidade e a uma capacidade para se olhar a si próprio e olhar o mundo sem grandes distorções*” (Silva *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.143).

O envelhecimento é um processo complexo, condicionado por fatores intrínsecos e extrínsecos. Varia de indivíduo para indivíduo, tem como consequência, as vivências e competências adquiridas, ajustadas pelo/s locais onde a sua vida se desenrolou (Pocinho, 2007, p.29).

Barata (1990) numa perspetiva mais macro, o conceito de envelhecimento humano é o resultado de diversos problemas sociais que estão estreitamente ligados ao aumento de pessoas idosas, com problemas específicos no campo da saúde, do apoio social e da participação na vida da comunidade, e posteriormente a fatores ligados a motivações e requerem novas respostas sociais e culturais, para ter melhor qualidade de vida, efetivamente de saúde física e mental e na interação social (Barata *cit in* Pocinho, 2007, p.30).

O envelhecimento para Cordeiro (2002) é um período de grandes mudanças e de adaptação às novas condições de vida, traz alterações da imagem que devem ser encaradas nessa nova condição (Cordeiro *cit in* Pocinho, 2007, p.31).

Jentoft (1991) o processo de envelhecimento é composto por três componentes: o Processo de envelhecimento biológico resulta de uma elevada probabilidade de morrer de que se designa de senescência, um envelhecimento social ligado aos papéis sociais próprio da visão da sociedade para esta faixa etária e por fim o envelhecimento psicológico, caracterizado pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças pelo tomar de decisões adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. O crescimento e o envelhecimento são o resultado da nossa base filogenética, da nossa hereditariedade única, do meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem, no caso do homem ainda está incluído o efeito do pensamento e escolha (Jentoft *cit in* Pocinho, 2007, p.34).

A gerontologia é a área multidisciplinar que a partir do século XX ganhou maior visibilidade no seu estudo do envelhecimento humano e da população. Explora as bases biológicas, psicológicas e sociais do idoso, da velhice e do envelhecimento, tenta explicar os problemas funcionais do idoso ao nível da capacidade e dificuldades de ter uma vida com independência e de como o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do tempo e das transformações temporais e por fim a idade e a relação com o padrão de comportamento social que estes têm.

A gerontologia está sub-dividida em diversas sub-disciplinas: A gerontologia social que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais ligadas ao processo de envelhecimento na velhice; a psicogerontologia/psicologia do envelhecimento, observa mudanças regulares em organismos maduros que são genericamente representativos e habitam em ambientes também representativos na medida em que avançam na idade cronológica; a geriatria, examina a patologia associada ao envelhecer (Paúl, s.d., p.276).

Partindo da gerontologia Social, World Health Organization (WHO) (2002), o envelhecimento ativo foi definido em 2002 na conferência mundial sobre o envelhecimento, como um processo de otimização de oportunidades na saúde, participação e segurança para aumentar a qualidade de vida no decorrer do envelhecimento, o conceito é suportado pela participação social, a saúde e a segurança (WHO *cit in* Paúl, s.d, p.276).

O envelhecimento ativo pressupõe-se autonomia, independência, qualidade de vida e uma expectativa de vida saudável. É importante ter implícitas as determinantes do envelhecimento ativo: o género e cultura, as características do indivíduo, o meio físico e social em que se insere, a saúde e os serviços sociais. Importa com o envelhecimento ativo contribuir para que um destes conceitos seja melhorado, no caso da qualidade de vida, implica valorizar aspetos que os idosos valorizem para o seu bem-estar, como a saúde, a satisfação de vida e bem-estar psicológico, a satisfação social e física em que se inserem (Paúl, s.d., p.277).

A gerontologia mais atualizada considera a existência de dois tipos de envelhecimento, o primário e secundário. O primeiro traduz um limite intrínseco que possivelmente pré-programado geneticamente da longevidade celular, observa quase todos os estudos das espécies animais é enumerado como normal sem alterações ao nível da incapacidade. O secundário supõe que os efeitos acumulados são consequência das agressões ambientais das doenças e dos traumatismos, explica a diversidade entre os indivíduos da mesma espécie (Pocinho, 2007, p.32).

A idade biológica designada de “envelhecimento primário” ou “processo inato de maturação” é caracterizada pelo envelhecer de todos os órgãos em simultâneo, em alguns indivíduos exprime-se de forma precoce, através de uma degradação ou por um declínio funcional de outros órgãos (Jentoft *cit in* Pocinho, 2007, p.35).

A idade social é caracterizada pelos hábitos e papéis sociais que o indivíduo tem na sociedade e dos comportamentos esperados pela sua cultura relativamente ao processo de envelhecimento, esta idade está intimamente vincada à cultura e história do país em que se insere (Pocinho, 2007, p.35).

Pocinho (2007) o envelhecimento é composto por três fases A primeira, a do crescimento e desenvolvimento, que ocorrem quando há o desenvolvimento e crescimento dos órgãos, o organismo amadurece e adquire habilidades funcionais e fica apto para reproduzir. A segunda fase é a reprodutiva, o indivíduo tem capacidade de reproduzir e garante a sua sobrevivência. A terceira e última fase, senescência/envelhecimento, redução da capacidade funcional do organismo (*ibidem*, p.34).

Jentoft (1991) partindo da teoria de Schroots & Birren, o envelhecimento é composto por três dimensões: 1) “*O processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência*”; 2) “*Um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário*”; 3) “*Um envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação de individuo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e de envelhecimento*” (Jentoft *cit in* Pocinho, 2007, p.34).

Os traços biológicos também podem caracterizar o estado de velhice, não devemos falar a partir de uma idade específica para o seu início, esta resulta de um processo de ocorrência diferencial de indivíduo para indivíduo (Pocinho, 2007, p.34).

O envelhecer é diferenciado de homem para mulher, a família influência este processo bem como o meio, a intelectualidade das profissões e a cultura, o processo resulta do próprio individuo e da forma como este se desenvolve. A senescência resulta do desgaste biológico, das consequências históricas, culturais, económicas e políticas do país em que se insere (*ibidem*, p.35). É necessário compreender o fenómeno do envelhecimento como um fenómeno individual e coletivo. Relativamente às diferenças de envelhecimento entre os seres humanos podemos chamar de “envelhecimentos” em vez de “envelhecimento”, cada indivíduo tem uma carga genética única e adquire um processo de envelhecimento diferente, as suas influências podem ser a nutrição, estilos de vida e o ambiente. As alterações associadas ao processo de envelhecimento, Fernandes (2007) distinguem-se: pela “*perda*

progressiva das capacidades do corpo”; a *“não renovação das capacidades perdidas*”; a *“transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afetivos*”; a *“mudança no auto-conceito*”; a *“alteração do seu papel social*”; e *“perda progressiva da autonomia*” (Fernandes, 2007, p.21).

O processo de envelhecimento ao longo da velhice implica diversos desafios de ordem física, psicológica e social aos quais o indivíduo tem de se adaptar. Fernández-Bellasteros (2000) a velhice tem como significância *“pessoa de muita idade*” (Fernández-Bellasteros *cit in* Fernandes, 2007, p.13). A velhice deve ser considerada um grupo heterogêneo, inevitável e irreversível, passa por um processo diversificado, lento, progressivo, que varia de indivíduo para indivíduo (Fernandes, 2007, p.14). Para entender a velhice é preciso entender toda a idade adulta, incluindo a vida profissional, a construção familiar e o local onde esta se insere (Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.141).

Freud (s.d.), somos um *self* corporal, dando ênfase ao corpo, à forma como cada um vê a sua imagem, ao que sentimos no corpo, para a reação e alteração do funcionamento e da aparência face aos fenómenos e circunstâncias internas e as vicissitudes que a vida traz (Freud *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.143). Os gerontólogos afirmam que a velhice se vive em primeira instância no corpo, contudo o indivíduo pode não estar atento aos primeiros sinais, os aspetos mais evidenciados são o aparecimento de cabelos brancos, rugas, a pele com menos elasticidade e mais seca, diminuição da capacidade visual e auditiva, maior lentidão dos reflexos, diminuição da capacidade respiratória, dificuldades em manter o equilíbrio, menor resistência, cansaço, recuperação física mais lenta, redução da capacidade de movimentos e a vulnerabilidade do sistema imunitário. Nas mulheres existe uma maior clareza devido à redução da capacidade reprodutora e da entrada na menopausa. Surgem também sintomas da doença física que em alguns casos podem ser acentuados. Estas manifestações de velhice são caracterizadas como um envelhecimento primário, que ocorre de forma gradual, universal em todos os seres humanos. O envelhecimento secundário diz respeito à doença, falta de uso e abusos, que traduzem a história de vida. Há diversos sinais que interferem com a velhice e o envelhecimento, como a capacidade funcional que limita as atividades diárias, o tratamento da higiene e deslocações (Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, pp.143-144).

A aparência física do indivíduo faz com que nos refiramos a este como velho ou idoso, caso não estejamos em contacto com o indivíduo por um longo período de tempo, notamos alterações físicas às quais por vezes nos levam a não o reconhecermos, assim, do ponto de vista psicológico a velhice física pode ser vista pelo olhar do outro. As transformações físicas

indicam o envelhecimento e uma aceitação de um novo *self*, diferente da imagem da juventude. Quando a degradação da ordem física acentua, ou seja, a incapacidade outrora existente no que concerne a vestir, tratar da higiene, mobilidade, une-se numa fase inicial a necessidade de cuidados de manutenção da família restrita (marido/mulher; filhos/nora genro), até se encontrar um equilíbrio de bem-estar. Neste processo é importante o contexto da história de vida de cada um dos intervenientes, em especial relações de dependência com objetos cuidadores e relações no passado com o idoso que necessita de ajuda (*ibidem*, p.144). Viver muitos anos implica a vivência de diversas experiências ao longo da vida, com distintos impactos emocionais, muitas relações afetivas e emocionais, bem ou mal alcançadas. Há relações que se destacam, como as que dizem respeito a investimentos primordiais nos objetos cuidadores, nos pais, avós, irmãos e amigos. Verifica-se uma descoberta de novos relacionamentos, as relações afetivas e o sentimento que se tem da própria existência nos sentimentos e pensamentos de outra pessoa são importantes para avaliar o *self* e assegurar a perceção de continuidade (*ibidem*, p.145).

A sobrevivência ao longo dos anos tem implícitas perdas, como mortes, relações que se modificam ou se perdem e contatos que se reduzem. O envelhecimento implica a aceitação da morte do companheiro que fez parte da sua história de vida, com um papel acentuado em alguns casos. É um fator natural que pode ocorrer antes da velhice, durante ou no limite da velhice, quando acontece antecipadamente há uma dificuldade acrescida em a aceitar. O indivíduo que consegue realizar o luto sabe individualizar-se não se auto-pune por sobreviver, com maior facilidade cria novos laços de amizade e emocionais (*ibidem*, p.145). As relações com os netos e bisnetos permitem viver tarefas da parentalidade. Com a velhice há o aparecimento de uma nova identidade devido ao aparecimento da reforma. Erikson (s.d.) considera que a identidade é adquirida na adolescência e na velhice há o aparecimento de uma nova fase de identidade na velhice. Se o indivíduo ao longo da vida se centrou essencialmente na vida laboral e muito menos no amor aos outros, e na diversão, então experimenta uma perda muito significativa. Muitas são as condições que influenciam a condição de adaptação à velhice (Erikson *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.146).

A velhice pode ser vista numa perspetiva positiva ou negativa, como consequência da sociedade em que se insere e do próprio sujeito. As pessoas de idade mais avançadas são uma população com características específicas. Da velhice podemos retirar uma compreensão diferente se entendermos além do fato biológico o fato cultural e psicológico. Atualmente os idosos em Portugal tendem a fechar-se mais nas suas casas e a isolar-se. Uma das causas são os estereótipos e a discriminação de que são vítimas. Existe um vasto preconceito em relação

ao idoso, levando-o a uma imagem negativa de si mesmo e das circunstâncias em que se envolvem, causas que acabam por acelerar o envelhecimento sem eles se poderem auto-valorizar (Pocinho, 2007, p.27).

Ao longo dos tempos o conceito de velhice tem vindo a sofrer algumas alterações, a imagem de pessoa mais velha muda radicalmente no século XVIII, como alguém sábio pela sua vivência, Pocinho (2007) exemplifica com “*Churchill (1874.1965): Aluno medíocre e pouco trabalhador na juventude, com uma maturidade trapalhona, foi nomeado primeiro-ministro inglês aos 65 anos, mostrando ao mundo ser um homem de excepção numa situação excepcional*” (Pocinho, 2007, p.33). No século XX existiu uma rutura de valores tradicionais no que concerne às relações sociais, a pessoa mais velha passou a ser vista como inútil (nas empresas era rejeitado, visto como não produtivo), o mundo de valores passou a ser desvalorizado, ao contrário dos jovens. Pocinho (2007) considera que emerge uma ideologia em que se deixa de considerar o idoso como trabalhador com conhecimento e experiência acrescido, capacidade de transmissão de conhecimento e passa a ser visto como um incapaz com faculdades diminuídas e com condições desfavoráveis ao emprego, esta situação conduz à marginalização, implica a passividade e falta de motivação, que eleva à dependência de terceiros (*ibidem*, p. 27).

Ilhéu (1993) a velhice é um estado em que uma pessoa devido à sua idade cronológica sofre de um declínio nos órgãos e nas capacidades intelectuais, que leva à redução da sua participação social (Ilhéu *cit in* Pocinho, 2007, p.30).

Considera-se velha uma pessoa com mais de 60 ou 65 anos, nesta altura já perdeu algum sentido social, pelo fato da longevidade e a qualidade de vida se ter alterado ao longo dos anos. Moniz (2003) categoriza o envelhecimento através da dimensão psicológica do “envelhecer”. No entanto não devemos caracterizar a velhice através de uma idade precisa (Moniz *cit in* Fernandes, 2007, p.7).

Também a velhice está intimamente associada à doença e com outras características como: o aborrecimento, o egoísmo, a impotência sexual, a rigidez de carácter, as rugas e os cabelos brancos, associado a disfuncionalidades a diferentes grupos de idosos. Os grupos de idosos não podem continuar a ser marginalizados e estigmatizados, devemos valorizar as suas capacidades. Quando existe uma discriminação do idoso, seja ao nível da raça, cultura, iliteracia, entre outros, procura-se refletir uma discriminação da idade, através de três questões fundamentais, Puijalon e Trincaz (2000): “*os idosos são muito numerosos, causam elevados custos, os seus valores são obsoletos*”, é pertinente este estudo, pois o conceito de idoso e envelhecimento não é unânime (Puijalon & Trincaz *cit in* Fernandes, 2007, p.8).

As teorias da capacidade psicológicas ou fisiológicas caracterizam a velhice com alterações a nível físico (sentidos, capacidade psicomotora e doenças crónicas), a psicossocial (viuvez, perda de familiares e de amigos, perda de emprego por aposentação e doença) e cognitivo (memória e atenção), no entanto estas alterações podem ocorrer em qualquer fase da vida (Pocinho, 2007, p.32).

Todas as pessoas têm uma velhice diferenciada, Brissos (1992) como “*envelhecimento diferencial*”, aparece de forma distinta e gradual, por vezes instala-se sem que o indivíduo dê por isso, têm influência fatores como o género, a raça, o modo de vida, contexto geográfico e a cultura, há diversas formas de conduzir o envelhecimento. Quando nos referimos a responsabilidade de envelhecimento é a nível pessoal e simultaneamente coletiva. Há necessidade da pessoa investir na sua velhice no decorrer do seu envelhecimento, deve existir o “amor-próprio”, para que se consiga melhorar algumas características durante a velhice (Brissos *cit in* Pocinho, 2007, p.36).

A idade cronológica de velhice tem sido alterada ao longo dos anos, devido ao aumento da longevidade, ligado aos fatores económicos, sociais e culturais, surge a 3ª idade, associada a pessoas com mais de 65 anos de idade até aos 80 anos. A geriatria inseriu a 4ª idade, relativamente a pessoas com mais de 80 anos, quando os idosos apresentam uma menor qualidade de vida e um estado funcional reduzido, a maioria das pessoas está inativa e as funcionalidades físicas, psicológicas e sociais estão reduzidas (Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p. 30).

II – Solidão

O conceito de “solidão” remete-nos a uma inevitável associação de uma pessoa que se sente só, em qualquer circunstância da vida já nos sentimos sós e experienciamos a solidão, na escola, no trabalho, nas relações sociais. Este é um tema que tem vindo a ganhar cada vez mais interesse pelas ciências sociais, no entanto tem sido um pouco negligenciado por psicólogos.

O conceito solidão só começou a ganhar algum sentido em 1957, Weiss estudou a solidão, para ele existiam dois tipos de solidão, a social e a emocional. A primeira era direcionada a uma pessoa sem uma rede social de amigos e conhecidos, deste modo uma pessoa que se sente sozinha e insatisfeita, na segunda, a pessoa sente-se só e insatisfeita por falta de uma relação pessoal e íntima (Weiss *cit in* Pocinho, 2007, p.87).

Fromm-Reichman (1959) o ser humano quando sente a diminuição de motivação, produz uma paralisia que bloqueia a esperança e que acelera a apatia, por outro lado pode ser impulsionador na medida em que pode estimular as relações sociais (Fromm-Reichman *cit in* Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, p.70).

A verdadeira significância deste conceito só teve início em 1982 por Peplau & Perlman (1982) editaram um trabalho que englobava algumas representações da teoria construtiva e da pesquisa sobre a solidão. A partir deste ponto, diversos foram os estudos para a compreensão deste conceito até à atualidade. Estes estudiosos caracterizam a solidão como “*um sentimento aflitivo que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos*” (Perlman & Peplau *cit in* Neto, (s.d.), p.65-66).

Mijuskovic (1985) refere dois tipos de solidão associada a causas. A Solidão Metafísica só aparece uma vez na vida do ser humano e a de Défice Social o indivíduo descreve o seu estado como um sentimento negativo de auto-depreciações, irritados, o estado de depressão tem tendência a aumentar quando estes sentimentos também aumentam (Mijuskovic *cit in* Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, pp.71-72).

O suporte social caracteriza todas as ações percebidas pelas comunidades, redes sociais, parceiros com vários níveis de ligação. Lin & Ensel (1989) “*constitui um processo, com mecanismos de percepção ou recepção, pelo qual os recursos da estrutura social (...) permitem satisfazer as necessidades que são de natureza instrumental e expressiva em situações do quotidiano e de crise*” (Lin & Ensel *cit in* Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, pp.72-73).

Quando isoladamente falamos de solidão existe uma associação imediata a um indivíduo sozinho, isolado, privado de proximidade e do contato com o outro, implícita uma discrepância entre as relações estereotipadas pela sociedade. Esta também pode ser concebida como uma experiência subjetiva sem estar implícito o isolamento social concreto, Peplau & Perlman (1992) “*é possível o indivíduo estar isolado sem se sentir só ou de sentir solidão quando rodeado por uma multidão*” (Peplau & Perlman *cit in* Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, p.70).

No que concerne à componente do tempo, a solidão pode permanecer no indivíduo por um curto ou longo período de tempo. Permanece muito tempo quando o indivíduo sente falta de compreensão do outro, da existência de uma rede social de apoio para que possa realizar as suas atividades com mais empenho, de realçar as que levam à integração social e a uma intimidade emocional.

Mas estar “só” significa para Neto (1992) que a solidão pode ser um traço de personalidade, ser referenciada só em alguns momentos ao longo da vida, definindo-se como uma solidão situacional ou momentânea (Neto *cit in* Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, p.71).

Não é fácil definir solidão pelo fato de ser um conceito universal e indissociável à condição humana, um sentimento que causa desconforto e um mal-estar emocional associado à perda e isolamento, causa uma interrupção no desenvolvimento humano, impede-o de estabelecer relações sólidas fulcrais para o bem-estar (Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, p.69). De outra perspectiva pode ser vista como psicológica, ou seja, o indivíduo pode não apresentar sintomas de solidão devido às relações estáveis e efetivamente encontrar-se numa situação de solidão. Booth (2000) a solidão deve ser vista como um problema multidimensional que envolve *deficits* nos papéis sociais e história de esquemas disfuncionais, resultados cognitivos, padrões de atribuição, entre outros (Booth *cit in* Pocinho, 2007, p.87). Este conceito não é fácil de definir, mais fácil será de descreve-lo e não existe consenso universal quanto à sua definição (Pocinho, 2007, p.87).

Solidão e Velhice

No contexto de sociedades direcionadas para o individualismo verificam-se níveis de solidão menores. Nas orientadas para o sentido de comunidade existe um sentimento mais elevado de exclusão, segundo alguns estudos, Portugal e a Grécia são países onde os idosos apresentam elevada frequência de solidão (Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, p.70).

Falar de isolamento social é o mesmo que referir o nível de integração do indivíduo com outros indivíduos ou grupos no ambiente social e às características objetivas de ausência de relacionamentos ou de um número reduzido. O isolamento pode ser voluntario não solitário, quando é aceite e desejado pelo indivíduo, ou por sua vez involuntário, remetendo-o para uma dimensão solitária, mas não por auto-decisão (*ibidem*, pp.71-72).

Os fatores como falta de saúde, redes sociais e capacidades funcionais, provocam sentimentos de solidão, agravando o estado psicológico, com a idade tem tendência a aumentar. Durante a idade adulta ocorrem diversas alterações no ser humano, no entanto é aproximadamente a partir dos 65 anos que se verifica uma incidência de maiores alterações ou não, na reforma ou viuvez, na idade avançada que se manifesta um quadro de solidão social e psicológica. Em alguns estudos também se constata que o estatuto social dos idosos pode ser uma causa de isolamento e que pode levar à solidão. Um dos casos de isolamento pode ser as redes virtuais,

levando a uma diminuição das suas redes sociais de convívio e de apoio (Fernandes, 2007, p.33).

Fromm-Reichman (1957) foi o impulsionador do estudo para a solidão, através da publicação de um artigo intitulado de “solidão”. Slater (1976) e Weiss (1973) deram início às bases teóricas para entender a solidão. Atualmente ainda fazem parte algumas representações da teoria construtiva e compreensão da solidão criadas por Peplau & Perlman (1982). Após 1982 houve um alargado interesse no estudo deste conceito inclusive a aplicar esta condição na prática clínica (Pocinho, 2007, p.86).

A solidão pode ser entendida como *“uma condição afectiva adversa comparada por cognições problemáticas, circunstâncias de vida desfavoráveis, estratégias inadequadas e resolução de problemas, padrões interactivos disfuncionais, entre outros fatores de carácter individual e/ou social”*. A experiência subjetiva da solidão pode ser tão intensa que o sujeito em sofrimento não pensa em mais nada, o sentimento de vazio vivenciado pela pessoa em solidão pode ser confundido com a própria solidão (Pocinho. M., Farate. C. & Dias, Amaral., 2010, pp.65-66).

III - Qualidade de Vida

Após a Segunda Guerra Mundial o conceito de “boa vida” começou a ser usado para caracterizar a conquista de bens materiais, uma boa reforma, poder realizar viagens, ter aplicações financeiras. Houve a necessidade de entender o quanto a sociedade se tinha desenvolvido a nível económico, para estudar este fenómeno foram alterados conceitos e instrumentos para medir a qualidade de vida. Usou-se o *Produto Interno Bruto*, rendimento *per capita*, a taxa de desemprego entre outros. O conceito foi novamente alargado com novos indicadores: a mortalidade infantil, a esperança de vida, a taxa de abandono escolar, o nível de escolaridade, a taxa de violência, o saneamento básico, o nível de poluição, as condições de habitação, o trabalho, a qualidade do transporte, o lazer, entre outros. Muitos países também se baseiam nestes indicadores para criar políticas de bem-estar (Pocinho, 2007, p.40).

Ser idoso implica ser um privilegiado numa longevidade, o modo como se envelhece pode ser condicionado, por limitações inerentes à autonomia e pelo contexto onde se insere, por outro lado pode ser bem-sucedido e ativo. Este processo de envelhecimento está ligado à qualidade de vida, bem como de outros processos psicossociais e mais recentemente a solidão. As tentativas para a formulação deste conceito têm sido diversas, no entanto ainda não há um

consenso relativo ao conceito de qualidade de vida. Foi a partir de 1975 que se tornou cada vez mais estudado em especial a área da saúde através da construção de instrumentos específicos para idosos (*ibidem*, p.40).

Após a década de 60 entendeu-se que a qualidade de vida devia ser percebida/descrita/avaliada pela pessoa e a vivência (qualidade de vida subjetiva), não devia ser avaliada de forma objetiva. O conceito varia consoante alguns indicadores como o local onde a pessoa se insere, a escolaridade, o país, com o seu estado de espírito entre outros e da qualificação que tem relativamente à qualidade de vida, daí a importância de obter a opinião do idoso relativamente ao que idealiza e como vê a sua qualidade de vida (*ibidem*, p.41).

Para uma melhor compreensão de qualidade de vida devem ser entendidos os indicadores de adaptação do ser humano ao envelhecimento. A saúde é um dos aspetos mais valorizados no idoso. Para um envelhecimento ativo é necessário ter competências e empenho na vida. Um aspeto fundamental, Krause (2001) é a importância de um suporte social para um envelhecimento bem-sucedido, (Krause *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.76). Stoller (1992) “*os idosos casados e a relação com o cônjuge é o melhor prevê a satisfação de vida e a principal fonte de ajuda para poder lidar com os problemas de saúde e de incapacidade*” (Stoller *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.76). Paúl (2005) faz alusão ao apoio social e como este pode afetar o bem-estar, o envelhecimento ativo integra características do processo de envelhecimento, como a cultura e o género, tendo importância os serviços sociais e de saúde, características do comportamento, meio físico, social e económicas, estes aspetos são influenciáveis na satisfação e qualidade de vida do idoso.

Dos aspetos com maior importância no processo de envelhecimento é a dimensão psicológica associada à aspiração que este tem em relação ao afeto e à felicidade. Segundo alguns estudiosos, o bem-estar psicológico é uma das quatro componentes do bem-estar subjetivo que inclui a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objetivo. Novo (2003) o bem-estar psicológico e a qualidade de funcionamento psicológico incluem a autonomia, o meio, as relações positivas com os outros, os objetivos na vida, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo. Segundo esta teoria, a adaptação do idoso é condicionada por fatores inerentes ao ambiente em que se insere para que possa ter um bem-estar psicológico (Novo *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.77).

Especialistas em qualidade de vida, que pertencem à Organização Mundial de Saúde (OMS), criaram um instrumento genérico de avaliação da Qualidade de vida, foi construído através de um método transcultural *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) (1995),

apesar de não haver consenso, há uma concordância aceitável entre os investigadores relativamente a algumas características do construto (WHOQOL *cit in* Pocinho, 2007, p.44). Estão implícitas três características, a de subjetividade, multidimensional e de bipolaridade. O construto subjetivo deve ter implícitas questões relativas às avaliações globais do comportamento (estado de capacidade das pessoas e da satisfação/insatisfação com esses comportamentos), o estado de capacidade pressupõe um questionamento quanto à percepção das pessoas e ressalta as informações sobre a qualidade de vida, o relato de funcionamento sobressaem informações sobre o estado de saúde.

Quanto à multidimensionalidade da qualidade de vida, estes estudiosos consideram que no mínimo devem ser avaliadas três dimensões, a física, psicológica e a social, numa direção subjetiva (como as pessoas percebem os seus estados físico, cognitivo e afetivo e as relações interpessoais e os papéis que elas desempenham), os diferentes instrumentos acrescentam outras dimensões além destas dependendo dos objetivos. O WHOQOL também inclui uma dimensão espiritual criada por Paschoal (2000) considerada uma quarta etapa.

A bipolaridade implica dimensões positivas e negativas. Relativamente às positivas, envolvem os papéis sociais, mobilidade, autonomia, entre outras. Já as negativas incluem a dor, fadiga e dependência. Qualquer avaliação de qualidade de vida através do construto de bipolaridade implica sempre dimensões positivas e negativas, com maior ênfase na percepção do indivíduo sobre as dimensões (Pocinho, 2007, p.45).

Qualidade de Vida na Velhice

A OMS (1994) nos anos 90 definiu qualidade de vida como *“a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, pp.77-78), esta definição está ligada à longevidade das pessoas e com menos problemas de saúde, proporcionando melhor qualidade de vida. A OMS (1995) lançou um programa sobre saúde e velhice, no qual identificou resumidamente alguns dos objetivos: 1) *“Tratar o envelhecimento como parte do ciclo da vida mais do que individualizar uma área de saúde específica da terceira idade”*; 2) *“Proporcionar saúde a longo termo: há uma crescente necessidade de um melhor conhecimento dos processos de envelhecimento saudável”*; 3) *“Estudar as influências culturais: o enquadramento em que os indivíduos envelhecem desempenha um papel importante no seu bem-estar e saúde”*; 4) *“Adoptar*

perspectivas de orientação comunitária: por todo o lado, mesmo nos países mais ricos, a grande maioria das pessoas idosas vive na comunidade e é a esse nível que os problemas têm de ser resolvidos, frequentemente fora da área da saúde, mas com implicações para a saúde”; 5) “Reconhecer as diferenças de género: há diferenças importantes na saúde dos homens e das mulheres e nos seus modos de vida, que se tornam ainda mais visíveis com o envelhecer”; 6) “Fortalecer os laços intergeracionais: sublinham-se as estratégias que visam manter a união entre as gerações e uma compreensão natural das questões éticas, à medida que a população envelhece há questões vitais a serem consideradas, como apressar ou retardar indevidamente a morte, os direitos humanos, os cuidados de longa duração e os maus-tratos” (OMS cit in Pocinho, 2007, pp.54-55).

FONTAINE (2000) a velhice para ser bem sucedida deve ter em conta as experiências/vivências durante a vida e deve reunir os seguintes aspetos: reduzida probabilidade de doenças (essencialmente as que provocam perda de autonomia); conservação do nível funcional cognitivo e físico; interesse social e de bem-estar subjectivo (FONTAINE cit in Pocinho, 2007, pp. 57-58).

Os profissionais de saúde têm uma visão meta-paradigmática sobre a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados, estes devem promover o bem-estar do idoso, para que este consiga desenvolver o seu projeto de vida e se reconheça como pessoa de pleno direito (Pocinho, 2007, pp. 57-58).

O peso da saúde e a qualidade de vida levantam questões contraditórias, para Albrecht & Devlieger (1999), o nível de incapacidade dos idosos e o entendimento de elevado bem-estar e qualidade de vida, levantam o paradoxo da incapacidade (Albrecht & Devlieger cit in Paúl & Fonseca *et al.*, 2007, p.78).

Rothermund & Brandtstadter (2003) justificam as perdas e dificuldades irreversíveis sentidas pelo idoso, não causam muito impacto negativo na qualidade de vida percebida, explicação usada através do processo dual de *coping* usado pelos idosos para se ajustarem às dificuldades (Rothermund & Brandtstadter cit in Paúl & Fonseca *et al.*, 2007, p.78).

O *coping* assimilativo é a tentativa de diminuição das perdas através de ações que são compensatórias, de uma tentativa de alteração de situações negativas em objetivas e diminuindo a diferença entre o estado desejado e o ideal.

O *coping* acomodativo é a adoção de objetivos e padrões baixos mantendo o sentido de auto-eficácia e controlo sobre a vida. Para estes estudiosos, após os 70 anos de idade há um reajuste de expectativas e desempenho é nesta fase que passa a predominar o *coping* acomodativo, que permite assegurar uma visão positiva da qualidade de vida, porém esta

também está limitada aos recursos externos (equipamentos e serviços) disponíveis para os idosos (Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, pp.77-78).

Quando falamos de qualidade de vida no idoso, deve ser tido em conta, que o conceito implica que o idoso viva bem no mínimo até os 90 anos, ou seja, com uma qualidade de velhice.

Para muitos estudiosos a qualidade de vida implica múltiplos indicadores, para avaliar a condição de vida. Fernández-Ballesteros (1998) a principal característica reside na multiplicidade da qualidade de vida, ou seja, tem diversas componentes implícitas. Castellón (2003) existem diversas formas de caracterizar qualidade de vida na velhice: 1) “*Em termos das condições de vida (componente objectiva)*”; 2) “*Satisfação pessoal com as condições de vida (componente subjectiva)*”; 3) “*Combinação das condições de vida coma satisfação*”; 4) “*Combinação das condições de vida e satisfação pessoal segundo os critérios de próprio sujeito, em função da sua escala de valores e aspirações pessoais*” (Castellón *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.302).

Há um cruzamento entre a ordem objetiva que implica os serviços sociais, apoio social, o contexto em que reside, ofertas a nível cultural e recreativo, simultaneamente com a avaliação e valorização dos sujeitos (idosos) em relação aos parâmetros, com um papel importante na avaliação das características pessoais: valores, expetativas, níveis de aspirações, necessidades pessoais, entre outros.

Castellón (2003) existiu uma grande organização relativamente a este conceito, da sociologia à Organização das Nações Unidas (ONU), onde faziam grande alusão em alguns documentos, aos aspetos objetivos do nível de vida cruzando com aspetos psicossociais, tinham implícitos aspetos subjetivos, atualmente há uma subjetividade e um carácter multidimensional na qualidade de vida. Os estudos de Castellón têm contribuído para uma melhor identificação de quatro grandes eixos de análise de qualidade de vida na velhice, sendo: 1) “*Qualidade de vida e residência (institucionalização/meio familiar)*”; 2) “*Qualidade de vida e exercício físico*”; 3) “*Qualidade de vida e estilos de vida*”; 4) “*Qualidade de vida e saúde*” (Castellón *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.303).

Castellón (s.d.), estes são os indicadores mais usados para avaliar a qualidade de vida associada ao envelhecimento bem-estar subjetivo (físico, material, social emocional), autonomia, atividade, índices materiais e recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, lugar na comunidade, relações pessoais. (*ibidem*, pp. 303-304).

Novo (2003) coloca algumas reticências quanto à possibilidade da vida poder ser vivida com grande qualidade nos últimos anos da senescência, devido às dificuldades que a sociedade

coloca à expressão de uma vivência criativa. Para esta estudiosa é necessário que a pessoa seja vista como um ser humano, independentemente da sua condição psicológica, mesmo que continue velha (Novo *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.304).

Paúl & Fonseca *et al.* (2001) antes de chegar às investigações sobre idosos e ao processo de envelhecimento é pertinente traçar os retratos das pessoas e comunidades, contextualizar a vivência do idoso e as condições, com necessidades que se cruzam com os recursos imediatos e que promovem a existência de outros, para lhe poder garantir o mínimo de qualidade de vida (Paúl & Fonseca *et al. cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p.304).

Baltes & Smith (2003) criticam a orientação gerontocêntrica, os velhos são tratados como um todo, há um descuido relativamente às diferenças que existem entre eles. Os mesmos estudiosos fizeram uma reflexão sobre a quarta idade com os “dilemas” da mesma, apontando que a qualidade de vida dos idosos pode ser diferente, como em diferentes momentos da velhice, quando associada a fatores inerentes à história de vida, à integração social, e às condições objetivas e materiais de existência, bem como, em dado momento a fatores de ordem biológica, que são importantes para o funcionamento total do indivíduo (Baltes & Smith *cit in* Paúl & Fonseca *et al.*, 2005, p. 305).

A avaliação da qualidade de vida dos idosos, implica medidas materiais, sociais, biocomportamentais, psicológicas, de saúde e emocionais, É necessário entender aspetos psicológicos, sociais ou outros. Para Paúl e Fonseca *et al.*, (2005) que possam variar a qualidade de vida do idoso, podem ser definidos diversos padrões de qualidade de vida do idoso, conduzindo a uma variação de políticas de intervenção preventivas e ajustar a um envelhecimento bem-sucedido. Quando ressalvamos a qualidade de vida no idoso, através de uma perspectiva preventiva o modo de atuar deve ter em conta o estilo de vida do idoso (a sua formação), o contexto de vida (residência, comunidade e instituição). A intervenção deve ser perante a capacidade de *coping* para amortecer o stress do idoso e usar os recursos disponíveis (Paúl e Fonseca *et al.*, 2005, p.306).

IV – Serviço Social, Qualidade de Vida e Velhice

Políticas Sociais e Velhice

As políticas sociais quando surgiram estavam subdivididas em diversas áreas dirigidas a compostas por grupos de pessoas que não conseguiam satisfazer as suas necessidades no mercado e no contexto familiar. Estas políticas visavam o “bem-estar” para melhorar as condições de vida de determinada sociedade. Esta perspetiva não é só direcionada a grupos desfavorecidos, mas a toda a população, através de bens e serviços sociais de forma a aumentar e promover a qualidade de vida (Carvalho, s.d., p.2).

Carvalho (s.d.) a política social pode ser entendida como um campo de estudo e simultaneamente de ação do estado de bem-estar, *“visa a reprodução das relações sociais, a regulação da actividade económica, a igualdade de oportunidades, promovendo a justiça social, a equidade e a eficiência de modo a reduzir as desigualdades, lutar contra a pobreza prevenindo problemas sociais, protegendo socialmente os indivíduos do risco social”* (ibidem, p.2).

As políticas sociais em Portugal estão assentes num “Estado-Providência”, Esping-Andersen (1990-2000) encontram-se em risco devido aos elevados custos e para que haja um reverso da situação é necessária a redução das despesas públicas, através do corte de salários e criação de políticas de incentivo à produtividade. Todavia têm sido criadas medidas nos cuidados às crianças e pessoas mais idosas (Esping-Andersen *cit in* Carvalho, s.d., p.6). O desequilíbrio neste modelo tem contribuído com uma fraca contribuição dos trabalhadores em relação à despesa com a proteção social a idosos. O Estado é o *“actor principal de protecção social, reparte as responsabilidades com a família, o terceiro sector e o mercado, sobretudo e, áreas como os cuidados às crianças, aos idosos e deficientes”* (ibidem, p.7).

As políticas sociais não são da total responsabilidade do Estado, algumas são geridas e coordenadas por entidades privadas. O estado financia o terceiro setor como as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Misericórdias. O terceiro setor cada vez mais apresenta um papel com relevância na governamentação, *“aumento da diversidade e da complexidade dos processos socioeconómicos”* (Almeida, 2011, p.25)

A família é um suporte fulcral enquanto cuidadora dos seus membros dependentes, Ferreira (2000) *“a gestão da vida familiar e a divisão de papéis ainda baseada na diferenciação sexual, proporcionando o “fraco” desenvolvimento dos serviços sociais de apoio à família”* esta fundamentação baseada no direito de família português, implica regras e normas de

convivência do parentesco na base da responsabilidade no cuidado dos pais pelos filhos e vice-versa (Ferreira *cit in* Carvalho, s.d., p.8).

Ferreira *et al.* (2000) & Esping-Andersen (2000) sugerem uma proposta de inovação a este sistema. Com expansão da “indústria dos serviços” para proporcionar um “bem-estar” à família e promovendo-a no sistema, com o recurso a incentivos e regulação pública, a disposições coletivas, movimento no setor terciário e iniciativa privada. Contudo em simultâneo, devem ser introduzidos novos patos sociais e de permissão da mobilidade e da reintegração dos *outsiders*, “*A nova policy mix adequada à família pode ser o factor crucial para libertar o “familialismos” do sul da Europa da sua situação difícil*” (Ferreira *et al.* & Esping-Andersen *cit in* Carvalho, s.d., p.9).

A Política Social na velhice fornece instrumentos de apoio para proporcionar o “bem-estar” dos idosos, dando maior promoção a bens e serviços que contribuem para a satisfação das necessidades no decorrer da velhice. Saraceno & Naldini (2004) esta política pode ter a vertente implícita ou explícita. A vertente implícita contempla medidas de política social que foram tomadas noutros âmbitos da política social, que beneficiam as pessoas na condição de velhice (pensões, isenção de taxas moderadores, redução do custo dos medicamentos). A vertente explícita é composta por medidas de política para atingirem outro fim (Saraceno & Naldini *cit in* Carvalho, s.d., p.10).

Para além de outros, existem benefícios “financeiros”, como forma de complemento a incapacidades físicas e psíquicas. Nos idosos há um contributo do Estado com transferências financeiras e legislação que “ajuda” as famílias a suportar os custos dos idosos em lares. Os equipamentos e serviços sociais na velhice salientam-se, a prestação de serviços de pessoas que tomam conta dos idosos em lares, centros de dia e de convívio e apoio domiciliário, através de programas e projetos específicos (Carvalho, s.d., p.10).

Esta Política tem tido diversos estudos na sua eficiência colocando algumas preocupações. Walker & Malthy (2003) “*a política de velhice é a área que tem maior tradição, mas porque foi só a partir da ideia de “bem-estar na reforma”, que se criaram as primeiras medidas de proteção na velhice com as reformas, mas também porque os anos de sobrevivência na condição de reformado aumentaram exponencialmente*” outro dos motivos foi a preocupação com pessoas mais velhas, após a aceitação da sociedade de políticas dirigidas a esta população-alvo (Walker & Malthy *cit in* Carvalho, s.d., p.11).

Na “realidade social” dos idosos existem contradições anteriormente referidas, como salienta Carvalho (s.d.) “*por um lado as políticas são bem vistas pela sociedade e a realidade demonstra que os idosos são muitas vezes esquecidos, repudiados e excluídos*” Quando se

refere ao corte de despesas, a política social é a que mais sai prejudicada (Carvalho, s.d., p.12). Conselho da Comissão Europeia (CEE) (2003) o sistema deve garantir e melhorar as pensões de velhice e por outro lado sustentar o sistema, como resposta coloca o adiamento da idade de reforma, para que as pessoas possam contribuir mais anos para o sistema e consiga a sua sustentabilidade até 2030. No entanto não faz referência ao financiamento do défice da segurança social após essa data, representando um “desconforto” relativamente à política da velhice (*ibidem*, p.12).

Na Constituição da República, artigo 72.º Terceira Idade 1) “*As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento e 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*” (VII Revisão Constitucional *cit in* Constituição da República Portuguesa, 2005).

Serviço Social e Qualidade de Vida na Velhice

Antes de iniciar a intervenção do Serviço Social na qualidade de vida do idoso é pertinente falar sobre a prática social, esta caracteriza o agir do homem perante a sociedade, no qual designamos de *praxis*, ou seja, é o “eu” que se relaciona com o meio social e age por si mesmo. O saber do Serviço Social implica a intervenção do Serviço Social, a produção de um saber científico, aquisição de competências, formação específica, a investigação em serviço social é um fator de legitimação e valorização de formas identitárias da profissão, é também preciso que haja um crescimento nesta investigação profissional, para que seja assegurada a pluralidade das representações das atividades profissionais (Granja, 2008, pp.157-158).

No campo profissional há uma interação, atividade cooperativa, processos de decisão, pedidos de ajuda e conselhos, debates e avaliações, o profissional deve ter um diálogo reflexivo, domínio na linguagem, saber descrever a realidade, para a poder interpretar e construir respostas adequadas (*ibidem*, p.162).

Quanto mais rico for o conhecimento do Assistente Social, mais ajustadas serão as respostas que este tem para enfrentar as situações e os sistemas com que se defronta na prática quer como sujeitos quer como atores. O Assistente Social é confrontado na sua prática com a realidade social, Pombo (2004) existe uma interligação com diversas disciplinas, no que

concerne às práticas de comprometimento, onde se podem integrar as práticas de construção de conhecimento de serviço social, o ator deve articular diferentes ações de intervenção (*ibidem*, p.162). A leitura e interpretação dos problemas individuais e os fenómenos sociais por parte do Assistente Social devem ser feitas com base numa atividade analítica que possa prestar intervenção e um reconhecimento do saber profissional. Quer a construção identitária quer a reflexão são fulcrais para que seja reconhecida a postura reflexiva do profissional que depende da sua ética, da visão do erro e aperfeiçoamento de competências e responsabilidades. Neto (2000) refere que a análise do profissional não pode ser só a do saber fazer dos profissionais que se desenvolvem na sociedade. O saber agir deve ultrapassar a leitura empirística da atividade, a teoria está vinculada à ação e explica a dinâmica social, com uma orientação nos processos sociais (Neto *cit in* Granja, 2008, p.163).

Na intervenção do Assistente Social para melhor satisfação da qualidade de vida na velhice este deve realizar uma intervenção primária com a população em geral, para que esta se consciencialize de qual é o verdadeiro papel do idoso para que possa ser visto como alguém que ocupa um lugar na sociedade ao invés de ser desvalorizado pelo seu percurso de vida bem como o próprio idoso nesta fase da vida. É necessário a criação de respostas a este fator de exclusão social, através da aproximação de todas as gerações a estas mais “sábias”, para que desta forma deixe de haver discriminação pelo sénior e este se sinta bem consigo próprio proporcionando a sua valorização em quanto pessoa, encontre a sua verdadeira identidade e se sinta produtivo para com a sociedade, seja através dos saberes adquiridos ao longo da vida, da troca de informação e partilha de ideias, ou até na realização de atividades de lazer, domésticas, escolares. No que concerne à família, o Assistente Social deve ter a capacidade de a consciencializar para o cuidado e respeito pela pessoa mais velha, “*filho és pai serás*”, todos chegaremos um dia à fase da velhice e queremos ser tratados com princípios, respeito e valorização.

O Assistente Social tem como função orientar e valorizar a família para a tomada de decisões em conjunto com o idoso, desde que este esteja consciente, através do respeito pela sua autonomia e liberdade como pessoa para que se sinta incluído e não excluído do meio que o envolve e da sociedade.

Ética e intervenção profissional

A ética tem como significado saber o que é bom, justo, legítimo em relação às ações humanas, relativamente ao campo da pesquisa afirma a explicitação de valores e princípios orientados por normas e decisões em diferentes campos da ciência. Os valores e princípios adquirem novos significados de acordo o contexto histórico e variam consoante a direção social, ética e política através da prática do homem. Um valor e um princípio podem ter simultaneamente o significado de afirmação e negação como é o caso da liberdade, pode ter no local onde vive mas não na sociedade em geral, se a *ética estiver direcionada para uma perspectiva emancipatória a concepção de liberdade demandará o outro modo de fundamentação e outra forma de realização concreta* (Barroco, s.d., p.3).

A ação prática e a ética são a objetivação concreta dos valores, princípios, escolhas, deliberações e posições produzidos pela ação do homem perante as situações de afirmação e negação da vida, dos direitos e valores. A ética na ação implica que o sujeito tome escolhas conscientes, responsabilidade e se comprometa socialmente e aja para as alcançar e conceber a ética como componente da *praxis*. A ética na pesquisa em serviço social - investigar se pode ser considerada uma ação que estabelece mediações práticas para a objetivação de escolhas e valores éticos (*ibidem*, p.3).

A investigação em Serviço Social visa uma “*aproximação do conhecimento da realidade social e como estratégia de repensar e renovar as práticas*”, pelo fato de nos situarmos num mundo em constante mudança e transformação social é necessário ajustar-nos a esta mesma realidade, para que a intervenção na situação/problema seja mais eficaz, como refere Martins (s.d.) “*a investigação ao ser desenvolvida pelos assistentes sociais, tendo por base a compreensão e explicação das transformações sociais que têm hoje lugar na sociedade portuguesa, ao nível das relações sociais, dos processos de regulação social que leva a novas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, com reflexos directos nas políticas sociais, nas instituições e no tipo de serviços e respostas dadas à população, deve contribuir para o necessário equacionamento de respostas aos novos problemas sociais, identificando novas procuras para o serviço social e possibilitar a construção/reconstrução das práticas profissionais*” (Martins, 1999, pp.54-55).

O Assistente Social tem como função analisar, generalizar resultados e entender e explicar os problemas com que se defronta e contribuir para a intervenção, Baptista (1996) “*as questões tratadas na prática colocam-se aos assistentes sociais em níveis diferentes de apreensão e de intervenção – no campo das micro-actuações ao das relações sociais mais amplas - e que o*

alargamento do seu âmbito interventivo não significa o abandono e ou desqualificação do problema colocado institucionalmente, mas na superação” (Baptista cit in Martins, 1999, pp.57-58) contudo, a investigação é um meio alternativo para desenvolver a ação profissional entre o profissional e o utente e no nível mais vasto da formulação das políticas sociais. A investigação e o repensar das práticas profissionais resultam de equipas multidisciplinares compostas por profissionais de outras áreas para contribuir melhor para maior reforço, construção e desenvolvimento de estratégias (Martins, 1999, p.58).

Os parâmetros éticos que orientam as decisões do Serviço Social na pesquisa estão no Código de Ética Profissional (1993) indicam valores e princípios fundamentais: *“a liberdade, valor ético central, as demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo; a defesa e aprofundamento da democracia; o posicionamento em favor da equidade e da justiça social”* (Conselho Federal de Serviço Social cit in Barroco, s.d. p.5). A ética na pesquisa envolve relações humanas e a valorização pelo sujeito da pesquisa, através do respeito, da autonomia e do acesso à informação, sendo assim uma ética que se opõe à mercantilização das relações humana é direcionada para os valores da história social dos direitos humanos (Barroco, s.d. p.5).

Objetivo do estudo

Avaliação compreensiva da relação entre sentimento de solidão e a qualidade do suporte social de idosos residentes em lares.

Hipóteses de investigação

- a) Há correlação entre suporte social e a solidão dos idosos residentes em lares;
- b) Há correlação entre suporte social e a qualidade de vida dos idosos residentes em lares;
- c) Há correlação entre solidão e satisfação com a vida dos idosos residentes em lares;
- d) Há correlação entre o relacionamento/apoio familiar e solidão dos idosos residentes em lares;

- e) Há correlação entre qualidade de vida e satisfação com a vida dos idosos residentes em lares;
- f) Há correlação entre qualidade de vida e solidão dos idosos residentes em lares.

Material e métodos

A metodologia usada foi de natureza quantitativa. A colheita de dados (amostragem) feita através da administração indireta de três questionários: A escala de solidão - UCLA – DANIEL RUSSELL, traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005) (ver anexo 1), o Suporte Social - SSQ6 - Social Support Questionnaire - Short Form Pinheiro, M & Ferreira J (2000) – Versão Portuguesa (Ver anexo 2), e a ETAQV – Escala de Torga de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso - Margarida Pocinho & Carlos Amaral Dias (2005) (Ver anexo 3).

Participantes/amostra

Aos participantes foram administradas três escalas: UCLA, ETAQV e SSQ6. Todas as escalas foram aplicadas a uma população com idade superior a 65 anos de ambos os géneros. A amostra é composta por 40 idosos residentes em lares. É uma “não probabilística” acidental, ou por conveniência¹, pelo facto dos idosos se encontrarem em local e momento determinados o que facilita a presença do investigador.

Instrumentos

UCLA - Daniel Russel (adaptada por Pocinho e Farate). Inicialmente foi criado o UCLA - loneliness Scale (Russel, Replau & Ferguson 1978) com 20 itens, direccionados no sentido do construto da solidão. Composto por 4 alternativas a resposta, que variam entre o nunca e frequentemente. Originalmente foi criada para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão e isolamento social, as frases eram direccionadas no sentido negativo ou para a solidão, verificou-se a existência de uma lacuna que induzia o entrevistado a erro, devido ao sentido

¹(pocinho http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf).

negativo dos itens, reportando ao fato de estes itens terem sido criados por pessoas solidárias para descrever a solidão. A versão já sofreu três alterações, as frases não deviam ser todas no mesmo sentido. Através de um estudo exploratório de administração das duas escalas, concluiu-se a quando da administração indireta com itens de solidão em direção negativa “*mostrou ser significativamente mais simples*” (Pocinho, M., Farate. C., Dias. A., 2010, p.67), optando estes estudiosos por esta versão, reduzindo-a a 16 itens (com base na dimensão social e afinidades) (*ibidem*, p.74).

A ETAQV comporta 34 itens e aborda três dimensões: a saúde, as condições sócio-económicas e a satisfação com a vida. A sua escala é de administração indireta com 4 alternativas a resposta, variando quase nunca (1) e quase sempre (4). Os seus autores criaram este instrumento com base numa metodologia pouco usada em Portugal (Pocinho, 2007, p.164). Escala Torga de avaliação da qualidade de vida (etaqv): Valores normativos (ver anexo 4, quadro 1), Sub-escala da etaqv: satisfação com a vida: Valores normativos (ver anexo 5, quadro 2).

O Questionário de Suporte Social (versão-SSQ6), versão portuguesa, *Social Support Questionnaire – SSQ6 – Short Form* Sarason, adaptada por Pinheiro & Ferreira em 2002. Cada item do SSQ comporta duas partes: “*uma que avalia o n.º de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem numa determinada situação, e varia entre 0 (ninguém) e 9 (nove pessoas)* ” o segundo “*mede o grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido nessa mesma situação, que varia entre 0 (muito insatisfeito) e 6 (muito satisfeito)* ” (Pocinho, 2007, p.164), permitem obter dois índices, o de perceção do suporte disponível (SSQ6N) e o de satisfação (SSQ6S). Pinheiro & Ferreira (2000) esta escala permite poder auferir os apoios esperados (no idoso) relativamente aos subsistemas que o rodeiam, com exemplo a família e amigos, pode também indicar as relações positivas que este tem com os outros e a sua integração social ou isolamento social (Pinheiro & Ferreira *cit in* Pocinho, 2007, pp. 202-203).

A análise e tratamento dos dados recolhidos foi realizada através de operações estatísticas, para dar forma exigida às hipóteses.

Procedimentos e Análise dos Dados

Após a cedência, pela primeira autora da versão portuguesa (M. Pocinho, Farate, & Dias, 2010), dos questionários previamente administrados, em situação de entrevista individual,

com os cuidados éticos necessários ao desenvolvimento do estudo, respeitando o estado emocional dos participantes, (ver apêndice 1, cuidados éticos). Foi iniciada a elaboração de uma matriz dos dados no *Statistics Program Package for Social Sciences - SPSS*, versão 13 (SPSS), com a informação necessária à persecução deste estudo. Os dados foram depurados e recodificados na presença da autora no final do 1º semestre de 2013. Os questionários foram administrados num Lar de Miranda do Corvo. Os Participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, anonimato e confidencialidade das respostas (ver apêndice 2).

Para a análise psicométrica dos itens, estes foram inseridos no *SPSS*, os itens da escala foram submetidos a análises pelos princípios da estatística paramétrica.

Para cumprir o desenho exploratório e correlacional proposto, foram selecionados diferentes procedimentos estatísticos, em tempos sequentes.

No primeiro momento de estudo de variáveis foi elaborada uma estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão, para tratar as variáveis de caracterização da amostra.

Na segunda parte do questionário, as escalas utilizadas para medir a solidão e, foram submetidas a procedimentos estatísticos diferentes.

Inicialmente foram utilizados testes estatísticos que se referem à estatística descritiva, a fim de obter as frequências absolutas e relativas com que os fatos estudados acontecem, e também encontrar algumas medidas de tendência central. Para verificar testar as hipóteses de investigação foi aplicado o teste *r* de *pearson*.

Resultados

Tendo em conta o racional metodológico e estatístico supracitado, para dar cumprimento ao desenho do estudo, serão agora apresentados os resultados.

Serão apresentados inicialmente as principais características da amostra, e de seguida características referentes à contingência entre as variáveis em análise.

Principais características da amostra:

Ao analisarmos as principais características da amostra podemos fazer a leitura da distribuição da Solidão (ver apêndice 3, quadro 3) e verificar que do total de institucionalizados inquiridos 97,5% apresentam características de solidão. No Suporte Social (ver apêndice 4, quadro 4) em média 1,27 % indicaram estar satisfeitas com o suporte social e só 0,63 %

indica ter um suporte social intenso. Relativamente à análise das características da Qualidade de Vida (ver apêndice 5, quadro 5) verifica-se que 37,5% apresentam indicadores de péssima qualidade de vida, 30 % razoável qualidade de vida e apenas 5 % de boa qualidade de vida. Podemos concluir que são idosos que consideram na sua maioria não sentirem qualidade de vida no meio onde estão inseridos. No que concerne à Satisfação com Vida, (ver apêndice 6, quadro 6) podemos observar que os idosos avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos, classificam a sua satisfação com a vida, assim 5% idosos indicaram ter boa satisfação com a vida, 60 % sentem uma razoável satisfação com a vida, 7,5 % pouca satisfação com a vida e 27,5 % nenhuma satisfação com a vida. Podemos constatar que para os idosos inquiridos os níveis de satisfação com a vida são muito baixos. Nos Relacionamentos Familiares (ver apêndice 7, quadro 7) os idosos avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos, classificam a sua relação com a família, como: 67,5 % de boa e 25 % razoável e apenas 7,5 % indicaram ser má. Podemos constatar que a relação de proximidade com a família é elevada.

Caraterísticas referentes à contingência entre as variáveis em análise (ver apêndice 8, Figura 1):

1. Relação entre Suporte social e Qualidade de Vida

Hipótese experimental: Há correlação entre Qualidade de Vida e Suporte Social dos idosos residentes em lares.

Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste *r* de *pearson*. Os resultados podem ser observados de seguida:

Quadro 8: Suporte Social (Issqs) e Qualidade de Vida (Etaqv)

		Etaqv
Issqs	R	,431(**)
	p (2-tailed)	0,006
	N	40

Legenda: A observação do quadro 8 precedente, permite-nos constatar que existe uma correlação moderada positiva. O que nos possibilita certificar que quanto mais suporte social existe melhor é a qualidade de vida do idoso.

2. Relação entre Solidão e Satisfação com a Vida

Hipótese experimental: Há correlação entre solidão e satisfação com a vida dos idosos residentes em lares

Quadro 9: Solidão e Satisfação com a Vida (SV)

		Solidão
SV	R	-0,477
	p (2-tailed)	0,002
	N	40

Legenda: A partir da leitura do quadro 9, da correlação entre solidão e satisfação com a vida, podemos constatar que existe uma correlação moderada negativa. O que nos indica que quanto maior a solidão menor a satisfação com a vida e vice-versa.

3. Relação entre Suporte Social e a Solidão

Hipótese experimental: Há correlação entre suporte social e a solidão dos idosos residentes em lares

Quadro 10: Relação entre Suporte Social (Issqs) e a Solidão

		Issqs
Solidão	R	-0,042
	p (2-tailed)	0,798
	N	40

Legenda: A partir da leitura do quadro 10, da correlação entre suporte social e solidão, podemos constatar que há uma correlação muito fraca sem significância negativa, o que nos indica que quanto maior é a solidão menor é o suporte social e vice-versa.

4. Relação entre Relacionamento/apoio familiar e Solidão

Hipótese experimental: Há correlação entre o relacionamento/apoio familiar e solidão dos idosos residentes em lares

Quadro 11: Relacionamento/apoio familiar e Solidão

		Solidão
Relacionamento/ apoio familiar	Rho	0,115
	p (2-tailed)	0,481
	N	40

Legenda: A partir da leitura do quadro 11, da correlação entre solidão e relacionamento/apoio familiar, podemos constatar que não existe correlação.

5. Relação entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida

Hipótese experimental: Há correlação entre qualidade de vida e satisfação com a vida dos idosos residentes em lares

Quadro 12: Qualidade de Vida (Etaqv) e Satisfação com a Vida (SV)

		SV
Etaqv	r	,787(**)
	p (2tailed)	0
	N	40

Legenda: A partir da leitura do quadro 12, da correlação entre satisfação com a vida e qualidade de vida, podemos constatar que existe uma correlação forte positiva. O que nos indica que quanto maior é a satisfação com a vida maior é a qualidade de vida.

6. Relação entre Qualidade de Vida e a Solidão

Hipótese experimental: Há correlação entre qualidade de vida e solidão dos idosos residentes em lares

Quadro 13: Qualidade de Vida (Etaqv) e Solidão

		Etaqv
Solidão	r	-,413(**)
	p (2-tailed)	0,008
	N	40

Legenda: A partir da leitura do quadro 13, da correlação entre qualidade de vida e solidão vida e qualidade de vida, podemos constatar que existe uma correlação moderada negativa. O que nos indica que quanto maior é a solidão menor é a qualidade de vida e vice-versa.

Discussão de Resultados

Apresentados os resultados do nosso estudo empírico, prosseguimos para a fase da discussão e apreciação crítica dos mesmos, tendo como referência o diálogo com os diferentes autores sobre o tema que pretendemos entender: “Avaliação compreensiva da relação entre sentimento de solidão e a qualidade do suporte social de idosos residentes em lares”.

A solidão é um sentimento que causa desconforto e um mal-estar emocional associado à perda e isolamento que impede que se estabeleçam relações sólidas para o bem-estar, se a solidão for psicológica pode não ser detetada pelos sintomas pelo fato do indivíduo não apresentar sintomas de solidão e ter relações estáveis. No entanto, Weiss (1957) refere a existência de dois tipos de solidão: a social e a emocional. A social incide numa pessoa sem rede social de amigos e/ou conhecidos que se sente só e insatisfeita. A emocional descreve uma pessoa que se sente só e insatisfeita pelo fato de não ter uma relação pessoal e íntima (Weiss *cit in* Pocinho, 2007, p.87).

Neste sentido, o nosso estudo indica que a totalidade de idosos possuem um sentimento de solidão (quadro 3) e quatro pessoas estão satisfeitas com o suporte social (quadro 4), apenas uma pessoa indicou que este era intenso, neste sentido quanto maior é a solidão menor é o suporte social, todos os idosos institucionalizados têm um sentimento de solidão e uma rede de suporte social reduzida (quadro 10). Para reforçar os dados observados de também os estudiosos Peplau & Perlman (1982) vão de encontro à teoria de Weiss, caracterizam a solidão como “*um sentimento aflitivo que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos*” (Perlman & Peplau *cit in* Neto, s.d., p.65-66). Diversos são os fatores que determinam o sentimento de solidão, como a falta de compreensão do outro, da existência de uma rede social de apoio que motive a realização de atividades com mais empenho, à integração social e a uma intimidade emocional (Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, p.71).

Observando a relação entre solidão e a qualidade de vida, os dados recolhidos indicam-nos que quanto maior é a solidão menor é a qualidade de vida e vice-versa. Assim, Novo (2003)

reforça os dados que obtivemos, o bem-estar psicológico e a qualidade de funcionamento psicológico (autonomia, o meio, as relações positivas com os outros, os objetivos na vida, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo), indicam que a adaptação do idoso é condicionada pelos fatores inerentes ao ambiente em que se insere para que possa ter um bem-estar psicológico (Novo *cit in* Paúl & Fonseca et al., 2005, p.77). O idoso pode ser condicionado por limitações inerentes à autonomia e pelo contexto onde se insere, no entanto, também pode ser bem-sucedido e ativo. O processo de envelhecimento está ligado à qualidade de vida e a outros processos psicossociais mais recentemente também à solidão. Fernandes (2007) indica que fatores como a falta de saúde, redes sociais e capacidades funcionais, provocam sentimentos de solidão, que agravam o estado psicológico e que com a idade tem tendência a aumentar (Fernandes, 2007, p.33).

Como seguimento, Lin & Ensel (1989), considerando que o suporte social *“constitui um processo, com mecanismos de percepção ou recepção, pelo qual os recursos da estrutura social (...) permitem satisfazer as necessidades que são de natureza instrumental e expressiva em situações do quotidiano e de crise”* (Lin & Ensel *cit in* Augusto, S; Oliveira, R; Pocinho, M, 2007, pp.72-73), tal como no enquadramento teórico já foi referido, neste sentido articulando a qualidade de vida ao suporte social, podemos constatar através dos nossos resultados que quanto maior é o suporte social melhor é a qualidade de vida do idoso (quadro a 8). Relativamente a qualidade de vida, os idosos consideraram não terem qualidade de vida, sendo que 65 % dos idosos indicou que era péssima e má (quadro 6). Em conformidade com Lin & Ensel, Paúl (s.d.) suporta a teoria de que as redes de apoio ou de suporte informal são fulcrais na vida social do indivíduo, é importante que este faça parte de um grupo, que existam laços familiares, o afeto, o apoio emocional entre outros, este, inclui todas as ações percecionadas pelas comunidades, redes sociais, parceiros com vários níveis de ligação (Paúl, s.d., p.277). Paúl (s.d.) refere também que o apoio social implica três medidas: 1) *“a integração social, ou seja a frequência de contactos com os outros”*; 2) *“o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efectivamente fornecida por elementos da rede”*; 3) *“o apoio percebido”*. O apoio estrutural remete à conexão dos laços sociais. O apoio funcional avalia as funções específicas que essas relações servem (*ibidem*, p.277). O apoio percebido é o apoio social prestado mas sob a forma como a pessoa o recebe e entende (influencia na saúde e bem-estar dos mais velhos), Rowe e Kahn (1998) *“é um determinante para o envelhecimento bem sucedido”* (Rowe e Kahn *cit in* Paúl, s.d., p.278), podemos constatar que o apoio que os idosos recebem, pode não ser o que estes entendem

que recebem e sentem um suporte social reduzido influenciando a qualidade de vida, ou seja, rede social de apoio não é suficiente para aumentar a qualidade de vida percebida em especial em idades mais avançadas, no meio rural há uma maior proximidade dos vizinhos, no meio urbano são essencialmente as mulheres que se encontram mais isoladas (a longevidade é uma das causas), no entanto conseguem ter mais confidentes que no meio rural (*ibidem*, pp.280-281).

As redes de suporte social de idosos residentes na comunidade, não são fontes de apoio unilateral, são redes de apoio mútuo onde há um emissor e receptor. O apoio entre pares refere-se ao suporte prestado pelos filhos, pode ser maior que o recebido pelos idosos, assumindo diversas formas entre as quais a assistência prestada aos netos. Há uma maior proximidade entre avós e netos que entre pais e filhos na prestação de apoio. Paúl salienta a importância do apoio social e como este pode influenciar na satisfação e qualidade de vida do idoso (*ibidem*, pp.280-281).

Neste sentido, a maioria dos idosos afirma que o relacionamento com a família se apresenta entre o registo de bom e razoável, observamos que há uma grande aproximação da família (ver apêndice, quadro 7), no entanto não existe uma ligação entre o relacionamento/ apoio familiar e a solidão. O papel das redes sociais tem como o efeito de “amortecedor” de stress ligado ao envelhecimento. Existem uma distinção entre as redes familiares e as redes de amigos. As redes familiares são involuntárias com base na obrigação com o idoso. A rede de amigos é uma escolha voluntária, Litwak (1981) “*o que produz efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte de amigos e vizinhos*” (Litwak cit in Paúl, s.d., p.278). Paúl (1997) o cuidar do idoso pela família é importante para os mais velhos, nestas famílias cuidadoras desenvolve-se o paternalismo que tem como consequência o menor bem-estar e satisfação de vida, e por vezes o aceleração do declínio cognitivo dos idosos (Paúl, s.d., p.283).

As redes sociais são um dos fatores importantes para que haja qualidade de vida nos idosos. A satisfação com a vida aparece associada ao suporte social que por sua vez estão associadas à qualidade de vida (Paúl, s.d., pp.280-281).

Conclusão

O Serviço Social é uma profissão socialmente reconhecida, implica uma abordagem dos contextos sócio-históricos do seu desenvolvimento através de respostas que foi construindo pelas questões e desafios que lhes foram colocados nas diversas conjunturas históricas. Na intervenção com grupos e comunidades com vulnerabilidades sociais com múltiplas carências resultantes dos problemas sociais (Granja, 2008, p.21), *“é um processo histórico que tem caminhos de continuidade mas também apresenta rupturas, legitimidades, incertas construídas e desconstruídas nos diversos campos das relações de forças em que se manifestam”* (ibidem, p.225).

Em Portugal surgiu como um processo complexo através da prestação da assistência. A gênese, emergência e institucionalização do Serviço Social, passou pela caridade e intervenção da igreja e por medidas sociais que refletiam uma sensibilização à “questão social”. Quando surgem as primeiras escolas de Serviço Social (Lisboa e Coimbra) sem lhes ser dado o valor como institucionalização (Martins, 1999, pp.45-47).

Após a II Guerra Mundial 1944, é reconhecido o estatuto de assistência (profissão do Assistente Social). Os profissionais são integrados nos principais serviços públicos, e a sua intervenção passa pela *“assistência corporativa, moralização dos costumes junto das famílias e nos bairros operários”*, o Serviço Social é impulsionado através dos instrumentos da política de família, educação e assistência (ibidem, p. 48).

Na investigação em Serviço Social, havia uma ideia concebida sobre a profissão na sociedade, o Assistente Social não produzia conhecimento e devia agir. Tem-se vindo a desconstruir esta ideia através da produção de conhecimento e de diferentes estudos (ibidem, p. 49), Baptista (2008) reforça esta ideia *“o problema da rotina, implícito no quotidiano da prática profissional, não está portanto nela própria – ela é algo necessário – mas ela deve ser imposta como fim, em detrimento do real enfrentamento das questões e do processo de criação e renovação de conhecimentos e práticas”* (Baptista, 2001, p.14).

Devido às transformações ocorridas na sociedade portuguesa após o 25 de Abril de 1974, existiu maior interesse no desenvolvimento da investigação em Serviço Social, de forma a procurar novas respostas e a reequacionar a profissão (Martins, 1999, pp. 52-53), *“Num mundo em permanente mudança, em que cada vez mais a compreensão dos problemas e processos de transformação ao nível local e do país pressupõe a articulação destes com os problemas e os processos de globalização, a investigação em serviço social não poderá deixar de reflectir esta situação”* (ibidem, p. 51).

A investigação em Serviço Social tem como base de formação a sociologia, no entanto tem-se difundido com propostas de reformulação no âmbito das ciências sociais e de políticas sociais (Martins, 1999, p. 50). Neto (2000) *“a formação dos assistentes sociais enfrenta o paradoxo de formar aqui e agora para intervir em problemas que estão a mudar de forma acelerada e para responder a necessidades previsíveis mas virtuais”* (...) *“o facto de ser uma formação em que obrigatoriamente se joga com os valores porque se intervém socialmente, se reconhece um sentido para a acção e para as mudanças que se propõem, se reconhecem e identificam as regularidades e determinações sociais”* (Neto cit in Granja, 2008, p.124).

A divulgação dos trabalhos de investigação passaram a ser feitos através de revistas especializadas e em seminários, de centros de investigação associados a novas publicações, novos seminários e ações de formação, *“a investigação em serviço social, contribui nas suas diversas manifestações para a afirmação e identidade do serviço social português”* (Martins, 1999, p. 54).

A produção de conhecimento em Serviço Social e as práticas de investigação desenvolvidas por Assistentes Sociais em Portugal, têm de base a compreensão das transformações sociais e das relações sociais e a investigação científica realizada por estes profissionais tem a finalidade de obter conhecimentos sobre essas mesmas questões, do modo como elas se expressam, da sua construção ao longo do tempo e sobre os modos de agir sobre elas *“relações sociais, dos processos de regulação social que levam a novas relações entre o Estado e a Sociedade Civil com reflexos directos nas políticas sociais, nas instituições e no tipo de serviços e respostas dadas à população, devem contribuir para o necessário equacionamento de respostas aos novos problemas sociais, identificando novas procuras para o serviço social e possibilitar a construção/reconstrução das práticas”* (Baptista, 2001, p.33) (*ibidem*, p.55). A produção de novos conhecimentos pressupõe ultrapassar práticas espontâneas e as reflexões que se confinam em ações pontuais (*ibidem*, p. 57). Myrian Baptista (1996) *“as questões tratadas na prática colocam-se aos assistentes sociais em níveis diferentes de apreensão e de intervenção – no campo das micro-actuações ao das relações sociais mais amplas – e que o alargamento do seu âmbito interventivo não significa o abandono e ou desqualificação do problema colocado institucionalmente, mas na sua superação”* (Baptista cit in Martins, 1999, pp.57-58).

As metodologias mais usadas na investigação em Serviço Social dependendo dos objetivos que a investigação se propõe são a metodologia qualitativa ou quantitativa, em simultâneo ou não. Deve ser valorizada a participação das pessoas com que os Assistentes Sociais

trabalham, *“aliar a investigação à prática profissional apresenta-se, então, sob diferentes formas, consoante as opções e os posicionamentos dos profissionais quando o enquadramento teórico, às estratégias metodológicas e aos valores que estão subjacentes à investigação”* (Martins, 1999, p. 60).

O exercício profissional na intervenção implica, um processo de interação (pela via institucional ou não), um objetivo concreto de atuar nas realidades com que se defrontam e uma contribuição de mudança. A atuação depende do que se pretende atingir, ou seja, dos resultados sociais e das estratégias usadas na intervenção para regular os problemas sociais e a vida social. O modo de atuar pode ser de cariz integrador ou emancipatório, caso as situações sejam pontuais, temporárias ou crónicas de perigo ou situações de risco, a intervenção pode ser limitada - centrada numa pessoa ou situação concreta, a atuação é individualizada expressando-se numa micro-intervenção ou alargada – centrada em grupos comunidades ou territórios enquadrando-se num modelo de meso-intervenção. Já a macro-intervenção encaixa-se num prisma quando a intervenção é realizada a nível de grandes projetos e se expande a nível geográfico (Mouro, 2009, pp.18-20). As diversas transformações sociais implicam uma regulação/equilíbrio social, desta forma o Serviço Social têm-se reajustado às realidades sociais para poder responder às situações de desigualdade social, a intervenção social, *“a assumir-se como um vector externo que continuamente se deveria recriar, de forma a agir sobre uma realidade que se pretendia atomizar pelas inquietações e incertezas que representava”* (ibidem, p.37).

O Serviço Social trabalha em torno de políticas sociais que servem de suporte de resposta às diversas situações de empobrecimento e afirma-se quer nas situações de pobreza tradicional como na exclusão social, resultado da nova questão social. A exclusão implica uma rutura dos laços sociais, Castel (1995), *“com origem na crise do emprego, crescimento da precariedade no trabalho provocado por novas exigências tecnológicas e económicas do capitalismo moderno e pelas formas de individualismo negativo que se estendem a novas camadas da população”* (Castel cit in Granja, 2008, p.225), neste sentido Mouro (2009) alerta para a existência de investimentos políticos na área social, cuja intervenção passa por programas sociais que integrem estratégias que são “ditadas” pelo elemento integrador da necessidade, podendo ser de cariz económico, social ou político, ou pode integrar todos estes elementos. As políticas de desenvolvimento são usadas como estratégia de desenvolvimento, como mediadores entre os interesses coletivos e os modos de regulação social (Mouro, 2009, pp.75-76). Os programas sociais são elaborados com base em orçamentos estabelecidos, implicam algumas restrições que criam incoerências em alguns projetos específicos e ao

financiamento das instituições (Granja, 2008, p.253). Implementados em organizações privadas, são elementos integrantes das políticas de desenvolvimento institucional assentes em interesses coletivos (Mouro, 2009, p.77), no entanto Granja (2008) refere que em período de crise do estado social quando aplicadas políticas neoliberais, *“a actividade dos assistentes sociais pode ser considerada por alguns sectores da sociedade como inútil e mesmo controversa, por introduzir factores que podem alterar o funcionamento normal e concorrencial do mercado de trabalho, provocar a desresponsabilização das famílias e comunidades sobre os seus problemas, apoiar grupos de populações improdutivas e indesejáveis”* (Granja, 2008, p.170), intervêm em fatores vulneráveis, mas com uma ação direcionada para as consequências dos problemas sociais (Granja, 2008, p.174).

A ação profissional do Serviço Social tem uma intervenção muito ampla, nas situações de vulnerabilização quando estas implicam a fragilização de situações sociais geradas pela perda das redes de suporte social, a nível profissional passou é feita uma intervenção em dois eixos o regulador e o emancipatório ajustado ao contexto, cultura, etc. O eixo regulador atua nos efeitos de exclusão e desfiliação que nas causas de exclusão, inclui práticas de integração social através da intervenção do Assistente Social e sustentado no exercício profissional da mediação, o eixo emancipatório é mais sustentado pela mudança, usa o *empowerment* de forma a dar uma consistência a uma cultura de cidadania, faz uma ponte entre os problemas imediatos aos processos mais amplos da transformação social. São dois eixos que se projetam em sintonia em prole da despadronização cultural dos direitos humanos e da justiça social (Mouro, 2009, pp.343- 348), Baptista (2001) *“a prática profissional deve ser situada no contexto das relações concretas de cada sociedade”* (Baptista, 2001, p.13), *“uma intervenção que se dá numa realidade social concreta inserida num quadro geral que é o contexto sócio-histórico e cultural, onde os conhecimentos e as práticas se particularizam pelos acúmulos construídos pela categoria profissional e pelo estilo de vida predominante no seu meio (inclusivé os seus costumes, moral, leis, etc.) – estilo de vida este que é dado aos sujeitos individuais como código de orientação e interpretação para as suas acções”* (ibidem, p.17)

No exercício profissional da regulação é usada uma triangulação entre as políticas sociais, institucionais e o quotidiano. As políticas de integração e o exercício e integração social são complementares *“ uma estratégia de intervenção que faz uma simbiose entre a ajuda pedagógica social e pragmatizam uma acção sustentada no reconhecimento dos direitos de cidadania como meio de defesa da justiça social”* através da ação social ou de respostas institucionais criadas para agir sobre a situação problema, pode ser usado num sentido

reparador ou legitimador dos estilos de vida (Mouro, 2009, p.351). No exercício profissional o Assistente Social na sua maioria é contratado pelo Estado e tem como função a articulação entre o estado e dos setores “populares” neste sentido beneficia *“a privilegiada dimensão política do assistente social como articulador entre sectores populares e os programas institucionais no campo dos serviços sociais faz desse profissional um agente político por excelência”* (Baptista, 2001, p.20).

O problema do isolamento está integrado nos problemas previsíveis, são situações calculáveis que passam a situações de perigo e resultam em comportamentos de risco (Mouro, 2009, pp.350-358), *“o risco deve ser considerado como tudo o que pode alterar a relação do indivíduo com o meio social e que exerce consequências sobre os contextos de vida e as formas de estar na vida”* (ibidem, p.358).

O Serviço Social implica respostas a dois níveis o convencional e o não convencional, que estão assentes nas políticas de intervenção social e da reorganização cultural da conceção estrutural do risco social, *versus* problema social (ibidem, p.364). O modelo convencional implica um conjunto de práticas profissionais através de estratégias de manipulação da identidade, dos problemas sociais para os assumir como pertenças do sistema social. Integra-se no campo da ação social ao refluxo das políticas de integração, intervêm ao nível da regulação da vulnerabilização, de desfiliação e de problemas que comportam situações de risco e dissocialização. Castel (2003) conduzido essencialmente pela via institucional (Castel cit in Mouro, 2009, p.366). A não convencional caracteriza as relações de inter-dependência de forma a envolver as discontinuidades sociais e as incertezas para evitar fraturas a nível social, Beck (2000) são designadas de práticas reflexivas de intervenção (Mouro, 2009, p.366). Mouro (2009) *“todas as que promovem uma nova fase de agir profissional que faz uso de uma interacção criativa e se serve da individualização, da auto-confrontação e da participação activa para desenvolver um novo processo de intervenção profissional”* (Mouro, 2009, p.372), repensa a intervenção profissional e reconstrói a imagem do Assistente Social, interfere sobre o poder económico e político a que está associada a imagem convencional do Serviço Social e dá lugar a uma postura de bem-estar (ibidem, p.377).

Na convencional as propostas de intervenção passam por *“o ajuste das respostas às necessidades de intervenção”*, *“o exercício da sua recriação em face da pluralização das solicitações em termos de ajuda social”*, *“a aplicação e gestão de medidas sociais”* (ibidem, p.388), da adequação da gestão social dos problemas ao contexto social e cultural onde ocorrem. A sua adequação pode ser a nível institucional com a utilização de mecanismos que

diminuam a pressão social provinda da exclusão social, vulnerabilização e desfiliação ou da regulação do ressentimento social provocado pela alteração do equilíbrio social. A resiliência manifesta-se pela: *“trajectória dos problemas socialmente legitimados”, “a atenção política prestada aos problemas em presença”, “a conversação da imagem do problema ao destradicionalizar, ou ao resistir à transformação das fragilidades na sociedade do risco”* (*ibidem*, pp.388-389), os problemas podem ser mais ou menos densos, quando à resistência às políticas de intervenção, existe uma avaliação do problema no tempo, na resolubilidade referente ao efeito que é produzido por certas medidas sociais, e na residuidade que é determinada de acordo com a dimensão dos aspetos sociais não resolvidos, pela intervenção profissional ou pelo “obstáculo” ao processo de inclusão, associado a políticas de intervenção social que se complementa como critério de avaliação da eficácia das medidas de intervenção (*ibidem*, p.389). Consoante a extensão do problema, ou seja, o espaço físico e político que o problema ocupa, é feita a intervenção no exercício profissional - realizada em função do problema, do valor social, da consistência e extensão.

As estratégias e metodologias usadas dependem da natureza do problema (perigo ou risco). Os Assistentes Sociais ter em atenção os efeitos que os problemas sociais podem produzir sobre o *habitat* social e da interferência sobre a ação produzida (podendo criar novos problemas sociais) (*ibidem*, p.390). A intervenção profissional em termos organizacionais desenvolve-se dentro de uma atmosfera política, entre os setores público e privado.

Nas estratégias de intervenção, numa primeira fase deve ser dada importância a características como: *“a realidade macro do problema objecto de intervenção profissional; as características da target local da sua intervenção; as medidas sociais existentes para regular o impacto social; as respostas institucionais criadas; as forças institucionais e locais que poderão ser envolvidas na acção”*. Na segunda fase deve ser elaborado um relatório de intervenção estratégico, ser executada a intervenção e realizada uma avaliação e o balanço da intervenção (*ibidem*, p.389,p.391).

O risco, e em especial no risco calculado, a atuação deve ser flexível, onde as medidas de intervenção dos Assistentes Sociais são desenvolvidas na incerteza (modelo de intervenção sistémica ou modelo de intervenção de características cognitivas comportamentais), por este fato cada situação/problema deve ser gerida como um caso individual. Quando usado um modelo de gestão social do caso, *“toda a dinâmica de intervenção conduzida pelo Serviço Social tendo como referência a conciliação entre o mediato e o imediato, sendo o mediato definido em função do que se considera ser a sua missão e a sua visão; e o imediato como a articulação entre a estratégia deliberada a estratégia emergente”* (*ibidem*, p.394) é

importante o contexto onde se insere a situação/problema, com origem em fatores perturbadores de diversa ordem com dimensão individual, grupal, comunitária, local, nacional, interterritorial ou global. Mouro citando Mery Richmond a quando esta sistematiza o Serviço Social de casos “*cada caso é um caso*” (Mery Richmond *cit in* Mouro, 2009, p.398).

A profissão do Serviço Social deve ser requalificada através de um modelo de ação que assente na defesa da igualdade e o direito à particularidade e à diferença, exerda à transformação das realidades que possam dificultar o exercício da própria mudança, com uma nova forma de repensar a ajuda descartando as barreiras económicas e morais, passando-se a depender mais de um modelo de organização das respostas sociais e a ser usado um modelo dialéto de respostas sociais, que pode ser praticado de forma unidirecional ou não, é distinguido pelo uso da atribuição social de responsabilidade da pessoa que é ajudada como meio de impulsionar a transformação da realidade, dando azo a que o indivíduo seja participante das decisões relativamente às competências que o habilitem a realizar alterações na sua realidade de vida (transformações nos quotidianos sociais). O agir profissional é focado no indivíduo e no contexto de vida é distinguido através dos modelos de ajuda/entajuda orientados por outros profissionais que atuam na área social e por outros agentes que interventores de ajuda, assim o Serviço Social com a inovação que tem vindo a ganhar assenta numa pedagogia de autonomia praticada pela ajuda praticada por Assistente Social (Mouro, 2009, pp.420-426), com um percurso de autonomização do profissional, através da confiança no agir e não reduzir a prática a práticas anteriores e assim construir a identidade (Granja, 2008, p.188).

Os movimentos centrífugos, não há um epicentro de ação, esta é usada em função das soluções democráticas criadas para dar expressão á igualdade “*a acção torna a inclusão como ponto fulcral da sua orientação*” a inclusão é o paradigma da intervenção profissional, a resposta de inclusão não é da total responsabilidade do Serviço Social, “*a inclusão depende da reorganização do modelo social e da própria cultura das instituições, o seu exercício organiza-se através de um sistema “trófico” (Amaro:2005) em que o seu exercício, ao passar por diferentes patamares, vai perdendo energia em cada um deles*” (político, institucional e profissional). O modelo de ação é orientado por projetos integrados e dirigidos a pessoas e comunidades com base na ordem social para uma coesão social (Amaro *cit in* Mouro, 2009, pp.427-429), sem “ultrapassar” a instituição para agir em função das situações sociais identificadas como situações de perigo para que haja um alargamento ao terreno dos riscos

relacionados e que os indivíduos assumam e consigam integrar um projeto de vida digno (Mouro, 2009, p.435).

A aquisição de competências na área das novas tecnologias e da informação permite aos Assistentes Sociais alargarem o campo de atuação e manter uma atualização do conhecimento que requalifique a profissão sendo o perfil de atuação autócne, seguindo uma linha de orientação em sintonia com o modelo ortodoxo do exercício profissional e o compósito, a atuação usa estilos diferentes, orientado na fusão de diferentes paradigmas de desempenho profissional, isto no que concerne à intervenção à distância. Na intervenção direta, a incerteza permanece na incerteza da intervenção do processo de evolução (Mouro, 2009, pp.450-451).

Na requalificação do Serviço Social é importante que mantenha o respeito pela profissão e crie um novo ímpeto e investimento através da produção de conhecimento e na qualificação académica, para responder às necessidades globais e locais na sociedade não do risco mas do perigo. A formação dos Assistentes Sociais deve passar por obter competências profissionais que lhes dêem bases para poder criar projetos de intervenção social de carácter ético-político; capacidade de elaborar diagnósticos dos riscos sociais e fatores que induzem à desqualificação do quotidiano; criar uma intervenção profissional comprometida para dinamizar ao exercício da igualdade, aquisição de conhecimentos que capacitem para uma visão sustentada, legitimar a qualidade da atuação dos profissionais na atuação (Mouro, 2009, pp.453-454), neste sentido a ação profissional passa pela formação e pela investigação, Baptista (2001), *“o que particulariza a investigação dos profissionais que actuam nas relações sociais é o facto de ter no seu horizonte um certo tipo de intervenção: a intervenção profissional. Esse profissional se detém frente às mesmas questões que outros investigadores, porém a sua preocupação central é a incidência sobre a prática que decorrerá do conhecimento produzido”* (...) *“as pesquisas que irão construindo novos conhecimentos”* (...) *“o saber crítico aponta para o saber fazer crítico”*, elevando a novos caminhos para que a reflexão teórica ofereça novas condições para a intervenção profissional (Baptista, 2001, p.42).

A intervenção deve atuar a nível macro, meso e micro. Mouro (2009) *“implica ser capaz de agir sobre as realidades sociais que directa ou indirectamente produzem uma retracção na auto-estima da sociedade”*. O modo como intervém passa pela avaliação de intervenções generalistas e segmentadas, atua na situação/problema e na qualidade social do meio ambiente. A ação passa pelo problema do “outro”, através de situações que necessitam de ajuda na construção/reorganização da vida pessoal ou em sociedade. As estratégias de atuação passam pelos estilos de vida, modos de vida, hábitos sociais, formas de estar, necessidades do

desenvolvimento humano e pela relação entre o social e o ecológico (Mouro, 2009, p.454), tendo como referência *“democratização da democracia, emancipação, cidadania global e relação entre o social, o emocional e a ecologia”* (ibidem, p.460), Baptista (2001) menciona o cotidiano é *“um ponto de partida, para uma acção consequente, no qual o profissional, por aproximações sucessivas, vai desvelando a sua objectividade, caminhando do particular para o universal, do campo das micro-actuações para o das relações sociais mais amplas, para retomar ao particular, às acções localizadas, num outro nível de reflexão”* (Baptista, 2001, p.45).

O Serviço Social é uma profissão vocacionada para gerir situações de risco, como os distúrbios ou distorção na vida individual ou coletiva, da inquietude e incertezas que provêm do risco, onde a sua legitimação passa por uma intervenção pública, *“baseada em princípios ontológicos e de igualdade, tem como finalidade a requalificação da vida social, faz um reconhecimento empírico das diversas realidades consubstanciadas em situações de desfiliação e de não-integração social, conduzida de forma específica pelos assistentes sociais e de forma global pelos diferentes agentes da intervenção social”* (Mouro, 2009, pp.465-466).

Reflexão Pessoal

Após o estudo da *“Avaliação compreensiva da relação entre sentimento de solidão e a qualidade do suporte social de idosos residentes em lares”* e dos resultados obtidos, concluímos que os idosos sentem total sentimento de solidão, no entanto não existe uma relação direta que influencie a qualidade do suporte social. O fato de estarmos perante uma sociedade que vive em constante transformação social e que cada vez mais se encontra empobrecida e envelhecida, onde os valores e regras sociais são descartadas. Para que os idosos institucionalizados tenham uma qualidade de vida com satisfação onde a solidão não permaneça é necessário criar respostas para esta população através de projetos que proporcionem o bem-estar e satisfação com a vida, não existindo uma metodologia concreta para a mudança social.

A intervenção com idosos pode passar pela realização de um elo de ligação entre os idosos e gerações mais novas.

Numa primeira fase deve ser entendido o relacionamento entre os idosos institucionalizados, a família e amigos, atenuando as suas limitações (físicas, psicológicas).

Neste sentido, podem ser criados projetos intergeracionais, entre os utentes do lar, a comunidade local e as famílias. Através de festas de aniversários, sessões temáticas das vivências dos idosos, actividades lúdico-pedagógicas, jogos tradicionais, atividade física, visitas a outros locais, entre outros.

O reavivar de culturas tradicionais como as várias fases do ciclo da arte da olaria, através do barro/pastas cerâmicas: moldar, cozer, pintar. Os cantaros, as caçoilas, as travessas, as assadeiras, os pucaros para a resina, as telhas toscas, e os azulejos são tradição na região com alguns séculos. Hoje, despertam a curiosidade da procura dos vestígios que ainda perduram. Será uma forma de os idosos transmitirem a sua sabedoria e adquirirem conhecimentos, criando-lhes o entusiasmo e carinho do tempo dos que praticavam a arte. Estão nos seus baús as melhores recordações que os levam aos tempos de outrora. Possibilitando um enriquecimento dos mais novos, proporcionando aos mais velhos a partilha das vivências adquiridas, deixando os seus conselhos que podem servir no futuro para o enriquecimento cultural da região.

Os utentes do lar podem ser autores de peças para mostra pública, realizando pequenos trabalhos a que não se sintam excluídos da sociedade. O intercâmbio pode ser uma experiência enriquecedora para todos os intervenientes. Contribuindo para a inclusão social do idosos em Lar e proporcionar melhor qualidade de vida, através de competências informais/formais, facilitando a sua integração social. Assim, o institucionalizado sentirá um suporte social mais afetivo e equilibrado.

Bibliografia

Almeida, Vasco (2011). *As Instituições Particulares de Solidariedade Social: Governação e Terceiro Sector*. (1ª. Edição). Coimbra. Almedina.

Augusto, Sara, Oliveira, Rui & Pocinho, Margarida. (2008) *Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos*. *Revista Interações*, nº. 15. pp. 69-94, acedido em 28, fevereiro, 2013, em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/263/270>

Baptista, Myrian. (2001). *A Investigação em Serviço Social*. Cpihts-Centro Português de Investigação em História e Serviço Social. Lisboa. S. Paulo – Brasil: Veras

Barroco, Maria. (s.d.) *Considerações sobre a ética na pesquisa a partir do Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Acedido a 03, novembro, em: <http://www.cpihts.com/PDF02/Lucia%20Barroco.pdf>

Carvalho, Maria. (s.d.). *Uma Abordagem de Serviço Social à Política de Cuidados Continuados na Velhice em Portugal*. Acedido em 23, janeiro, 2013, em: <http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20Abordagem%20do%20Servi%C3%A7o%20Social%20%C3%A0%20Pol%C3%ADtica%20de%20Cuidados%20na%20Velhice%20em%20Portugal%20%20Maria%20Irene%20Lopes%20de%20Carvalho.pdf>

Daniel, Fernanda. (2009) *Profissionalização e Qualificação da Resposta Social ‘Lar de Idosos’ em Portugal*, nº.17. pp.68-69, acedido em 28, fevereiro, 2013, em: <http://repositorio.ismt.pt:8080/jspui/bitstream/123456789/83/1/316-962-1-PB.pdf>

Fernandes, Helder. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. Mestrado em sociologia do idoso. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Granja, Berta. (2008). *Assistente Social - Identidade e Saber*. Porto: Universidade do Porto

Humanos, Direitos. (1978). *Artigo 25.º Diário da República*. Acedido em 23, janeiro, 2013, em: <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>

Martins, Alcina. (1999) Serviço Social - Profissão & Identidade, que Trajectória?. Cpihts-Centro Português de Investigação em História e Serviço Social. Lisboa/S.Paulo: Veras Editora, pp. 45-65.

Mouro, Helena. (2009). Modernização do serviço social: da sociedade industrial à sociedade do risco. Almedina

Neto, Félix. (s.d.) Avaliação da Solidão. Acedido em 24, janeiro, 2013, em: http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Avaliacao_Solidao_Felix_Neto.pdf

Paúl, Constança. (s.d.). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Departamento das ciências do comportamento. Acedido em 01, outubro, 2013, em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

Paúl, Constança., & Fonseca, António., (coordenadores) (2005). Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. (1ªEdição). Lisboa. Climepsi

Pocinho, Margarida. (2007). Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano. Dissertação de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto

Pocinho, Margarida. (2009) Sebenta de estatística, acedido em 28, fevereiro, 2013, em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf

Pocinho, Margarida., Farate, Carlos. & Dias, Amaral. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA- Loneliness. Revista Interacções, n.º 18, pp.65-77, acedido em 20, fevereiro, 2013, em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304/316>