

**FLORBELA LEITÃO DOS SANTOS GALRÃO**

**PROGRAMA DE PREVENÇÃO PSICOINCLUSIVA NA  
TERCEIRA IDADE; REPROGRAMAÇÃO DE VIDA:  
NOS INTERSTÍCIOS DA SOLIDÃO**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de  
Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social no  
Curso de Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão  
Social, conferido pela Universidade Lusófona de  
Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Poiares

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**  
**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**  
**2013**

## Resumo

O crescente envelhecimento da população a nível mundial tem despertado um grande interesse sobre a qualidade de vida alcançada na terceira idade, diante das incertezas que perpassam sobre este tema, ressalta o papel das Instituições de Solidariedade Social e das respostas sociais na proteção às pessoas idosas a fim de conquistar o bem-estar individual e colectivo. A institucionalização dos idosos está muitas vezes, associada ao agravamento do seu estado de saúde, à incapacidade funcional e ao comprometimento cognitivo. A prevenção ou melhoria do declínio cognitivo e social no funcionamento das pessoas idosas pode ser conseguida através da implementação de programas Psicoinclusivos. Esta dissertação tem como principal objetivo, a elaboração de um programa Psicoinclusivo para a Terceira Idade, com o intuito de reintegrar os idosos que por algum motivo se sentem excluídos no seu meio social, melhorando problemas de memória, situações depressivas, de solidão e de isolamento social.

Palavras-chave: Envelhecimento; Isoamento social e solidão; Programa Psicoinclusivo.

## Abstract

The growing ageing population worldwide has aroused a great interest on the quality of life achieved in old age, given the uncertainties that permeate on this topic, emphasizes the role of the Institutions of Social Solidarity and of social responses in protecting older people in order to gain individual and collective well-being. The institutionalization of the elderly is often associated with the worsening of his health, functional disability and cognitive impairment. The prevention or improvement of social and cognitive decline in the elderly can be achieved through the implementation of Psycho-inclusive Programs. This dissertation has as its main goal, the elaboration of a Psycho-inclusive program for senior citizens, in order to reintegrate the elderly people who for some reason feel excluded in their social environment, improving memory problems, avoiding depressive situations, loneliness and social isolation.

Key words: Ageing; Social isolation and loneliness; Psycho-inclusive Program.

## Abreviaturas e Símbolos

APA - American Psychological Association

CBE - Centro de Bem Estar

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização Nações Unidas

PEC - Programa Estimulação Cognitiva

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCME - Santa Casa da Misericórdia da Fátima

UE - União Europeia

ULHT - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

**INTRODUÇÃO** ..... 8

**Capítulo I - Envelhecimento e o Risco Psicossocial para o Idoso**..... 12

- 1.1. Envelhecimento demográfico ..... 13
- 1.2. Definição de Envelhecimento / Velho ..... 16
- 1.3. Breve referência à Memória como principal Processo Psicológico afetado nos Idosos. 24
- 1.4. Passagem à Reforma como um Marco de entrada na Velhice..... 26
- 1.5. Alterações e mudanças que podem chegar com a reforma..... 29
- 1.6. Políticas sociais que sustentam um envelhecimento ativo..... 31
- 1.7. Institucionalização ..... 36

**PARTE B - LEGITIMAÇÃO**..... 40

**PARTE C - METODOLOGIA**..... 68

**1. Objetivo do trabalho** ..... 69

- 2. Programa "Reprogramação de vida: Nos Interstícios da Solidão" ..... 71
  - 2.1. Cartografia do Programa..... 71
  - 2.1.1. Enquadramento Geral e Área Geográfica de Implementação..... 71

**3. Planificação do Programa**..... 73

- 3.1. Objetivos Gerais ..... 73
- 3.2. Objetivos Específicos ..... 73
- 3.3. Grupo -Alvo ..... 74

**3.4. Temáticas e Procedimentos a Desenvolver**..... 74

- 3.5. Ações a desenvolver ..... 75

**4. Estrutura Organizativa e Gestão do Programa**..... 76

- 4.1. Constituição da equipa..... 76
- 4.2. Parcerias ..... 77
- 4.3. Duração/Calendarização ..... 77

**5. Supervisão Técnica**..... 78

**6. Avaliação Interna** ..... 78

**7. Avaliação Externa** ..... 78

**CONCLUSÃO**..... 80

**BIBLIOGRAFIA** ..... 84

**APÊNDICES ..... I**

**Apêndice I ..... II**

**Apêndice II ..... V**

**Apêndice III ..... XII**

**Apêndice IV ..... XXIII**

**Apêndice V ..... XXVIII**

**Apêndice VI ..... XXXII**

## Introdução

O Envelhecimento da população apresenta-se como o grande desafio dos anos vindouros, à volta do qual as sociedades terão de trabalhar para que se consiga aproximar a curva da esperança de vida (mortalidade) com a curva da qualidade de vida. (Patil 1996). Debate-se nos dias de hoje com um fenómeno que constitui cada vez mais, um motivo de grande preocupação dadas as consequências culturais, económicas e sociais para as sociedades, para as famílias e para os indivíduos, como também para as novas exigências que o próprio envelhecimento acarreta. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) salientam para o facto de os idosos das próximas décadas apresentarem, certamente, características distintas das manifestadas nas gerações anteriores: com níveis de instrução mais elevados, melhores condições de habitabilidade, melhores cuidados de saúde e de melhor acesso, registar-se-ão diferentes valores e preferências.

Verifica-se assim pelo acentuado processo de transformação e modernização na sociedade, que a instituição familiar apresenta significativas alterações na sua estrutura e nas relações sociais estabelecidas entre seus atores (Alves *et al.*, 2010). Atualmente há uma maior convivência entre as gerações em função do aumento da esperança de vida, no entanto, as relações e os laços afetivos e familiares não se mantêm consolidados como outrora, onde, antigas famílias apesar de numerosas, tendiam a manter-se em espaços próximos, construindo assim verdadeiros aglomerados familiares. Hoje ocorre exatamente o inverso: as famílias são cada vez menores, em muitos casos com um filho único que em função dos estudos e/ou trabalho saem cedo de casa para seguir carreira. Segundo Carvalho (2003), pode-se dizer que o aspeto da individualidade encontra-se hoje no cerne da família moderna. No seguimento deste conjunto de mudanças verifica-se uma maior fragilidade dos vínculos familiares e a consequente vulnerabilidade da família no contexto social, caracterizando-se esta de forma complexa (Simões, 2009). podendo estas, a longo prazo, culminar em desestruturação psico-social (Oliveira *et al.*, 2006). Estas mudanças nas estruturas familiares contribuem para o hoje de forma isolada, consequência de uma família fragmentada e fragilizada.

A família em geral, é vista como um grupo com história, que partilha uma rede de afetos. Homens e mulheres precisam desse mundo afetivo para sobreviver, nesse sentido, a família é chamada a desempenhar a função de apoio social contribuindo na garantia da autonomia e da qualidade de vida do idoso (Alves et Al., 2010). Sabe-se que os idosos dos dias de hoje nasceram em épocas que respeitavam diferentes valores culturais; épocas em que as pessoas mais velhas desempenhavam um importante papel. A família cuidava dos seus idosos com orgulho, valorizando-os mantendo-os incluídos na vida afetiva e social, facto que, de acordo com Oliveira et al., (2006) facilitaria o apoio assistencial ao idoso. A boa qualidade de vida e bem-estar do idoso estão muitas vezes relacionados com a habitação e a família. É no meio da família que podem usufruir de um ambiente onde lhes permite manter a sua identidade, pela construção da individualidade em companheirismo, respeito e dignidade. Ainda segundo esses mesmos autores, a falta de resposta familiar para cuidar dos seus idosos está relacionada com dificuldades financeiras, distúrbios de comportamento e necessidade de cuidados de saúde. (Oliveira et al., 2006).

Surge assim a institucionalização submetendo o idoso a uma complexidade de fatores como a experiência das desigualdades sociais, obrigando a uma série de ruturas: familiares, físicas e psicológicas. (Souza, 2003). O idoso institucionalizado apresenta-se, quase sempre, privado de projetos, pois encontra-se afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais a sua história de vida foi construída. Pode-se associar a essa exclusão social todas as maleitas de saúde inerentes à própria idade, sendo, normalmente, os motivos principais de sua institucionalização. (Freire Júnior e Tavares, 2005).

Por trás da política de assistência social da qual os idosos são alvos, existe a demonstração evidente de que não só o Estado, mas a sociedade, de um modo geral, falhou ao não produzir condições adequadas de vida para os seus membros, e uma sociedade que assim age é necessariamente injusta, agressiva e violenta (Souza, 2003). Basta verificar como, recorrentemente o idoso sofre constantes ataques à sua condição de indivíduo. Costa (1996), demonstra que esse processo tem como efeito a banalização da vida, onde o “outro” é anulado pelo olhar da indiferença fazendo desaparecer sua humanidade. É transformado num estranho desqualificado, tornando-se banal o desrespeito físico e moral.

Reconhecendo diversas situações - problema num determinado contexto direccionadas para o grupo-alvo em questão e para o qual seria possível trabalhar um conjunto integrado de competências pessoais e sociais de forma a diminuir ou anular situações de risco surge-nos a hipótese de criar um programa de prevenção, visto que estes são orientados para

grupos e temáticas específicas com o propósito de antecipar uma determinada situação que possa originar dano ou mal estar no indivíduo. A necessidade de aplicação de um programa psicoinclusivo de prevenção secundária ao nível da terceira idade passa pelo conjunto de realidades percebidas a que os idosos estão sujeitos, caracterizando-se como um grupo de risco. Determina-se como um grupo de risco visto que são vítimas de exclusão social, solidão, preconceito entre muitos outros. Emerge nesta população uma necessidade extrema de identificação, como tal é necessário criar formas de inclusão.

Com a realização do programa pretende-se que sejam adquiridas por esta população, competências cognitivas, pessoais e sociais necessárias para que consigam um envelhecimento pleno, ativo e integrado. Para estes objetivos são trabalhadas diferentes áreas como; a atenção, a memória, a autoestima, a confiança, a criatividade, e a capacidade de interação.

A dissertação apresenta-se organizada numa primeira parte onde é apresentado o enquadramento teórico, onde são abordadas as componentes integrantes do fenómeno do envelhecimento, é aqui abordada a grande problemática do envelhecimento demográfico, do envelhecimento individual, bem como da possibilidade da passagem à reforma no contexto atual, deixar de ser vista como um marco de transição para a velhice. A segunda parte contém a legitimação, sendo aqui abordadas: a alteração da estrutura familiar, o isolamento social, a importância da memória e dos afetos, a perda do parceiro e a importância de reaprender a viver, a heterogeneidade na velhice, a exclusão social e a necessidade de proporcionar um envelhecimento ativo. Por fim é apresentado o programa de prevenção psicoinclusivo "Reprogramação de Vida - Nos Interstícios da Solidão".

## Parte A - Enquadramento Teórico

## Capítulo I - Envelhecimento e o Risco Psicossocial para o Idoso

## 1.1. Envelhecimento demográfico

Assiste-se atualmente a uma grande preocupação com o rápido crescimento do envelhecimento demográfico, os últimos dados do Eurostat mostram que o envelhecimento da população (ou seja, a parte das pessoas idosas na população global) é o resultado dos progressos obtidos nos vários domínios (económico, social e médico) de serviços prestados aos Europeus. O modo como envelhecemos retrata as estratégias de desenvolvimento e de qualidade de vida que uma sociedade apresenta, ou seja, sofrem influências do poder de tomada de decisão do idoso, dos espaços de socialização, do acesso à prestação de cuidados médicos, de apoio social, de lazer, de providência económica, de como se apresentam os princípios de inclusão e de exclusão da nossa sociedade e dos modelos de desenvolvimento atuais. A nível nacional, europeu ou mundial, o crescente envelhecimento da população obriga a repensar os modelos de sustentabilidade social, tanto a nível dos princípios de coesão social como no que concerne à viabilidade financeira dos Estados Providência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, (2000) e a Comissão das Comunidades Europeias (2006) as alterações na demografia da população mundial relativamente ao rápido crescimento do envelhecimento da população têm levado a amplas discussões sobre a dúvida se estamos perante uma oportunidade ou uma crise no atual modelo de desenvolvimento económico e social. O aumento da proporção de pessoas com mais de 55 anos relativamente ao decréscimo verificado no número de nascimentos colocam-nos atualmente perante desafios nunca antes sentidos.

Segundo Serfim, (2007) o crescimento do envelhecimento populacional ocorre de forma diferenciada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos foram necessários quase cem anos para que a taxa de natalidade estabilizasse em baixos níveis; com a Revolução Industrial surgiu o desenvolvimento socioeconómico associado à redução da taxa de mortalidade. Durante os anos 60 e 70, nos países em desenvolvimento, a natalidade começou a diminuir drasticamente, devido ao processo de urbanização e industrialização que foi criando melhores condições de acesso ao avanço da tecnologia (vacinas, remédios, contraceptivos, antibióticos, equipamentos, etc) e não propriamente devido ao avanço socioeconómico. A migração dos jovens para as regiões, cidades e países ricos a fim de conseguirem melhores condições de vida, deixando para trás um grande número de senescentes é também um fator de peso. Também para

Fontaine (2000) existem dois aspetos que se destacam e que são transversais às sociedades ocidentais, a primeira relaciona-se com a diminuição drástica da natalidade, muito pela consciência do uso de contraceptivos como também condições sociais, políticas e culturais adversas à natalidade (emancipação da mulher e a conquista no mercado de trabalho) relegando para segundo plano a procriação. Como segunda razão o autor apresenta o grande avanço da medicina, principalmente no controlo das doenças infecciosas – contagiosas.

Podemos assim, referir que o envelhecimento demográfico é considerado um fenómeno social e biológico, tendo a inatividade, marginalização, rejeição social e a insegurança, papéis marcantes no desenvolvimento do processo biológico do envelhecimento. No entanto apresenta-nos dois lados como uma moeda, ou seja, é motivo de orgulho tudo o que se tem vindo a conseguir a nível de progressos da medicina mas, por outro lado, é visto com grande preocupação para o futuro diante do desequilíbrio que se começa a antever a nível de população.

O Relatório da União Europeia de 2012, prevê que em 2060 quase um terço de uma população total de 517 milhões de europeus tenha pelo menos 65 anos. Segundo este relatório, o perfil etário dos cidadãos europeus deverá alterar-se consideravelmente nas próximas décadas, esperando-se que a população aumente ligeiramente, passando de 502 milhões em 2010, para 517 milhões em 2060, sendo que paralelamente deverá envelhecer bastante, estimando-se que 30% dos europeus tenham então pelo menos 65 anos. Viver mais tempo é um facto positivo, mas coloca desafios significativos às economias e aos sistemas de assistência social da Europa. O lado menos positivo é obviamente que existirão menos pessoas em idade ativa de trabalhar. A percentagem dos indivíduos entre os 15 e os 64 anos estima-se que diminua, passando de 67% para 56%. grosso modo, o número de indivíduos em idade ativa por reformado passará das atuais quatro para apenas duas pessoas, ou seja, esta evolução demográfica terá consequências consideráveis para as finanças públicas da UE. De acordo com as políticas atuais, estima-se que as despesas públicas, exclusivamente relacionadas com a idade (pensões, cuidados de saúde e cuidados prolongados) aumentem 4,1 pontos percentuais do Produto Nacional Bruto (PNB) entre 2010 e 2060, passando de 25% para cerca de 29%. Só as despesas com as pensões deverão aumentar de 11,3% para quase 13% do PNB até 2060. Contudo, o relatório revela grandes diferenças entre os vários países, dependendo em grande medida dos progressos realizados por cada país a nível da reforma das pensões. Verifica-se ainda a necessidade de uma ação política determinada para fazer face aos

desafios decorrentes do envelhecimento da população. Este fenómeno, a sua dimensão e velocidade, dependem da evolução da esperança de vida, da fertilidade e da migração. As previsões apontam para que, em 2060, a esperança de vida à nascença seja de 84,6 anos para os homens e de 89,1 anos para as mulheres (respectivamente, de 76,7 anos e 82,5 anos em 2010). Contudo, a taxa de fertilidade da UE deverá registar um pequeno aumento, passando de 1,59 nascimentos por mulher em 2010 para 1,71 em 2060. No entanto, estima-se que a migração líquida acumulada para a UE atinja os 60 milhões de pessoas até 2060. (Comissão Europeia, 2012) Conclui-se portanto, segundo as projecções oficiais disponíveis, uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, apresentando um crescente peso das populações com mais idade e uma redução da população ativa. Os efeitos que se têm vindo a sentir pela diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas provocou grandes alterações no perfil demográfico da população portuguesa, sendo o progressivo envelhecimento da sociedade o traço mais marcante. Complementando estes dados, Nazareth (1996) falava na inversão da pirâmide de idades em que o topo é transformado em base diminuindo os números da população infantil e jovem, accentuando-se o número de idosos mais velhos ou a chamada “4ª idade” (denominação proposta pela Comissão das Comunidades Europeias (CEB), em 2005), causando um redimensionamento estrutural à pirâmide. É por este crescimento contínuo que os idosos ocupam cada vez mais, um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade.

Os dados oficiais do INE revelam que a taxa de fertilidade total em Portugal apresentou uma descida significativa, situando-se abaixo da taxa biológica necessária para manter o equilíbrio populacional, apresentando como causas prováveis: o atrasar a idade média da mulher relativamente ao primeiro casamento e ao nascimento do primeiro filho, o conhecimento e acessibilidade dos métodos modernos de contraceção, a dificuldade dos jovens em conseguir habitação e o primeiro emprego e, consequentemente, o adiamento da saída de casa dos pais, o prolongamento da escolaridade obrigatória, uma instrução de um nível mais elevado e a atividade profissional da mulher, verificando-se também a afirmação social e profissional do casal, a dificuldade em conciliar a vida profissional, familiar e pessoal podem constituir causas próximas da diminuição da população. Por tudo atrás mencionado, juntando ainda as correntes migratórias, apresentam-se como os motivos mais apontados para explicar a baixa fecundidade (Carrilho e Patrício, 2002).

Segundo os dados dos Censos 2011, residiam em Portugal 10 562 178 pessoas. A estrutura da População Portuguesa em termos percentuais obteve alterações

significativas, observou-se, uma diminuição do peso dos jovens, de 16% para 14,9% (com menos de 15 anos de idade), uma subida do peso dos idosos de 16,4% para 19,1% (65 e mais anos de idade) como também, uma redução da população ativa de 67,6% para 66% (dos 15 aos 64 anos de idade). A relação entre o número de jovens e idosos traduziu-se, em 2011, num índice de envelhecimento de 128 idosos por cada 100 jovens (112 em 2006). Portugal apresentava, em 2009, uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3%, só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6% e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%, o índice de dependência é um indicador relevante para o entendimento das necessidades dos cuidados aos idosos. O índice de dependência passou em Portugal de 22% para acima de 26%, em menos de 15 anos. A estrutura populacional tem vindo a sofrer grandes alterações, passando o número de idosos com mais de 80 anos de 340,0 milhares, em 2000, para 484,2 milhares, em 2010. Este aumento reflete essencialmente o crescimento da população feminina desta faixa etária, cerca de 80%. A proporção dos idosos em Portugal (com mais de 65 anos de idade), que representava 8,0% da população total em 1960, mais do que duplicou, passando para 19,1%, em 2011. A população idosa aumentou, em valores absolutos, mais de um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 2 022 504, em 2011, estimando-se que em 2020 a população com 65 e mais anos seja superior a 2 200 000. (INE, *Censos 2001 e Censos 2011*)

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) salientam para o facto de os idosos das próximas décadas apresentarem, certamente, características distintas das manifestadas nas gerações anteriores: com níveis de instrução mais elevados, melhores condições de habitabilidade e melhores cuidados de saúde, registar-se-ão diferentes valores e preferências como também maior disponibilidade de recursos sociais, pelo que apresentarão uma melhor qualidade de vida. Podemos então afirmar que os sexagenários de séc. XXI dispõem de melhores condições de sobrevivência, tendo mais saúde por via dos avanços da medicina, condições económicas, sociais e culturais. Nesta perspectiva “ganham” anos de vida, podendo as gerações vindouras estar melhor preparadas para superar algumas dificuldades com que se possam confrontar.

## 1.2. Definição de Envelhecimento / Velho

“ A forma como envelhecemos varia de acordo com eventuais processos hereditários, diferenças individuais e, claro está, o seu meio social, físico e mental em que essa pessoa está envolvida ” (Garcia, 1994, p.8)

O indivíduo distingue-se dos outros seres por ser racional, social, e possível e possuir o dom da palavra, distanciando-se assim das outras espécies. É um processo próprio dos seres vivos o seu envelhecimento individual, contrariamente ao envelhecimento generalizado por um aumento progressivo do número de idosos.

O nome que se atribui a esta franja da população mais velha, tem sofrido alterações ao longo da história social dos últimos anos devido às transformações que decorrem de forma tão rápida do ponto de vista psicológico, biológico e social, como também, da forma como é feito o percurso de cada um. Segundo o questionário europeu “Idades e Atitudes” realizado pela Comissão das Comunidades Europeias, em 1992, foram utilizados nos diferentes países, os seguintes termos: “cidadãos seniores” pelo Reino Unido; “pessoas maiores”, pela Espanha; “pessoas de idade” pelos italianos e pessoas idosas” pelos portugueses (INE, 2002: p.189-190). “Pessoas mais velhas” foi o termo mais utilizado pela União Europeia, de acordo com referido estudo, essencialmente, motivado pela longevidade e melhores condições de saúde da população com mais idade.

As concepções históricas sobre a velhice remontam ao século VI a.C. A velhice na civilização chinesa era considerada vida de forma suprema e de modo algum um flagelo. Para a civilização judaica os senescentes eram considerados como os eleitos e os emissários de Deus concedendo-lhes extraordinárias idades. A velhice era assim considerada como a recompensa máxima da virtude, possuindo um papel importante na vida pública e tal como os chineses, eram eles quem chefiavam a família enquanto conservassem vigor físico e moral. (Vargas, 1994). A última fase da vida, segundo Ladislav (1994) tem início no sexagésimo ano, e pode ser mais ou menos avançada de acordo com a constituição individual, o género de vida e um conjunto de outras circunstâncias. Para este autor, envelhecer é um fenómeno universal e cultural, no entanto, a utilização dos termos “velho”, “envelhecimento” e “velhice” dirigidos ao ser humano surgiram da sociedade agrária à urbana-industrial dando origem à reforma dos trabalhadores, mesmo que se encontrem aptos para trabalhar.

Até ao nosso século, grandes alterações ocorreram em relação aos escalões etários. Nos séc. XVI e XVII a velhice era rejeitada através da imagem do velho senil, passando a ser elevada a um patamar positivo no séc. XIX com a figura do velho patriarca, do ancestral chefe de família numerosa, do instruído e do ajudado conselheiro, tendo voltado a ser novamente esquecida no século XX com a chegada da industrialização. Os idosos passaram a ser marginalizados devido às exigências de produtividade e rentabilidade para as quais não estavam preparados, ficando estes voltados para o esquecimento e solidão, assistindo-se assim ao desaparecimento dos modelos tradicionais de família. A especialização do trabalho leva a uma estratificação e segregação etárias: os que aprendem, os que produzem e aqueles que saíram do ciclo produtivo onde estão incluídos os idosos, provocando uma enorme mudança social. Só há relativamente pouco tempo é que o envelhecimento despertou o interesse da comunidade científica, como tal são ainda muito reduzidos os conceitos precisos e os instrumentos operacionais para o seu estudo. Ao conceito de envelhecimento estava normalmente associado o conceito de senilidade, diferente de senescência, que engloba os fatores de retrocesso psíquico, principalmente, ao nível emocional, intelectual e de comportamento. A nível biológico, a senilidade é equiparada a um envelhecimento patológico; por sua vez, a senescência traduz o decréscimo natural das capacidades físicas e mentais inerentes ao processo de envelhecimento. Não sendo sinónimo de doença, envelhecimento continua associado a uma diminuição da capacidade de adaptação e resposta às várias solicitações propostas ao idoso. Assiste-se a uma instabilidade que proporciona uma maior aptidão para adoecer, originando um aumento da dependência destes indivíduos. Esta dependência é em muitos casos, a responsável pela necessidade de apoios institucionais, essencialmente, devido à privação das funções de aquisição, produção, manutenção e transmissão de conhecimentos (Serafim, 2007).

Envelhecimento é designado muitas vezes erradamente como se tratando de um estado, sendo na realidade não é um estado mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Afeta todos os seres vivos e apresenta como fim a morte do organismo. Torna-se assim impossível colocar uma data para o seu início, pois dependerá do nível em que se situa (psicológico, biológico ou social), a sua velocidade irá variar de indivíduo para indivíduo, sendo possível falar de idade psicológica, idade biológica ou idade social podendo estas em nada ser coincidentes com a idade cronológica. (Fontaine, 2000).

Ladislav (1994) descreve envelhecimento como uma diminuição progressiva e irreversível da habilidade de adaptação do organismo às condições do ambiente, ou seja, o envelhecimento humano é um processo heterogêneo, dinâmico e diferencial, tornando-se as alterações físicas ocorridas ao longo do processo de envelhecimento mais significativas quando as expectativas originadas pela sociedade se encontram condicionadas, agrupando os indivíduos em categorias sociais específicas.

No que respeita ao campo individual, para Bagagem (1992) o envelhecimento apresenta-se como uma série de modificações morfológicas que aparecem em consequência da ação do tempo sobre os seres vivos, indo assim de encontro com o pensamento de Barreiros (1999) que descreve o envelhecimento como um acontecimento biossocial de regressão que se pode assistir em todos os seres vivos, implicando perda de capacidades ao longo da vida por influência de diferentes variáveis, podendo estas ser: genéticas, prejuízos acumulados, condições de vida e fatores nutricionais, tal como é feita referência em vários estudos realizados nesta área, mencionando que a partir dos quarenta anos de idade são visíveis uma série de alterações fisiológicas que fazem parte do processo de envelhecimento, sendo no entanto errado acreditar que de uma forma abrupta se fica idoso aos 60 ou 65 anos, sabendo hoje que se trata de um processo gradual e complexo. Também Berger e Mailloux-Poirier (1995; p.6), no que respeita ao envelhecimento, salientam tratar-se de: “(...) um processo contínuo que leva ao estado da velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa”, ou seja, refere-se às mudanças naturais que ocorrem em organismos maduros, que vivem em condições ambientais representativas, ao longo do avanço da idade cronológica. Para estas autoras, o envelhecimento é um “(...) processo contínuo que leva ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa” sabendo que cada um tem a sua forma própria de envelhecer. No entanto, a forma como envelhecemos esta relacionada com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é fortemente influenciada pelo meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece. A nível biológico, o envelhecimento é apresentado por um decréscimo físico visível, marcado por sinais físicos como cabelos brancos, a acentuação das rugas, diminuição de massa muscular, assim como das acuidades auditiva e visual. A nível psicológico, é também evidente o encadeamento involutivo. É nesta fase da vida que as capacidades como a memória, a mobilidade, a linguagem, o sono, e a capacidade de concentração sofrem alterações. Se os senescentes optarem por um tipo de vida sedentária e com pouca atividade, estas capacidades

podem agravar-se, concluindo assim que apesar de envelhecer ser um processo normal verifica-se um aumento da fragilidade e da vulnerabilidade.

É possível considerar os aspetos positivos apresentados nesta fase da vida, sendo para tal necessário que cada sujeito ao envelhecer encarar esta etapa de forma oportuna para fazer face a todas as perdas que se lhe apresentam, salientando ainda a necessidade da sociedade proporcionar ao idoso os meios necessários para que se sinta integrado. (Marques 1991). Também Camacho, define envelhecimento como "(...) um processo complexo em que intervem fatores biológicos, socioeconómicos e culturais num sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente" (1991, p.16), estando sujeito à diversidade cultural e histórica havendo por isso uma maior dificuldade na sua definição. Simões (1999) refere que apesar de o conceito de envelhecimento estar normalmente associado à ideia de declínio, na realidade trata-se de uma luta entre a compensação e o declínio, desenvolvendo-se nesse sentido, estruturas que permitam melhorar ou manter as capacidades e *performances*. Envelhecer, estava diretamente relacionado com as alterações de aparência e capacidades físicas e não à idade cronológica. As alterações físicas continuam a ser as que mais afetam a autoimagem e a autoestima, dando origem a uma diminuição das capacidades sensoriais limitando a realização de muitas atividades que antes eram produtoras de prazer. (Ortiz, Ballesteros & Carrasco, 2006), O envelhecimento está assim intimamente relacionado com a privação de determinados papéis sociais. A nível psicológico, surge uma "decaência do eu", sendo necessário para reorganizar a sua autoimagem, uma reformulação de valores essenciais para a sua auto estima e para o seu reconhecimento enquanto pessoa. A perda de recursos que faziam parte dos seus hábitos, o aparecimento de barreiras que são vislumbrados como inultrapassáveis e a alteração das expectativas individuais e sociais, originam dúvidas ao nível da existência, acabando por permitir a entrada de sentimentos agonizantes como a solidão e a angústia, empurrando muitas vezes para o isolamento e sedentarismo, tal como é explicada na última fase da teoria psicossocial de Erik Erikson.

A teoria psicossocial criada por Erikson relativamente ao desenvolvimento humano, divide-se em oito fases (estágios psicossociais), nas quais o ego passa por crises que irão servir para fortificá-lo ou fragilizá-lo, dependendo do desfecho (positivo ou negativo). Para a população em questão vamos remeter-nos à última fase, Integridade vs Desespero, sendo esta definida por este autor como a fase final do ciclo psicossocial, composta por duas

possibilidades: a primeira se o desfecho for considerado positivo, ou seja, o indivíduo procura organizar o seu tempo utilizando as experiências vividas em prol de viver bem os seus últimos anos de vida; ou opta pela segunda oportunidade direcionada para um final negativo, estagnando perante um terrível fim, entregando-se à tristeza, ao desanimo e ao desespero pelas perdas sentidas ao longo da vida .

Nos dias de hoje assistimos quase ao desaparecimento do substantivo “velho”, continuando o uso corrente da sua função adjetiva quando falamos de coisas antigas ou usadas. O substantivo velho deu lugar a “um senhor de terceira idade” ou “uma senhora de idade avançada, entre outros. Então, se não tem um nome, pode tê-los todos, virando a velhice uma espécie de buraco negro, onde pode entrar qualquer interpretação, ser possível qualquer representação e onde nos mantemos ignorantes sobre o que realmente contém, ou seja, o fato de ser novo ou velho, aparentemente tão simples de explicar a nível individual, torna-se incerto quando percebemos que as noções de jovens e velhos sofrem fortes transformações ao longo da nossa existência. Quando temos cinco anos um indivíduo de trinta é velho, aos quarenta, o velho terá mais de setenta e quando estamos nos oitenta ou mais, o velho é sempre o outro, como dizia Simone de Beauvoir (1970) que colocava a velhice na categoria dos “irrealizáveis” sartreanos. Irrealizável por não reconhecermos a velhice em nós mesmos, vendo-a somente nos outros, embora possamos ter a mesma idade. A principal dificuldade para categorizar a velhice, encontra-se no facto de que ela não é unicamente um estado, e sim um constante e inacabado processo de subjetivação. Podemos assim dizer que não existe um “ser velho”, e sim um “ser que vai envelhecendo” .

Segundo Messy (1993) se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, será então a velhice o da idade avançada em direção à morte; como tal, torna-se muito difícil teorizar acerca de um conceito indefinível, ou seja, embora todos saibamos reconhecer um velho, é muito difícil defini-lo: que parâmetro escolheríamos? Poderíamos usar um referencial biológico, que daria conta da aparência ou das patologias habituais para este período da vida, como rugas, cabelos brancos, artrose, osteoporose, hipertensão, perda de memória, cardiopatias etc; mas seria necessário ter em consideração que, se por um lado, estes sinais podem se manifestar antes de uma pessoa poder ser definida como velha ou em processo de envelhecimento, por outro, a ciência atualmente está a contribuir para anular a maioria deles, perdendo assim o peso que lhes era atribuído na classificação do envelhecimento. Arriscaríamos uma definição mais psicológica, tendo em conta parâmetros como a rigidez do

pensamento, certo grau de regressão, tendência à depressão ou a um certo tipo de reminiscência, sendo que não é possível generalizar estes sintomas a todas as velhices, assemelhando-se mais a um conjunto de sintomas negativos do que a uma descrição correspondente a uma categoria universal. Também não é possível uma definição somente através do ponto de vista social; a aposentação, por exemplo, não pode estar diretamente relacionada com a velhice, como o direito de votar não torna um adolescente um adulto. Conclui-se portanto que, apesar da existência de sinais mais ou menos universais para cada cultura sobre o que possa ser a velhice, não é possível uma definição a nível individual ou coletiva.

Os valores da tradição deixaram de consagrar segurança e o património moral herdado necessita de ser valorizado, estando assim perante um processo de exclusão, de descategoriação. Perguntamo-nos então sobre a particularidade subjetiva do "ser velho" num determinado momento onde a velhice perdeu as atribuições que lhe eram próprias numa sociedade tradicional, parecendo nos dias de hoje tratar-se mais uma "invenção" social, uma categoria na qual podemos depositar tudo o que encaminha para a inutilidade, para a dor, para a finitude e para a morte, sendo esta expulsa e marginalizada. Os idosos são muitas vezes, representados ou como *amas secas* dos netos, quando necessário e se a saúde os ajudar, ou como pessoas privadas de funções sociais, verificando-se uma total indiferença pela opinião dos idosos, ou a minimização das mesmas, e até pelas suas preferências. Normalmente, os mais novos, cuidadores informais ou familiares, parecem ignorar a vontade dos sujeitos, como se eles fossem ignorantes para tal; até mesmo em locais de prestação de cuidados médicos, é frequente assistir-se a queixas por parte dos acompanhantes, por vezes com a benevolência dos médicos e demais técnicos de saúde, colocando em causa a autoestima do indivíduo e desautorizando plenamente, criando uma modalidade de descrição. Assumiu-se, de um modo geral, que ser idoso é estar confinado ao espaço dos de mais idade, o que dá lugar a representações que são desde logo estigmatizantes. Butler (1969) introduziu este fenómeno sob o nome de *ageism* (Idadismo), definindo-o como um processo de "estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género". Assistindo-se na atualidade, na maioria das culturas conhecidas, a uma considerável bagagem de condutas negativas em relação às pessoas idosas, muitas delas efetuadas de forma inconsciente e muitas outras, francamente conscientes. Salvarazza, deu-lhe o nome de *viejismo*, definindo-o como: "...um conjunto de *preconceitos, estereótipos e discriminações que se aplicam aos velhos simplesmente em*

*função de sua idade..... Este é um preconceito comparável a outros que se aplicam às diversas minorias conhecidas, e inclui a chamada gerontofobia que se refere a uma conduta, felizmente menos frequente, caracterizada pelo medo ou ódio irracional aos velhos”.* (Salvarezza, 1993, p. 23)

Segundo Poitares (2012) muito se fala atualmente de coesão social; no entanto, constata-se que a mesma é insuficientemente praticada e que o idadismo, na vertente geronista, e a gerontofobia, fornecem todos os ingredientes de que a *madquina da exclusão* necessita para destruir psicologicamente os velhos. No âmbito político e nos meios de comunicação como nas mensagens sociais, são muitas vezes visíveis casos de xenofobia em relação aos idosos, ligando a apreciação negativa do todo social relativamente a esta população. Dir-se-á que o idadismo tem múltiplas faces, que se manifestam de diferentes maneiras, mas todas igualmente dolorosas e em violação de princípios e direitos fundamentais, consagrados especialmente na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e na Constituição da República Portuguesa (1976) (Marques, 2011).

Ser velho nos dias de hoje, continua a não estar sujeito a processos positivos de inclusão por não ser considerado produtor de bens nem um consumidor importante, tem sido transformado numa espécie de indivíduo em “suspensão”, sem projetos, sem futuro, será então sujeito pelo passado que na forma de uma reminiscência repetitiva, produzirá um discurso que perderá significação social se ninguém o escutar. É assim lançado a uma vida sem sentido, sem futuro, numa violenta marginalização. Destacando a morte como limite da vida humana, a velhice é a fase da existência que está mais próxima desse horizonte, tornando-se os velhos alvos ideais para a maior parte das significações negativas que se referem à morte. Pensemos como muitas das ações supostamente com o intuito de “cuidar” dos velhos, não são mais do que pretextos para mantê-los isolados, tal como muitos discursos elogiosos não passam de disfarces para encobrir o que de ameaçador e angustiante a velhice apresenta no nosso imaginário social. Perdem-se os padrões de beleza física atuais, o trabalho, o bem estar económico, a saúde, os colegas de tantos anos, os amigos, a família, e principalmente, a extensão infinita do futuro, e mesmo que a qualidade de vida seja preservada, apodera-se o sentimento de finitude. Ser velho pode muitas vezes significar a perda da ilusão da própria vida, aceitar a pulsão de morte, continuando a lutar. Luta difícil, pois o luto que deve ser produzido é o da própria vida, é um luto que surge por antecipação, luto por algo que ainda se conserva, porém condenado. O Eu, antes de qualquer outra coisa,

exige a possibilidade de continuidade. O sujeito apresenta-se nas três dimensões do tempo: perante os obstáculos do presente, refere o passado à procura do sentido necessário e lança para o futuro as possibilidades de reparação, no entanto, se o futuro não existe mais, o sujeito perde o seu sentido de orientação.

Todavia, apesar de ser importante combater a perspetiva negativa e derrotista em relação aos idosos também é necessário ter presente que esta fase da vida é marcada por várias perdas. Mesmo reconhecendo que a terceira idade pode ser vivida positivamente e com prazer, não se pode ignorar todas as alterações que decorrem do processo de envelhecimento (Fonseca, 2005; Fontaine, 2000)

### **1.3. Breve referência à Memória como principal processo psicológico afetado nos**

#### **Idosos**

"As memórias são metáforas da imaginação, lembranças emolduradas pelo tempo que carregam um efeito de encantamento. As lembranças vivem de imagens que estimulam a imaginação, reavivada pela memória. Assim, a memória constitui-se como um campo de vestígios emocionais entre quem vive vazios de solidão." (Pais, 2005, p. 157)

A memória é a capacidade que o ser humano possui de adquirir (codificar), armazenar e recuperar as informações mentalmente aprendidas e/ou vividas tais como, situações que ocorreram no passado ou emoções vivenciadas em determinadas situações e contextos. Para a psicologia, "memória é a indicação de que a aprendizagem se manteve através do tempo", ou seja, apresenta-se como uma base para o conhecimento de cada indivíduo, sendo no entanto esta a capacidade cognitiva que se verifica mais afetada com o avançar da idade, mais concretamente a memória episódica (referente a acontecimentos específicos associados a um determinado tempo e lugar) e a memória a longo prazo, entre a qual esta e a memória de trabalho (e.g., necessária para realizar operações aritméticas) (Oliveira, 2010).

Na infância e na juventude não costumam ser muito valorizadas as queixas sobre memória, o mesmo já não acontece a partir da meia idade, e sobretudo entre os mais idosos. Para muitos, a memória deixa de ser o que era, torna-se mais lenta, mais incerta e

mais vulnerável. Podem os idosos ser mais sábios e experientes do que os jovens, mas relativamente à memória e recordação, o desempenho dos idosos é, na maioria dos casos, significativamente pior. Quando estes se queixam de falta de memória, referem essencialmente, dificuldades relacionadas com a recordação de nomes, palavras ou assuntos relativos a um encontro ou de uma conversa, datas de aniversários, moradas, telefones de amigos ou local onde deixaram algum objeto que não encontram. Estas e outras dificuldades evidenciam-se em questionários de memória que avaliam problemas de recordação e a frequência de esquecimentos em situações do dia a dia (Pinto, 1990; Herrmann e Neisser, 1978; Bennett-Levy e Powell, 1980). A perda da memória nos idosos tem sido comprovada através de meios e instrumentos diversos. Este declínio tem sido verificado através provas de auto-observação do funcionamento da memória, a partir de questionários, nos relatos de familiares e em observações casuais. Encontrar um idoso que tenha uma memória melhor do que um jovem não é difícil, o que é difícil é descobrir um idoso que afirme que tem melhor memória do que tinha quando era jovem (Hultsch, Hammer, e Small, 1993)

Para amenizar as perdas de memória ou aumentar as capacidades desta, a Estimulação Cognitiva (EC) torna-se fundamental. De acordo com Zimmerman (2000), estimular consiste em incitar, animar, ativar, e encorajar os sujeitos, sendo a EC para este autor, o melhor meio para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento, aumentando a qualidade de vida dos idosos. A prevenção do declínio nas capacidades cognitivas e funcionais das pessoas idosas, pode ser obtida através da implementação de Programas prevenção e EC.

A memória é um processo psicológico que influencia o envelhecimento, manifestando-se nas alterações do desempenho social, cognitivo e afetivo dos sujeitos, apresentando-se normalmente associada a uma falta de motivação. Os laços afetivos, o otimismo, a tolerância ao stress e a espontaneidade podem suavizar os aspetos negativos deste processo inevitável (Ferreira, A. Rodrigues & Paiva, 2008). De acordo com Zimmerman (2000), os idosos manifestam: falta de motivação e dificuldades em planear o futuro; têm necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; apresentando dificuldade em adaptar-se às mudanças rápidas que têm reflexos dramáticos nos próprios; alterações psíquicas que exigem tratamento; dificuldade em adaptar-se a novos papéis; hipoccondria, depressão, baixa autoestima; alteração da autoimagem e em casos extremos, pensamentos suicidas.

#### 1.4. Passagem à Reforma como um Marco de entrada na Velhice

As trajetórias de vida são naturalmente marcadas pela realização e reconhecimento do percurso profissional e da participação na esfera pública. A passagem para a reforma é geralmente vista como o fim de uma participação pública na sociedade, a retirada para o privado, para a desvinculação das preocupações coletivas. No entanto, segundo as máximas de atividade, vitalidade e independência, pelas quais guiamos os seus percursos de vida, deverão através do envolvimento em atividades de "utilidade social", assegurar o seu envelhecimento ativo (Gauillier, 1999)

Tornar o tempo produtivo tem sido uma preocupação que permitiu estabelecer um paralelo entre a trajetória da participação no mercado de trabalho e a trajetória relativa à participação em outras atividades de "utilidade social" no período da reforma. Autores como Leu (1998) e Gauillier (1999) têm vindo a usar o termo "utilidade social" para se referir a atividades que devem criar vantagens, ser úteis. Entre as várias atividades encontradas, o voluntariado, a formação em universidades sénior, programas do Inatel e das Juntas de freguesias, o associativismo e as atividades de lazer e bem estar (turismo sénior, desporto, spa). A novidade que envolve este termo em conformidade com a ideologia do envelhecimento ativo, não está na realização das atividades, pois desde sempre que são conhecidas pessoas mais velhas e idosas bastante dinâmicas e ativas, a novidade está em serem atividades de utilidade social que se referem especialmente às esferas públicas. São ainda hoje os mais velhos que asseguram em muitas famílias, a tarefa de cuidar dos mais novos e dependentes, os trabalhos domésticos e os do campo, só que estas tarefas restringem-se ao domínio privado e, como tem acontecido ao longo da história das mulheres, ao trabalho chamado de "bastidores" apesar de ter uma função reprodutiva fundamental na economia nacional, continua a ser invisível e claramente desvalorizado em prol de atividades produtivas formais públicas.

O idoso quando entra na reforma, vê afetado o seu equilíbrio bio-psico-social, resultado das práticas sociais e das restrições económicas, manifestando-se frequentemente com a descompensação ou a somatização de algumas patologias (Costa et al., 1999). Ao fecharmos um ciclo e entrarmos noutra, muitas dúvidas surgem. A passagem para a reforma é em muitos casos vista como um momento sensível, tanto a nível social como psicológico, alterando o bem estar dos indivíduos, tendo em conta que o trabalho organiza a atividade humana, ou seja, é através do trabalho que formamos uma determinada imagem pessoal que

contribui para posicionar o nosso lugar no mundo através de uma determinada imagem. Seja de forma voluntária, involuntária, por idade, antecipada, de forma parcial ou total, tem sempre associado algum tipo de emoção, mesmo que se trate de uma nova etapa já bastante planeada e desejada na vida do indivíduo.

Sonnenberg (1977) faz ainda referência aos benefícios psicológicos que advêm da atividade profissional: capacidade de manter o quotidiano regulado através do estabelecimento de rotinas, contribuindo também para o aumento da autoestima, participação na vida ativa do país, seja económica ou social, consciência de cidadania no pleno sentido do termo. Refere ainda que é através do trabalho que expressamos a nossa inteligência, as nossas qualidades ou criatividade. A nossa valorização e reconhecimento vem maioritariamente através do nosso trabalho. Todos estes princípios são apresentados de forma generalizada, pois cada indivíduo é único e como tal torna-se essencial reconhecer as suas diferenças quanto ao significado do trabalho mas, de uma maneira geral, o trabalho é sempre uma fonte de ajustamento social e desenvolvimento pessoal. O conteúdo do trabalho, as instituições e os próprios colegas de trabalho, representam muitas vezes um meio de suporte emocional, significando que qualquer alteração do modo operante dos indivíduos, poderá fragilizar o bom funcionamento psicológico e o bem estar do indivíduo, como acontece no caso da reforma.

Sonnenberg (1997) diz ser possível fazer uma previsão do impacto que a passagem à reforma apresenta na vida psicológica dos indivíduos, nos casos em que é percebido o grau de investimento profissional que teve ao longo da vida, ou seja, quanto maior foi o investimento e nível de realização pessoal através do trabalho, maior será o impacto sentido com a passagem à reforma. Verifica-se com frequência a manifestação de sentimentos ambivalentes ou mesmo de alguma frustração quando se dá essa passagem. Por outro lado, se a vida profissional foi sentida apenas como um "ganha pão" deixando para os momentos livres todos os seus interesses e vocações genuínas, então esta passagem será muito menos sentida.

Atendendo que a perda de uma função útil na vida, se apresenta como um dos riscos mais sérios decorrentes da reforma, pode acontecer sobretudo nos casos de reforma involuntária, que seja vivida de forma stressante por um determinado período de tempo, originando perda de autoestima e de controlo da sua própria vida.

Lazarus e Lazarus (2006) defendem que a forma mais segura para permanecer feliz quando se apresenta a reforma, é mantendo-se ativo e envolvido, requerendo por parte dos indivíduos um esforço pessoal na procura de compensação pela perda dos recursos existentes (materiais, relacionais, sociais) antes da reforma, sendo esse esforço indispensável para que se verifique o desenvolvimento.

Atualmente, a associação entre a reforma e o início do envelhecimento, não é tão evidente como no passado, no entanto, apresenta ainda uma certa conotação relacionada com a velhice, implicando mais do que a retirada da vida profissional. Segundo Oerter (1986), esta ligação Reforma/Velhice pode levar a que muitas pessoas considerem a idade da reforma cada vez mais tarde, evitando assim serem vistas como idosas, ou a caminho de o serem.

A nível demográfico têm-se verificado alterações significativas e, consequentemente alterações na dinâmica de funcionamento do mercado de trabalho. São levantadas nos dias de hoje, muitas questões sobre o momento ideal da passagem à reforma, qual a melhor "hora" da reforma? Pode-se pensar nesse momento dividindo em diferentes fases, os que se reformam na chamada idade "ideal" 65 anos, (atualmente prestes a entrar em vigor os 66 anos como idade normal da passagem à reforma) os que se reformam mais cedo, por vezes muito antes dos 60 anos, os que se reformam por incapacidade, independentemente da idade, e ainda, os que não encontram uma idade ideal para a reforma, e o vão fazendo aos poucos, evitando o mais possível sair da vida ativa. Podemos ainda distinguir todos aqueles que se reformam de livre vontade dos que a isso são obrigados. A reforma poderá acontecer por vontade própria do trabalhador, ou por razões de força maior, alheias ao mesmo, levando-o a viver essa passagem muito antes do que tinha previsto, deixando marcas irreversíveis. Um acontecimento destes nunca é transversal, se para uns a reforma pode ser algo bastante dramático e assustador, principalmente se o trabalho foi considerado algo fundamental para a sua identidade, podem associar esta nova fase à tão temível, passagem para a velhice, conectada de período de inutilidade, perda de sentido da vida, transportando ao momento, pensamentos de que o fim da linha de vida se aproxima, no entanto para outros, poderá esta passagem ser vivida de forma feliz e tranquila, interpretada como algo muito positivo e desejado, encontrando nesta fase a oportunidade que tanto esperavam para realizar sonhos e vocações que se encontravam em linha de espera, para quando a vida pudesse proporcionar outro sentido para além do alimentar a rotina "casa-trabalho-casa". Para Parentis (1992) e Szinovacz (1992) existe unanimidade em considerar que estes efeitos positivos só são

verificados nos casos em que é o próprio trabalhador que toma a decisão da passagem à reforma. Nos casos em que os indivíduos são obrigados a fazer essa passagem o efeito que poderia ser positivo perde a força e torna-se muito menos visível. Fonseca (2011), salienta ainda para o facto de existirem situações de "cansaço da reforma" especialmente para aqueles indivíduos que não se conseguiram adaptar à situação de reformados, mostrando-se cansados da vida que levam no presente. Há ainda aqueles em que não existe idade alguma em que a reforma faça qualquer tipo de sentido, como por exemplo, o caso dos artistas, em que enquanto permanecer a vontade de fazer arte, a idade da reforma nunca chegará.

Sabendo que os efeitos da passagem à reforma nem sempre serão os mesmos, aproximado o momento da reforma, muitos indivíduos são perentórios em afirmar que preferiam que esse momento chegasse de forma gradual em vez de forma abrupta, passando da condição de trabalhador a tempo inteiro para a condição de inativo, reformado em absoluto. Mais de metade dos trabalhadores, segundo estudos realizados por Hutchens (2007), gostaria de se reformar de forma gradual. Parece-nos compreensível, principalmente quando pensamos em sujeitos que trabalharam ininterruptamente trinta ou mais anos, representando a reforma para estes, uma perda a vários níveis (social, psicológico, económico ou mesmo relacional) com a vida que sempre conheceram.

Este tema leva-nos até ao encontro do pensamento dos investigadores do centro de Investigação do Boston College sobre a Reforma, defendendo estes a ideia de que é preferível a transição gradual da condição de trabalhador para a condição de reformado (Calvo, Haverstick e Sass, 2007). Defendem a introdução gradual de tempo disponível nas rotinas do dia a dia, abandonando gradualmente a atividade profissional, permitindo dessa forma apresentar benefícios, preservar a identidade e os objetivos de vida, o tão desejado envelhecimento ativo. Foram também por estes autores demonstrados os benefícios que a transição gradual pode ter a nível de saúde e bem estar, permitindo uma melhor adaptação ao envelhecimento. (Cohen, 2004; Everard, Lach, Fisher e Baum, 2000; Knesebeck e Pollack, 2004).

### 1.5. Alterações e mudanças que podem chegar com a reforma

Apesar de fazer parte do percurso de vida enquanto trabalhadores, passar à reforma será sempre algo de novo para o indivíduo, como se aparecesse de forma súbita e

inesperada, trazendo consigo alterações no modo de vida e podendo gerar sentimentos contraditórios. A insegurança sobre o futuro, como serão os anos seguintes, esta muitas vezes associada a sintomas de ansiedade. Richardson (1993), considera que são estes sujeitos que mais podem vir a beneficiar de um plano de preparação para a reforma, podendo mesmo fazer uma reflexão de forma aprofundada, estando assim mais motivados para algumas mudanças que a passagem à reforma possa acarretar.

Das inúmeras mudanças que se possam vislumbrar com a passagem à reforma, destacaremos algumas: (i) Situação económica: associada à passagem à reforma esta muitas vezes a diminuição de rendimentos; (ii) Alteração dos hábitos de vida: alguns casos em que a vida profissional os fez viver rodeados de gente, envolvidos em várias atividades e que após a passagem à reforma vivem em extremo isolamento social, sendo raramente solicitados socialmente; (iii) Tempo: A preocupação em gerir o uso do tempo é substituída pela preocupação em como vai ser feita essa mesma ocupação do tempo, sendo a sua única preocupação, escolher atividades prazerosas, que o realizem e possam de alguma forma manter o sentimento de utilidade; (iv) Relação conjugal: reformas entre os cônjuges de forma desfasada, ou mesmo em simultâneo pode ser um foco de stress; (v) Relações sociais: associado ao afastamento da vida profissional esta na maioria das vezes uma diminuição das relações interpessoais, perdendo a integração social; (vi) Alteração de residência: a tão desejada mudança para a casinha dos seus sonhos, muitas vezes, a quilómetros das suas relações sociais, aumentando ainda mais, o risco de isolamento social; (vii) Identidade pessoal e social: a identidade dos indivíduos é constituída através do estatuto profissional e social, ao sair da vida profissional ativa pode apresentar sinais de perda de identidade ou indiferença social.

A passagem de um estado ativo da vida profissional para o estado de reformado, tal como em outras fases da vida, trás consigo ganhos e perdas, sendo que o resultado final dependerá em muito de fatores individuais como: estilo de vida, ocupação do tempo, história de vida, entre outros. Será também influenciada pela relação que o indivíduo desenvolveu e manteve com a família, amigos, bem como pela participação que este teve para com a sociedade, ou seja, de como foi a sua integração social.

A sociedade depara-se atualmente com um maior número de indivíduos fora do mercado de trabalho, apesar da maioria gozar de boa saúde e sabendo que a esperança média de vida, tendencialmente, irá aumentar nas próximas décadas. Esta realidade sem

antecedentes, transporta-nos para a problemática do exercício de coesão social, numa sociedade vigorosa e ativa bem como para a possibilidade de renovação do conceito de velhice. O processo de construção social da velhice, o temível envelhecimento, na verdade acontece desde o nascimento, sendo que se vai assistindo à degeneração das células, juntamente com as experiências e conhecimentos novos. Desde o primeiro segundo de vida que o tempo passa por cada um de nós de forma irreversível, no entanto, sempre que falamos em envelhecimento, o nosso pensamento remete de imediato para uma fase específica, situada depois da reforma. Assim, a saída do mercado de trabalho e da participação ativa na esfera pública, é sempre um marco, mesmo que de forma simbólica, apresenta-se como uma porta aberta para a velhice, tal como a entrada na fase adulta é marcada pela saída do período escolar e entrada no mercado de trabalho. (Gaulhier, 1999)

Nos dias de hoje, nem as representações da velhice podem estar ligadas aos mesmos códigos simbólicos que habitualmente estavam associados à reforma, nem a transição da vida profissional para a reforma é feita de forma linear. As pessoas em situação de reformados apresentam-se, cada vez mais, em boas condições de saúde, vendo o número de anos de reformados aumentado pelo aumento da esperança média de vida, surgindo assim inúmeras fontes de incentivo para que participem de forma ativa na sociedade, seja a fazer voluntariado, a partilhar espaços de lazer, ou mantendo-se no mercado de trabalho. Verifica-se um esforço para que o simbolismo associado à reforma sofra alterações, em parte, devido às negociações e decisões políticas. A velhice pode então ser entendida como uma construção social condicionada por fatores políticos, culturais e económico-financeiros, sendo esta construção feita pelos indivíduos num determinado contexto, tempo e espaços sociais.

## 1.6. Políticas sociais que sustentam um envelhecimento ativo

Os espaços democráticos que se difundem nas sociedades ocidentais atuais, na Europa e em particular em Portugal, são reveladores da recente deslocação da natureza passiva das políticas sociais atuais, para um modelo de atividade e *empowerment* das comunidades. A divulgação de estratégias de atuação surge num momento de reestruturação das reformas dos Estados Sociais Europeus, devido à conjuntura estrutural com que os

governos se deparam na atualidade: as alterações demográficas (como o envelhecimento da população e as fortes migrações internacionais); a globalização da economia (a pressão para que os governos nacionais criem um clima economicamente atrativo); as alterações do mercado de trabalho (o desemprego de longa duração e a flexibilização); e, por fim, o processo de individualização e diferenciação, numa sociedade cada vez mais complexa e imprevisível (Berkeel e Moller, 2002). Simultaneamente, estamos perante um período de fragilidade do Estado-Providência, de saturamento dos sistemas de proteção social e de traca fusão das ideologias de cidadania social (Hespanha e Matos, 2000). Neste sentido, as políticas de atuação pretendem promover a participação dos indivíduos, principalmente no mercado de trabalho e nos processos de empregabilidade, contrariando a ideia de dependência dos incentivos sociais e da iniciativa das instituições públicas.

Para a implementação destas medidas em Portugal foram fundamentais as diretivas e recomendações da Comissão Europeia, nomeadamente no que respeita à Estratégia Europeia para o Emprego (EBE) e a Estratégia de Lisboa no que respeita ao reforço da viragem de paradigma nas políticas sociais a favor da introdução de mecanismos de atuação e da promoção da coesão social, criando um mercado de trabalho mais inclusivo (Hespanha, 1997).

Relativamente ao envelhecimento, passa essencialmente por incentivos que permitam o prolongamento das pessoas no mercado de trabalho garantindo a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos. É pretendido o combate à discriminação etária no mercado de trabalho, defendendo condições e adaptabilidade aos postos de trabalho para todos e também a formação ao longo da vida, proporcionando maior autonomia aos indivíduos. Por outro lado como nos dizem Hespanha e Matos (2000), no caso português sobre as políticas sociais de atuação, estas teses reforçam a ideologia da obrigatoriedade e o princípio de compulsão ao trabalho. Se por um lado as intenções de criar processos de atuação parecem aumentar a participação e autonomia das pessoas e a melhoria das suas qualificações, por outro, faltam a estas medidas respostas eficazes para o aumento das despesas públicas e combate da dependência das políticas assistenciais, às quais é acusado o Estado-Providência pelas políticas neoliberais (Hespanha e Matos, 2000). Estão também implícitas responsabilidades aos indivíduos pela sua inserção de dever social, correndo então o risco de se revelarem, ao contrário do que prometem, políticas inibidoras do exercício dos direitos do cidadão, desresponsabilizando o papel social do Estado e perpetuando situações de desigualdade e

fragilização dos públicos mais vulneráveis. Desde a segunda metade do século XX, as sociedades ocidentais têm vindo a apostar em práticas de democracia de baixa intensidade, que respeitam um modelo de democracia de concepção hegemónica, ao mesmo tempo que vão experimentando a degradação de algumas das suas lógicas democráticas (Santos e Avritzer, 2003).

Na proposta de Santos (2003) são as concepções contra-hegemónicas, que vêm afirmar que a democracia constitui uma nova gramática histórica, não devendo ser tratada como mero procedimento burocrático ou institucional de organização e harmonia social, devendo sim, basear-se no alargamento do campo político e de cidadania na disputa de visões diferentes sobre o mundo e democracia, através da inclusão de vários atores sociais, principalmente aqueles que habitualmente ficam excluídos dos processos representativos de democracias hegemónicas.

Tem sido proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um entendimento sobre envelhecimento ativo, integrando os vários domínios, quer pessoais, quer sociais, contrariando a tendência que existe para uma visão redutora e muito direcionada para a vertente da empregabilidade.

A Organização Mundial de Saúde define envelhecimento ativo como "um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem". É sugerido por esta proposta que seja implicado pela ativação, uma participação ao longo da vida nos domínios económicos, sociais, espirituais, cívicos e culturais, não sendo apenas a capacidade para que os indivíduos permaneçam ativos fisicamente ou que participem no mercado de trabalho. O sentido desta observação é colocado no campo da participação total, contrariando as perspetivas que faziam acreditar só abranger o mercado de trabalho numa visão de dever social, ou seja, entende-se por um lado que o processo de ativação dos mais velhos passa pela possibilidade de participação nos diversos domínios da vida pessoal e social e, simultaneamente, deverão ser respeitadas as suas preferências e capacidades individuais, até mesmo a vontade de não participar se for esse o caso. Nesta perspetiva, uma cidadania ativa implicará antes de mais, o poder de exercício e capacidade de decisão, conseguindo voz ativa nos vários domínios sociais, económicos e políticos. Foi durante a década de 60 que surgiram as primeiras teorias sobre a velhice e o envelhecimento, ao mesmo tempo que eram criadas associações e escolas gerontológicas e geriatricas. Era na altura entendido, pelos

modelos teóricos com cariz universalista que incidiam no valor da ação individual, que por si só, a atividade garantia maior satisfação, benefício, felicidade e bem-estar aos sujeitos, ou seja, estaria desta forma um envelhecimento bem sucedido ao alcance de qualquer um, sempre que fosse garantido o cumprimento de um envelhecimento ativo. Por envelhecimento ativo subentende-se: o princípio de privatização e culpabilização das pessoas pela condução e sucesso do seu processo de envelhecimento; o pressuposto de homogeneidade do grupo a partir de um único elemento, o geracional; a ocultação e desvalorização de outras realidades que acompanham muitas vezes o envelhecimento, como o caso das doenças, incapacidade física ou mental e maior dependência; obsessão por modelos de rejuvenescimento e de atividade (OMS, 2002)

Depois destas teorias de ativação seguiram-se novas propostas que definissem envelhecimento bem sucedido ou ativo, remetendo então para a capacidade de resposta aos desafios que envolvem o processo de envelhecimento, indo ao encontro com o contexto social e individual de cada pessoa, respetando a sua cultura. (Fonseca, 2005) É proposto com estas teorias responder a algumas falhas bastante evidentes que eram apontadas aos primeiros modelos apresentados, mais concretamente era necessário adotar uma natureza pluridimensional que respeitasse a individualidade de cada um, tal como no enquadramento de desenvolvimento social.

Segundo Touraine (2005) parece evidente que o exercício de uma cidadania ativa e o exercício da democracia, passam essencialmente pelo direito a ter direitos, às identidades pessoais e à subjetividade. Os canais de informação deverão ser ampliados, originando espaços de liberdade e direitos individuais. Ao nascimento dos direitos sociais e ao exercício de cidadania, chama-se "individualismo democrático"

Num contexto de mudança parecem surgir novos lugares de participação e representação democrática. Os estados democráticos atuais parecem recuar perante os interesses do mercado capitalista e da modernização que a economia apresenta em prol da liberdade do sujeito. Cada vez mais se assiste aos interesses particulares dos atores sociais no mundo das trocas de mercado em defesa da individualidade e identidade cultural de cada um (Touraine, 1998). Conclui-se portanto que, a construção de projetos individuais e autonomia das identidades sobrepõem-se à vontade coletiva.

Touraine (2005), fala-nos da noção de individualismo característico de um novo modelo de modernidade, sendo esta teoria corroborada por Richard Sennett, na sua obra que fala sobre o Declínio do Homem Público (1993) e na personalidade romântica, ou seja, na ansiedade pelo respeito dos sentimentos individuais, podendo segundo o autor, esta preocupação e procura intensa dos benefícios psicológicos ser mais uma armadilha do que uma libertação.

Para Sennet (1993) a representação dos espaços públicos, vazios e impessoais de interação comunitária, apresentam-se como a afiliação de uma nova cultura urbana capitalista e cosmopolita. Sendo que o homem cosmopolita é o homem público perfeito. Este mostra-se despreocupado e acompanha a mudança com diversidade e ambientes que não conhece. O urbanismo capitalista é no entanto impessoal e dá sinais de fraqueza perante a crença em comunidades de pequena escala, e desejo por culturas territoriais de proximidade. A afirmação de culturas étnicas e a recuperação de recursos endógenos de um determinado território, são cada vez mais falados no desenvolvimento local. Para Touraine, (2005) este crescente vazio social e este avanço de subjetividades, são como que uma viragem de paradigma que se vai deslocando da representação feita pela sociedade para a representação feita pelos sujeitos e atores sociais. A explicação do envolvimento e adaptação da sociedade à mudança impulsionada pelo seu carácter puramente social de autotransformação, tem vindo a entrar-se, levando consigo algumas formas de coletivismo. Alimentado pelo modelo de modernização europeu, este paradigma deu lugar a um descontentamento com o social, valorizando o individual e o subjetivo, ao mesmo tempo que o mundo económico foi atingindo novas proporções. Os mercados deixam de estar restritos aos valores de troca de bens e de serviços e passam a contemplar os domínios da cultura e do social. Os indivíduos passam a desconfiar do poder político e passam a reivindicar o direito à subjetividade, à identidade e ao consumo, ou seja, "o sujeito não é só o que diz eu, mas o que tem consciência do seu direito e dizer eu" (Touraine, 2005; p.114).

Parecem ficar favorecidas situações de exclusão social, pelos contextos urbanos e cosmopolitas, para todos os que se distanciam das lógicas de participação nos sistemas de consumo e laborais. O individualismo e a indiferença social, a exacerbação da juventude, os ritmos urbanos e a sobrevalorização do trabalho como motor da sociedade, colocam em evidência a incapacidade social para gerir outras formas de participação. Poderá este ser o caso das pessoas mais velhas que se encontram isoladas e afastadas dos sistemas de

produção, ficando reservadas quanto muito, à participação em papéis sem visibilidade e reconhecimento no espaço público. Podendo também significar um déficit das práticas de sociabilização e a descentralização relativamente ao sistema de valores em vigor e consecutivamente, ao afastamento do poder de decisão e de influência.

Este modelo apresenta como uma importante incongruência, o facto do reconhecimento das diferenças e das subjetividades particulares se mostrar incapaz de englobar outros modelos de participação social, sem ser os do consumo e do trabalho, fomentando-se principalmente, formas de ação coletiva e reivindicando identidades particulares mais do que direitos universais.

## 1.7. Institucionalização

O processo de institucionalização encontra-se entre as adaptações às quais os idosos são sujeitos a partir de uma determinada altura, é uma fase acompanhada de grandes mudanças implicando o estabelecimento de novas relações, adaptação a ambientes novos e desconhecidos e perda de identidade (social e familiar) passando a lidar com sentimentos de abandono e de ansiedade decorrentes de todas estas alterações (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004; Costa et al., 1999).

Segundo, Jacob (2008) falamos em institucionalização do idoso quando este fica durante todo o dia ou parte dele numa instituição, e de institucionalizados residentes, quando estes lá vivem vinte e quatro horas. São identificados por este autor três fatores de risco para a institucionalização, sendo estes: a incapacidade cognitiva, fruto de alterações cognitivas, demências, sintomas depressivos, problemas psiquiátricos, incapacidade para tomar medicação, menor capacidade para tomar decisões, incapacidade física decorrente das limitações de mobilidade, menor participação nas atividades de vida diárias, maior número de doenças e lesões, doenças crónicas e incontinência, e por fim as condições socioeconómicas e afetivas, que englobam o aumento da idade, a solidão, a ausência de laços familiares e de apoio social, a vividez, os baixos rendimentos, entre outros (Vaz, 2009).

Assistimos nos dias de hoje, a uma intensa procura de instituições para colocar os idosos. Há nas instituições tradicionais como as misericórdias ou as mais variadas

organizações, que se vai formando e desenvolvendo a gestão pública da velhice. No entanto, segundo Fernandes (1997) e Gomes (2000) só a partir dos anos 70 é que as instituições são orientadas pelos princípios da prevenção e da integração dos idosos na comunidade. São distinguidos, por estas autoras, dois tipos de encargos de velhice: um primeiro referente a cuidados de saúde e um outro de cariz mais social. O social poderá ser entendido conforme o apoio que presta: por um lado temos as organizações que apresentam como principal objetivo o alojamento dos idosos, substituindo os antigos asilos, sendo estes classificados como lares ou residências no entanto, ainda nos dias de hoje se debatem com a necessidade de superar a carga negativa atribuída aos antigos asilos, que teima em muitos casos em persistir.

Segundo Pimentel (2005) a institucionalização está associada à perda de autonomia, ao isolamento social e à falta de sentimento de pertença. Apesar de na sociedade atual ser cada vez mais comum recorrer a lares da terceira idade, não deixam porém de continuar a ser vistos como a morada para a última etapa na trajetória de vida, não se vislumbrando qualquer hipótese de retorno, torna-se na maioria das vezes doloroso para quem tem de reorganizar o seu projeto de vida afastado da sua família e comunidade, sendo fundamental a regularidade dos contactos sociais e familiares no sentido de possibilitar a manutenção ou construção de novos afetos e relações.

A decisão pela institucionalização é muitas vezes apresentada de forma complexa e difícil para as famílias, por um lado poderão sentir o dever de solidariedade e reciprocidade, e por outro, sentir a pressão social para não o fazer, sobretudo em meios pequenos rurais. Obrigam-se assim a um pensamento mais refletido sobre qual será a melhor alternativa, tentando respeitar as necessidades e expectativas da pessoa idosa, bem como a deles próprios, estando muito presente a ideia de que esta transição para a instituição, representa a passagem para a sua última morada, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno. (Fernandes, 1995). Quando um idoso tem a necessidade de deixar a sua própria casa, para viver com os filhos, ir para um lar ou outro tipo de instituição, torna-se, quase sempre, um acontecimento traumático (em maior ou menor grau). "*O deixar uma cadeira favorita, um objeto decorativo, a própria cama; separá-lo disto é como se perdesse parte da sua identidade.*" (Fernandes, 2002 p.26)

Fernandes (1997 p.150) alerta e realça a imagem e o valor simbólico negativos relativamente a lares ou residências para idosos, sendo que "*...remetem para uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte.*" Em resultado desta e de outras imagens negativas sobre a institucionalização, que vários autores sustentam a ideia de que o internamento significa uma separação com as atividades quotidianas da pessoa idosa, surgindo para esta como uma mudança decisiva no seu modo de vida, necessitando de ajuda para reorganizar os seus projetos de vida face às alterações sentidas, sejam psicológicas, biológicas, sociais ou económicas. Para Santos e Encarnação (1998, p.60) os indivíduos idosos são cercados "*... num grandioso e confuso aparelho institucional que abrange a totalidade das suas atividades humanas...*", organizações de cariz muito pessoal, tornando-os débeis pela separação do sistema protetor que compõe a comunidade. Segundo estes autores, tal acontece devido à passagem para um sistema baseado em modelos organizacionais completamente estranhos ao indivíduo, verificando-se em consequência, uma desestruturação da sua identidade, ou seja, passam os sujeitos idosos a sentir-se excluídos do seu espaço e das suas relações sociais.

A grande desvantagem no que se refere aos equipamentos, segundo Ester Vaz (2001), são as medidas de cariz universal e efeito homogeneizante que descumram deste grupo etário, ou seja, não ofereçam serviços individualizados direcionados às diferentes personalidades, desrespeitando a privacidade e os hábitos de cada um, pois foi sobre os hábitos de vida que foi construído o mundo simbólico da cada um. Em conformidade com os autores citados anteriormente, outros autores, salientam o facto das instituições tenderem para uma normalização, impedindo que se manifestem as especificidades individuais de cada um, enquanto seres únicos munidos de individualidade própria.

Segundo Fernandes (2002) é nesta linha de pensamentos que se torna essencial considerar os riscos e perigos de uma institucionalização, "*... podendo causar regressão e destigmatização social, (...) perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual. Tudo isto pode levar à perda de amor próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior.*" (p:48).

Apesar de todos os argumentos no sentido de que se deve prolongar ao máximo a estadia dos idosos nos seus lares familiares, torna-se inevitável concordar com Pimentel (2001) quando refere que essa nem sempre será a melhor opção, pois existe a necessidade de

ponderar vários aspetos, entre os quais: o tipo de apoio que necessita o indivíduo, o seu grau de dependência e as reais possibilidades da família, seja a nível monetário ou mesmo disponibilidade de tempo e condições habitacionais.

Quando se afasta um indivíduo do seu espaço e meio envolvente terá de haver bastante cuidado em assegurar a manutenção da sua integração, criando espaços e atividades que lhe permitam sentir-se ativo e incluído, apresentando nesse sentido os programas psicoinclusivos de estimulação cognitiva, uma papel fundamental, essencialmente em lares e centros de dia, garantindo um aumento da autoestima e consequentemente da qualidade de vida dos idosos (Soares, 2006). Para além das capacidades cognitivas, estes programas obtêm grandes resultados a nível comportamental (Spector e tal, 2003).

Parte B - Legitimação

A opção por este grupo social (terceira idade) deve-se ao facto de se tratar de um excerto da população em forte expansão, por diversos motivos, e também pela falta de propostas de ação/intervenção nesta vertente do saber, acreditando ser necessário preparar o futuro da sociedade Portuguesa.

*"Pela janela, Imerso na solidão do teu quarto, olhas pela janela fechada sobre a tua vida, em busca de um rasgo de luz, que te traga à lembrança a felicidade dos momentos que todos os dias recordas com a raiva de quem já não sabe ser feliz! O suspiro que não conténs, denuncia a desesperança, e a janela que não abres, por onde não permites que a vida entre, deixa vislumbrar a vida que fervilha lá fora. Talvez pudesses abrir essa janela... Talvez pudesses sair desse quarto... Talvez pudesses tomar nas tuas mãos o que resta do teu tempo, e deixar-te levar pela brisa que passa suavemente pelos teus cabelos brancos; pela luz que descobre os sulcos que vincam a tua face; pelo sol que aquece as tuas mãos tremulas e inseguras; sem teres pena de ti próprio, porque és velho!"* (Pimentel, L. 2005)

Com as transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, a família é considerada em qualquer idade, como a base de um indivíduo, seja socialmente ou culturalmente. O idoso tende com o avançar dos anos, a viver uma vida social mais restrita, estando cada vez mais a sua vida em função da família. De facto, a família é uma célula fundamental enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, é aí que as gerações se encontram e completam de forma intensa, no entanto, já lá vai o tempo em que existia um culto aos antigos, um ritual de respeito à sabedoria dos mais velhos, era para as famílias motivo de honra cuidar dos seus idosos. Hoje, prevalece o modelo social de família nuclear, convivendo num mesmo lar apenas os pais e filhos, este fenómeno, e a falta de estratégias para lidar com ele, origina mesmo que indiretamente, a um grande aumento do número de idosos em instituições "Lares". Torna-se nos dias de hoje, cada vez mais comum o afastamento ou perda total de contacto entre os idosos e os seus familiares.

Durante a maior parte da história da humanidade, a família tem sido a unidade económica, é tida como uma instituição social, encontrando-se sujeita às influências que a realidade cultural e histórica determina, tornando-se assim frequente, passar por crises durante o seu percurso histórico. No entanto, é vista como uma instituição muito resistente, capaz de

se adaptar e sobreviver aos diferentes momentos. Atualmente, novos valores e paradigmas se apresentam para a família. A família é uma relevante instituição na construção de valores morais, éticos e espirituais, sendo assim responsável pela formação de padrões de comportamentos, atribuindo às outras instituições o caráter de complementaridade na construção dos indivíduos. Percebem-se fortes evidências de que a estrutura familiar tem sofrido violentos abalos e transformações. Vários foram os fatores que contribuíram para essas transformações: a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial, alterando os laços entre irmãos; as migrações que obrigam as famílias nucleares a se tornarem mais "individualistas", sendo assimilados novos valores, atitudes e condutas (Nogueira, 1996)

A ideia de que as famílias de hoje não se ocupam dos seus idosos como no passado, continua a ser difundida socialmente. Será que corresponde à verdade? Certo é que a família nuclear sucedeu à anterior família alargada, convivem atualmente pais e filhos, deixando o espaço anteriormente preenchido pela figura dos avós e demais familiares vazio. Esta realidade torna o apoio aos mais velhos extremamente difícil, levando na maioria das vezes a optar pela institucionalização (Cfr. Leme e Silva, 2002:95).

Trata-se de um fenómeno que não pode ser observado de forma simples e linear, ao fazer uma análise da realidade, verifica-se que esta é composta por dimensões complexas, contrariamente ao que se observa nos dias de hoje, ter muitos filhos há alguns anos atrás era considerado como o único meio de garantir uma boa assistência na velhice. *"Eles eram a 'bengala' da velhice (...) e contava-se com a piedade filial para não envelhecer na penúria..."* (Levet, 1998:58). Nos dias de hoje com o formato de famílias nucleares, monoparentais e unitárias, em substituição da família alargada que foi desaparecendo depois da industrialização do século XX, e com a maior longevidade, verifica-se que existem cada vez menos familiares disponíveis para cuidarem dos seus idosos, sendo mais uma vez, em muitos casos, a institucionalização a sua única opção, no entanto, na atual conjuntura económica, muitas são as famílias que também não podem, ou não querem optar por essa solução, alegando não ter recursos económicos ou pelas listas de espera infundáveis, apresentadas pela maioria das instituições públicas, deixando os seus idosos em condições de negligência, solidão e exclusão. Casos há também, em que a os familiares se esgotam, demite-se das suas obrigações. Embora a família continue a ser um meio privilegiado para as relações afetivas e de solidariedade, torna-se necessário repensar a responsabilidade do

Estado nesta matéria. A realidade mudou, e se até aqui o Estado contava com o apoio das famílias e da comunidade, atualmente terá de repensar novos métodos e estratégias para combater as novas problemáticas que vão surgindo.

Segundo Pimentel (2001) o discurso político e social vem dar ênfase aos centros de serviços na comunidade, alegando que são responsáveis de todos e não só dos poderes públicos. Verifica-se uma revalorização das redes de solidariedade primárias (Comunidade e família) em vez das redes formais (Instituições). Esta sublimação às famílias recorrendo os valores sociais e familiares, evidenciam uma intenção de recuo das intervenções públicas de política social, ou seja, não querendo desvalorizar o papel da família, muito pelo contrário, torna-se no entanto essencial, perceber em que condições é que as famílias fazem face aos condicionalismos a que estão sujeitas.

As famílias, atualmente, não se sentem capazes de assegurar a satisfação das necessidades, sejam estas: físicas (alimentação, habitação e cuidados globais), psíquicas (autoestima, afeto, e equilíbrio) ou sociais, ( preservação da identidade e do sentimento de pertença a um grupo) dos seus idosos.

Segundo Caldas (2002) o cuidado prestado aos idosos por parte dos familiares de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente, é mais observado quando os membros da família não estão disponíveis, estão despreparados ou sobrecarregados pela responsabilidade. Existindo assim nesse contexto, uma maior possibilidade de serem efetuados abusos e maus-tratos. É essencial manter presente, que embora a legislação e as políticas públicas afirmem, e a própria sociedade acredite, que devem os idosos ser cuidados pela família (por questões morais, económicas ou éticas) não é possível garantir que todas as famílias consigam prestar um cuidado indicado e humanizado aos seus idosos. As famílias poderão apresentar necessidades que vão desde os aspetos emocionais até os materiais, passando pela necessidade de formação e de informação. A nível material poderá incluir recursos financeiros, questões de habitação, transporte e acesso a serviços de saúde. No entanto, a família-cuidadora precisa de receber informação sobre como efetuar os cuidados que liguem a família aos serviços de apoio, e meios que garantam qualidade de vida. Torna-se necessário estar atento, aos cuidados desenvolvidos dentro da esfera privada das famílias, invisíveis aos olhos do público, logo, ignorados pelas autoridades e pelas organizações que poderiam se responsabilizar pela prestação de serviços de cuidado aos idosos, permanecem ocultos e, como tal, não são amparados por quaisquer apoios ou serviços externos. As

estruturas familiares sofrem nos dias de hoje uma reestruturação, ou seja, surgem novos modelos de família, como também fatores preeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando em termos de necessidades sociais, novos desafios, obrigando à reorganização das respostas públicas e privadas, visando a promoção do bem-estar individual e coletivo no que confere ao processo de envelhecimento. Sendo a família um conjunto em permanente interação dos seus membros e destes com outras famílias, tornando-se um sistema de sinergias variáveis respondendo às necessidades e funções básicas dos seus elementos. A família como transmissora de conhecimentos e de valores, apresenta um papel socializador e educativo, sendo a autoestima e a tolerância à frustração, sentimentos partilhadas pelos seus membros, criando na família um sentimento de pertença e de parentesco, unindo-os por laços de solidariedade, afeto e responsabilidade, essenciais para o bem estar dos indivíduos. Em geral, a família desempenha um papel importante no apoio para um vasto conjunto de serviços que fazem face às necessidades dos seus membros, apaziguando os efeitos da incerteza em campos importantes da vida, como acontece nos casos do mercado de trabalho (apoiando a estrutura familiar) ou dos cuidados pessoais ( apoiando em casos de doença), entre outros.

Na sociedade pré-moderna, o sistema social que estava implícito, consistia em os filhos adultos cuidarem dos seus pais idosos tornando-se assim um sistema de interajuda entre gerações. A passagem de uma economia rural para uma economia (pós)industrial, caracterizada pela nuclearização da família, pela mobilidade geográfica e pela erosão das tradicionais normas de obrigação familiar e reciprocidade, trouxe consigo fortes alterações na instituição ancestral, deparando-se com casos em que os filhos dizem não ter tempo ou vontade para estar com os seus pais.

A família em Portugal, como no resto do mundo, está em profunda alteração. A organização familiar num passado recente, reconfigurou-se devido às transformações societárias impulsionadas por vários fatores, como: a atomização dos agregados familiares e a maior volatilidade das relações conjugais, o aumento da taxa de participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho, as alterações sentidas nos processos de trabalho centrados na tecnologia. A figura da mulher cuidadora do lar, chamada doméstica, constitui nos dias de hoje uma raridade. O aumento de divórcios e as novas formas de conjugabilidade têm vindo a afetar as relações familiares, observando-se hoje em dia, uma reestruturação das relações, mais aberta e com menor estabilidade.

Em Portugal, assim como em muitos países do Mediterrâneo, os familiares (mulheres, pais, maridos, etc.) ainda continuam a ser o grosso dos cuidadores das pessoas idosas que apresentam dificuldades nas atividades da vida diária (Comas-Herrera e Wittenberg, 2003). Torna-se fundamental que sejam inovadas nas respostas sociais que possam atender às atuais necessidades apresentadas em serviços de saúde e apoio social, numa sociedade em constante mutação, assim como no quadro das restrições financeiras decorrentes do Programa de Assistência Financeira que penaliza fortemente os seus idosos.

Carvalho (2010) na sua tese de Doutoramento refere que, "Apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora... A família tende a criar "novas" dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e dos cuidados aos seus familiares mais idosos. Esta negociação não é meramente individual, resulta das funções que cada elemento tem dentro e fora da família. Remete não só para as normas e princípios sociais, para o tipo de relacionamento existente entre os que cuidam e os que necessitam de cuidados, mas também para o tipo de suporte existente no âmbito formal e para o modo como as dimensões formais e informais se relacionam umas com as outras." Analisando a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão da família portuguesa, e de acordo com Carvalho (2009), observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais, ainda muito restrita, têm vindo a ser incorporadas na definição de núcleo familiar.

## 2.

vizinho.

É importante que se observem estas alterações profundas, a nível familiar e social, levando inevitavelmente para problemáticas preocupantes e alarmantes como é o caso do isolamento social, tão presente na vida dos nossos idosos, nos dias de hoje é frequente, quase banal, ligar a televisão e ver a abertura dos jornais noticiosos com informações sobre idosos que foram encontrados mortos em casa à semana, meses ou mesmo anos, situações destas obrigam-nos a refletir sobre que valores é que se encontram presentes nesta sociedade, em que já nem nos apercebemos da longa ausência, de um familiar, de um amigo ou de um fundamental desdobrar este conceito, percebendo que os significados atribuídos à pessoa

idosa isolada e à pessoa idosa sozinha são diferentes, apesar de muitas vezes, serem tidos como sinónimos e se encontrar na bibliografia, conceitos similares.

O isolamento social, encontra-se relacionando com a não integração de uma pessoa e/ou grupo num determinado contexto social. São apresentadas dados objetivos como o tipo, o número, e duração de contactos existentes entre os indivíduos e o meio social envolvente, sendo a rede social do indivíduo um dado importante nesta componente. (Wenger et al, 1996).

Viver sozinho e solidão são conceitos diferentes na sua conceção, por exemplo, sabe-se que o facto de se manter uma rede de relacionamento mais alargada não é sinónimo de prevenção do aparecimento de sentimentos de solidão. (Townsend e Tunstall, 1968).

Fonseca (2004) alerta que, se por um lado é importante remediar as privações e melhorar o bem-estar material dos idosos, principalmente daqueles que na comunidade vivem pior, é igualmente necessário e não menos importante, criar oportunidades para que as pessoas mais idosas possam manter-se em relação com terceiros, encontrando novas pessoas em quem possam confiar. O estabelecimento de relações de confiança, emerge efetivamente, como o melhor antídoto no combate ao sentimento de solidão, que independentemente do contexto onde se vive, espregueia por detrás de uma doença grave ou incapacitante, do isolamento físico ou geográfico, de um determinado estilo de vida solitário, de uma perda, da morte iminente, ou simplesmente, da dificuldade em exprimir sentimentos acerca da respetiva condição de vida.

Segundo Pauli (1995, p.78) Verifica-se que as características das pessoas afetadas pela solidão, não estão diretamente ligado à idade e sim à falta de objetivos: “Sem objetivos de vida para realizar e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina o mais das vezes penosa e solitária, [os idosos] ou se sentiam acompanhados por algum Deus ou se sentiam irremediavelmente sós a cumprir um destino inexorável” No

entanto, “nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o ainda possível verificar que os idosos analábetos podem ver acrescida a sua solidão, pois apresentam maiores dificuldades no acesso à informação escrita e mesmo falada, reforçando ainda mais o seu isolamento e consequentemente os sentimentos de solidão (Pauli, 1992)

Ainda segundo Fonseca (2004), outros estudos mostram que os níveis elevados de solidão "ocorrem em classes sociais mais baixas, com poucos interesses específicos e com uma baixa capacidade de ocupação em atividades de índole pessoal... relacionada com a fraca ou inexistente educação escolar, bem como com a falta de experiência anterior em atividades de ocupação de tempos livres;" (p. 174)

Os fatores de risco que podem potenciar o isolamento social são, segundo Findlay e Cartwright (2002): (i) Sofrer a perda de um ente querido, (ii) Viver sozinho, (iii) Ter uma doença física ou mental, (iii) Possuir baixas habilidades (iv) Ser muito idoso (mais de 80 anos), (v) Ser cuidador de outrem por período longo, (vi) Ser vítima de maus tratos na terceira idade, (vii) Residir em zonas pobres, (viii) Ter dificuldades de comunicação (audição), (ix) Ter dificuldade de acesso a meios de transporte.

Segundo o INE (2011), "Viver sozinho" refere-se a uma pessoa que reside sozinha, em Portugal Continental das 1 949 557 pessoas com mais de 65 anos, vivem sozinhas: 433 901 com idades compreendidas entre 75-79 anos; 301 251 tem idades entre 80 – 84 anos; e 243 137 contemplam mais de 85 anos. Conclui-se, que todas as definições de solidão, são resultado de deficiências nas relações sociais da pessoa, sendo a solidão também vista como um fenómeno psicológico subjetivo, e como tal, não pode ser sinónimo de isolamento.

Para (Rente & Oliveira, 2002) é usual ser feita a associação entre velhice e solidão, sendo que ocorrem várias perdas em diferentes domínios no mesmo espaço de tempo. Segundo este autor, uma das formas de amenizar este sentimento de solidão sentido pelos idosos, será proporcionando relações sociais, contribuindo para o bem-estar, social, físico e psicológico, tornando-os ativos, possibilitando um envelhecer com maior qualidade de vida.

A solidão é o "assassinio invisível" do idoso, que ameaça a saúde, tanto quanto a obesidade ou o tabagismo. O alerta é de uma campanha - Campaign to End Loneliness - organizada por ONGs Britânicas, que alegam que o custo emocional da solidão pode ser conhecido, mas os danos físicos provocados por ela têm sido negligenciados" (Bonde, 2011)

A solidão é um fenómeno de significado amplo, complexo e subjetivo, com abordagens metodológicas e teóricas diversas, realçando diferentes causas e manifestações da mesma.

Neto (2000) salienta que apesar das várias tentativas para atribuir uma definição ao conceito solidão, nenhuma é considerada unanimemente pelos especialistas mundiais. Trata-se de um termo que apresenta um caráter intuitivo para a maioria das pessoas. Porém, de acordo com Peplau e Perma (1982, cit. por Neto, 1992 e 2000) estão atribuídos às definições de solidão três aspetos comuns, partilhados na literatura por outras definições: (i) a solidão como experiência subjetiva pode não se encontrar relacionada com o isolamento objetivo; (ii) trata-se de uma experiência subjetiva de cariz desagradável para o indivíduo; (iii) a solidão é a consequência de um relacionamento deficiente.

Através de um estudo na população em geral, Rubenstein e Shaver (1982, cit. por Neto, 2000) foram obtidos em inquéritos, quatro grupos de sentimentos que as pessoas diziam sentir quando estão sós: aborrecimento, desespero, depressão auto depreciativa; por exemplo, vários sinónimos aparecem associados a estes quatro principais; por exemplo, associado ao desespero encontra-se o desamparo, terror, abandono, entre muitos outros. Esta dimensão de sentimentos que podem estar associados à solidão, mostram-nos a dimensão da sua complexidade.

Neto (2000) afirma ainda terem sido identificadas diferentes formas de solidão associadas a diversos sentimentos. Weiss (1973, cit. por Neto, 1992 e 2000) apresentou a distinção entre solidão social e solidão emocional. Relativamente à solidão social, salienta que a pessoa se sente solitária e insatisfeita devido à falta de uma rede social de pessoas conhecidas e de amigos; no que se refere à solidão emocional, já é o indivíduo que por causa de uma relação pessoal íntima, se encontra insatisfeito e solitário. O mesmo autor salienta ainda, o facto de a solidão emocional ser a mais dolorosa. Este tipo de solidão é a que se encontra mais presente em idosos, principalmente aqueles que já viram partir os seus companheiros de vida íntima.

A rutura com a atividade laboral pode ser também considerada causadora de solidão, pois é nesta fase que se dá o declínio no padrão de vida e é sentida a perda de utilidade social. Neto (1999) afirma que a reforma pode conduzir a várias perdas, nomeadamente, de prestígio, de rendimento, de sentido de competência e utilidade, e em muitos casos, de contactos sociais. O isolamento social, a depressão e a inatividade são neste sentido favorecidos.

São então constatadas durante a terceira idade, transformações ao nível de papéis sociais, exigindo que o idoso se vá adaptando às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). É também aqui, segundo Ramos (2002) que as relações sociais têm um papel fundamental na promoção do envolvimento social e na prevenção, podendo o contacto com outras pessoas levar à adopção de hábitos saudáveis, contribuindo para o aumento do controlo pessoal, logo a um maior bem estar psicológico.

A solidão apresenta-se como um inimigo oculto de todos os dias e de todos nós, podendo esta ser devastadora para o ser humano em qualquer fase da vida, sendo que na velhice, trabalha de forma silenciosa, assumindo proporções assustadoras e de resultados imprevisíveis. Assume maior importância na medida em que também a depressão vai encontrar neste sector fragilizado um *habitat* perfeito para se acomodar. Caminhando lado a lado com este problema, encontram-se os distúrbios alimentares, o sono irregular, a falta de objectivos, pouco ou nenhum convívio social, até que o silêncio chega, ficando apenas uma voz interna que já não consegue ter eco, já não consegue palavras para dizer: preciso de um sentido para a vida, preciso que me ouçam, preciso de ajuda.

Podem então concluir-se, que a solidão resulta de características pessoais e de factores situacionais, sendo que no nível situacional, inclui-se a diminuição de contacto social, perda relacional, o estatuto social em disponibilidade, redes sociais inadequadas, situações novas, entraves indirectos ao contacto social, factores temporais e fracassos. A nível pessoal salienta-se: a depressão, a timidez, a autoestima, o autoconceito e as habilidades sociais (Neto, 2000).

São sugeridas por Neill & Freire (2000) algumas estratégias que podem ajudar os idosos a combater ou prevenir a solidão: participar em actividades sociais voluntárias; tentar conhecer novas pessoas e fazer novas amizades; transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas; envolver-se em grupos de convívio; actualização cultural; encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações; investir em si próprio, cuidando da saúde mental e física e consciencializar-se do seu papel como cidadão na sociedade, reconhecendo os seus direitos e deveres, confirmando-se assim que as relações sociais apresentam um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social. Segundo Ramos (2002) as relações de proximidade e interacção com outras pessoas podem levar à adopção de hábitos saudáveis contribuindo para o

aumento do sentimento de identidade e controlo pessoal, agindo diretamente no bem-estar psicológico e sociais indivíduos.

A nível psicológico, nesta fase da vida denota-se uma quebra da capacidade cognitiva e de adaptação, podendo esta se manifestar pela incapacidade de aceitar ou gerir uma situação de choque como por exemplo a viuvez, ou pela incapacidade adaptativa mesmo em situações simples. A dificuldade na capacidade de se adaptar socialmente pode ser sentida pela resistência à mudança de ambientes, desde uma casa diferente até uma simples mudança dos móveis do quarto (Leme e Silva, 2002:94).

Constitui-se esta problemática, ainda que de forma invisível, quase imperceptível, à necessitando da obtenção de conhecimento, para que se consiga aceder à captação das falas dos idosos, dos seus afetos, emoções e discursividade, deixando de falar de velhos através da voz de cuidadores ou de terceiros, sendo necessário os escutar e não apenas ouvir. É importante que se exerça com esta população, o treino e desenvolvimento de competências pessoais e sociais, a fim de se conseguir estratégias e soluções para não os deixar entrar em situação de solidão e isolamento social, permitindo-lhes encontrar um lugar ativo na comunidade e na sociedade.

### 3.

A velhice é uma etapa particularmente intensa de perdas ativas (García, 2002), ou seja, vão sendo perdidos papéis ao longo dos anos de forma progressiva, (reforma, viuvez, filhos que saem de casa, etc.)

“O indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido.” (Fernandes, 2002, p.26).

A perda do parceiro, de acordo com Doll (2002) foi sempre considerada como um evento drástico que afetava a psique, a saúde, e as relações sociais dos indivíduos. Contudo, este processo não ocorre de forma estática e homogênea entre os indivíduos. A viuvez contém uma maior conotação feminina, estando principalmente relacionada com as mulheres, com efeito são as viúvas que sofrem mais as consequências (perda do papel social, diminuição ou perda total da renda e isolamento social). O isolamento social torna-se mais evidente quando a

identidade da mulher está diretamente ligada ao marido. Na Idade Média surgiram diferentes tipos simbólicos de vivas; a viúva pobre, a viúva alegre e a boa viúva. Ainda hoje estão presentes algumas destas representações. Para os homens idosos, eventos que geralmente ocorrem nesta fase da vida como a reforma e outras perdas de papéis sociais, podem ver agravado o sentimento de perda da companhia. Salienta ainda para a possibilidade do aumento dos riscos de surgimento de problemas psicológicos como a depressão.

D'Assumpção (2008) refere ainda que persiste a ideia de que os idosos aceitam melhor a morte do que os jovens, devendo-se tal facto à vida longa que viveram, por já terem experienciado situações de maior proximidade com a morte, como as doenças incapacitantes e degenerativas ou perda de entes queridos. Torna-se natural que a pessoa idosa ao longo da sua vida, tenha lidado com a morte do companheiro, amigos, filhos ou netos, apresentando-se, deste modo ao idoso uma maior capacidade de adaptação ao luto, já que convive mais frequentemente com ele. No entanto, ainda segundo este autor, a dor da perda de um ente querido é na maioria das vezes, mais insuportável que a possibilidade da própria morte. Corroborando, Doll (2002) refere que as pessoas mais velhas têm, geralmente mais desenvolvidos os seus mecanismos de controlo emocional, e justamente por já terem vivido um número maior de perdas ao longo da vida, apresentam formas mais eficazes de lidar com o luto. No entanto, os idosos sendo mais vulneráveis, tanto física quanto socialmente, sentem a perda do companheiro como rutura estrutural sem precedentes. O luto é percebido como uma fase comum em determinadas épocas da vida, e como tal, torna-se possível a sua readaptação, encontrando-se então presentes, conceitos como resiliência e enfrentamento para compreender os esforços desenvolvidos pelo sujeito para lidar com as demandas do luto.

*"A passagem transcorrida após a morte do companheiro mostra que o tempo é um "cicatrizante" e que o conformismo não significa mera acomodação, mas um recurso que possibilita às idosas viverem com menos sofrimento, conseguirem superar as dificuldades que poderão surgir na velhice e viverem esta fase com mais qualidade de vida. (Baladin e Fortes, p.48, 2008)" .*

Neto (1999) defende que a viuvez, a reforma e a diminuição de saúde,

destituem as pessoas de relações e papéis fundamentais em torno dos quais foram construídas as suas identidades. Parecem ser estes os principais aspetos que se constroem em torno da solidão em idosos. Quer assim dizer que a participação na atividade e na comunidade, tendencialmente, vai reduzindo com o avançar da idade, originando sentimentos de

desvalorização e de solidão, criando défices ao nível da integração familiar e social, como também na saúde física e na psíquica. Sequeira e Silva (2003) através de um estudo cujo objetivo era investigar os níveis de bem estar de um grupo de idosos residentes em meio rural, identificando quais as variáveis que adquiriram uma maior importância para o seu bem estar, concluíram que os meios rurais podem ser considerados ambientes privilegiados de envelhecimento, uma vez que são promovidas as redes de relação, ou seja, existe um maior contacto e uma maior rede de vizinhança, originando, desde logo maior apoio instrumental, psicológico e emocional. Sendo o nível de solidão tendencialmente menor do que nos meios urbanos.

A vividez, segundo Paul (1991, cit. Fernandes, 2007), está frequentemente associada à solidão, devendo-se principalmente à perda de uma relação íntima particular. Lidar com perdas e morte, embora seja complexo, é algo que nos acompanha em diferentes situações no decorrer da vida. A morte é uma condição de vida. Compreender a morte e o respetivo processo do luto envolvendo diversas manifestações psicossociais, requer que se encontrem diversas formas para aliviar a dor da perda e o sofrimento humano. O impacto e a intensidade de dor que é sentida pelo sujeito em luto, relaciona-se diretamente com os laços existentes entre este e o sujeito falecido. Nos casos de vividez, as reações e impacto sentidos pelas pessoas enlutadas, manifesta-se sempre de forma diferenciada, ou seja, são as características individuais, tais como: vulnerabilidade da estrutura psicológica, sensibilidade ou por determinantes do contexto sociocultural onde o indivíduo se insere que vão fazer com que as reações sejam diferentes de indivíduo para indivíduo.. (Doll, 2002)

Para Bowlby (1998), o luto manifesta-se como forma de ansiedade, contribuindo a teoria do vínculo para uma melhor interpretação teórica dos aspetos do luto normal ou patológico. Esta teoria aborda e tenta explicar, os sintomas aparentemente paradoxais encontrados nas sensações de perda. Após a perda, os sentimentos ambíguos adquiridos evidenciam a tentativa irracional de manter o vínculo, mesmo que desacreditando as evidências da realidade. Para algumas pessoas é através da religião ou do espiritualismo que tentam arranjar uma maneira de se confortarem num momento tão delicado como o luto. Para este mesmo autor, o luto apresenta como resposta habitual, as fases de saudade e busca da figura perdida; torpor ou aturdimento; desorganização e desespero; e, finalmente, uma maior ou menor reorganização.

Rocha (2005) Refere que a perda do companheiro apresenta-se como um processo doloroso, independentemente da idade em que acontece. Em casos que o casal já se encontra junto há muitos anos, como pode acontecer no caso dos idosos, parece evidente que o impacto do luto tome dimensões grandiosas, podendo tornar-se devastadoras, provocando uma depressão fatal. Já foram conhecidos casos em que após a morte de um dos cônjuges, o outro morre logo de seguida. Os fatores que irão contribuir para uma previsão de como decorrerá o processo emocional e comportamental da pessoa enlutada, são influenciados pela forma como decorreu a morte, pela força e a segurança do apego, como também pela confiança e as circunstâncias particulares da relação entre o casal. Ramos (1994) diz que são perdidos um conjunto de papéis quando morre o companheiro de vida, também tarefas e costumes inerentes à construção da sua história conjunta, passando a ser exigido a quem fica, uma reconfiguração da vida, ou seja, uma reorganização em termos afetivos e sociais. São muitas vezes observadas durante o processo de perda, manifestações que podem ser de culpa, raiva, protesto, autoacusação e amargura, podendo estas se manter até começar a recuperação do processo de luto, readquirindo uma nova identidade, baseada em experiências positivas, dando origem a uma nova percepção sobre si mesmos.

Para Ross (1996), o desenvolvimento humano fundamenta-se em quatro dimensões: emocional, física, intelectual e espiritual. É através destas dimensões que é formado o medo visceral e irracional da morte, ou seja, o medo é então conhecido pelo ser humano em todas as suas dimensões nas diferentes fases de desenvolvimento, estando também as experiências desses medos presente nas diferentes vivências de mortes, que vão sentido ao longo da vida. Na dimensão emocional ele aceita ou rejeita estas mesmas perdas, na física o homem reage instintivamente percebendo todas estas perdas na intelectual, obtém o conhecimento diário destas mortes e por fim, na espiritual ele supera o conhecimento aumentando a sua consciência e alcançando a sabedoria. Torna-se então fundamental a consciência que vai adquirindo das pequenas mortes diárias para que fique melhor preparado para a sua morte, obtendo assim uma melhor qualidade de vida. Este autor salienta também, que a morte está presente em todos os instantes da vida e em todas as circunstâncias, encontrando-se esta registada nas suas células, nas suas emoções, no seu lado racional, ou seja, o homem tudo pode fazer para tentar atrasá-la, mas não poderá escapar dela. A vida e morte não são duas linhas paralelas, sendo sim, partes que se cruzam do mesmo processo. As células estão em constante mutação, envelhecem e morrem, ao mesmo tempo que se vai

perdendo coisas ao longo da vida. Tudo na vida envelhece. O homem começa a morrer desde o momento em que nasce, contudo, ficar velho também tem o seu lado positivo, significa que não se morreu cedo, significa que se viveu e muito.

Freud (1917), defendia que o luto é uma reação à perda de alguém que se ama, provocando um estado de espírito doloroso, passando o indivíduo a um desinteresse pelo mundo externo, sabendo que este evoca em muitos de seus aspetos a lembrança de quem se perdeu, dando a sensação de incapacidade para arranjear um novo objeto de amor (redireccionar a libido investida, substituir o objeto perdido); configurando-se também no distanciamento de qualquer coisa que se relacione com ele. No luto ocorre a perda de um objeto real, contrariamente à melancolia, tornando-se o mundo pobre e sem vida. O luto pode dividir-se em normal e patológico. No luto normal trata-se de um processo dinâmico e complexo em que a personalidade do indivíduo se encontra envolvida. A etimologia da palavra, luto, significa dor e desorganização, ou seja, existe sofrimento no luto dito normal, vivemos a perda do objeto concreto, não podendo ser negado acabando assim por compactuar com a morte, no entanto, com a perda do objeto surge o sofrimento. É através de enorme esforço psíquico que parte do ego é projetada nesse sofrimento. Criam resistência procurando a realidade perdida. Já no luto patológico, a libido, (deve ser deslocada para outro objeto) mantendo-se encaminhada pelo próprio ego, identificando-se assim com o objeto. caso isto não ocorra, é como se a sombra do ego caísse sobre ele mesmo (ego). (FREUD, 1974).

Conclui-se portanto que a vividez será sempre um evento dramático na vida das pessoas, junto dos idosos não poderia ser diferente, no entanto pela sua vulnerabilidade psicossocial e física inerentes à condição de idoso, encontra-se mais exposto, tornando este processo ainda mais difícil. As estratégias que encontrará para enfrentar o luto, vão depender da forma como a perda foi elaborada e vivenciada pelo sujeito. Para que a vividez não represente o fim da vida para quem fica, torna-se essencial o apoio familiar e social. Torna-se essencial criar ou manter atividades que levem motivação para que consiga seguir com a vida em frente, ou seja, que sejam prazerosas, importante também será manter o relacionamento com outras pessoas, estimulando a criação de vínculos de amizade. Parece fundamental que mantenham um sentimento de utilidade perante a sociedade, sendo para isso, essencial, que o círculo de amigos e parentes próximos ajudem na reconstrução da pessoa em processo de vividez. (Novais, 2000) Sendo também nesta fase difícil das suas vidas, essencial uma

intervenção no sentido de os ajudar a se reorganizarem, criando ferramentas para que consigam manter-se integrados na sociedade através de atividades psicoinclusivas como as do programa de intervenção.

#### 4.

*Compensando as perdas na Velhice - o lugar da Afetividade - - "Parado e atento à  
rativa do silêncio, de um relógio partido e gasto pelo tempo, estava um velho sentado no banco do  
jardim, a recordar fragmentos do passado. o olhar triste e cansado procurando alguém..."*  
Mafalda Veiga

O conceito de vinculação surge para a psicologia como um termo introduzido por John Bowlby vindo da etologia, refere-se a uma procura incessante de figuras específicas, ou seja, de relações afetivas específicas, procura de afeto, mostrando-se a vinculação como uma tendência que os indivíduos manifestam para procurar a presença ou testar a proximidade de membros da sua espécie. Esta teoria contribuiu para a compreensão da origem e desenvolvimento dos padrões de relacionamento estabelecidos ao longo de todo o desenvolvimento, apesar de inicialmente se concentrar no comportamento da criança com a figura protetora ou cuidadora, tinha a pretensão de demonstrar que são as relações de proximidade que proporcionam sentimentos de segurança e proteção necessárias para um bom desenvolvimento humano. Esta teoria estendeu-se para os adultos no final da década de oitenta, contemplando quatro estilos de apego: seguro, preocupado-ansioso, desapegado-  
evitativo e assustado-evitativo (Bowlby, J. 1985)

Sendo o indivíduo, incontestavelmente, um ser afetivo, necessita dar e receber afeto; o projeto da vida de qualquer ser humano considera esta abertura e compromisso ao Outro ao mundo; como seres sociais que somos, precisamos dos outros para nos realizarmos. Desde que nasce, o ser humano envolve-se na afetividade, na família, tornando-se esta o palco ideal dos afetos, berço da afetividade, tal como nos grupos de amigos, na escola, nas relações, no trabalho, na comunidade, na vida. A base psíquica do ser humano constitui-se por esta capacidade de ser afetado como motor da vida e alicerce da aprendizagem. Os afetos também se educam no sentido do compromisso, da responsabilidade, do respeito pelo sentido da vida, sendo estes, uma das bases fundamentais para a formação da identidade pessoal e social dos indivíduos, bem como da proximidade e abertura aos outros. Em todas as fases em que se desenvolve o ciclo da vida, os afetos são imprescindíveis para uma percepção positiva da

mesma. Também para criar alícerces de bem estar e para superar as dificuldades marcadas pelas mudanças, pelas perdas e pelas limitações, a afetividade apresenta um efeito protetor imaginável, um poder preventivo na doença, um papel ímpar no sentimento de satisfação com a vida, no compromisso de viver. Diante de um novo cenário em que se perdem competências e capacidades, em que se deixam para trás lugares e pessoas, torna-se fundamental compensar e favorecer aquilo que ainda é tido como fonte de gratificação na vida, alimentando a vontade de existir, as relações, os afetos e a família.

Para explicar a vinculação, estão descritas duas assunções básicas: A primeira baseia-se na necessidade humana e é universal, onde os indivíduos desenvolvem ligações afetivas de proximidade ao longo da vida, com o objetivo de atingirem a tão desejada segurança, que lhes permitirá explorar o self, os outros e o mundo com confiança. A segunda esta relacionada com a influência das relações de vinculação no desenvolvimento em geral, e na saúde mental, em particular. (Ainsworth, 1967; Ainsworth & Bowlby, 1991) (cf. Baumeister & Leary, 1995,)

Segundo Fernandes (2002) são melhor suportadas situações de vida adversas, quando têm junto de si pessoas que amam, e que as amam. No entanto, muitas vezes a realidade não o permite, observando-se situações de isolamento e abandono, quer por familiares, quer por amigos. Como seres sociais que somos, nesta etapa da vida, a velhice precisamos ainda mais de nos identificarmos, de nos sentirmos úteis, valorizados, amados e comprometidos; torna-se imperioso o sentimento de pertença, a conservação dos vínculos e laços familiares, a regularidade dos contatos próximos com a família, tal como o apoio recebido e percebido. Existe a necessidade de percebermos que somos efetivamente bem ao Outro, aqueles que amamos favorecendo assim um processo de envelhecimento bem sucedido. A existência, manutenção e o reforço das relações afetivas e familiares na velhice são determinantes para a qualidade de vida, apresentando também um efeito de prevenção da doença, essencialmente em estados depressivos e de solidão. A possibilidade de uma relação próxima e regular com os netos é fonte de recompensa pessoal, promovendo a construção de uma identidade pessoal saudável. Trata-se de uma etapa da vida repleta de recordações, balanço, conciliações, sendo o olhar do outro, da família, ou dos amigos ainda mais importante; é necessário dar tempo, apostar na qualidade e frequências das relações familiares, cuidar, ou seja, é essencial comunicar.

As atividades contempladas no programa de intervenção apresentaram várias funções, entre elas a partilha de emoções e de atetos, desempenhando assim também neste campo, a sua função integradora.

“... é mais provável que não se sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeitem; é mais provável que não sinta a perda da juventude como algo destruidor, se tiver assimilado outros valores e interesses ao longo da vida; é mais provável que não sinta a proximidade da morte de forma tão ameaçadora se teve uma vida mais satisfatória” (Gatto, 2002, p.110).

## 5.

Os idosos não podem ser vistos como um todo, apresentam características únicas e individuais que condicionam a sua personalidade e o seu comportamento, necessitando por isso que seja respeitada a sua heterogeneidade. Segundo (Fonseca, 2005b) quando se aborda o processo de envelhecimento, um dos principais erros é a visão organicista capaz de enviesar a sua compreensão, devendo esta ser feita através de uma leitura que tenha em conta a natureza das relações existentes entre o indivíduo e o meio envolvente. Vários estudos realizados nos últimos anos têm provado a existência de plasticidade no desenvolvimento psicológico na segunda metade da vida; mesmo assim, o olhar social continua a apresentar uma visão negativa acerca do desenvolvimento nesta fase, fazendo com que a comunidade política, essencialmente, continue direcionada para a prevenção desses mesmos problemas. Contudo esta prova que a melhor forma de prevenir os problemas do envelhecimento é estando focado em valorizar os aspetos positivos dos idosos, promovendo mudanças positivas e conseguindo uma adaptação bem-sucedida entre as competências individuais e as exigências ambientais, não se podendo evidentemente negar a existência de problemas que estão associados à idade.

Para (Costa 2001 cit in Vieira, 2005, p. 134) “ A velhice é muito mais heterogênea do que pensamos, por isso precisa de ser estudada na sua diversidade para evitar a produção de exclusões sociais” Também na mesma obra, foi referido por Simões, A., “*Quem tem uma visão estereotipada dos idosos tende a percebê-los da mesma maneira*”, ou seja temos idosos que têm recursos financeiros, psicológicos, culturais e familiares muito diferenciados, implicando portanto diferentes formas de entender e estar no mundo.

Segundo Fonseca (2005) as fases da vida são todas marcadas por ganhos e perdas, aumentando a sua intensidade e frequência consoante avança a sua idade cronológica, ou seja, a qualidade de vida do idoso não depende apenas do passado como também do presente e do futuro, mesmo que curto esse futuro possa ser:

O modo como esta fase final do ciclo de vida é vivido pelo idoso, difere consoante foi a sua trajetória de vida e as suas relações familiares e sociais. Quanto maiores tiverem sido as dificuldades sentidas, maior será o sentimento de solidão e isolamento na velhice, gerando por vezes estados psicológicos depressivos e patológicos. (Quaresma et. Al, 2004)

## 6.

Ao longo do percurso de vida, a personalidade dos indivíduos esta sujeita a uma série de perturbações, uma vez que o meio externo que o rodeia sofre também este profundas modificações. Fernandes (2002) afirma que a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento das pessoas idosas, não são causados pela diminuição das funções cognitivas e sim, por outro tipo de problemas como a perda de papéis, dificultando a adaptação das mesmas. Para que estas situações possam ser ultrapassadas, o indivíduo terá de repensar os seus objetivos, de forma a adaptar-se o melhor possível.

Segundo Poiares (2012) é urgente cuidar daqueles que foram por algum motivo, excluídos do acesso a determinados bens, direitos ou serviços, tenha este afastamento acontecido por sua própria decisão (autoexclusão) ou de terceiros, instituições ou pessoas (heteroexclusão), passando estes a viver, total ou parcialmente, em rutura com o sistema (familiar, laboral, económico, social) resultado de um processo de desvinculação que poderá conduzir à *completa desqualificação social*, segundo o conceito de Paugan (2000) ou ao *défi ce de integração*, na terminologia criada por Castel (2000).

A heteroexclusão deriva de pressão externa conseguida por um grupo ou pela sociedade, que vai aniquilando o sujeito, afastando-o do centro social, seja do seu grupo ou comunidade, transformando-o em habitante das margens. No entanto, a autoexclusão pode ser pressionada por tentativas grupais que levaram o indivíduo a captar a mensagem e a executar o movimento que o afasta do coletivo integrado, como se de uma autorrealização de profechas se tratasse. Importa, na opinião deste mesmo autor, referir a existência de dois polos: o da

*cidadania plena*, nos casos em que o indivíduo se encontra inserido em redes familiares, sociais, profissionais, económicas, culturais, disfrutando do sentimento de pertença a uma comunidade, desempenhando um papel, como ator de corpo inteiro, contrariamente à cidadania deficitária, conceito que direciona para a ocorrência de uma (ou mais) ruturas, em qualquer dos lagos do sujeito para com os outros, limitando-lhe o acesso a bens materiais, a direitos ou a serviços, possivelmente com perdas simbólicas, retirando-lhe o exercício completo da cidadania. Visando naturalmente a Psicologia da Exclusão Social, estabelecendo diagnósticos de carência, ou seja: de pré-exclusão ou de exclusão nas suas várias dimensões, tal como promover a inclusão dos indivíduos que se encontram em rota de colisão com a plenitude da sua esfera de direitos, orientando os meios necessários em cada caso para atingir aquela finalidade (Poiares, 2008). Neste seguimento, quando nos referimos à exclusão estamos claramente a aludir a situações de desigualdade social e de défice de integração, sublinhando a lógica psicológica que deve pontificar no diagnóstico e na definição de meios de intervenção que possam ser contribuintes para a atribuição de medidas e projetos de inclusão, remetendo para a reprogramação dos sujeitos e para a reconfiguração do sistema.

Existem diversa exclusões ou só uma exclusão? Serão os idosos cidadãos excluídos? Tratar-se-á de autoexclusão ou à heteroexclusão? Existem idosos que são excluídos por diversos grupos – seja a família ou a macroestrutura social – havendo também idosos que por razões internas individuais, se auto excluem. No caso da heteroexclusão, são percebidos processos excludentes que advêm do núcleo familiar por motivos diversos, podendo resultar em situações de abandono ou de forçado isolamento – por exemplo, obrigando ao internamento em lares de idosos contra a vontade do sujeito, ao nível da macro estrutura, é notório que as sociedades contemporâneas, por causas de diferentes etiologias, excluem aqueles que consideram já não ser úteis.

O diagnóstico de exclusão, frequentemente revela interligação entre várias dimensões ( a da saúde física, a da saúde mental, a económica, e a social); mas existem muitos casos em que a vertente económica não é sinalizada, vivendo no entanto o sujeito em contexto de exclusão. Esta pode também conhecer outra dimensão, a que nem sempre se atribui a devida importância: reportamo-nos novamente à psicofactiva, correspondendo ao isolamento do idoso face àqueles que constituem ou constituiriam, o seu núcleo íntimo: filhos ou netos, nomeadamente.

«Passamos portanto de uma exclusão pensada como marginalidade em relação à sociedade, em virtude de défices individuais, a uma exclusão apresentada como um estar de fora do social, em consequência de uma falha dos mecanismos integradores» Soulet (2000, p. 13)

Neste sentido, haverá que pensar relativamente à definição genérica e abstrata, de um quadro de exclusão, ou mesmo de risco para a exclusão, sendo possível a sua criação através da manifestação de alguns indicadores, nomeadamente: (i) o nível de interação com os descendentes, já que a existência de um grau de interação não pressupõe, necessariamente, uma interação positiva com os descendentes; (ii) o grau de interação no âmbito familiar (iii) o nível de autonomia por parte do sujeito idoso e as formas do seu suprimento, caso exista; (iv) as condições de acesso ao exterior, a partir do local de residência, tendo em conta as eventuais limitações da pessoa; (v) a inserção em grupos sociais (de pares, associações não exclusivamente destinadas a pessoas de idade avançada, etc.); (vi); as condições de saúde, física e mental, e a prestação dos necessários cuidados (vii) as competências e interesses do indivíduo; e, (viii) a existência de rendimentos próprios suficientes. Sendo que esta análise deve contemplar a eventual falha dos mecanismos integradores, aludida por Soulet, no que aos idosos se reporta, é repartível por dois planos específicos: o macro (Estado, proteção social) e o micro, ou seja, o sociofamiliar e psicoafetivo.

Segundo Xiberras, (1993 p. 20), a exclusão é um fenómeno que assume um efeito sombra, ou seja, nem sempre a exclusão é visível à vista desarmada, sendo que coexistem muitas formas de a camuflar – aquelas que, como sublinha esta Autora, «[...] não se veem, mas que se sentem, outras existem que se veem, mas de que ninguém fala e, por fim, formas de exclusão completamente invisibilizadas, ao ponto, de nós nem sonharmos com a sua existência, nem possuímos a posteriori nenhum vocabulário para designá-las» A exclusão traduz-se num processo de desvinculação entre o indivíduo e a comunidade envolvente, ou com partes da mesma. Os cortes de laços afetivos podem representar o ponto de partida para o início do processo de exclusão, conivendo a rutura do laço e do vínculo simbólico, sendo estes os alicerces que podem manter a ligação entre o sujeito e a sociedade (Xiberras, 1993).

São os nossos idosos, as maiores vítimas de exclusão social, na medida em que estes cidadãos se convertem em alvo privilegiado de afastamento da comunidade – seja ao nível macro ou micro. Este afastamento pode ser iniciado quer pela comunidade quer pelo próprio idoso, numa dualidade entre a rejeição (implícita ou explícita) e o auto evitamento do idoso

face à rejeição, apresentando como situação de risco a percepção de inutilidade do próprio, podendo também revelar-se através do desinvestimento e da consequente interiorização da perda de estatuto, seja ao nível familiar ou no contexto social.

A abordagem preventiva psicoinclusiva do programa desta dissertação, constitui-se essencialmente por atividades e ações que promovem um envelhecimento ativo, trabalhando competências psicológicas afetivas e sociais dos idosos. Este tipo de abordagem é composto por um conjunto de estratégias de intervenção no sentido de os fornecer de competências que lhes permita suportar e ultrapassar as diversas etapas que se apresentam durante esta fase da vida. Importa mudar de paradigma no que diz respeito a esta população, passando para um modelo de Ação/Intervenção, privilegiando menos o assistencialismo e mais a intervenção psicoinclusiva.

## 7.

Entende-se por envelhecimento ativo segundo o INE, “a possibilidade de *envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida*”. A promoção da autonomia está diretamente relacionada com o envelhecimento ativo saudável, assentando em duas premissas: criar estratégias de prevenção do isolamento social e da solidão dos idosos, como também, proporcionar qualidade de vida e bem-estar através de convívios, atividades familiares de forma a que possam vir a sentir-se úteis.

Foi aprovada a Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012, de 5 de Abril de 2012, (N.ºs. 3, 4 e 5), devido à importância desta problemática em que se recomenda ao governo que: Incentive o voluntariado de vizinhança através da coordenação dos concelhos locais de ação social em parceria com as forças de segurança e os serviços de segurança social, com o propósito de identificar os idosos que se encontram em situação de isolamento, sujeitas a violência ou abandono, encaminhando para as comissões sociais ou rede social da sua freguesia, respetando a vontade e autonomia dos mesmos, conseguindo assegurar as respostas adequadas junto das entidades competentes. É também valorizado o envelhecimento ativo, estimulando o voluntariado sénior, os relacionamentos intergeracionais através da partilha de experiências, podendo os idosos partilhar e passar o testemunho cultural aos mais novos, assegurando assim o combate ao isolamento ao mesmo tempo que esta a

favorecer a sua saúde física e mental. Foi também sugerido que se generalize a utilização da tecnologia, especialmente a telemática, de forma a garantir a segurança, monitorização eletrónica, vigilância e alarme das pessoas mais velhas. Esta realidade, já tendo sido identificada por várias entidades, tornou-se a razão pela qual se procura através da prevenção e da articulação, identificar situações de vulnerabilidade nesta população, tendo como certo que, o isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo.

## 8.

O Grupo-alvo do programa de intervenção "Reprogramação de vida - Nos interstícios da solidão" caracteriza-se como sendo um conjunto de seniores da Santa casa da Misericórdia da Fricreira, na sua vertente de Centro de Bem-estar (Lar) apresentando atualmente um total de 41 Utentes residentes, sendo 10 do sexo masculino, e 31 do sexo feminino, fazendo um total de 41, sendo que a média de idades é, 77.21 anos, encontrando-se alguns acamados e alguns outros com mobilidade reduzida, deslocando-se em cadeira de rodas, contempla ainda 14 Utentes em regime de centro de dia, distribuindo-se estes por 4 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, fazendo um total de 14 com uma média de idades de: 79.14 anos, expressando problemas cognitivos, afetivos e sociais, maioritariamente, problemas de memória, carência de afetos, dificuldades de socialização e de inclusão. Apresentam entre estes, um elevado nível de solidão e desinteresse pela vida. A sua autoestima é geralmente baixa pelo sentimento de exclusão da sociedade que os rodeia.

Perante esta caracterização da população-alvo e chegado o momento de intervenção, pretendemos que sejam desenvolvidas por esta faixa etária caracterizada como senior, competências pessoais sociais e cognitivas, fundamentais para as suas atividades do dia a dia. Parece-nos assim como mais importante, destacar a extrema importância de fazer ouvir os idosos, as suas necessidades, desejos e receios, ou seja, tal como referiu Poiares (2012), é essencial ter em conta a discursividade dos idosos, ver para além do que é visível através dos olhos, captar as falas através das suas emoções e dos seus afetos. É ainda muito comum falar de velhos pela voz de pessoas da terra ou dos seus cuidadores, descurando-se a necessidade de os escutar e não apenas ouvir. Deparamo-nos com a necessidade urgente de mudar o paradigma que vem abrangendo esta população, passar para um modelo ação/intervenção privilegiando a intervenção psicoinclusiva. Cabe ao ramo da Psicologia da Exclusão Social, estudar indivíduos que por algum motivo lhes foi retirado o acesso a serviços, bens ou direitos, tenha esta separação vindo a acontecer por vontade do mesmo, chamada auto –

exclusão, ou de outros (pessoas ou instituições), chamada hetero – exclusão, passando este a viver um processo de desvinculação seja esta familiar ou social, podendo esta conduzir, segundo Paujan (2000) à completa desintegração social. A hetero exclusão deve-se muitas vezes à forte pressão externa (da sociedade ou de um grupo) tornando-os habitantes das margens. A morte psicológica é sentida antes da biológica, ou seja, a pessoa ainda respira e é alimentada, mas apresenta-se vazia de elementos fundamentais, o ser psicológico apresenta-se rendido à não existência.

Os programas ou projetos de intervenção são orientados para grupos e temáticas específicas, fornecendo ao psicólogo as ferramentas necessárias para captar, descodificar, compreender e explicar os fenómenos sociais (Poitares,2004). Todo o programa de intervenção deverá manter presente as características específicas do grupo-alvo a que se destina, tendo como propósito, a previsão antecipada de uma determinada situação que possa vir a causar dano ou mal estar, quer para a sociedade quer para o próprio indivíduo. Tornando-se fundamental a intervenção rápida, criando estratégias que se possam vir a opor à problemática. (Morel, Boulanger, Hervé & Tomellet, 2001).

"A prevenção é uma intervenção para evitar que aconteça algo considerado negativo" (Melo, 2002 p. 23). Prevenir pressupõe o "desenvolvimento e atividades que impeçam ou dificultem a chegada de determinada condição". Ainda segundo este mesmo autor, existem programas que tem como fim trabalhar objetivos específicos e outros há que tentam abranger objetivos mais gerais. (Moreira,2005)

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, consideramos que o Psicólogo, com competências na área da exclusão social, será uma mais valia para trabalhar com idosos institucionalizados, desempenhando um papel psicoinclusivo, procurando ajudar os indivíduos a aceitarem a sua condição no decurso da vida de forma natural, saudável e participativa, vai incitar o cumprimento de sonhos ainda não realizados, cria estruturas de adaptação às transformações do mundo moderno, motiva-os a manterem os espaços já conquistados ou a conquistar novos espaços, trabalha a melhoria da autoestima e autoconfiança, evita a depressão, a ansiedade, a tristeza, o medo, o pessimismo, o desânimo e a ociosidade, como também promove atividades de estimulação cognitiva com o intuito de estimular e desenvolver competências psicológicas como a memória, a atenção, e a resolução de problemas, estando também atento à saúde física e emocional do idoso. O psicólogo procura essencialmente o equilíbrio psíquico do idoso, sabendo que este depende basicamente

da capacidade de adaptação à sua existência presente e passada e das condições da realidade que o cerca. Consideramos que a palavra do utente será sempre a forma mais completa de perceber os seus sentimentos, receios, desejos e limitações, tornando-se, no nosso entender, as narrativas uma proposta metodológica interessante, optando assim, como forma de enriquecimento do nosso trabalho, pela apresentação de onze narrativas biográficas (Apêndice VI)

Constitui-se através da integração das narrativas biográficas nos processos de investigação, uma proposta metodológica do empirismo crítico, deslocando para os objetos de investigação o centro de produção de conhecimento, permitindo assim ultrapassar os bloqueios e os afastamentos da observação do real por parte dos atores científicos. A utilização das metodologias sócio biográficas vem permitir voltar a centrar a criação dos saberes nos indivíduos como criadores das suas próprias experiências, e permitir o exercício de construção do social solidário. O principal desafio das metodologias biográficas encontra-se no processo da formação da consciência do individual como parte do social. É através do diálogo entre o “eu” e os outros nas suas múltiplas dimensões, que surge o saber misto. Um saber que se fundamenta na partilha das experiências como expectativa de futuro.

Como método de conhecimento, a narrativa biográfica é um modo de conhecimento, onde simultaneamente os autores se podem assumir como produtores conscientes dos caminhos das suas vidas, sendo assim, o processo de conhecimento obtido não apenas como referencial (constituído pelos currículos predeterminados) e sim, como um saber que decorre da experiência e prática intercultural (dos diferentes atos como: de narrar, de pensar, de partilhar, de transformar, de sentir, de imaginar) por inteiro.

Ora, como afirma Elisa Lechner “Independentemente do olhar disciplinar de onde se parte, as histórias de vida e relatos de experiência têm um poder emancipador, levando a tomadas de consciência ultrapassando a fronteira dos estereótipos permitindo ao sujeito nova oportunidade para se situar face à sua história e papéis sociais (Lechner, 2009). Quando assumidas como narrativas sócio biográficas, torna-se importante reconhecer o seu valor epistemológico como forma de partilha solidária de experiências significativas para a construção de uma mudança participada onde o local se funde no global. Com as narrativas biográficas o discurso científico transfere-se para os indivíduos tornando-se estes, protagonistas da ação.

As narrativas biográficas predizem, na experiência singular de cada um dos seus autores, diferentes conexões entre as ocupações abrangidas ao longo da vida e os caminhos escolhidos, ou a que se viram obrigados na velhice. Procurarei desta forma, destacar a partir das narrativas realizadas os padrões de conexão entre as trajetórias de vida e a aceitação da situação atual. Para esta análise, foram utilizadas, essencialmente, três dimensões analíticas: (i) O valor atribuído à família pelos sujeitos, (ii) a importância das atividades nos espaços de socialização fora e dentro da Instituição (iii) a necessidade que sentem em ser ouvidos e não apenas escutados. O passado de experiências (interesses, ocupações, família, vida profissional etc) e de oportunidades (período histórico, origem social, proveniência geográfica e género) desencadeiam, à luz das realidades e práticas presentes, bem como as que se antecipam como as mais prováveis para o futuro, disposições subjetivas e objetivas, acumuladas no curso da vida de cada um, orientando valorações distintas para o bem estar individual e um maior ou menor investimento futuro.

O contacto com esta população nas instalações da Santa Casa da Misericórdia da Ericeira, mais precisamente no centro de Bem Estar (Lar) permitiu-nos a realização de algumas narrativas biográficas a utentes, escolhidos de forma aleatória, sendo uns residentes, outros em regime de centro de dia, ficando assim, conhecer melhor a realidade destes idosos, o caminho que percorreram até chegarem à instituição, Perceber os principais acontecimentos que marcaram as suas vidas. Pretende-se também, demonstrar através do programa que é possível retirá-los das margens da sociedade e recolocá-los no centro da mesma, sentindo-se ativos, com objetivos e expectativas sobre o "amanhã". Sendo, no nosso entender, estas atividades, que irão proporcionar uma maior autonomia, autoestima e autoconfiança recuperando o sentimento de pertença, seja ao grupo ou à sociedade, elementos fundamentais para a reconstrução ou manutenção da sua identidade.

No que diz respeito à caracterização da intervenção, ao momento de efetuar a intervenção e ao tipo de destinatários das ações preventivas, existem duas tipologias de intervenção. A tipologia designada como clássica que apresenta três tipos de prevenção, a primária, a secundária e a terciária. A primária surge antes do problema se manifestar, o que implica uma intervenção precoce, de forma a que seja evitado o surgimento do problema. A secundária surge depois do problema já se ter manifestado, tendo como objetivo primordial diminuir a taxa de problemas psicológicos, bem como impedir a evolução de processos de desajustamento psicológico, detetados precocemente. A terciária é centrada na reabilitação; e

na sua reinscrição social, para que não haja uma recada (Moreira, 2001; Matos et al., 2009; Pauli & Fonseca, 2001)

A tipologia menos comum, tem por base a distinção da população alvo da intervenção, podendo apresentar diferentes tipos e níveis de risco. A prevenção universal aplica-se ao conjunto da população em geral, pretendendo prevenir ou adiar o comportamento de risco. (Moreira, 2001; Matos et al., 2009)

A população alvo do programa "Reprogramação de Vida - Nos Interstícios da Solidão" é de uma forma geral, caracterizada por indivíduos que se encontram à margem da sociedade, manifestam pouco envolvimento social e estão carentes de atenção e de afetos, apresentando também, quase de forma generalizada, queixas de falhas de memória, necessitando assim, de estimulação cognitiva e social. A nível cognitivo, surge a diminuição de capacidades e perturbações de memória, dificultando a aprendizagem (Nunes, 2008). Várias investigações chegaram à conclusão de que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos (Hofland, Willis, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006; Falkenstein & Sommer, 2006).

Fernández - Ballesteros (2011), alega que para além dos programas de estimulação cognitiva, as atividades sociais e de lazer que são aplicadas nos idosos, apresentam também, um efeito bastante positivo no funcionamento cognitivo, sendo um fator de prevenção contra a deterioração cognitiva. Pires (2008) verificou melhorias significativas no funcionamento cognitivo e qualidade de vida dos idosos, após oito sessões de FC, através de vídeo jogos. Também Castro (2011) na sua investigação com idosos institucionalizados, conseguiu resultados igualmente significativos, evidenciando melhoras significativas das competências cognitivas.

Quintela (2001) afirma que muitos idosos que se encontram em instituições estão mais sujeitos ao sedentarismo, consequência da falta de atividades que estimulem a área cognitiva, social e física. Os idosos são muitas vezes esquecidos na instituição por parte dos familiares, como também, por parte dos técnicos que lutam diariamente com a falta de tempo e de competências, levando ao sofrimento e isolamento por parte dos idosos que por sua vez, de forma solitária, vão perdendo o seu espaço e a sua identidade familiar/social.

Em virtude destas problemáticas evidentes nos idosos através da observação participante, de conversas informais e das narrativas biográficas efetuadas junto destes,

podemos afirmar que a população alvo se encontra já em situação de risco acrescido, evidenciado problemas de interação, solidão, isolamento, depressão e de falta de memória, não podendo o programa neste sentido ser considerado de prevenção primária, sendo que esta por definição, direciona-se à fase em que antecede a manifestação do problema.

No presente programa, a intervenção psicoinclusiva é efetuada para eliminar, ou prevenir que a disfunção piore, evitando a continuação de eventuais comportamentos de risco, aplicando-se assim a prevenção psicoinclusiva que poderá ser utilizada sempre que o técnico ache conveniente uma intervenção em indivíduos que já apresentem algum sinal, leve ou moderado, de disfunção ou risco elevado de vir a desenvolver um problema psicossocial.

## Parte C - Metodologia

## 1. Objetivo do trabalho

O objetivo primordial deste trabalho é a realização de um programa de prevenção psicoinclusivo, no sentido de que seja conseguido pelos idosos um envelhecimento ativo e integrado, reduzindo ou eliminando os sentimentos de solidão e de exclusão social. Para o desenvolvimento desse programa é proposta a promoção de algumas competências, cognitivas, pessoais e sociais a trabalhar com o grupo-alvo; estimulação cognitiva, regulação emocional, autoconfiança, autoestima, autocontrole, tolerância à frustração, resolução de conflitos e relações interpessoais.

Poder envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com consequências positivas no desenvolvimento econômico do país. O século XXI é o século dos idosos. O grande da população é uma realidade a nível mundial com particular destaque na Europa. O grande desafio do presente e do futuro é desta forma, promover o envelhecimento ativo. O envelhecimento da população coloca-nos perante desafios como: a mudança de estereótipos relativamente aos idosos; nova perspetiva económica (adiamento da idade da reforma para idades cada vez mais tardias); nova perspetiva social (papel ativo na família) nova perspetiva relativa ao ócio e tempo livre, entre muitos outros desafios. Os idosos do futuro serão cada vez mais saudáveis, mais ativos e produtivos, com maior escolaridade exigindo uma maior participação socioeconómica a diversos níveis. A velhice ativa é e será o grande desafio do milénio.

Para a planificação e seleção das componentes a abordar nas sessões a realizar foi necessário perceber as reais necessidades do grupo. Numa primeira fase procedeu-se através de uma observação participante e realização de narrativas biográficas junto da população onde vai ser aplicado o programa de prevenção psicoinclusiva ( Centro de Bem Estar Lar, da Santa Casa da Misericórdia da Ericeira) Durante a fase da observação foram estabelecidas conversas informais com os técnicos que trabalham na Instituição e com alguns familiares a fim de conseguir uma melhor captação das realidades dos idosos. Ainda na fase de observação interagiu-se com os idosos no seu meio natural a fim de conhecer as suas dinâmicas e o funcionamento da Instituição. Outro dos objetivos foi criar empatia e conseguir a confiança, tão difícil nesta população. O período de observação permitiu ainda ter um perceção mais concreta do tipo de atividades e metodologias que melhor resultam com idosos.

Na Instituição onde foi estabelecido o contacto com os idosos (SCME) são organizadas diversas actividades e ocupações direccionadas para estes com a finalidade de ocupação de tempos livres, comemorações de datas festivas e alguma estimulação sensorial e motora. São essencialmente actividades lúdicas, no entanto, constatamos a necessidade nos seus quadros de um técnico especializado em psicologia, a fim de conseguir acções direccionadas para temas ou competências específicas, tão necessárias nesta população mais fragilizada, tendo o programa de intervenção o objetivo de desenvolver e trabalhar competências diretamente e em profundidade, ao mesmo tempo que se vão integrando no espaço e na sociedade que os rodeia. Foi assim por nós considerado necessário e benéfico a construção do Programa de Intervenção para uma Prevenção Secundária, de forma a combater as suas maiores necessidades, ajudando-os a obter um envelhecimento mais ativo, mais saudável e mais integrado.

São enunciadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) seis etapas como necessárias ao planeamento e implementação de qualquer programa de prevenção, sendo estas: a planificação e definição do programa; a identificação dos fatores de risco; a planificação do programa; a implementação desse programa; posteriormente a recolha dos resultados e a avaliação dos mesmos. Sendo que o atual programa desta investigação será apenas implementado no futuro, serão só consideradas a três primeiras fases.

## 2. Programa "Reprogramação de vida: Nos Interstícios da Solidão"

### 2.1. Cartografia do Programa

#### 2.1.1. Enquadramento Geral e Área Geográfica de Implementação

O Programa irá ser aplicado no Centro de Bem Estar (Lar) da Santa Casa da misericórdia da Eriçeira. É uma vila essencialmente turística, ligada à pesca e atualmente conhecida pelo Surf, situa-se a 35 km a noroeste do centro de Lisboa, a 18 km de Sintra e a 8 km de Mafra. Pertence ao concelho de Mafra, com 12,19 km<sup>2</sup> de área e 10260 habitantes (Censos, 2011). Densidade: 841,7 hab/km<sup>2</sup>.

A SCMB é uma Instituição Particular de Segurança Social (IPSS). De acordo com o número 1.º, são instituições particulares de solidariedade social (IPSS), as constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, e sirvam para garantir, entre outros, a proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho. As Instituições Particulares de Solidariedade Social, (IPSS) são instituições particulares de interesse público, na medida em que se constituem como pessoas coletivas privadas que prosseguem objetivos de interesse público e que, por tal facto, ficam sujeitas a um regime de tutela estatal. Uma das formas jurídicas que as instituições particulares de solidariedade social podem revestir é a associativa, como é o caso das irmandades da Misericórdia, sendo estas definidas como "associações constituídas na ordem jurídica canónica com o objetivo de satisfazer carências sociais e de praticar atos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios de doutrina e moral cristãs" (artigo 68.º, n.º 1 do EIPSS). Ao funcionamento da Santa Casa da Misericórdia da Vila da Eriçeira aplica-se também as normas definidas no seu Compromisso da Irmandade, bem como no Regulamento Interno, uma vez que são estes que preveem um regime mais concreto e detalhado face às características e necessidades da instituição.

Fundada em Dezembro de 1678, durante a regência de D. Pedro II, por Francisco Lopes Franco, cavaleiro Professor da Ordem de Cristo e Tesoureiro Geral dos Depósitos da idade de Lisboa, nascido na Ericeira e sendo conhecedor dos caprichos do mar ao qual estavam sujeitas estas pessoas e sendo também influenciado pelo movimento gerado à roda da fundação das várias misericórdias pelo país que atravessava grandes dificuldades, apercebeu-se que a fundação de uma casa deste teor viria a facilitar bastante a vida difícil de uma população muito pobre como a da Ericeira. (<http://scmericeira.blogspot.pt/2916.html>).

Com o intuito de promover a saúde e bem-estar da população desta Vila, mediante a prestação de cuidados de saúde e de serviços de apoio social à população idosa. Apresenta como objetivos: contribuir para uma melhor qualidade de vida tanto dos indivíduos que nela residem como dos seus familiares; promover a autonomia e prevenir situações de dependência; garantir serviços que permitam a satisfação das necessidades básicas e desempenho de atividades da vida diária contribuindo para o seu equilíbrio e bem-estar. Apresentam no seu quadro de pessoal, um médico clínico geral; uma enfermeira; uma auxiliar de ação médica; treze ajudantes de lar de serviços gerais; uma Cozinha; cinco ajudantes de cozinha; um motorista; um encarregado de armazém; uma encarregada de serviços gerais; uma lavadeira; uma Assistente Social e uma animadora Sócio – cultural. Junto às instalações encontra-se a secretaria que presta apoio a todo o pessoal técnico, sendo esta composta por uma Técnica Administrativa, um Secretário Geral e uma TOC (Técnica oficial de contas).

O CBE, (Centro de Bem Estar) onde o presente programa se vai desenvolver é composto por indivíduos residentes e indivíduos em regime de centro de dia, apresenta atualmente um total de 41 Utentes residentes, sendo 10 do sexo masculino, e 31 do sexo feminino, fazendo um total de 41, sendo que a média de idades é, 77,21 anos, encontrando-se alguns acamados e alguns outros sem mobilidade deslocando-se somente em cadeira de rodas, contempla ainda 14 Utentes em regime de centro de dia, distribuindo-se estes por 4 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, fazendo um total de 14 com uma média de idades de: 79,14 anos.

A comunidade e população em redor da SCME é essencialmente uma população envelhecida e de fraca instrução, contrastando com os aglomerados de turistas que invadem a Vila durante as férias e épocas festivas. Apesar de ser uma vila que cresceu bastante nos últimos anos, ainda continua a ser mais utilizada como dormitório ou destino de fins de semana. Relativamente ao grupo-alvo, apresentam grandes diferenças entre si, existe

um grupo maior de filhos da terra com baixa instrução e baixo rendimento económico mas, pela tão conhecida dificuldade em conseguir vagas em Instituições para idosos, já fazem parte desta instituição indivíduos de locais distantes e com hábitos e culturas completamente distintas. Torna-se assim essencial criar programas diferenciados no sentido em que todos se possam sentir adaptados e integrados.

### **3. Planificação do Programa**

#### **3.1. Objetivos Gerais**

Os objetivos gerais do programa são, essencialmente, retirar os idosos das tranças esquecidas da sociedade, tornando-os mais ativos e integrados na instituição e na sociedade, para tal, propõe-se o desenvolvimento de competências; cognitivas, sociais e afetivas nos idosos. Desenvolver a capacidade de reconhecer e lidar com os seus sentimentos e com os dos outros, aumentar a autoestima e autoconfiança, melhorar ou preservar as capacidades cognitivas, devolver-lhes as suas identidades e a vontade de sonhar.

Preende-se assim, fornecer componentes e ferramentas necessárias que permitam aos idosos adaptar-se eficazmente e de forma adequada aos diversos contextos em que está inserido, designadamente, a instituição, contribuindo para o seu equilíbrio e bem estar geral.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos deste Programa de Prevenção são: estabelecer uma relação empática, de confiança e abertura com os idosos, criação de relações de cooperação e união entre o grupo, obter a percepção do seu autoconceito, autoestima e autoconfiança; sensibilizar os idosos para as problemáticas inerentes à idade e ao respeito pela diferença do outro; adquirir estratégias de resolução de conflito permitindo um maior controlo de si mesmos; aumentar a autonomia, a autoestima e autoconfiança; evitar ou aliviar os sintomas de

solidão, isolamento e de depressão; aumentar a atividade cognitiva e fomentar a aceitação pela sua condição de vida.

### 3.3. Grupo -Alvo

O presente programa de prevenção psicoinclusiva tem como destinatários, maioritariamente, indivíduos na faixa etária dos sessenta e cinco aos noventa anos, O grupo-alvo é composto por idosos de ambos os sexos, na sua maioria autónomos mas apresentando essencialmente, queixas de memória e de solidão. A escolha por esta faixa etária deve-se ao facto de esta população apresentar-se em números cada vez maiores, com uma esperança média de vida elevada e sem respostas concretas para as necessidades desta população, sendo muitas vezes esquecidos e entregues a si mesmos durante meses ou anos.

### 3.4. Temáticas e Procedimentos a Desenvolver

Antes da aplicação do programa "Reprogramação de vida - Nos Interstícios da Solidão", foi efetuada uma aproximação a nível informal junto dos idosos que viriam a constituir o grupo-alvo. Esta aproximação diz respeito ao estabelecimento de relações empáticas, de conhecimento mútuo e de confiança entre o técnico que irá desenvolver o programa e os idosos. O técnico movimenta-se e dá-se a conhecer no contexto onde os idosos interagem e onde será aplicado o programa, sendo essencial para o sucesso do programa, também para que a presença do técnico se torne habitual, sendo assimilada pelos utentes. Relativamente à aplicabilidade do programa, e por falta de espaço, este será aplicado maioritariamente no espaço do refeitório, visto ser o único que apresenta reunidas as condições para algumas atividades, reparando-se entre a sala de estar ou, se estiverem reunidas as condições metodológicas adequadas e a sessão assim se adaptar, poderão decorrer em ambiente exterior. O programa é composto por trinta sessões, agrupadas em cinco áreas temáticas. O primeiro grupo temático é composto por três sessões: as duas primeiras têm como fim a autoapresentação de todo o grupo e da equipa responsável pelas atividades, proporcionando relações interpessoais e quebra-gelo. A terceira diz respeito às regras e aos

objetivos a conseguir, bem como à elaboração e fixação de princípios de funcionamento do espaço e das sessões. A determinação destes elementos iniciais é essencial para a auto-organização dos elementos e para o bom funcionamento do programa; o segundo grupo temático apresenta sete sessões de atividades de regulação emocional, onde serão trabalhadas várias capacidades, destacando-se as emoções e a autoestima; o terceiro domínio temático é composto por onze sessões de estimulação cognitiva, trabalhando essencialmente a atenção e a memória, funções essenciais para o bom desenvolvimento das atividades de dia a dia desta população; o quarto nível temático é composto por cinco sessões de atividades dinâmicas de interação, trabalhando a confiança e a aproximação ao outro; enim, o quinto e último grupo temático é composto por quatro sessões, sendo as três primeiras de componente informativa, intituladas *conversas informais*, onde serão abordados temas pertinentes para esta população (regras básicas para uma boa convivência em grupo, diferenças entre ser velho e ser idoso e esclarecimentos básicos sobre saúde mental), deixando a última sessão para a finalização e avaliação do programa.

Apesar de algumas das atividades não terem sido criadas propositadamente para este programa, houve o cuidado de as adaptar para esta população. Na realização das atividades são utilizadas diversas técnicas de trabalho, pressupondo que exista um tema pré-definido para cada sessão a ser apresentada aos idosos.

### 3.5. Ações a desenvolver

Para a prossecução do programa esta prevista a realização de trinta sessões de atividades, com uma duração de quarenta e cinco a cinquenta minutos cada; esta limitação temporal decorre da necessidade de não cansar os utentes, evitando-se também os fatores de distração. As sessões encontram-se organizadas em cinco unidades diferentes: autoapresentação, conhecimento e estabelecimento de regras, regulação emocional, estimulação cognitiva, interação e aproximação ao outro e a componente informativa.

As primeiras sessões de atividades dizem respeito às atividades número 1, 2 e 3, que se caracterizam por ações de autoapresentação, conhecimento recíproco e estabelecimento de regras (Apêndice I)

A regulação emocional é a próxima competência a ser desenvolvida, permitindo esta um maior autocontrolo e autoconceito nos idosos e aumentar a autoestima, facilitando o seu relacionamento com os outros. São aqui introduzidas as atividades número 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 (Apêndice II)

As atividades número 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21 direcionam-se para a estimulação cognitiva, focalizando-se essencialmente na atenção e memória; pretende-se, assim, que os idosos aprendam estratégias que lhes permitam exercitar e estimular a memória, de forma a melhorar as suas capacidades para as atividades do quotidiano, sendo a preservação da memória a principal queixa desta população. (Apêndice III)

A interação e aproximação ao outro é a competência que se apresenta nas atividades número 22, 23, 24, 25 e 26, permitindo estas uma maior descontração e diversão entre os utentes, essencial para criar relações de proximidade, de extrema importância no combate à solidão e isolamento social (Apêndice IV)

Como última unidade, encontram-se as atividades de componente informativa número 27, 28 e 29, onde serão apresentados e esclarecidos alguns temas pertinentes para esta população (regras básicas para uma boa convivência em grupo, diferenças entre ser velho e ser idoso, esclarecimentos básicos sobre saúde mental), terminando com a sessão 30, onde será feita a finalização e avaliação do programa. (Apêndice V)

#### **4. Estrutura Organizativa e Gestão do Programa**

##### **4.1. Constituição da equipa**

A equipa responsável pelo desenvolvimento do programa é composta por profissionais de diferentes áreas, e por isso, caracteriza-se como sendo pluridisciplinar. Será composto por duas psicólogas forenses e da exclusão social, sendo uma responsável pela coordenação do projeto, em colaboração com o coordenador da SCMB, enquanto que a outra se ocupará da aplicação do programa. Para colaborar na realização e dinamização das atividades conta-se com a ajuda da técnica de animação sociocultural, bem como da técnica de serviço social, na qualidade de diretora técnica da instituição, facultando os meios necessários para a realização das mesmas.

## 4.2. Parcerias

Para o desenvolvimento, aplicação e avaliação de qualquer programa é necessário estabelecer e ajustar contactos imprescindíveis à sua execução. Apresentando assim o programa "Reprogramação de Vida: Nos Interstícios da Solidão" como parceiros:

Santa Casa da Misericórdia da Ericeira- pela cedência do espaço e material para a realização das atividades;

Escola de Psicologia e de Ciências da Vida (ULHT) - irá efetuar a avaliação externa do programa; e,

*PSIJUS – Associação para a Intervenção Juspisicologica*, entidade técnico-científica e socioprofissional dos psicólogos forenses, do comportamento desviante, da justiça e da exclusão social, bem como dos técnicos de intervenção juspisicologica, que habilitará a supervisão da aplicação do programa. Escolhemos esta associação por três motivos: primeiro, por se tratar de uma organização já com história, cuja data de fundação remonta a 2001, sendo a mais antiga em Portugal no campo forense; em segundo lugar, por dispor de quadros que asseguraram já a supervisão e monitorização de outros projetos - por ex.: projeto *Titono*, da APAV; e *Violência no Amor*, da CIG; e, por último, dada a sua participação em rede internacional – em sede de Associação Iberoamericana de Psicologia Jurídica (AIPJ), de que é parte, estando na respetiva Assembleia Geral, na qualidade de representante de Portugal.

## 4.3. Duração/Calendarização

O programa será realizado entre os meses de Outubro a Junho, efetuando-se sessões semanais, com exceção no mês de Dezembro, que não se realizará as sessões das semanas de Natal e Fim do Ano, devido ao maior número de atividades e visitas de familiares. O programa não se estende pelos meses de Julho e Agosto, visto que são realizadas deslocações frequentes à praia e a passeios pela instituição.

## 5. Supervisão Técnica

A supervisão ficará a cargo da Diretora técnica da SCMB, uma vez que as atividades serão aí realizadas, possuindo esta uma vasta experiência e conhecimento do grupo-alvo a trabalhar e da *PSIUS*, pelas razões já cartografadas.

## 6. Avaliação Interna

A avaliação do programa faz-se de forma contínua e gradual, contemplando essencialmente três momentos avaliativos importantes. O primeiro é feito de cada vez que se inicia uma atividade com novas componentes a abordar: a psicóloga começa sempre por questionar os idosos sobre o tema da dinâmica e se estes entendem qual a sua função. O segundo momento, diz respeito à aplicação de atividades, sendo estas cronometradas e permitindo que se acompanhe e aperceba da evolução dos resultados. O terceiro momento de avaliação é direcionado para o grau de satisfação e empenho dos idosos em relação aos diversos aspetos do programa, como as atividades, os temas, o grupo, de forma a que os responsáveis pelo obtenham uma componente de avaliação de execução do programa e que percebam os aspetos positivos e os menos positivos na perspetiva do grupo alvo. Para além destes momentos avaliativos, durante o decorrer do programa, os técnicos não se limitam à aplicação das atividades, possuindo também um papel preponderante na observação do comportamento, reações, emoções e discurso dos idosos que têm participação ativa no desempenho das atividades, bem como esclarecer dúvidas e ouvir sugestões. A equipa reúne semanalmente para gestão e verificação do ponto da situação: trata-se do momento avaliativo e autoavaliativo, a que denominamos *Por do Sol*.

## 7. Avaliação Externa

A avaliação externa do programa "Reprogramação de Vida - Nos Interstícios da Solidão" ficará sob a responsabilidade da Escola de Psicologia e de Ciências da Vida da

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), recaindo a escolha, necessariamente, em docentes da área de Psicologia Forense e da Exclusão Social.

## Conclusão

Todo o trabalho de construção teórica e empírica em volta do tema do envelhecimento deu origem a um processo permanente de escolhas epistemológicas que, de forma mais ou menos concordante, conduzem a um conjunto de ações que apresentamos nesta dissertação. Uma das primeiras aprendizagens neste percurso residiu na tomada de consciência de que envelhecemos todos os dias e não só depois da reforma. Esta premissa, que à primeira vista parece de senso comum, desafia, na realidade, teoria e metodologicamente toda a abordagem sobre o tema do envelhecimento. A certeza de que este fenómeno não é um processo que só diz respeito a um determinado grupo da população, bem como a certeza de não nos podermos separar dele e das suas consequências, quer em termos sociais quer pessoais e, sobretudo a exteriorização veio permitir-nos uma aproximação, quase desconfortável, ao tema e à população. As preocupações sobre os idosos dizem diretamente respeito a todos nós, não só porque usufruimos do mesmo espaço social, cultural e político, mas também porque vamos ficando mais velhos a cada dia que passa. Assim, não nos é possível distanciar da população em estudo, referindo-nos a "eles", mas tendo necessariamente que remeter para "nós" este discurso e estas preocupações.

A população idosa e as situações de risco que pairam sobre a mesma têm vindo simultaneamente a aumentar nos últimos anos em todas as sociedades, tornando assim essencial a compreensão das suas verdadeiras causas, pois só dessa forma se entenderá o seu significado e se poderá intervir preventivamente nesse sentido. Como vimos ao longo desta dissertação, são vários os fatores e situações associados ao desencadear do fenómeno e, muito particularmente, da etiologia e dos aspetos consequentes que lhe estão subjacentes. Trata-se de uma camada da população que continua a ser de alguma forma excluída, principalmente pelo governo, que parece querer dizimar pela penúria – económica mas, em especial, simbólica, este segmento da sociedade portuguesa - vindo assim subtraído e anulado o acesso a direitos, serviços ou mesmo bens, provocando, em frequentes casos, a perda da dignidade, da identidade, sinais de isolamento, solidão, falta de autoestima, problemas de memória, também físicos, falta de expectativas e de motivação.

Perante esta realidade, conclui-se estamos em presença de um grupo de risco, tornando-se imperativa a realização de intervenções, criando competências e estratégias para a prevenção, por parte de um psicólogo habilitado na área da exclusão social, como é o caso da construção do programa proposto nesta dissertação. Assim, uma intervenção deve ser

responsável, adequada às necessidades apresentadas, permitindo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais – as quais habitualmente se encontram fragilizadas ou inexistentes no indivíduo, de forma a que consiga lidar e ultrapassar eficazmente as adversidades que lhe vão surgindo, tendo sido esta a estrutura seguida neste programa de intervenção psicoinclusiva, considerando ser a mais adequada às necessidades do grupo alvo no contexto em que se insere.

Efetivamente, os idosos fazem parte da população mais vilipendiada e espoliada do nosso país, quer pela política da troica, seguida cegamente pelo poder político, desde 2011, quer pela comunidade, que parece sofrer de uma imensa gerontofobia.

Para enriquecimento do nosso trabalho, optamos pela realização de algumas narrativas biográficas, junto da população-alvo. A riqueza das histórias narradas assenta na quotidianidade das experiências individuais, em estreita relação com a paisagem social e temporal onde decorrem - para muitos, o cenário permanente dos respetivos processos de vida. A intervenção para a prevenção apresenta ainda outros benefícios, como ajudar os idosos a adquirir hábitos e competências adequadas no seu meio natural de vida, ou no meio onde foram inseridos, ensinando-os a quererem manter-se mais ativos e integrados, através da intervenção psicoinclusiva. A prevenção/intervenção é essencial em todos os segmentos etários, desde a infância à terceira ou quarta idade. Contudo, não podem ser afastados desta reflexão, os fatores psicoafetivos, sendo que as questões da aprendizagem não podem ser reduzidas a fatores intelectuais. É necessário ter em linha de conta as necessidades e os desejos vividos em toda a experiência de vida, ou seja, a importância de estimular a motivação como “motor”/“alavanca” para a efetivação das capacidades intelectuais.

Fernandes (2002) defende também que os idosos que encaram a velhice como um fenómeno natural dão mais significado à vida, sentem-se mais felizes e envolvem-se mais no seu meio e na sociedade. Defende também esta autora que se corre o risco de tornar os idosos “incapazes”, não valorizando e assumindo os aspetos positivos da velhice, se não for alterada esta imagem dominante e cultivada pelas sociedades. “*A sociedade tem de compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir de forma positiva para a prosperidade da mesma.*” (2002, p.32).

Nesta conformidade, propõe-se a continuidade deste tipo de programas compostos por atividades psicoinclusivas, realizadas por técnicos especializados, visando criar as condições necessárias para que todos tenham o direito de envelhecer o mais

ativamente possível, evitando situações de exclusão, isolamento e solidão. Como mencionado durante esta dissertação, o verdadeiro desafio que se coloca à sociedade atual consiste em conciliar o aumento da esperança média de vida com a manutenção da qualidade de vida. Torna-se demasiado evidente a necessidade de passar do modelo assistencialista para o modelo psicoinclusivo. No pensamento de Lima (2001), a velhice está a surgir como uma possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser *velho*: esta afirmação é justificada pelo facto de os idosos de hoje se organizarem em movimentos que avançam politicamente na discussão de seus direitos. A velhice começa a ser vista como representação coletiva, mesmo que de forma tímida, a mostrar outro estilo de vida para os idosos, ao invés de ficarem em casa, isolados; agora, começam a procurar o lazer, a diversão, a qualidade de vida, incluindo em aspetos outrora alvo de pública censura, como os afetos e a sexualidade. O movimento referido surge ainda com uma força desconhecida por aqueles que o vivem, através de sujeitos que tornam visível a possibilidade de modificação da velhice, tirando os rótulos e contestando os mitos. Fernandes (1997) já alertava que, seja qual for a ótica em que se discute ou escreva acerca da velhice, é necessário respeitar os direitos intangíveis ou intocáveis do cidadão idoso. Referindo-se a quatro pontos fundamentais, que são: tratamento equitativo, através do reconhecimento de direitos pela contribuição social, económica e cultural, na sociedade, ao longo da vida; direito à igualdade, combatendo todas as formas de discriminação; direito à autonomia, estimulando a participação social e familiar, durante o maior período possível; direito à dignidade, respeitando a sua imagem, garantindo assim a satisfação de viver uma velhice plena.

Um aspeto a salientar é o facto de a maioria das atividades desenvolvidas serem práticas e lúdico-pedagógicas, devendo-se especialmente à questão da motivação dos idosos, pois pertencem a uma faixa etária em que já é muito difícil criar motivação para que saiam do seu espaço habitual para interagir, sendo este tipo de atividades o que obtêm melhores resultados de satisfação por parte dos idosos. Constatou-se também por parte das pessoas mais próximas aos idosos, sejam familiares ou cuidadores formais – por vezes com escassa ou nula formação – uma despreocupação e desinteresse pelas problemáticas que assombram os idosos.

Como sugestão para estudos futuros, propomos a realização de programas de sensibilização para esta temática, porquanto é urgente mudar mentalidades.

Estas situações de fragilidade que envolvem a população mais idosa têm primeiramente que ser olhadas de forma global, contemplando toda a sociedade e a

necessidade de mudança, passando depois para uma observação mais individualizada, grupo a grupo, caso a caso, primeiramente para prevenir, depois para intervir. Trata-se de uma temática que adquire nos dias de hoje proporções de maior relevo pelas alterações sociais que se vivem atualmente na conjuntura do País e da Europa, como tal depende de todos nós, atores sociais, perceber as alterações que estão a decorrer e fomentar para a mudança de paradigma.

## Bibliografia

- Alves, E. N. et al. (2010). Terceira idade: Serviço social e qualidade de vida dos idosos. Monografia (Graduação em Serviço social) - Fundação Universidade do Tocantins – Unitins.
- Amor, T. (2005). "Reconstrução Identitária: Exclusão Social na Terceira Idade e Políticas Urbanas". Lisboa
- Ariès, P. (1998) O homem perante a morte, vol. 2, Editora: Publicações América, Lisboa
- Aversi-Ferreira, T. A. A., Rodrigues, H. G. R. & Paiva, L. R. (2008). Efeitos do envelhecimento sobre o encefalo, Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 5 (2), 46-64.
- Bagagem, M. P. (1992). Pessoas Idosas Presente e Futuro. Publicações Servir. Lisboa
- Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e Lentidão Psicomotora. In Atas do Simpósio 99 - Envelhecer Melhor com a Atividade Física. Cruz Quebrada: FMH Edições, p. 63 – 71.
- Bennett-Levy, J., e Powell, G. E. (1980). The subjective memory questionnaire (SMQ): An investigation into the self-reporting of "real-life" memory skills. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 177-188.
- Berkel, Rik Van e Moller, Iver (2002), "The concept of activation", in Rik van Berkel e Iver Moller (coords.), *Active social policies in the EU. Inclusion through participation?* Bristol: Policy Press, 230, 45-71
- Bowlby, J. (1998). Apego e perda: tristeza e depressão. 2ª edição. Tradução de Valtenir Dutra. São Paulo: Martins Fontes, v.3, 486 p. Título Original Loss-Sadness and Depression.

- Caldas, C.P. (2002) "O idoso em seu processo demencial: o impacto na família." In: Minayo, M.C.S & Coimbra JR., C. (org.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carnacho, A. B., (1992). Envelhecimento. *Seruir*, 40:1, Jan.-Fev. Lisboa.
- Cancela, Diana, M. G. (2007). O Processo de Envelhecimento. O Portal dos Psicólogos. Acessado em 13/01/13 no site <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TI.0097.pdf>
- Cohen, S. (2004), "Social relationship and health", in *American Psychologist*, 59 (8), 676-684.
- Cabral M. V, Ferreira P. M, Silva P. A, Jerónimo P. Marques T.(2013). Processos de Envelhecimento em Portugal. Guide, Lisboa.
- Carvalho, M. C. (2003). A família contemporânea em debate. Cortez, São Paulo
- Castro, A. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro.
- Carvalho, M. I. L. B. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, 12 (1), 77-96.
- Carvalho, M. I. L. B. (2010) Os Cuidados Domiciliares em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais . Lisboa: ICSTB/UUL. Dissertação de Doutoramento.
- Choque, S. & Choque, J. (2006). Atividades de animação para la tercera edad. España: Paidotribo
- Cole, M. G. (2005). Revisión basada en la evidencia de factores de riesgo de la depresión geriátrica e intervenciones preventivas breves. *Psychiatric Clinics of North America*, 28 (4), 785-803.
- Comissão Europeia, (2012). Uma Europa de cabelos grisalhos: é necessário prepararmos-nos . Disponível em [http://ec.europa.eu/news/economy/120515\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/news/economy/120515_pt.htm)
- Costa, E. M. S. (1998) Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. Agora, São Paulo.

- Costa, J. F. (1996). O Migrante na Rede do Outro: ensaio sobre alteridade e subjetividade. Tese, PUCRJ, Rio de Janeiro.
- Costa, M. A. M., Agreda, J. J. S., Ernida, J. G., Cordeiro, M. P. A. A., Almeida, M. L. F., Cabete, D. G., Veríssimo, M. T., Grácio, E. I. T., Cruz, A. G. & Lopes, M. S. (1999). O idoso: problemas e realidades. Coimbra: Formação e Saúde.
- Cortelletti, I. A., Casara, M. B., Herédia, V. B. M. (2004). Idoso Asilado: um estudo gerontológico. Brasil: Edipucrs.
- D' Assunção, (2013) E. O idoso diante da vida e da morte. Academia Mineira de Medicina. (on line). Disponível em [www.acadmedmg.org.br](http://www.acadmedmg.org.br). Consultado em 25 de Julho de 2013.
- Doll, J. (2002) Luto e viuvez na velhice. In: Freitas, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Fernandes, F. S. (1997). *As pessoas idosas na legislação brasileira*: direito e gerontologia. São Paulo: LTr.
- Fernandes, H. J. (2007). Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Fernández-Ballesteros, r. (2011): Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. E-Journal of Applied Psychology.
- Figureiredo, L. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, A, P, M. & Colaboradores. (2008). *A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 28
- Fontaine, R. (2000), Psicologia do Envelhecimento, Lisboa, Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. G. (2004). Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto, Dissertação de Doutoramento.

Fonseca, António M. (2004), O Envelhecimento. Uma Abordagem Psicológica .

Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M. (2005a), "Aspectos psicológicos da "passagem à reforma". Um estudo qualitativo com reformados portugueses", in C. Patil e A. M. Fonseca (Coord.), Envelhecer em Portugal.

Fonseca, António M. -- Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático:

Envelhecimento demográfico , 2012, pág. 75-95

Freire J. R. C.; Tavares, M. F. L. (2005) A saúde sob o olhar do idoso

institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9,

Freud, S. (1917). Luto e Melancolia Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p.275-291.

Freud, S. (1974) Obras Completas: Luto e Melancolia. Ed. 1. Vol. XIV. São Paulo:

Imago,

Garcia, L. M. A. (1994). Dependência em Idosos. Nursing. Ano 7, n.º 78/79, Julho-

Agosto. Lisboa.

Gaillier, Xavier (1999), Les Temps de la Vie. Emploi et Retraite . Paris: Editions Esprit.

Guedes, J. (2012). Viver num lar de idosos, Lisboa:Coisas de ler.

Hall, Calvin S.; Lindzey, Gardner; Campbell, John. (2000). Teorias da

Personalidade. Trad. Maria Adriana Verissimo Veronese. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed

Editora.

- Herrmann, D. J., e Neisser, U. (1978). An inventory of everyday memory experiences. In M. M. Gruneberg, P. E. Morris, e R. N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory* (pp. 35-51). London: Academic Press.
- Hespanha, Pedro e Matos, Ana Raquel (2000), "Compulsão ao trabalho ou emancipação pelo trabalho? Para um debate sobre as políticas activas de emprego", *Sociologias*, nº 4, pp. 88-109. Página consultada a 18 Agosto de 2013, <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n4/socn4a05.pdf>>.
- Hespanha, P. [et al.] (2000). Entre o Estado e o Mercado. As Fragilidades das Instituições de protecção Social em Portugal. Coimbra: Quarteiro Editora.
- Hespanha, Pedro (1999), "Em torno do papel providencial da sociedade civil portuguesa". *Cadernos de Políticas Sociais*, nº 1, pp. 15-42.
- Hisatugo C. (2002) O Luto e o Idoso: A Arte de Sobreviver às Perdas: envelhecendo com qualidade. Porto Alegre: Edipucrs.
- Ladislav, R. (1994). O Envelhecimento. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ladislav, R. (1995). O Envelhecimento – Factos e Teorias. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lazarus, R.; Lazarus, B. (2006), *Coping with aging*, Oxford, Oxford University Press.
- Lima, M. P. (2001). *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso* - uma nova concepção de velhice. São Paulo: LTr.
- Marques, H. (1991). Envelhecimento. Que Modelo de Intervenção?. *Fisioterapia* 2:2 Abr.-Jun. Lisboa
- Marques, S. (2011). *descriminação da Terceira Idade*. D. Água editores, Lisboa.
- Moreira, P (2005) . Para uma prevenção que previna (4ª edição). Coimbra: Quarteiro
- Naegele, G.; Barkholdt, B.; Goul, J.; Krämer, K. (2006), *A New Organisation of Time Over Working Life* . Dublin: Fundação para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- Nazareth, J. M. (2009), *Crescer e Envelhecer: Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*, Lisboa, Editorial Presença

Neri, A. L. (2000). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Campinas: UNICAMP.

Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. Psicologia, Educação e Cultura, III, 2, 297-322.

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

Oertel, R. (1986), "Developmental task through the life span: A new approach to an old concept", in P. Baltes, D. Featherman & R. Lerner (Eds.), Life-span development and behavior, Vol. 7, S. Diego, Academic Press, pp. 233-269.

Oliveira, J. B. (2008) Psicologia do Envelhecimento e do Idoso, Lisboa, Lippincott-  
Psicologia, (3ª Edição).

Paul, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paul e A. Fonseca (Eds), Envelhecer em: Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pinto, A. C. (1990b). Questionário de lapsos de memória (QLM): Dados psicométricos e análise dos efeitos da idade e sexo sobre a frequência de lapsos. *Psicologica*, 4, 1-20.

Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família. Coimbra: Quarteiro

Pires, C. S. T (2008). Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do porto, Porto.

Poiars, C. (2008). Justiça, exclusão social e Psicologia ou Estranhas formas de vida. In J. Figueiredo Dias (Org.), *ARS IVDICANDI – Estudos em homenagem ao Prof. Doutor António Castanheira Neves, vol. I: Filosofia, teoria e metodologia*. Coimbra: Coimbra Editora, 967-981

Poiars (2012) A terceira idade na constelação da crise: espaço para a intervenção psico-inclusiva. Trabalho apresentado no XIX Congresso da INFAD. A psicologia num mundo de mudança e crise. Lisboa.

Portella MR, Pasqualotti A, Gaglietti M (org). Envelhecimento Humano – saberes e fazer. Passo Fundo: UPP Editora; 2006:71-90.

- Quaresma, M. T., Fernandes, A. A., Calado, D. F. & Pereira, M. (2004). O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência. Lisboa: CESDFT.
- Quintela, M. (2001). O papel dos lares de terceira idade. Geriatria.
- Ramos D. (1994). A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus.
- Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. Sociologias, 7.
- Redação, B. (2011). A solidão é um "assassino oculto" do idoso. Disponível em [http://www.bonde.com.br/?id\\_bonde=1-27--64-20111011&tit=a+solidao+e+um+assassino+oculto+do+idoso](http://www.bonde.com.br/?id_bonde=1-27--64-20111011&tit=a+solidao+e+um+assassino+oculto+do+idoso)
- Ribeiro O, Paúl C.(2012) Manual de envelhecimento ativo. Lidel editoras, Porto.
- Richardson, V. (1993), Retirement counseling, New York, Springer.
- Rocha C, Gomi I, Mazzarino M, Kirabbe S, Areosa SVC. Como mulheres viúvas de terceira idade encararam a perda do companheiro. Rev Bras Ciênc Hum 2005; 2(2):65-73. <http://www.ufr.br/seer/index.php/rbceh/article/view/31> <Consultado em 13.08.2013>
- Ross, Elisabeth K. Omega. (1996) In: Morte, estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Salvarezza, L. (1993): Psicogeriatria. Bs AS. Paidós.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. Análise Psicológica, 3, 505-516.
- Serfim, F. M. P. (2007). Promoção do bem estar Global na População sénior - Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Faro
- Simões, A. (1999). Envelhecimento e trabalho. In Atas do Simposio 99 - Envelhecer Melhor com a Atividade Física. Cruz Quebrada: FMH Edições, p. 121 – 130.
- Soares, E. (2006). Memória e envelhecimento: aspetos neuropsicológicos e estratégias preventivas. Consultado em 18 de Dezembro, de2013:

[http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=a0302](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0302)

Sonnenberg, D. (1997). "The "new career" changes: Understanding and managing anxiety", in *British Journal of Guidance and Counselling*, 25 (4), 463-472.

Soulet, M. (2000). Pensar a exclusão nos dias de hoje: não-integração ou desintegração?, *In* M.-H. Soulet (Org). *Da não-integração*. Coimbra: Quarteto, 9-20.

Spector, A., Orell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effectson different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25 (2), 1253-1258. doi: 10.1002/gps.2464.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I. & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no Idoso:

diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8 (3), 91-98

Simões, C. (2009). Curso de direito do Serviço Social. São Paulo: Cortez.

Souza, J. L. C. (2003). Asilo para idosos: o lugar da face rejeitada. *Jornal da*

Universidade Federal do Pará, Belém, ano 4, nº 1, p. 77-86.

Teixeira, L. (2010). Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um estudo

avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de Intervenção. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença.

Universidade de Lisboa. Retirado em de:

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf).

Tomás, L.M.V. (2012). Conjugação dos tempos de vida (idade, trabalho e reforma)

Editora Mundos sociais, Lisboa

Touraine, Alain (2005), *Um Novo Paradigma. Para Compreender o Mundo de Hoje*.

Lisboa: Instituto Piaget.

Vieira, R. G., Ana. R., Ana. M., SOARES, M. (2005). "Envelhecimento e Autonomia:

A Importância do Projecto de Vida" .. (orgs). *Diferenças, Desigualdade, Exclusões e*

*Inclusões*. Edições Afrontamento.

Walker, Alan (1998), O Combate às Barreiras Éticas no Emprego. Resumo da  
Investigação, Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de  
Trabalho.

Xiberras, M. (1993). *As teorias da exclusão*. Lisboa: Instituto Piaget.

Medeiros, S. A. R. R. Velasquez, M.D. Dario, M. C. E. Marques, D. D. (1998) "As  
trajetórias de vida por cuidadores principais." In: KARCH, U.M.S (org.). Envelhecimento  
com Dependência: Revelando Cuidadores. São Paulo: EDUC, p. 87-145.

## APÊNDICES

## Apêndice I

### Sessão nº 1

**Atividade:** Autoapresentação

**Material:** Uma bola antistress.

**Objetivos:** Pretende-se criar uma dinâmica e uma interação entre todos os elementos do grupo e a psicóloga, promovendo o autoconhecimento recíproco do grupo. A bola antistress apenas tem a função de ajudar os mais inibidos a se conseguirem expor.

**Desenvolvimento:** A dinâmica consiste na apresentação individual e breve de cada elemento ao grupo, incluindo a técnica, dizendo o seu nome, idade e local onde vive ou vivia e a ocupação que manteve enquanto ativo. A psicóloga apresenta-se referindo quem é, e qual o seu objetivo nas sessões a elaborar nos próximos meses. Pede-se aos idosos que criem um círculo com as cadeiras onde estes se vão sentar, incluindo a técnica, a primeira pessoa a se apresentar pega na bola antistress e mantém-na na mão enquanto fala passando de seguida ao seu colega do lado e assim sucessivamente.

## Sessão nº 2

**Atividade:** Apresentação do outro e quebra - Gelo (Berkenbrock, 2003)

**Material:** Cronómetro.

**Objetivos:** Nesta atividade será trabalhada a capacidade de exposição perante os outros, a capacidade de retenção e exposição da informação que acabou de receber, essencial para as atividades do dia a dia, prevenindo o isolamento muito comum nesta população. Poderão, com esta atividade, ser identificados alguns problemas de atenção e memória.

**Desenvolvimento:** Sentados dois a dois, terão um tempo máximo de 3 minutos para dar informações que considerem relevantes sobre si próprios, (ex: sonhos, gostos, objetivos....) ao seu parceiro de grupo. ( O tempo será controlado pelo técnico, que irá dar um sinal quando terminar o tempo, passando para o outro colega de grupo) Finalizado esse tempo, será divulgada a informação que o colega lhe confidenciou ao restante grupo. Este processo é feito de igual forma para os dois elementos do grupo e assim sucessivamente com todos os restantes grupos.

A apresentação ao restante grupo será feita enquanto o cronómetro marca 1 minuto, sendo avisado o seu fim pela técnica. Quando o tempo acabar, deve passar a vez ao colega de grupo. Nota: a dupla pode-se ajudar mutuamente.

### Sessão nº 3

**Atividade:** Clarificação das regras de funcionamento do grupo e do espaço no período que decorrerão as atividades.

**Material:** Folhas brancas e canetas

**Objetivos:** Permitir que os idosos participem ativamente na tomada de decisão das regras de funcionamento, tanto do grupo como do próprio espaço. Promover uma maior

tomada de consciência sobre a importância dos seus comportamentos para conseguir um bom resultado no programa.

**Desenvolvimento:** Inicia-se a sessão explicando a importância da existência das regras em qualquer dos contextos da nossa vida, sendo estas necessárias para um bom desempenho individual ou em grupo. Cada elemento ditará uma sugestão de regra para o bom funcionamento das sessões futuras. A técnica vai anotando as propostas e no final são votadas as 5 consideradas mais importantes para o bom funcionamento do grupo. As regras selecionadas serão impressas numa folha que estará sempre presente no local da realização das atividades.

## Apêndice II

(Regulação emocional)

### Sessão nº 4

**Atividade:** Expressões da Face (Carroccio Pont, 2007)

**Material:** Caixa; cartões, ( com o nome de emoções escritas, outros com imagens de emoções) Caneta e folha para anotações.

**Objetivos:** Estimular a criatividade e expressão artística dos participantes, exposição perante o outro, assim como a interação social e o trabalho de grupo

**Desenvolvimento:** A sessão será iniciada com uma breve explicação sobre a importância de identificar e manifestar as emoções para que possamos ser compreendidos pelos outros. Os participantes serão divididos por grupos, um grupo de cada vez irá retirar de uma caixa um cartão com uma palavra escrita correspondente a uma emoção (medo, alegria, raiva, surpresa), depois de todos os elementos do grupo terem visto a moção que lhes calhou para representar, escolhem um elemento do grupo que irá manifestar no seu rosto a emoção para que os outros possam adivinhar. Quando alguém adivinhar, a caixa passa para outro grupo e repete-se o mesmo processo. Quando todos os grupos tiverem concluído a primeira etapa da atividade, fazem tudo de novo para a segunda etapa, mas desta vez a emoção será apresentada em imagem, tendo o grupo em jogo que a identificar para que depois a representante para que os outros tentem adivinhar. No final discute-se a atividade e verifica-se qual foi o grupo que teve mais facilidade em identificar, representar e em adivinhar.

### Sessão nº 5

**Atividade:** Dinâmica da Vida (adaptação de Barreto, 2003)

**Material:** Cartões com as frases

**Objetivos:** Trabalha a capacidade de interação e partilha de sentimentos. Ao conseguir identificar, irá ajudar a ter uma melhor percepção do seu sistema emocional.

**Desenvolvimento:** Sentados à volta da mesa, damos a cada participante um cartão com 3 frases incompletas dentro (Adoro..... Detesto.... Fico Feliz quando....) Cada pessoa terá que completar as frases, e voz alta, como quiser.

### Sessão nº 6

#### **Atividade: Recordações**

**Material:** Perguntas preparadas pelo coordenador em número de participantes.

**Objetivos:** Trabalhar a capacidade de recordação, exposição e de controle sobre as emoções que vai sentindo, ao mesmo tempo que vai respondendo às perguntas. As emoções estarão muito presentes, visto que muitas das pessoas recordadas já poderão ter falecido, ou se encontrar ausentes das suas vidas.

**Desenvolvimento:** Cada participante recebe aleatoriamente uma pergunta e lê em voz alta para os demais, respondendo-a de seguida. As perguntas podem ser reutilizadas. Propostas de perguntas: - Como era o seu melhor amigo(a)? - Como o seu pai gostaria que você fosse? - O que você imaginava ser quando fosse grande? - Quais os seus sonhos de infância? - Qual a melhor lembrança do seu padrinho? - Qual a melhor lembrança do seu pai? - Qual a melhor lembrança da sua infância? - Qual a melhor lembrança da sua mãe? - Qual a sua primeira grande alegria?

### Sessão nº 7

**Atividade:** "A coisa mais importante do mundo"

**Material:** Uma caixa com uma abertura e um espelho dentro, em condições de refletir a imagem de quem olha por fora.

**Objetivos:** Propiciar o desenvolvimento da autoestima

**Desenvolvimento:** O técnico pergunta ao grupo quais são as sete maravilhas do mundo. Quando umas quatro já tiverem sido citadas, desviar para a maravilha que vamos poder contemplar agora. Maravilha maior que todas essas citadas, e que não está incluída em nenhum sistema de classificação. Pedir que cada um venha até o centro da sala e olhe dentro da caixa, para contemplar a coisa mais importante do mundo. Exigência: ninguém pode dizer nada, enquanto todos não a tiverem visto. Perguntar ao grupo: Quem viu realmente a coisa mais importante do mundo? O que você viu e realmente a coisa mais importante para si? A partir dos comentários do grupo pode-se criar um clima de reflexão em torno da importância que temos atribuído às questões relativas ao nosso bem-estar.

### Sessão nº 8

**Atividade:** Dar e receber afeto

**Material:** Caneta e papel para anotações do técnico

**Objetivos:** Experimentar emoções, deixar que o outro se aproxime, momentos de dar e receber afeto. Pode contribuir para facilitar a livre expressão de emoções positivas no relacionamento interpessoal num grupo e, com isso, trabalhar a autoestima dos participantes.

**Desenvolvimento:** O animador, pede ao grupo que forme uma roda, e começa por apresentar o exercício, salientando que para a maioria das pessoas, dar e receber afeto levanta algumas dificuldades. Por vezes, é mesmo mais fácil criticar, dizer mal, do que elogiar, dizer bem. A proposta desta atividade é a de permitir que experimentem e, se possível, ultrapassar tais dificuldades de um modo intenso. O animador solicita que um membro se ofereça voluntariamente para se colocar no centro do círculo com os olhos fechados. Depois pede que os membros, um de cada vez e evitando silêncios demorados, exprimam os seus sentimentos positivos em relação ao membro que está no centro através de frases curtas que comecem pelo nome do participante (João, gosto de ti!, João acho que és uma pessoa inteligente, etc.). Permite que todos os que desejem ocupem, à vez, o centro do círculo para experimentarem a sensação de receber afetos. Num segundo momento, e se desejarmos uma experiência mais intensa repetir a dinâmica do seguinte modo: o voluntário no centro pode ter os olhos abertos e reagir de modo não verbal aos elogios; os elementos do grupo devem aproximar-se do voluntário no centro procurando olhá-lo nos olhos enquanto lhe dizem a mesma frase curta que pode ser complementada por um gesto não-verbal de afeto (um beijo, um abraço, um tocar nas mãos, etc.).

### Sessão nº 9

**Atividade:** Imagens Ambíguas

**Material:** Computador, televisão e imagens impressas em papel (para alguns que não conseguem ver na televisão) papel e caneta para observações.

**Objetivos:** Estimular emoções e atetos através da percepção que é feita por cada um da realidade.

**Desenvolvimento:** Apresentação de várias imagens ambíguas, uma de cada vez, sendo perguntado a cada elemento o que vê naquela imagem, a fim de perceber a interpretação que fazem da realidade, sabendo que a percepção do mundo é diferente para cada um de nós. Com esta atividade apelamos às emoções e experiências de vida.

### Sessão nº 10

**Atividade:** Hora de poesia.

**Material:** Vários poemas de diversos autores impressos em papel.

**Objetivos:** Captar emoções e sensibilidades, como também, enriquecer o seu leque de conhecimentos, a fim de desenvolver ou avivar algumas capacidades intelectuais.

**Desenvolvimento:** É feita a apresentação de um poeta pelo técnico, ( ex: Fernando Pessoa, Florbela Espanca, Rosa Lobato Faria...) e dada a conhecer a biografia desse mesmo autor. Seguidamente são fornecidos pelo técnico, um leque de poemas do autor para que cada um possa escolher um poema. Quando já todos escolheram o seu, é estabelecida a ordem pela qual irão fazer a leitura dos mesmos. Sempre que um elemento termina de ler um poema, é pedido que faça uma reflexão sobre o mesmo, permitindo que todos manifestem a sua opinião sobre o poema que o parceiro leu e sobre o seu autor. (Se algum elemento não souber ler, o técnico fará a leitura do poema escolhido por este, deixando a interpretação do mesmo para o participante.)

### Apêndice III

(Componente cognitiva, atenção e memória)

#### Sessão nº 11

**Atividade:** Objeto oculto (Andrade, 2005)

**Material:** Uma caixa ; objetos ( lenços de papel, moldura, caneta...);cronómetro, caneta e folha para ir registando os resultados.

**Objetivos:** Interação, controle de impulsos, estimular a memória, a atenção e a recordação, funções muito importantes para o desenvolvimento de atividades do dia-a-dia

**Desenvolvimento:** Divide-se o grupo por equipas, ( 2 ou 4 elementos), numa caixa é colocado pelo técnico, sem que seja visto, um objeto, de seguida vai lançando pistas ( máximo 4) sobre esse mesmo objeto ao grupo em jogo, por exemplo, "podem ter vários formatos ..., quando olhamos para ela recordamos pessoas ou situações..., podem ter uma componente decorativa...." ( resposta : moldura)" sendo dado a cada equipa, um tempo máximo de 2 minutos depois de apresentadas todas as pistas, terminando um grupo passa para o outro. A grande dificuldade apresentada nesta atividade é conseguir controlar os impulsos dos restantes grupos para que só respondam quando for a vez do seu grupo. Esta atividade também pode ser realizada por dois grupos simultâneos em jogo, um dá as pistas o outro tenta adivinhar, sendo o técnico o moderador e quem controla o tempo.

## Sessão nº 12

**Atividade:** Descobrir a profissão (Mayer, 2005)

**Material:** Cronómetro, envelope e imagens com representantes de profissões ( médico, cabeleireira, professor, pescador...) Papel e caneta para registar os resultados.

**Objetivos:** Estimular a interação e a recuperação da memória através da recordação por associação.

**Desenvolvimento:** Os participantes devem ser organizados por equipas de dois elementos, será entregue a um elemento do grupo um envelope que contém imagens de profissões, retira uma imagem sem olhar, e pode fornecer 4 pistas para que o colega adivinhe a profissão, o colega tem um minuto para adivinhar depois de dada a última pista, quando terminar passa a outro grupo e assim sucessivamente.

### Sessão nº 13

**Atividade:** Associação de palavras (Adaptação de Choque & Choque, 2006)

**Material:** Canetas, folhas e cronómetro

**Objetivos:** Estimular a atenção, a concentração e a recordação através da memória.

**Desenvolvimento:** Os participantes, divididos por grupos de dois, devem tentar associar o maior número de palavras a um tema específico fornecido pela técnica (Carnaval, Verão), tendo dois minutos para o fazer, terminando o primeiro será dado outro tema, num total de 5 temas. No final serão contabilizadas as respostas dadas a cada tema, observando qual foi o grupo que atingiu maior número de palavras sobre cada tema, sendo previsível que aumente o número de palavras com a continuação da atividade, sabendo que se tratando de temas com maior impacto como por exemplo o Natal será mais fácil conseguirem obter muitas palavras. (Como se trata de uma atividade de grupo, não invalida a participação de algum elemento que não saiba escrever, só um tem de saber escrever)

#### Sessão nº 14

**Atividade:** Memorização de uma lista de palavras (Adaptação de Choque & Choque, 2006)

**Material:** Lista, caneta, folhas de papel e cronómetro

**Objetivos:** Estimular a atenção e a memória a curto prazo e a capacidade de recuperação

**Desenvolvimento:** Esta atividade será desenvolvida por pares de dois em que pelo menos um saiba ler e escrever. Terão o tempo de três minutos para registar o máximo de palavras depois da técnica ter terminado de ler a lista toda. Primeiramente serão lidas oito palavras completamente aleatoriamente onde os participantes devem tentar memorizar enquanto ouvem, terminando a técnica de ler, devem escrever o máximo de palavras que se lembrarem (Cão, panela, livro, coração, moldura, papel, caneta), terminada esta lista será repetido o processo com uma nova lista de palavras, desta vez com nomes de pessoas sem qualquer critério de seleção, repetindo novamente o processo de registo. Por fim será dada uma lista de palavras relacionadas com épocas festivas, pedindo novamente que registem o maior número de palavras que se lembrarem. Terminando serão conferidos os números de palavras obtidas por cada equipa para cada tema devendo verificar-se uma maior capacidade de memorizar palavras relacionadas com uma época festiva específica, chada memória por associação.

### Sessão nº 15

**Atividade:** Advinha a imagem, (Choque & Choque, 2006)

**Material:** Imagem ( tamanho grande, devido à incapacidade visual que muitos elementos desta população apresentam) Uma folha com quadrados picotados de forma a que seja colocada à frente da imagem e possam ser retirados um de cada vez.

**Objetivos:** Trabalhar a capacidade de concentração, atenção e memória por associação. Trabalhando também a interação.

**Desenvolvimento:** Será apresentada uma imagem de algo que seja bastante conhecido na região, (ex: uma igreja, uma praia...) essa imagem estará tapada com vários quadradinhos, primeiro o técnico retira um quadrado e passa ao elemento que se encontra à sua direita para que tente adivinhar, não conseguindo vai passar para o elemento que se encontra à sua direita e assim sucessivamente para os restantes elementos do grupo, para que tentem adivinhar. Não tendo ninguém adivinhado, o técnico destapa mais um quadradinho e volta a passar pelo grupo a ver se alguém adivinha... e assim sucessivamente até descobrirem qual é a imagem.

### Sessão nº 16

**Atividade:** A Batata quente da memória (Pereira, 2004)

**Material:** Envelopes com perguntas, uma caixa e computador para colocar a música a dar

**Objetivos:** Interação, exposição perante os outros, estimulação da memória e possibilidade de aquisição de novos conhecimentos.

**Desenvolvimento:** Entrega-se uma caixa aos participantes que contém dentro várias perguntas. Enquanto toca uma música selecionada pelo técnico, a caixa tem que circular pelas mãos dos participantes. Quando a música parar, quem ficou com a caixa na mão, retira um envelope que contém uma pergunta e uma consequência para o caso de não saber ou não querer responder à pergunta, lê e responde em voz alta para todos ouvirem têm que responder às perguntas ou fazer o que está escrito no papel (Ex: Como se chama o presidente da república?, não sabe, consequência: cante uma canção de Natal). As perguntas podem ser: Eriçeira pertence a que concelho?; Em que estação do ano é que nos encontramos?; Qual a época festiva que se aproxima? Como se chama o Sr. Provedor da Misericórdia da Eriçeira? Quantos meses tem um ano?. Sempre mantendo a preocupação de serem acessíveis para a população em questão.

### Sessão nº 17

**Atividade:** Quem sabe, sabe! (Teles 2008)

**Material:** Um cubo com cores diferentes em cada um dos lados; Um dado; Quinze cartões com perguntas para seis categorias (provérbios, adivinhas, curiosidades, canções tradicionais, geografia de Portugal e gastronomia regional)

**Objetivos:** Estimular a memória, a capacidade de abstração lógica, concentração, atenção, compreensão verbal e coordenação psicomotora

**Desenvolvimento:** Os participantes são divididos por grupos, preferencialmente de três elementos, ficando o técnico com a função de juiz. Um elemento de cada grupo, consecutivamente, lança o dado e o jogo é iniciado pelo grupo que obtiver a pontuação mais elevada. Seguidamente o jogador do grupo que obteve a pontuação mais alta volta a lançar o dado e começa o jogo. A cor do cubo que ficou virada para cima corresponde à categoria que terá de responder à pergunta, juntamente com o seu grupo. Cada resposta certa vale o respetivo cartão. No caso de o grupo não acertar, o juiz deverá dizer a resposta correta pondo de lado esse cartão. Na consequência o jogador ou o grupo deverá cantar ou traçar uma canção. O jogo é ganho pela equipa que conseguir acumular o maior número de cartões.

**Sessão nº 18**

**Atividade:** A escolha de um Astronauta (Choque & Choque, 2006)

**Material:** Caneta e uma folha para cada um com o nome de todos os utensílios para que coloquem o número que consideram correto, segundo a sua ordem de prioridades.

**Objetivos:** Estimular a capacidade de imaginar e de dar atenção aos pormenores, alertar para a necessidade de saber intervir em situações de crise, interação e discussão de opiniões

**Desenvolvimento:** Começa-se por explicar que a atividade que se vai realizar necessitará que os participantes utilizem a capacidade de imaginar uma situação irreal, naquele momento, mas que poderá acontecer em diversas situações, sendo a prevenção o melhor remédio. Passa-se a descrever a situação; Imaginem que estão num voo de aproximadamente cinco horas e a meio do percurso o piloto anuncia que tem de fazer uma aterragem de emergência, caindo num deserto, ficando conscientes somente com passageiros. A vossa missão é salvar os passageiros, sendo que nos destroços do avião vão encontrar os seguintes utensílios: - três bussolas, - cinquenta cobertores - com garrafas de água - um espelho de maquiagem - com óculos escuros - dois mapas da região - com pacotes de sal - com latas de comida - trinta canivetes suíços - e uma grande lona cor da areia. Enumerem por ordem decrescente de prioridade os objetos acima relacionados, que serão utilizados nesta missão de salvamento, sendo o nº um o mais importante e o nº dez o menos importante. Podem discutir ideias uns com os outros mas no final a resposta será individual. No fim o técnico vai apresentar a ordem correta e discutir com o grupo a razão para aquela seleção.

**Sessão nº 19**

**Atividade:** Provérbios e adivinhas

**Material:** Lista de provérbios e adivinhas

**Objetivos:** Estimular a memória e a capacidade de recordação

**Desenvolvimento:** Nesta atividade é lido metade de um provérbio pelo técnico e pedido aos participantes que completem a parte que falta em voz alta. No fim de cada provérbio é explicado o seu significado. As adivinhas são lidas em voz alta também pelo técnico, e pedido que respondam.

## Sessão nº 20

### **Atividade: Jogo de cálculo Mental**

**Material:** Papel, lápis, caixa de jogo com as peças e regras

**Objetivos:** Estimular o treino cognitivo com base em relacionamento diferenciado;

melhorar déficits de atenção; diminuir a ansiedade e quadros depressivos; Exercitar a

memória de trabalho e a de longo prazo; Prevenir demências e Promover a sociabilidade e o

aumento da autoestima

**Desenvolvimento:** Trata-se de um jogo de operações aritméticas simples, composto por peças de cor branca e outras de cor azul, as de cor branca apresentam diferentes cálculos aritméticos simples; somas, subtrações e multiplicações, as de cor azul, apresentam diferentes resultados, ou seja o jogador pega nua peça branca que contém uma operação e procura nas peças azuis o número que corresponde ao resultado dessa mesma operação. Quem fizer o maior número de cálculos corretos ganha. Com este jogo pretende-se promover a sociabilidade e espírito de competição, como também, melhorar os déficits de atenção e exercitar a memória de trabalho e de longa duração.

### Sessão nº 21

**Atividade:** : Associação de imagens (Neves, 2009).

**Material:** Imagens e cartões com categorias diversas, papel e caneta para anotações.

**Objetivos:** estimulação da memória através da associação de diferentes imagens e histórias; também estimulação da atenção e concentração nos relatos dos outros participantes

**Desenvolvimento:** Divididos por equipas os participantes devem desenvolver duas tarefas. Na primeira têm que associar determinadas imagens e figuras (recortes de jornais, de revistas) a um conjunto de categorias que lhes são proporcionadas. (ex: Natal, Verão...) Na segunda tarefa vão-lhes ser entregues várias imagens e o número de categorias existentes nelas. Os participantes vão ter que associar as imagens entre si e dar um nome a cada categoria consoante a associação.

## Apêndice IV

(Atividades teatrais e dinâmicas)

### Sessão nº 22

**Atividade:** Segura o Balão (Berkenbrock, 2003).

**Material:** Balões, imagens para colocar dentro dos balões antes de encher (Imagens pequenas e enroladas como rifa para colocar dentro dos balões), cronómetro, folhas e caneta para anotações.

### Objetivos:

Esta atividade estimula a coordenação motora dos participantes (ao tentar manter o balão no ar) e o equilíbrio, bem como a possibilidade de partilhar com o grupo os seus sonhos e desejos, tornando-se assim mais próximo do resto do grupo.

**Desenvolvimento:** Entregar um balão com uma imagem dentro a cada pessoa. Os balões devem ser mantidos no ar com a cooperação de todos. Passados dois minutos, cada pessoa escolhe um balão e de seguida rebenta-o. Posteriormente procuram a pessoa que tenha ficado com a mesma imagem e agrupam-se aos pares. Sentados dois a dois terão um tempo máximo de 3 minutos para conversar e saber o que o outro gostaria que acontecesse naquele dia para que ficasse o seu dia mais feliz. Finalizado esse tempo, cada pessoa vai apresentar o seu par ao resto do grupo, dizendo os desejos que lhe foram partilhados na conversa, e fará isso enquanto uma ampuilheta ou cronómetro, está a contar o tempo. Quando o tempo terminar, deve passar a vez a outro, e assim sucessivamente.

### Sessão nº 23

**Atividade:** Organizar por cores (adaptação de The Woodcraft Folk, 2004)

**Material:** Um conjunto de oito bolas, duas de cada cor, quatro caixas e uma venda para os olhos.

**Objetivos:** Trabalha a confiança no outro para seguir as suas ordens, a capacidade para orientar o trabalho em equipa, a comunicação e a diversão.

**começando por dividir:** A sessão inicia-se com uma breve abordagem sobre a confiança e a autoconfiança, seguidamente pede-se aos participantes que formem equipas de dois e explica-se a atividade. As equipas devem escolher um elemento do grupo que ficará com os olhos vendados e que seguirá as indicações do outro elemento da equipa para conseguir agrupar as bolas por cores, nas diferentes caixas que são colocadas por cima da mesa. O grupo que realizar a tarefa em menos tempo ganha.

**Sessão nº 24**

**Atividade:** Em busca da ordem secreta (Mayer, 2005)

**Material:**

**Objetivos:** Interação, capacidade de observação e pensamento lógico, perceber as estratégias utilizadas para a realização da atividade e qual o raciocínio utilizado e porque, demonstrar que a aparência física nem sempre se manifesta como a melhor estratégia de aproximação ao outro.

**Desenvolvimento:** Inicia-se a sessão alertando todo o grupo para a importância da atenção e da observação. De seguida pede-se a todos os participantes que se coloquem no meio da sala e prestem atenção ao que lhes vai ser pedido, sem que possam verbalizar qualquer palavra, pede-se que se juntem à pessoa que considerarem ter a idade mais próxima da sua, ( parece fácil porque habitam no mesmo espaço mas, estamos a falar de uma população em que os problemas de memória a curto prazo são uma evidência constante), dá-se cinco minutos para a tarefa e vamos junto de cada um perguntar qual a estratégia que utilizaram, depois, perguntam-se as idades e agrupam-se de forma correta para que se possa verificar quem esteve mais próximo da realidade e qual foi a sua estratégia.

### Sessão nº 25

**Atividade:** Discos Pedidos.

**Material:** Computador e televisão

**Objetivos:** Estimular a diversão e a memória. Trazer para o presente emoções e vivências através da recordação.

**Desenvolvimento:** Com o intuito de trazer à memória recordações de outros tempos e manter os utentes ativos e divertidos, foi criada uma atividade, intitulada de discos pedidos. Consistindo em ligar um computador à televisão e pedindo que de forma organizada, um por um, escolha uma música, de seguida o vídeo dessa música é colocado e todos assistem. Quando acabava de passar o videoclip, são incitados a falar das recordações que aquela música lhes traz.

## Sessão nº 2 6

**Atividade:** Função do objeto (adaptado de Berkenbrock, 2003)

**Material:** Imagens de objetos ou de lugares.

**Objetivos:** Interação, partilha de gostos e de acontecimentos, evidenciando aspetos e gostos pessoais escondidos, permitindo identificação e aproximação ao outro.

**Desenvolvimento:** Serão colocadas no centro da mesa várias imagens de: (Chapéu, rádio, pincéis, camara fotográfica, boneca, entre outros). Os participantes devem escolher um que lhes agrade sem qualquer critério de seleção, de seguida ordenadamente cada elemento do grupo deve identificar o objeto que retirou e relembrar algo da sua vida que se relacione com o mesmo, por fim, falar sobre as diferentes utilidades que esse determinado objeto pode ter no dia-a-dia.

## Apêndice V

(Componente informativa)

### Sessão nº 27

**Atividade:** Conversas Informais I (Saúde Mental)

**Material:** Computador, Televisão e Power point.

**Objetivos:** Desmistificar mitos e preconceitos sobre Saúde Mental, dar a palavra aos idosos para que possam manifestar as suas dúvidas e receios.

**Desenvolvimento:** Debate sobre o tema, saúde mental. É apresentado um Power Point sobre o tema, mencionando de forma perceptível para a população em questão, algumas doenças mais comuns do foro psicológico, tais como: Alzheimer, demências, depressão...  
pedindo sempre a intervenção de todos para que se pudesse esclarecer os medos e as dúvidas existentes sobre as patologias.

**Desenvolvimento:** Pedir aos idosos que sejam interventivos, começando por lançar a questão, "Quais as principais regras para uma boa convivência em grupo? de seguida são então apresentadas as principais regras e pedido ao grupo se concorda com estas, se acha que falta acrescentar mais alguma, e que relatem sem nomear ninguém, episódios em que não foram utilizadas essas regras, causando sofrimento e mau estar, pedindo também para referirem qual o sentimento mais sentido nessas ocasiões. apresentação das principais regras básicas para uma boa convivência em grupo. Com a colaboração dos utentes serão mencionadas regras que são consideradas fundamentais para uma boa convivência em grupo, " Desejar um bom dia, não falar mal dos outros, dirigir-se ao outro de fora cordial, utilização das palavras mágicas,(Por favor, com licença, obrigada...), Perguntar ao outro se está bem, mostrar interesse pelas suas coisas, Dar-lhe atenção.

**Objetivos:** Manter presente a importância de respeitar o outro e as suas diferenças, principalmente quando se divide e partilha o mesmo espaço , vinte e quatro horas por dia, partilhar episódios e sentimentos. Pretende-se desta forma perceber a sensibilidade dos mesmos.

**Atividade:** Conversas Informais II (Regras Básicas para uma boa convivência em grupo)  
**Material:** Computador, Televisão e Power point

### Sessão nº 28

Sessão nº 29

**Atividade:** Conversas Informais III (Diferenças entre ser velho e ser idoso de Jorge R. do Nascimento)

**Material:** Computador, Televisão e *Power point*.

**Objetivos:** Proporcionar o diálogo e a interação entre o grupo, criar motivação para que mantenham uma vida o mais ativa possível, aumentar a sua motivação e autoestima.

**Desenvolvimento:** Começar por questionar quem sabe a diferença entre ser velho e ser idoso, deixar que todos manifestem as suas opiniões, de seguida apresentar as diferenças e pedir que se manifestem mais uma vez sobre o que ouviram.

**Sessão nº 30**

**Atividade:** Finalização e avaliação do programa

**Material:** Certificados de participação para cada participante canetas e papel.

**Objetivos:** estimular os participantes para a importância dos programas psicoinclusivos, incentivar a partilha de opiniões e experiências vividas durante o desenvolvimento das sessões; avaliação do programa.

**Desenvolvimento:** É pedido ao grupo que faça uma avaliação do programa oralmente e que escrevam num papel uma única palavra que pensem descrever este programa. Depois serão lidas todas as palavras em voz alta e será entregue um certificado de participação a cada um. A técnica irá terminar agradecendo a participação de todos e salientando para a importância da continuação destes programas para que obtenham uma melhor qualidade de vida, a nível de memória, interação e trabalho de equipa, fugindo à solidão, depressão e isolamento social.

## Apêndice VI

### Narrativas Biográficas

#### Observações:

Narração livre das suas vidas, como resposta ao pedido para que partilhassem um pouco da sua vida Familiar, Social e Institucional, com a finalidade de conseguirmos compreender as realidades que envolveram os seus percursos de vida, alegrias, tristezas, medos, angústias .

A pedido dos idosos, e como sugestão de temas a abordar durante a entrevista, foi dado pela técnica, puramente como fonte de orientação alguns tópicos, sendo estes: Naturalidade, Infância, Casamento, Atividade profissional, Reforma, Saúde, Institucionalização e Atividades desejadas. Não havendo qualquer obrigatoriedade de ordem ou tema, podendo mesmo ir para além destes tópicos sugeridos, ficando no critério de cada um.

Os nomes dos idosos não aparecem identificados para que seja preservada a identidade dos mesmos, sendo que a nossa única pretensão era conseguir uma maior proximidade sobre a realidade das suas trajetórias e identificar semelhanças e diferenças entre eles.

(1) D. G.F., 75 anos, Apresenta-se bastante cuidada, com uma apresentação muito bonita e delicada. Natural de Lisboa onde sempre viveu até conhecer o seu segundo companheiro Estudou até ao 2º ano comercial. Tem 2 irmãos rapazes, mais velhos, com os quais nunca manteve uma relação muito próxima. Casou aos 21 anos com um rapaz que diz "pertencia à sociedade" este, segundo ela, trabalhava como Engenheiro apesar de não ter o curso. Tiveram uma filha, dessa filha tem 2 netos. O casamento começou a ter problemas ( " meu marido era um leviano") e separaram-se. Diz estar na misericórdia há 3/4 anos desde que teve um episódio em que desmaiou em casa ( não consegue descrever o que lhe diagnosticaram mas sabe que começou com perdas de memória, pensa que relacionado com um esgotamento cerebral)Diz manter uma boa relação com a filha, mas com poucas visitas,

lamentando que esta não a leve a passar algum em sua casa para estar mais próxima dos netos. Sente-se muito só, abandonada pela família. Quando se separou do pai da filha dividia a guarda da filha com a avó paterna que a ajudava, levando a menina aos fins de semana e nas férias. D. G. trabalhou na indústria da cosmética até que conheceu um novo companheiro que não queria que ela trabalhasse. Foi com este companheiro que viajou bastante e que começou a vir para a Eriçeira. Ainda mantém a casa onde viveu com ele, sempre que sente saudades vai à sua antiga casa visto que é mesmo atrás do lar. Na instituição refere algumas situações de conflito com colegas, principalmente com uma ( D. S) Refere também o desaparecimento de alguns dos seus objetos pessoais. Diz gostar de estar no lar, pois não quer ser um estorvo para a filha, só diz sentir muita falta de carinho. Relativamente a atividades, diz que deviam ter muitas mais, Sobre as atividades que foram por nós desenvolvidas diz: " isso foi fantástico, maravilhoso, quem me dera.... ajudou-nos muito" A Doutora tem uma presença, uma energia, acolhe a todas.... todas somos importantes, é fantástica...."

**(2) D<sup>a</sup> I. A.,** bem disposta, cuidada, metida sempre nos seus trabalhos, gosta de chamar

quem passa para partilhar o que está a fazer. 81 anos natural da Eriçeira. Nunca foi de muitos convívios, não tinha por hábito tomar café com amigas porque o marido nunca deixou. Depois deste falecer também não sentiu necessidade. Vívua há 12 anos, esteve 5 anos sozinha até lhe dar um AVC que a deixou paralisada no lado esquerdo, vendo-se obrigada a procurar ajuda. É bastante crente, gosta de fazer as suas orações. Diz " ... por isso não me revoltou tanto...." " Vivem na Alemanha onde trabalhou ela e o marido. Esteve lá durante mais ou menos 4 anos - Primeiro trabalhou numa fábrica de calçado, de "ajuntadeira", depois numa fábrica de têxteis de lar " " nunca falei a língua deles... mas olha sempre me entendi...." Quando veio da Alemanha ainda trabalhou, mas nunca quis descontinuar para a caixa porque perdia o dinheiro da Alemanha. Em Portugal nunca teve direito à reforma, recebe como pensionista. Da Alemanha recebeu o dinheiro que descontinhou. Esta neste lar faz 6 anos, anteriormente esteve na pensão Morais 13 meses e 2 meses em Alcoitão Reagiu muito bem a vir para o lar. Quando ainda o marido era vivo, dizia que gostaria de um dia vir para este lar. O marido era muito controlador, tinha de lhe justificar todos os gastos que fazia por muito pequenos que fossem. Quis relatar-nos como passa o seu dia no lar - levanta-se cedo, por volta das 5 da manhã, ( demora muito tempo a fazer pequenas coisas mas, faz questão de as fazer sozinha) só precisa de ajuda para vestir o soutien, apesar de todas as dificuldades, consegue fazer a sua higiene

(3) D<sup>a</sup>. L. A., 91 anos - Apresenta-se muito cuidada feliz e de bem com a vida. Diz sentir-se muito bem, não tem dores, acha que está tudo bem. Natural da Ericeira, fez a 4<sup>a</sup> classe onde aprendeu a ler e a escrever. A mãe era doente e foi internada, deixando-a com os seus padrinhos que nunca tiveram filhos. Diz ter tido uma vida de muito trabalho, viveu com os padrinhos que a criaram, tinham uma quinta com muitos animais e sempre com muito o trabalho. A madrinha era, segundo esta, muito severa, só sala para a igreja. Sobre o casamento diz não se lembrar, diz que sempre trabalhou no campo para ajudar a casa e o marido. Teve 2 filhos, já tem netos e um bisneto. Ficou viúva muito cedo e diz que não se lembra nada do marido.... ( talvez seja uma proteção!!!) Diz gostar muito de estar aqui na misericórdia. Não tem muitas visitas só os filhos que a levam a casa e a visitam no lar, como

mais controladas pela direção.

incomoda é alguns conflitos com uma ou duas utentes, acha que estas situações poderiam ser são muito suas amigas. Sente-se bem integrada no lar, gosta de cá estar, a única coisa que a me bem a desabafar..." Tem visitas diariamente, apesar de não ter filhos, as irmãs e sobrinhas meu espaço" Acha importante termos estas conversas em particular diz "...faz-me bem, sinto-me espaço, este cantinho da costura também o sinto como meu, gosto de sentir que tenho o muitas nunca têm visitas..." " ... gosto de ter os meus espaços, o meu quarto sinto-o como o ".... estão ali a olhar para a televisão parece que estão à espera da morte... eu tenho vistas mas

fazer...aqueles bocadinhos eram tão bons..." Sobre os outros utentes diz:

participar em todas as atividades... estávamos sempre curiosos com o que iríamos (atividades realizadas por nós) porque tínhamos sempre atividades diferentes... eu gosto de depois nunca mais fizemos...foi só na novidade e nunca mais..." "...senti muito a sua falta eu vou" "...podíamos fazer trabalhos até para vender, cheguei a pintar sabonetes, jarras...mas ganhar, deixam de vir... mantemos o chá dançante uma vez por mês e sempre que há passeios mas"...claro é tudo feito com voluntários e sempre que arranjam alguma coisa em que podem muito boa, faz o que pode mas...mas não chega..." "Tiveram algumas atividades como Música bordados de ponto de cruz. Sobre atividades diz "...não temos grande coisa... a animadora é não mexe. Almoçam por volta do meio dia, depois vai dar uma voltinha e volta para os trabalhos para amigas, famílias e funcionárias, incrivelemente só com uma mão, porque a outra trabalhos de bordado, ( utiliza um tear pregado à mesa e trabalha só com uma mão) faz muitos dentes. Durante o dia, o tempo que está na sala é praticamente todo ocupado nos seus sozinha, depois vai tomar o pequeno almoço por volta das 7.30 e volta ao quarto para lavar os

não tem irmãos nem mais família está condicionada aos filhos netos e bisneto. Do portão do lar consegue avistar a casa onde viveu, quando tem saudades vai até lá espreitar. Atividades - Gostava de fazer mais trabalhos manuais como ateliers " ... é bom, estimula, faz-nos sentir uteis..." Diz que gosta de fazer tudo o que não seja ficarem "parvos e parados a olhar para a televisão" Sempre que têm passeios gosta de ir a todos. Diz sentir-se tranquila e que não é muito saudosa. Lamenta estar a perder muito a memória.

(4)Dª S. C., 88 anos - Trata-se de uma senhora que não é da Ericeira, evidência ser segundo esta. O marido era supervisor bancário e como tal viajava bastante. A D. Silvína diz agora já não trabalha mas o seu último trabalho foi aqui na secretaria da misericórdia, mais velho já foi de Portugal os outros nasceram lá. A filha não chegou a acabar o curso, ainda frequentou dois anos do "Instituto" Casou aos 22 anos e embarcou logo a seguir para África ode viveu até há relativamente pouco tempo. Tem 3 filhos, 2 rapazes e uma rapariga, foi para Campolide com o pai que era ferroviário. Estudou até concluir o curso comercial e canto. Só teve um irmão que morreu pequeno. Viveu em Sintra até entrar na primária, depois bastante culta, gosta muito de ler. Não conversa com quase ninguém, está muito quieta no seu canto. Os filhos enquanto estudavam viviam em Portugal com uma tia que os quis acompanhar, quando acabaram os estudos voltaram para África. Esteve casada trinta e muitos nos e foi quando o marido, segundo esta, começou a ter comportamentos estranhos, foi de férias sozinho sem dizer nada à família. Começou a andar com uma senhora e largou a casa para ir para uma pensão viver com a amante. O filho mais velho acabou o curso de medicina em Portugal. Tinham contactos com pessoas bastante influentes, refere contactos com presidentes primeiros ministros e outras pessoas influentes como o Salazar em Portugal que lembra-se de ir a casa deste tomar chá. Salazar arranjou-lhe um lugar na Pide como escriturária mas entretanto os telefonos também lhe arranjarão uma vaga e ela preferiu este trabalho. Dos filhos, o do meio tem tido alguns problemas e a D. silvína não sabe nada dele há vários anos. Recentemente numa das visitas a filha descaiu-se a dizer que o irmão tinha estado preso por alguma coisa... Não tem visitas, a filha vem cá muito poucas vezes, o filho mais velho é muito raro, e o do meio não sabe nada. Doou os seus bens todos aos filhos, a filha ficou com a casa e o ouro, sendo também responsável por gerir o seu dinheiro. Veio viver para a Ericeira para casa da filha, até que o genro tratou de tudo para a pôr no lar, magoando-lhe o facto de a

Filha não fez nada. "Estou muito triste.... gasto a minha vista a ler porque isto não é para mim...." Atividades - Nas nossas atividades era bastante colaboradora, mostrava sempre a sua admiração pelas atividades, agradecendo muito ao fim de cada sessão. Nunca mais saiu do Lar, ou voltou a casa. Diz que gostaria muito de sair de vez em quando. Quando fala sobre isto começa sempre a chorar emocionada. Lamenta ter deixado as coisas ficarem desta maneira, mas reconhece que hoje não consegue enfrentar a filha. Termina a dizer: " é uma tristeza.... quero dinheiro para arranjar o cabelo e não tenho, quero ir o médico dos olhos e não posso ....é uma tristeza..."

(5) D<sup>a</sup> S. F., Natural da Ericeira ( Nascida e criada na Ericeira) Esteve durante a entrevista a falar muito rápido, apresentava como que uma necessidade de falar rápido para não se esquecer de nada....Mostra-se muito lucida, sem falhas de memória, recorda acontecimentos, nomes e datas com muita facilidade. 87 anos vivia à 29 anos - atualmente, amputada das 2 pernas e quase invisual. Sobre a sua vida refere que eram 10 irmãos, sendo ela a mais velha. Entrou para a escola aos 9 anos "... não eramos obrigados a ir à escola quem não quisesse não ia. Normalmente quem ia eram os rapazes, as raparigas ficavam em casa a ajudar as mães. Fiz o exame da 4<sup>a</sup> classe, fazia muito bem as contas, em português é que era um bocado burra, os ditados dava sempre erros, confundia os b altos com os b baixos...." Logo em mítica era feliz, ia com as amigas comprar sorvetes, depois mais tarde começamos a fazer bailes, "... só havia aqui um café grande na Ericeira e só os homens é que podiam frequentar, as raparigas ficava mal....", depois de namorar um ano. Tem 3 filhos, 2 rapazes e um rapaz. Casou-se com 22 anos e o marido tinha 27, diz que aos 22 ainda era muito ingênua. Nunca trabalhou "... eu pertencia às chamadas meninas de Elite, não nos juntávamos com as mais pobres...." Casou-se vestida de noiva com ramo de laranjeira, levou cento e muitos convidados: "...A festa foi feita numa grande casa com vários empregados e com muito peixe e marisco. Foi "Pirum" naquela altura era comer de rico...." Depois de casada ficou em casa, engravidou e só depois do nascimento da filha é que ficou com uma "tasca", Refere " fartei-me de trabalhar, antes de ter a "tasca" eu chorei tanto doutora, tinha tão poucacinho dinheiro, eu estava habituada a ter tudo, fingia que já tinha comido porque o dinheiro não chegava, mas não podia dizer nada à minha mãe porque ela não queria que eu casasse com ele...." depois fiquei com a "tasca" e uma velhota que me deixou uma casa que eu tenho a render, eu cuidei dela e ela deixou-me a casa " Mais tarde teve um lugar de frutas na praga, "

Sozinha vendia 1000 kg de laranja, 500kg de melão, as vezes era enganada com o melão que estava verde, "...eu para o vender fazia malandrões, com o peso de kilo batia no cu do melão e quando as clientes carregavam parecia que estava maduro .... ( risos) as laranjas punha as azedas por baixo e as doces por cima". Foi neste período que conseguiu que contratassem o marido como fiscal da praça. Mais tarde o marido teve um cancro na bexiga e esteve doente durante 2 anos, era ela que fazia de enfermeira dele, foi para Lisboa para ser operado e ela alugou um quarto em Lisboa, aprendeu a andar de metro e a desenterrar-se sozinha. A filha mais velha e o marido ainda são segundos primos e tiveram dois filhos deficientes, que têm hoje respetivamente 40 e 37 anos. O filho do meio deu-se sempre mal com a mulher e passava muito tempo em casa da mãe porque não tinha trabalho e também se separou. Segundo a D. Sofia este filho sofre de stress pós guerra. O filho mais novo da D. Sofia separou-se e vivia com ela. Teve também este filho, um cancro na garganta encontrando-se a recuperar. Sobre a sua reforma diz: "... isso foi engraçado, (risos) Fui ao Dr. Peralta e disse oh Doutor eu queria me reformar agora que sou viva... - Oh rapariga não te posso reformar vais para a baixa, o que é que fazes? perguntou-me o Doutor, faço rendas e bordados, tenho as mãos inchadas, mas não fazia nada, mas estava coletada nas finanças para mais tarde vir a ter uma reforma, ele foi perguntar às vizinhas e elas disseram a verdade que eu não fazia rendas nem bordados, fui então a uma inspeção e como não tinha as mãos inchadas porque não fazia nada, fui até Matra com um saco em cada mão cheio de sapatos que era para me incharem as mãos e foi assim que fui reformada por invalidez. Quando viveu com o marido era feliz e apesar dos ciúmes dele ainda fizeram alguns passeios de excursão. O que a levou a ir para uma instituição foi o ter ficado sem as duas pernas. "Primeiro só cortei uma e ainda fiquei em casa, tinha pequenas a ajudar-me, fiz fisioterapia e coloquei uma perna postiça, ainda andei assim 2 anos, depois outra perna as veias envelheceram, não era dos diabets, tiveram de me cortar a perna e tive no hospital 6 meses até entrar para o Morais, antes de vir para este lar estive 7 meses no Morais (outro Lar da Ericeira)mas era muito caro, apesar de ter gostado muito de lá ter estado." .. " Eu preferi não vender as minhas propriedades e vir para aqui, no morais era muito caro..." " Eu sempre dizia, eu não vou para o lar, era o vais... eu via os velhos no lar na televisão e dava-me uma tristeza..." "Aquilo que mais se queixa é do comer, acha que é mal feito. Tem a visita dos filhos mas gostava muito de passar mais tempo em casa, chora quando fala da casa e lamenta nunca mais lá ter podido ficar... Começou a chorar e a dizer " estou triste, tenho saudades de tudo, do "convivo", lá no morais as pessoas eram mais civilizadas, é outras pessoas, sabem manter uma conversa... não posso fazer nada, não

vejo de um olho e outro vou agora ser operada às cataratas, só posso conversar, mas também não gosto de conversar com qualquer uma..." Sente muita tristeza por as amigas deixaram de a visitar, "... dizem que não vêm cá porque lhes mete pena e eu fico triste, não me entretenho com nada, está ali tudo a dormir de boca aberta, se eu visse fazia uma malhinha ou qualquer coisa... Gostava que houvesse atividades que eu pudesse participar..." Refere alguns problemas conflituais entre utentes, que considerava serem mesquinhos. " olhe estou farta de falar mas, eu gosto muito, quando não estou a conversar estou sempre a dormir, estes bocadinhos fazem-me falta..." Esta sempre a reafirmar durante a entrevista "estou muito triste..." "... era tão alegre, estava sempre a contar anedotas de malandrice que eu aprendia nas excursões..." Acabou a entrevista a contar uma anedota.

**(6) D<sup>a</sup> A. S., 81 anos de idade, natural de Outeiro de Gato, concelho de Meda, Distrito**

da Guarda, tinha 6 irmãos, 1 rapaz e 5 raparigas. Trata-se de uma senhora de traca instrução, apresenta um ar bem disposto e sempre prestável para ajudar os outros, é bastante ativa, adora participar em todas as atividades e desloca-se frequentemente à vila para ajudar nos trabalhos da igreja ou mesmo para fazer recados para outros utentes. Sobre a escola diz "...não sei se tinha 7 ou 8 anos, sei que não sabia fazer as contas e os meus pais tiraram-me da escola... os meus pais precisavam de ajuda e o meu pai foi levar-me a casa de uma senhora, era ma professora, o meu pai foi-me lá levar, tivemos de subir montes... não sei se era Novembro ou Outubro, mas lembro-me que foi próximo do Natal..." não me lembro do que fiz ontem, mas de quando era pequenina lembro-me de tudo... o meu pai combinou com a senhora que me iria buscar no dia 24 para passar o Natal e me voltava a levar no dia 26, quando ia a conversar com o meu pai, ele perguntou-me como estava a ser, e eu disse-lhe que comia a sopa do cão, evidentemente que a sopa do cão era mais bem temperada do que a que havia na minha casa, mesmo assim, no dia 26 ele pediu satisfações à Sr<sup>a</sup> e disse-lhe que apesar de pobres não davam comida de cão à filha e não voltei mais para lá" A D<sup>a</sup> A. diz ter vindo para Lisboa aos 10 ou 12 anos, foi assediada pelo patrão que era fotógrafo e tinha uma loja em Lisboa. Sobre o episódio do alegado assédio diz: A mulher ia muito para o sul e eu ficava sozinha com ele, fui-me deitar e ele apareceu no meu quarto... eu disse-lhe ou se vai embora ou começo a gritar, ele pediu-me para não dizer nada... quando a senhora chegou eu disse-lhe que ia chamar a minha mãe para me vir buscar, ela disse-me "grande mulher que a senhora me saiu, não se preocupe eu sei o que se deve ter passado, a partir daí ele nunca mais me tentou nada,

mais tarde houve chatices entre os senhores e fui para outra casa onde estive 1 ou 2 anos. "Apresenta alguma confusão sobre a idade que veio para Lisboa, diz ter trabalhado até casar; conheceu o marido quando ele estava na tropa, até que este foi trabalhar para lojas de fazer roupa de homem. Trabalhava em Lisboa em casa de uma família (São Bento) morava na casa da irmã e foi aí que conheceu o marido. Quando se casou foi viver para um quarto, mas a casa "era como se fosse minha" passados seis anos engravidou e foi morar para a amadora para uma casa alugada teve a filha que foi ajudada a criar por uma tia paterna, a filha estudou, tirou o curso profissional de línguas.... Aos 42 anos diz ter começado a fazer a menopausa...." Foi aí que a cabeça começou a ficar muito estranha.... não sabia explicar nada, nem quem era.... quem me seguia era a uma médica ginecologista.... só sei contar isto tudo porque o meu marido me contou tudo, eu não sabia nada.... perdi o norte a tudo.... Não fosse a ajuda de Deus e do médico de família que depois fui, estava ainda hoje no manicômio" Fui ao médico de clínica geral com o meu marido e ele deitou as mãos à cabeça e perguntou o que é que a sua mulher tem? ele só disse, segundo o meu marido, isto não pode ser, saiu do gabinete e foi ao gabinete da ginecologista e discutiu com ela, depois retirou-me toda a medicação que ela me tinha passado para me parar completamente o período e passou-me nova medicação, mas ainda durou 7 ou 8 anos até que tive de ter ajuda psiquiátrica." De forma emocionada disse que isto lhe afetou toda a vida, menos o carinho do marido. Com a ajuda da psiquiatra e do marido começou a melhorar mas a filha mostrou-se sempre muito revoltada. A filha começou a aproximar-se de uma tia "penso que era a minha irmã mais nova" Essa irmã estava na Venezuela e a filha quis ir ter com ela, ainda não tinha 18 anos, como confiavam na filha nunca suspeitaram de nada, compraram-lhe a idade para que esta pudesse viajar "começou a chorar e disse que a filha nunca mais veio a Portugal até hoje. Depois de já estarem os 2 reformados resolveram ir para Venezuela porque tinham muitas saudades da filha, estiveram lá 3 ou 4 anos. O marido ficou lá doente e morreu lá, teve uma cirrose hepática, apesar de nunca beber. Quando chegaram à Venezuela nada era o que pensavam, a filha era bastante fria e independente indo viver sozinha com uma amiga numa casa que supostamente pagariam as duas. "Nós então alugamos uma casa em frente a elas. a minha filha nem nos visitava ... Eu não sei explicar o que se passou com a minha filha.... Depois juntou-se com um rapaz e compraram uma casa, ficando a minha filha responsável por pagá-la, até que se separaram.. Ao longo da conversa apresentou algumas falhas de memória mas sempre a tentar corrigir, procurando descrever corretamente. " Eu tive muita culpa Srª Doutora, a minha filha tinha muita ansiedade de viver... já o pai, que era órfão, em pequenino com um amigo, entendeu-se

num barco até Lourenço Marques até que não aguentaram a fome e foram apanhados e os trouxeram para Portugal, ele foi para a casa pia... Ela e a minha irmã tiraram-me tudo, o meu marido dizia que quando falcesse queria deixar o ouro no corte da Nossa senhora de Fátima e eu vim a Fátima trazer o ouro e voltei para a Venezuela...nunca devia ter voltado... foi nessa altura que elas me começaram a tirar o dinheiro, elas estavam a dormir na minha casa e eu fui à casa de banho e alas estavam a combinar que agra eu já não vai para lado nenhum, não tem nada... Comprei a campã para o meu marido para que eu um dia pudesse ficar ao lado dele na Venezuela e elas já ma venderam... depois do meu marido falecer ainda lá fiquei algum tempo, uns 3 anos... Foi uma senhora Portuguesa, da Madeira, que eu conhecia que foi ao consolado pedir para me trazerem para Portugal, " A minha filha não se comoveu com nada..." Chegou a Portugal e dirigiu-se à Misericórdia de Lisboa a pedir ajuda conhecendo depois uma família que mantém ainda hoje ligações diárias na Ericeira, foi quem a trouxe para a Ericeira, " são como se fossem do meu sangue." Quando chegou à Ericeira veio logo para a Santa Casa da Misericórdia. Sobre a família que a trouxe diz: "Se esta família precisasse de um órgão eu nem pensava e também já tenho pensado se fosse a minha filha eu já não sei..." - Começou a chorar- Não vê a filha à cerca de 30 anos nem sabe nada dela, se é casada ou se tem filhos... A sua ligação à Ericeira já vem de trás, casou e batizou a filha aqui na Ericeira, 2 anos depois de ter casado ao registo na Amadora veio casar à Ericeira na Igreja, Olhe Doutora é uma história muito bonita, o meu marido tinha um amigo que depois foi nosso padrinho, um dia estavam numa casa de prostitutas, porque ele era embarcado e quando vinha iam muito a essas casas, este disse-lhe, não gostou muito de mim..., o meu marido respondeu vais ver que vais mudar de ideias, e mudou e tornamo-nos muito amigos. Ele tinha casa aqui na Ericeira. " Considera que foi muito feliz na Ericeira e por isso acha que gosta tanto de cá estar. Gosta muito da instituição, sente-se muito bem recebida. Sobre as nossas atividades, refere: "Fazem-nos muita falta Doutora, a sua energia, simpatia, amabilidade e as atividades...ai...fazem-nos tanta falta..." Diz ter sido reformada por volta dos 50 anos por invalidez devido aos problemas psiquiátricos. Desabafou sobre alguns conflitos entre utentes, principalmente com uma outra utente, mas que consegue arranjar estratégias para viver bem com isso. Referiu também que lhe faz alguma confusão os auxiliares ouvirem chamar e não irem lá, apesar de estarem a conversar umas com as outras. Apresenta uma grande fé e crença em Deus, refere: "sinto uma alegria tão grande nas orações, eu penso para mim, que é meu marido que me acompanha..."

(7) D<sup>a</sup> S. N., 82 Anos, de aspeto cuidado. Natural de Ericeira. (Começa logo por justificar que treme muito porque foi operada à coluna. Denota-se que é uma senhora bastante nervosa.) Saiu da Ericeira aos 22 anos quando o pai faleceu. Era a mais nova de 4 irmãos. O pai (carteiro na Ericeira) não era católico mas nunca proibiu a mãe ou os filhos de irem à igreja. Refere de forma intensa um grande amor pelo pai, diz que também amava a mãe mas que era diferente. Falou praticamente só do irmão Artur com quem viveu desde que veio de Lisboa. Refere com orgulho que este irmão esteve a dirigir esta misericórdia, depois adoeceu, foi operado à próstata, pensava que iria ser simples mas correu mal e faleceu, ( Emocionada começa a chorar). Apesar de só terem 2 anos de diferença ela via-o como se fosse seu pai, diz que ele cuidava muito dela. O falecimento do irmão deu-se à cerca de um ano e meio, diz que não consegue ultrapassar o desgosto, perdeu 13 quilos, emocionou-se muito ao falar dele. O seu primeiro trabalho foi nos armazéns do Chiado como caixa, teve lá 5 anos, começou lá a trabalhar assim que foi para Lisboa aos 22 anos. Vivia em casa de uma irmã mais velha. Quando saiu diz ter deixado muitas saudades ao patrão. Saiu para casar, o marido era da Martinha, Engenheiro técnico. " casamos por amor, eu gostava muito dele e ele de mim, mas ao fim de treze anos ele perdeu a cabeça e apareceu com uma filha, eu tive de contar ao meu irmão que me ajudou a mentir à minha mãe dizendo que ele tinha ido trabalhar para fora e fiquei em casa dela durante um ano mas, m dia o meu marido apareceu em casa da minha mãe, ela ficou a saber da verdade e foi um grande desgosto para ela, entretanto ele saiu da nossa casa e eu voltei ara lá para o Laranjeiro para Lisboa, a minha cunhada, irmã dele, trabalhava no ministério da educação e fez um pedido para mim, era o Ministro Veiga Simão, ele disse que eu poderia ir, fui aprender de telefonista, curiosamente, a senhora que fui substituir chamava-se Saudade. Fui 30 anos telefonista particular, trabalhei até à reforma que era aos 70 anos. O ministro pediu para eu ficar mais um tempo e eu aceitei, ganhava o ordenado mais 30% o que era fantástico, entretanto houve eleições e ganhou outro partido e tive que sair. Os anos do trabalho no Ministério da Educação foram os melhores da minha vida. O marido quis voltar muitas vezes mas não aceitei, perdoei mas não quis voltar...". Diz nunca se ter interessado por outra pessoa "...Tive medo" andou sempre com a aliança ate à entrada aqui na misericórdia. O irmão era o seu grande porto de abrigo, ele ajudou-a a comprar uma casa na Ericeira, refere que teve um problema no peito à 15 anos e foi operada, mais recentemente foi operada à coluna e foi desde aí que ficou com muita dor na coluna nas

pernas e mãos. Refere uma amiga que ficou com os seus valores e recheio da casa quando veio para o Lar. É esta amiga que toma conta de tudo, até do seu dinheiro. Esta amiga é que vem pagar o Lar e lhe dá dinheiro para as suas necessidades (cabeleireiro) veio para o Lar de livre vontade depois de viver 8 anos sozinha em casa na Ericeira. Recentemente doou a sua casa à Santa Casa da Misericórdia da Ericeira porque diz que a sua penção não chegava. Referiu de forma muito minuciosa conflitos que tem com uma utente, (D. G.), diz que nunca mais vai ter relações com ela, não a consegue perdoar. Diz-se uma senhora muito caseira, nunca foi de hábitos sociais, os seus passatempos preferidos são a fazer rendas ou malhas. Gosta muito da Misericórdia, diz que todos a tratam bem. Não gosta de sair para nada, nunca mais foi à vila, a um café, nada. Diz que não sente vontade de nada disso. Participa em algumas atividades de grupo, não muitas, dizendo-se bastante competitiva, quer ser sempre a vencedora.

(8 e 9) Sr. M.C. e D<sup>a</sup> M.A., São um casal, ambos com 85 anos, Naturais da Guarda,

Soto. Sr. Manuel no seu discurso refere muito datas e nomes das pessoas com quem trabalhou, tem uma memória muito presente. Mantém uma pronúncia bastante vinçada. São de Centro de dia, apesar de estarem a tentar arranjar uma vaga que lhes permita ficar a tempo inteiro. Atualmente vivem com o filho mais novo de 41 anos. Sr. M. foi sempre ligado à caixa geral de depósitos, exercendo por fim a supervisão bancária das caixas de crédito Agrícola que estavam a cargo da caixa geral de depósitos, quando estas terminaram pediu o regresso à tesouraria e foi aí que se tornou gerente da Caixa Geral de Depósitos em Lisboa. Trabalhou na Caixa 36 anos, em Lisboa, Caldas, Régua, Pinhel, Fundão, Guarda, Celorico da Beira. Por fim veio para Lisboa e comprou casa em Queluz. "Devo ter sido o gerente mais novo da caixa..."  
Tem 3 filhos, a mais velha é Médica, a do meio esta nos CTT e o mais novo está ligado à informática mas encontra-se desempregado e é com este que vivem. Os filhos não os visitam muito mas, vão ligando de vez em quando. Falam dos netos e das suas formações com muito orgulho, falam ou fala o Sr. M., a D<sup>a</sup> M.A. mantêm-se muito à sombra do marido quando ele está na sua presença. Reformou-se quando tinha 56 anos, ou seja, à 30 anos. D<sup>a</sup> M.A. teve um AVC em Janeiro deste ano e foi aí que tiveram de ir viver para a casa de fim de semana da Baleia que agora pertence ao filho mais novo. O Sr. M. tinha a algum tempo atrás descoberto que tinha uma esposa dupla e nunca mais pode conduzir. Ficaram então muito dependentes. D<sup>a</sup> M.A., foi professora desde os seus 20 anos. Sr. M. interrompe e não a deixa falar, quer ser ele

a explicar a carreira dela, alegando "... permita-me que explique, a Maria Ângela já não consegue..." Insistimos para a ouvir mas o senhor continuou a falar. "A M. A. " dava aulas do 1º ao 4º ano, preparava-os para os exames... adorava o que eu fazia, os alunos diziam-me - oh professora não vá embora, fique conosco..." Trabalhou 25 anos a dar aulas em Lisboa e 21 na Província, reformou-se com 61 anos por idade. Sr. M. reformou-se 9 anos antes da Dª M.A. Depois da reforma o Sr. M. ocupava-se por casa, fazia o almoço, juntava-se com uns amigos antigos estudantes da Guarda. Diz que nunca trabalhou por amor e como tal adaptou-se muito bem à reforma. Diz que vivia muito para mulher. Dª M.A. quando se reformou diz que se sentiu tranquila e continuou a ser muito estimada pelos antigos alunos... "... eu não tinha só a necessidade de os ensinar mas também dos preparar para a vida, - coitadinhos-chegavam a desmatar com fome..." O Sr. M. constantemente introduzia na conversa episódios que tinha vivido no seu percurso profissional. Conta que numa das visitas que fez à caixa de crédito Agrícola de Matra se apaixonou por uma casa na Baleia perto da Ericeira, pois essa que se encontram a morar na atualidade mas já sendo do filho mais novo, pois fizeram as partilhas aos filhos e ficaram sem uma casa própria. As várias vezes que falei com o casal, referiram vários problemas familiares, principalmente com este filho mais novo que dizem ser vítimas de maus tratos psicológicos. Sr. M. autêrre juntamente com a Dª M.A. um rendimento elevado, muito acima da média, que lhes poderia proporcionar um final de vida bastante tranquilo, mas grande parte desse dinheiro vai para este filho com quem vive. É o casal que paga tudo, alegando ter pena dos netos. Sobre o filho diz: "Se a Doutora subesse o que ele me diz, só falta me bater... ele é um indivíduo, quero, posso e mando..." a Dª M.A. queixa-se - "... nós não temos ninguém..." Dizendo o Sr. M. - "... nós vimos-nos artilhos com o AVC da minha esposa e tivemos de recorrer ao filho..." Dizem que o filho os acusa de roubar o tempo deles, que estes só lhes dão trabalho... (este casal vêm de manhã para a SCMB, almoço, lancham, jantam e tomam banho na instituição) só dormem em casa. Dizem sentir-se ofendidos, humilhados.

D. M.A depois do AVC ficou sem conseguir segurar a urina e por isso tem sido bastante humilhada pela nora e pelo filho, chamando-lhe segundo esta, porca descuidada. Vivem neste momento um grande medo porque o filho ameaçou separá-los, deixando-a num sofrimento extremo... acusam o Sr. M. de fazer as coisas que deveria ser ela a fazer. A senhora encontra-se bastante sensível e assustada. "... eu não me quero separar do meu marido... a quem é que eu hei de socorrer se não a ele..." O Senhor M. encontra-se sem energia, esgotado, como se

tivesse desistido de viver. Têm vindo a procurar soluções para sair da casa do filho mas, sempre que é arranjada uma possibilidade, acabam por desistir por se sentirem pressionados pelo filho ou mesmo pela falta de coragem de deixarem os netos sem ajuda.... Vão desistindo de viver em função da família, curiosamente, é essa mesma família que lhes cria todos os problemas que vivem atualmente. Terminando o S. M. a dizer "... para mim, a vida praticamente acabou" e a D<sup>a</sup> M.A. " Nós não temos família, amigos. Os meus filhos serão sempre meus, eu compreendo que para eles sou um pesadelo, mas... os meus filhos não têm aquele amor filiar que brota cá de dentro..." Sobre atividades, D<sup>a</sup> M.A. sugeriu que fossem criados programas mais culturais, gostou bastante de uma atividade realizada por nós, intitulada clube da poesia. Sr. M. diz que não gosta de obrigações de atividades, compreende que está muito parados mas confessa-se muito calão.

(10) Sr. J. M., 97 anos de idade, 1 filha, 4 netos e 8 bisnetos. Natural da Ericeira

encontra-se em Centro de dia. Sr. bastante simpático e delicado. Tem um livro em que retrata a sua biografia de vida. Viveu muito tempo fora da Ericeira, desde pequeno que acompanhava o pai por onde este andava (Mar). Teve um irmão que se fosse vivo tinha 100 anos mas morreu aos 7 anos vítima de uma meningite. Estudou no liceu Pagos Manuel depois foi para a Marinha para Vila Franca de Xira, fez lá um curso de condutor de máquinas. Começa com algumas falhas de memória, apresenta algum esforço para recordar... ao longo do discurso vai apresentando muitos lapsos de memória. Mais tarde tirou um curso de mecânica. Refere que esteve na América, nos estados de S. Francisco da Califórnia, São Diego. Casou depois de ter feito a tropa, a esposa era de Ilhavo e morava na sua rua em Lisboa quando a conheceu. Refere que foi uma relação de amor, tinha um nome curioso, Maria Gerovia. Lamenta ter tido uma vida bastante afastada devido ao seu trabalho que o obriga a ausentar-se longos períodos. Só tem uma filha, veterinária. A filha Vive atualmente o seu segundo casamento com um médico. Tem 4 filhos e 8 netos do 1º marido. Fez uma viagem de serviço para Angola onde levou a família, a filha era pequena e fez lá a escola, recorda como um empo agradável. No meio do discurso refere também de forma nostálgica que teve de abandonar tudo por causa da guerra em Angola. Esteve na Marinha até se reformar aos 70 anos. Diz ter passado à reforma de forma tranquila. Nos seus últimos anos de trabalho esteve numa espécie de museu da Marinha a trabalhar. Diz que gostava muito de ler, refere que em Porto Alexandre ( Angola ) deixou uma biblioteca maravilhosa , onde foi gerente de uma

empresa do Izidoro ( dos chouricos) mas continuava ligado à Marinha, quando era preciso eles iam busca-lo. ( não ficou muito explícito). Para a Eriçeira veio depois de passar à reserva. Foi então que começou a prestar auxílio aos seus, dizer sido sempre o seu objetivo. Aqui na misericórdia diz ter pegado em toda a papelada antiga e organiza-la, tudo o que está no museu da misericórdia foi feito e organizado por ele. A esposa morreu durante uma operação, lamenta muito esta situação porque a esposa tinha sido descoberta na América e tinham-lhe dito para nunca deixar que a operassem. Cá em Portugal insistiram que seria uma operação simples e foi assim que morreu na mesa de operações. Ainda hoje vive na sua casa, tem uma senhora que fica lá para o caso de se sentir menos bem de noite, mas gosta muito de estar na sua casa. O que mais gosta nos dias de hoje é de falar com amigos, apesar de já não ter muitos da sua idade, ainda consegue ir falando com alguns por telefone. Apresenta uma grande admiração por poesia, declarou algumas poesias durante a entrevista de forma sublim, emocionante e empolgante. Diz admirar um poeta do Porto que não sabe se ainda estará vivo, tenta lembrar nome mas não consegue, recitando o seu poema;

" *Ja ninguém me conhece...; Quem sou eu?; Vaga sombra do quanto fui outora; Alguém que partiu e volta agora de outro mundo; Alguém que já morreu; Possuindo milhares, tive de meu o vil prazer que só a matéria adora; Mas a fortuna é vazia e numa hora tudo me abandonou; Que sucedeu?; Olhai, eu tinha amigos e cuidava que no sentido que a eles me ligava; Havia alguma coisa de mi nobre; hoje passam por mim virando a cara; Eu para eles sou um Avis rara; Que teve por culpa ter ficado pobre.*" ( amigo do Sr. Joaquim Marvão).

Refere que tem amigos do Norte que lhe escreviam e assim começavam grandes amizades. Os seus dias sempre foram passados a conversar com amigos, diz que te muitos amigos e passa muito tempo a conversar com eles ( Mesmo o pouco tempo que passa aqui na Misericórdia em centro de dia está sempre a receber visitas, é uma pessoa muito culta e muito querida aqui na Eriçeira) Sobre a diferença dos jovens de hoje e os do seu tempo mostrasse compreensivo diz que os jovens de hoje têm outras responsabilidades. Refere ainda que a passagem do Euro não foi muito fácil para ele. Sobre a situação atual do País diz que tem interesse mas não consegue ter bem a noção do que se está a passar. O seu livro preferido é a Seleta Literária, quando eu disse que não conhecia disse: "Não me diga...Oh amiga isso é de palmatória, não faz ideia minha querida... é das coisas mais belas que temos na literatura." Terminando a recitar outro poema.

(11) Sr. M. A., natural de Figueiró dos Vinhos, Leiria, fez a 3ª classe na tropa, católico e com 2 Filhos (Um rapaz e uma rapariga). A filha foi quem o colocou no lar, diz tratar-se e uma senhora nova mas reformada por uma depressão crónica. Viveu na terra natal até aos 26 anos quando casou e foi para Mogambique, durante 25 anos foi comerciante por conta própria na África do Sul, para ganhar dinheiro para voltar para Portugal. Quando voltou para Portugal foi trabalhar para Quêuz para uma fábrica de fios de lã que acabou por falir. Depois foi como motorista para uma empresa em Lisboa, que também acabou e foi trabalhar para a EPAL de jardinagem. Reformou-se por invalidez aos 55 anos mas nunca parou de trabalhar. Quando já estava na jardinagem foi convidado para dar formação, esteve a dar formação o quartel em Matra e na Lourinhã. Foi na Lourinhã quando estava a dar formação que uma senhora se descuidou quando levava uma máquina não mão, ele quando foi a correr para a auxíliar ficou logos sem 2 dedos. Depois deste acidente ainda se manteve algum tempo a trabalhar mas entretanto deu-lhe um AVC e não conseguiu aguentar a profissão. Diz que ia com a esposa para a terra e começou a sentir-se mal e foi para o hospital. Diz que nunca soube de ter tido alguma doença ou sinal. Esteve um ano até conseguir recuperar. Há cerca de 7 anos, durante os fins de semana, trabalhava com a esposa em feiras a vender calçado. Um dia foi com a ela a uma festa e quando esta sata do carro, deu-lhe um ataque cardíaco e morreu. Depois de estar sozinho ainda teve algumas senhoras que o ajudavam e manteve-se na sua casa em Lisboa. Há pouco tempo a filha disse-lhe que era melhor vir para casa dela (Outeirinho na Eriçeira) Alega: "meteu-me aqui sem me dizer nada... fiquei triste de vir para aqui..." "... deu a minha casa ao filho dela... O meu filho está em Inglaterra porque cá não arranjava trabalho, eu falava com ele por computador, desde que vim para aqui nunca mais soube nada dele..." Diz que o seu filho casou 4 vezes e tem um filho em africa, outro na América e outro em Leiria, uma das filhas (Neta do Sr. M.A.) faleceu com 14 anos, vítima de uma leucemia. Agora diz que o filho já tem uma nova mulher em Inglaterra. O Sr. M.A. diz que tem muitas saudades do tempo que viveu na África do sul, teve uma boa vida enquanto lá esteve..." "... O que me vale a mim é ser reinadido, mas é triste..." "Refero que algumas utentes andam sempre de volta dele (ri...). Refero ainda sentir a falta do carinho das pessoas e da sua independência. Diz que até entrar para o lar era independente, tinha os seus amigos, conduzia e passava com algumas amigas. Se pudesse preferia estar no Lar da sua terra " "... a minha filha enganou-me, ia para casa dela e espeta-me aqui... desde que vim para aqui nunca mais voltei ao cemitério onde está a minha mulher..... Eu alguma vez pensava que morria ou que me ia acontecer alguma coisa...enfim" Mesmo assim diz gostar do Lar, queixa-se apenas um

bocadinho da comida. Sobre atividades diz que gosta de participar em tudo e que " gostava muito de ter aqui uma horta, conseguia ter legumes e assim ..."