



Centro Social Paroquial N^a Sr^a da Conceição Costa de Caparica

Centro Social e Paroquial N.^a S.^a da Conceição da Costa de Caparica

Centro de Dia e Apoio Domiciliário

Relatório de Avaliação – 2024





Índice

Introdução	4
Enquadramento Teórico	5
1.1 O processo de envelhecimento: aspetos biopsicossociais.....	5
1.2. Envelhecimento Demográfico.....	7
1.3. Envelhecimento ativo.....	8
1.4. A família, o idoso e a sociedade.....	11
1.5. Enquadramento das Respostas Sociais a idosos.....	13
Parte II- Plano de ação	18
2.1- Centro de Dia.....	18
2.2. Identificação do público-alvo.....	18
2.3. Objetivos da instituição relativos à Resposta Social Centro de Dia.....	18
2.4. Atividades Propostas.....	19
2.5. Funcionamento do Centro de Dia da Instituição.....	19
2.6. Integração em Centro de Dia.....	19
2.7. Serviços e Atividades disponibilizados pela Instituição no âmbito do Centro de Dia:.....	20
3.Serviço de Apoio Domiciliário.....	21
3.1. Identificação do Público- Alvo.....	22
3.2. Objetivos da instituição relativos à Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário.....	22
3.3. O Serviço de Apoio Domiciliário assegura a prestação dos seguintes cuidados e serviços:.....	23
3.4. Funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário.....	23
3.5. Integração em Serviço de Apoio Domiciliário.....	23
4- Intervenção Social da Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.....	24
4.1. Utentes integrados em Centro de Dia e Apoio Domiciliário.....	24
4.2. Tempo de permanência nas Respostas Sociais de Centro de Dia e SAD relativa aos utentes que permanecem.....	24
4.3. Utentes autonomizados.....	25
4.4. Atendimento/ Acompanhamento Social.....	26
4.5. Atendimentos de primeira vez.....	26
4.6. Atendimentos de acompanhamento e outras diligências realizadas pelo Técnico Superior de Serviço Social.....	27
4.7. Encaminhamentos de apoio ao usufruto de apoios sociais.....	27



4.8 Apoio na superação de carências ao nível da subsistência e necessidades básicas	28
Alimentação	28
4.9. Cuidados de imagem	29
4.10. Saúde	30
4.11. Cuidados de higiene habitacional	30
4.12. Mobilidade	31
5. Diligências realizadas pelas Ajudantes de Ação Direta (AAD)	32
6- Atividades de Animação Sociocultural	35
1ª Área – Promoção da Atividade Física / Saúde e Bem-Estar	35
2ª Area – Promoção da Atividade Cognitiva	40
3ª Área – Promoção de Socialização e/ou momentos lúdicos:	48
7. Caraterização da população atual das Respostas Sociais Centro de Dia e SAD	55
8. Identificação e Fundamentação das áreas prioritárias de atuação	57
9. Dimensões estratégicas de intervenção	58
10. Plano de ação para 2025	60



Introdução

O presente relatório tem como destinatários os utentes que integram a Resposta Social de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, desenvolvido pelo Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Conceição da Costa de Caparica. A população alvo destas respostas é, na sua essência, a terceira idade.

O relatório está subdividido em duas partes. A primeira parte focaliza-se no enquadramento teórico relativamente ao processo de envelhecimento, a sua evolução ao longo do tempo, as perdas sentidas e as Respostas Sociais existentes para a população idosa. A segunda parte focaliza-se no plano de ação institucional, ou seja, no trabalho social feito no âmbito da Respostas Sociais Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

Dentro do contexto do fenómeno do envelhecimento demográfico, em Portugal o eixo central das políticas sociais de velhice visa essencialmente a manutenção do idoso no seu domicílio, sendo da responsabilidade da família e da comunidade assegurarem o acompanhamento e a inserção dos seus familiares idosos. “O discurso político abandona a questão da terceira idade para se centrar na “solidariedade entre gerações” e na “inserção social” das pessoas idosas” (Salselas, 2007, p.34).

Esta nova política da velhice conduziu ao surgimento de novos equipamentos sociais para a população idosa, destacando-se o caso dos Centros de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário. Estes têm uma grande visibilidade e aceitação por parte dos idosos e respetivas famílias, uma vez que produzem respostas facilitadoras e adequadas à satisfação das necessidades fundamentais dos idosos e à sua manutenção no domicílio, prolongando a sua independência através da satisfação das suas necessidades, contudo e apesar do seu crescimento significativo, os estudos relativos a este tipo de resposta social são ainda bastante reduzidos devido ao aumento da esperança média de vida.

Atendendo a que os idosos têm demonstrado cada vez mais vontade de permanecer nos seus domicílios, torna-se necessária uma reflexão aprofundada e detalhada, que tente perceber que estratégias as pessoas utilizam e que recursos/respostas existem na comunidade em que se inserem, que podem ser ativados ou adequados a este segmento populacional, para que tenham uma vida ativa e saudável, sem terem que sair das suas habitações.

Face ao exposto, a instituição pretende através da análise de dados e do trabalho social dar resposta às necessidades existentes, fazendo com que a terceira idade consiga um envelhecimento ativo e saudável, colmatando todas as problemáticas de modo a que os idosos consigam permanecer com qualidade no seu domicílio.



Enquadramento Teórico

1.1 O processo de envelhecimento: aspetos biopsicossociais

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo nos últimos tempos. O conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas têm sofrido alterações e refletem “por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomias humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas” (Paúl, 2005).

Para a Direção Geral de Saúde, o envelhecimento consiste num processo de “deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente à própria vida”, igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo contínuo, ativo e diferencial. Iniciasse muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (Pina, 2013).

A idade apresenta um conceito multidimensional, por isso não é considerada uma boa medida para avaliar o desenvolvimento humano. A idade e o processo de desenvolvimento possuem dimensões e significados que ultrapassam as barreiras da idade cronológica. (Schneider & Irigaray, 2008).

Segundo os autores supra citados, a idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, pois na realidade existem formas distintas de defini-la e conceptualizá-la. Uma das definições plausíveis é sugerida pela Organização Mundial de Saúde que defende que a definição da pessoa idosa se inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. Há diversos fatores que interferem no processo do envelhecimento.

Para Paúl (2005), o processo do envelhecimento possui três elementos: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e da maior probabilidade de falecer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade e o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adequando-se ao processo de senescência e do envelhecimento. Há vários determinantes que influenciam o crescimento e o envelhecimento, contudo não são exclusivos, pois é a “base filogenética, da nossa hereditariedade, do nosso contexto sociocultural que estimula a expressão das nossas tendências genéticas” (Paúl, 2005, p. 28).

Já para Martín (2006; cit in Azevedo, 2015), o envelhecimento é um processo complicado, assíncrono, diverso, onde as diferenças surgem dentro do próprio indivíduo; de um indivíduo para o outro, de uma população para a outra e em distintas gerações. Refere ainda que o envelhecimento consiste num processo adaptativo, moroso e contínuo, que implica diversas modificações em todos os sentidos, e que intervém nos fatores biológicos, psicológicos e sociais.



As pessoas idosas envelhecem de forma diferente e em ritmo diferente. Na mesma linha de pensamento, Fontaine (2000) refere que existem três tipos de idades: idade biológica; idade psicológica e idade social.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Os órgãos sofrem transformações que provocam a diminuição do seu funcionamento normal, por consequência, a capacidade de se auto regular torna-se menos eficaz. Este processo do envelhecimento não ocorre ao mesmo tempo, cada parte do organismo envelhece num determinado momento.

A idade psicológica refere-se às competências comportamentais que a pessoa idosa pode alterar em resposta às alterações ambientais, abrange ainda a inteligência, a memória e a motivação.

Quanto à idade social, esta representa a relação da pessoa idosa com os outros elementos da comunidade onde está inserida, relativamente aos papéis, rotinas e estatuto.

Podemos acrescentar que as pessoas idosas podem viver em isolamento social e solidão, mesmo quando vivem acompanhadas com familiares ou outros indivíduos. O facto da pessoa idosa não contribuir produtivamente para a sociedade, leva a que seja tratada de forma diferente, o que prejudica a sua integração social e, conseqüentemente pode levar à marginalização.

Para Faria (2008; cit in Azevedo, 2015), o processo do envelhecimento pode ser classificado de dois modos: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. A senescência consiste nas mudanças causadas pela idade, independentes das doenças e das influências do ambiente. A senilidade consiste numa aceleração deste processo como resultado das doenças que surgem ocasionalmente, assim como dos fatores ambientais ou doenças crónicas. Os profissionais qualificados podem ajudar as pessoas idosas a vivenciar um envelhecimento ativo.

Contudo, podem surgir doenças crónicas que afetem as pessoas idosas que as faça perder um pouco da sua autonomia e que elas sejam obrigadas a viver o envelhecimento de uma forma mais regrada.

Neste sentido, é crucial que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência, é necessária uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, na formação dos profissionais de saúde e de apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim comum a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004)



1.2. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento populacional é determinado com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas.

Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2016). Visto que a esperança média de vida tem vindo a aumentar ao longo dos anos, foi possível verificar que em 2019, os homens tinham uma esperança média de vida de 78,1 anos e as mulheres 83,7 anos (PORDATA, 2022). No entanto, o número de anos que se pode viver saudavelmente é inferior à esperança média de vida, ou seja, 57,4 anos para as mulheres e 59,9 para os homens (Eurostat, 2019 cit. por Faria et al., 2020). Assim sendo, torna-se crucial repensar em estratégias que tornem possível um envelhecimento mais saudável para toda a população.

Em Portugal, o envelhecimento populacional é uma realidade constatada em todo o país há muito tempo. Portugal tem vindo apresentar nas últimas décadas transformações demográficas muito significativas, quer pelo aumento da longevidade da população idosa, quer pela diminuição da natalidade.

Através dos censos realizados em 2021, verifica-se que o índice de envelhecimento chegou aos 182,1%, enquanto nos censos de 2011, o índice de envelhecimento era de 127,8%, ou seja, passados 10 anos este índice cresceu cerca de 54,3% (Pordata, 2023). Já o índice de longevidade encontra-se nos 48,7%, porém os anos que se espera viver de forma saudável em Portugal, não correspondem aos anos da esperança média de vida.

Segundo Faria et al. (2020), existem dados que indicam a média de anos que se pode viver de forma saudável, no entanto, a sua evidência não é completamente fiável no que diz respeito à qualidade de vida dos anos que se vive atualmente, comparativamente com o passado.

Segundo o INE (2022), entre 2018 e 2080, Portugal passará dos atuais 10,3 milhões de habitantes para 8,2 milhões de habitantes. O número de jovens irá diminuir de 1,4 milhões para 1,0 milhões, assim como o número de idosos com 65 e mais anos, irá passar de 2,2 milhões para 3,0 milhões.

Como consequência, o índice de envelhecimento em Portugal irá quase duplicar, passando de 159 para 300 idosos para cada 100 jovens, em 2080. De acordo com a mesma fonte, o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar em 2050.

Este aumento do envelhecimento da sociedade, constitui um processo incontornável que decorre da combinação entre a descida de fecundidade, a que os demógrafos designam por envelhecimento na base e o aumento da longevidade (Ferreira, 2015).

Torna-se também importante, tomarmos consciência que este aumento da longevidade e do envelhecimento demográfico das populações terá consequências a



longo prazo em todos os setores da sociedade, quer a nível financeiro, quer a nível de mercado de trabalho, nas estruturas familiares e nos laços interrelacionais.

Segundo a ONU, (2023) estima-se que em 2050 o número de pessoas com 65 anos ou mais chegue a 1,6 mil milhões, mais do dobro do número registado em 2021, o qual seria de 761 milhões.

De acordo com o Relatório Social Mundial 2023, os direitos dos adultos mais velhos, bem como o seu bem-estar e a sua qualidade de vida serão fortemente afetados devido às múltiplas crises que o mundo atual continua a enfrentar, sendo por isso, fundamental repensar novas medidas e recolher esforços coletivos para criar um mundo mais sustentável, onde a população idosa deve estar no centro desses esforços.

Com vista a diminuir o impacto destas consequências e promover um envelhecimento populacional mais positivo e preventivo das situações de fragilidade que esta fase da vida acarreta, têm sido desenvolvidas em todo o mundo estratégias e modelos de Envelhecimento Saudável e Envelhecimento Ativo.

Estas conceções surgem como forma de melhorar a visão focada no declínio característico do envelhecimento (Araújo et al., 2016).

Rowe e Kahn, da MacArthur Foundation Research Network, apresentam três critérios bases do envelhecimento bem-sucedido, sendo eles: baixa probabilidade de doença e incapacidade; elevada capacidade funcional física e cognitiva e por fim, envolvimento ativo com a vida.

Em Portugal, também se desenvolveu uma estratégia de envelhecimento ativo e saudável, através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, onde as autoridades nacionais se comprometeram com um plano de ação dedicado à população idosa, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis, vigilância na saúde e gestão dos processos de comorbilidade; proporcionar uma participação ativa na sociedade através da educação ao longo do ciclo de vida e da criação de ambientes proporcionadores de integração e garantir a segurança, realizando a sinalização de casos de vulnerabilidade e prestando o devido apoio (Fonseca, 2021, p.18).

1.3. Envelhecimento ativo

A OMS (2005) sugeriu o conceito de envelhecimento ativo como um “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”.

Nesta conceção de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, a OMS apresenta uma perspetiva diferente de envelhecimento, explicando assim, que o envelhecimento ativo envolve a participação dos adultos mais velhos nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, contrariando a ideia de que os mais velhos necessitam somente de se manter fisicamente ativos ou fazer parte do mercado de trabalho. Este novo conceito de envelhecimento realça a importância de as



peçoas idosas compreenderem os seus potenciais e qualidades como forma de promoverem o seu próprio bem-estar e obterem uma maior qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011 cit. por Anica & Sousa, 2020). Contudo, torna-se relevante chamar a atenção das peçoas para o facto de o termo envelhecimento ativo ter várias dimensões como já foi referido anteriormente.

Deste modo, importa perceber que o envelhecimento ativo pode também ser distinguido entre envelhecimento demográfico e envelhecimento social. O primeiro diz respeito à mudança na estrutura demográfica e ao movimento da população ao longo do tempo. Já o segundo, diz respeito ao modo de vida ao longo da idade, que envolve também outros aspetos como a idade prospetiva, o estado de saúde ao longo da vida, esperança de vida, capacidade cognitiva, incapacidades e morbilidade.

Para Ferreira (2015, p.11), o envelhecimento ativo decorre, essencialmente, destes dois tipos de envelhecimento que realçam a necessidade de desenvolver e enaltecer o potencial dos adultos mais velhos.

Segundo Ferreira (2015, p.12), a qualidade de vida é claramente um ponto essencial no envelhecimento ativo, uma vez que, para além dos hábitos saudáveis promotores de uma boa saúde física que esta definição comporta, os aspetos ambientais e pessoais são também tidos em conta, revelando-se componentes muito importantes num envelhecimento bem-sucedido. Aspetos como a família, comunidade e sociedade têm um grande impacto na fase do envelhecimento.

O paradigma do envelhecimento ativo propõe orientações que ajudam a enfrentar os desafios provenientes do envelhecimento demográfico e do aumento da longevidade. Este conceito sugere quatro pilares fundamentais, sendo eles: participação; aprendizagem ao longo da vida; saúde e segurança.

É a partir destes quatro fatores que são estabelecidas as medidas para a intervenção com o objetivo de promover o bem-estar biopsicossocial dos mais velhos (Ribeiro & Paúl, 2018, p.2).

Segundo as autoras Anica & Sousa (2020), o planeamento estratégico deste novo conceito de envelhecimento tem uma abordagem baseada nos direitos das peçoas idosas que lhes permite ter igualdade de oportunidades em todos os aspetos da vida, à medida que vão envelhecendo. Este paradigma apoia a responsabilidade dos adultos mais velhos na sua participação nos processos políticos e noutros aspetos da vida em comunidade.

Conforme a definição de envelhecimento ativo adotada pela OMS, as políticas deste conceito envolvem atividades e ambientes que promovam estados de saúde positivos e que encorajam os mais velhos a aumentarem a sua qualidade de vida, assim como promovem a autonomia e a independência destes (Ribeiro, 2012, p. 37).

Para além disso, a agenda política do envelhecimento ativo refere alguns pontos importantes que devem ser considerados, de forma, a promover um envelhecimento mais satisfatório. Sendo esses pontos o ajustamento da idade da reforma, que segundo a política de envelhecimento ativo não deve ter uma idade cronológica obrigatória, exige também uma mudança nas condições de trabalho, de forma, a adapta-las ao



envelhecimento da população ativa e ao prolongamento das carreiras profissionais. Propõe também, o reconhecimento de outras atividades sociais não-pagas, como o voluntariado e outras atividades comunitárias.

Em suma, todas estas orientações reforçam o objetivo principal do envelhecimento ativo, que visa aumentar a qualidade de vida das pessoas no envelhecimento, tornando-a mais saudável, com mais autonomia e independência, para que as pessoas idosas sejam capazes de se tornarem agentes ativos e participativos tanto na sociedade, como nesta última fase de vida.

Assim como refere a OMS, a saúde física e os pressupostos biomédicos estão longe de serem o fator primordial para um envelhecimento bem-sucedido.

Como sabemos a saúde engloba o bem-estar físico, mental e social, assim como o envelhecimento ocorre dentro de uma rede social que envolve amigos, vizinhos, família, entre outros, pelo que as políticas e os programas que promovem a saúde e as relações sociais são tão importantes como os que melhoram as condições físicas de saúde. Sendo por isso a solidariedade e a interdependência princípios muito importantes no envelhecimento ativo, pois os adultos de hoje serão os idosos de amanhã e a qualidade de vida que a sociedade de hoje terá quando chegar à idade sénior, depende da maneira como as gerações posteriores oferecem ajuda e suporte aos adultos mais velhos.

Há que atender também aos determinantes que caracterizam o envelhecimento ativo, sendo eles determinantes de ordem pessoal que dizem respeito a fatores genéticos e biológicos inerentes ao ser-humano, mas que também podem estar relacionados com fatores psicológicos, como a capacidade cognitiva, a qual é um fator determinante no processo de envelhecimento de cada pessoa. Já os determinantes relacionados com os serviços sociais e de saúde promovem a saúde física e mental e previnem as doenças que advêm do envelhecimento normal.

Os determinantes comportamentais relacionam-se com o estilo de vida saudável que cada um adota e que engloba a prática de exercício físico, alimentação saudável e a não ingestão de substâncias tais como o tabaco e álcool, tudo isto ajuda a prevenir doenças e aumentar a qualidade de vida. Os determinantes relativos ao ambiente físico relacionam-se com a acessibilidade das pessoas idosas a serviços, habitação e espaços comunitários, às condições físicas e ambientais destes espaços que são cruciais para que se possa promover a independência e a segurança dos idosos. Relativamente aos determinantes sociais, particularmente, o apoio social, aprendizagem ao longo da vida e prevenção de situações de violência e abusos, são fatores fundamentais para prevenir o risco de vulnerabilidade social e crimes contra pessoas idosas.

Por último, temos os determinantes económicos que se relacionam com três aspetos, sendo eles: rendimentos de combate à pobreza, proteção social e oportunidades de trabalho digno (OMS, 2005).

Além destes determinantes de envelhecimento ativo, o reconhecimento dos direitos humanos, particularmente, das pessoas idosas é fundamental para promover a participação ativa dos adultos mais velhos na sociedade e, assim, criar oportunidades



que promovam os quatro pilares que sustentam o envelhecimento ativo (OMS, 2015 cit. por Rocha, 2018, p.86).

Relativamente aos desafios que advém da ordem política quanto ao envelhecimento, Bárrios & Fernandes (2014, p.189) explicam que é necessário garantir a segurança económica na fase da velhice; manter a solidariedade intergeracional; combater o idadismo; promover a assistência social no que diz respeito a mudanças familiares e de residência e combater o isolamento social e a exclusão das pessoas mais velhas na sociedade.

Todas estas medidas estão estabelecidas no modelo de envelhecimento ativo, que idealiza um envelhecimento mais participativo e integrado na sociedade, com mais segurança e saúde pública, assim como uma maior qualidade de vida na fase da velhice, a qual deve incluir a promoção dos mais velhos em contextos sociais, culturais, económicos e políticos.

Em Portugal, as políticas públicas dirigidas à população idosa ainda permanecem com algumas lacunas, uma vez que as condições financeiras e sociais direcionadas para a população com 65 anos e mais são bastante precárias.

Como referem Bárrios & Fernandes (2014), as pensões continuam com valores muito baixos, acompanhadas de condições habitacionais muito pobres e com políticas sociais insuficientes para responder às necessidades desta parte da população. Assim sendo, a qualidade de vida dos indivíduos mais velhos em Portugal, assim como o seu bem-estar e esperança de vida, encontra-se atualmente, num nível baixo relativamente ao que é esperado pelas pessoas idosas.

O potencial dos adultos mais velhos e as suas capacidades devem ser vistos como uma forma de desenvolvimento para o futuro, uma vez que se prevê uma população cada vez mais envelhecida, assim sendo torna-se importante promover a sabedoria e as experiências das pessoas idosas, de forma a alcançar um futuro mais positivo.

1.4. A família, o idoso e a sociedade

O envelhecimento constitui-se como um processo experimental e único, que decorre na última etapa do ciclo vital da família, implicando alterações na estrutura familiar, refletindo a individualidade de cada família ao longo do seu ciclo vital.

A intergeracionalidade, juntamente com as mudanças consequentes do envelhecimento, afiguram-se como um desafio às famílias, nesta fase do seu ciclo vital (Figueiredo et al., 2011).

Para Lopes e Gonçalves (2012) os idosos são agentes ativos na rede familiar, porque contribuem positivamente para o cuidado das gerações mais novas, desempenham papéis nas dinâmicas familiares intergeracionais com grandes potencialidades.



É no seio familiar, espaço social com maior relevância para a pessoa e com grande destaque na fase mais avançada do ciclo de vida, que os idosos participam nas dinâmicas familiares, envelhecendo de forma ativa, com qualidade de vida. Ao longo do ciclo vital, a família percorre várias transições que implicam mudanças nos padrões familiares (Figueiredo, 2009).

Para Relvas 2006, citado por Araújo, Paúl e Martins, 2010) o ciclo de vida familiar corresponde a um conjunto de acontecimentos dependentes das variações culturais constituídos por mudança, adaptação e organização familiar. A forma como os membros da família vivenciam as transições do ciclo de vida familiar e as interações existentes no meio familiar, determinam o desenvolvimento da família.

Gomes e Mata (2012) afirmam que a família, ao transpor as transições ao longo do ciclo vital, desenvolve-se e adquire as funções de proteção e socialização dos membros. As experiências e os recursos de cada família determinam a forma como cada família vivencia as transições. Tal como referido anteriormente, o envelhecimento da população portuguesa tem vindo a transformar a sociedade provocando, nas famílias, mudanças em relação à sua estrutura e organização, contudo a família mantém-se como uma unidade emocional e afetiva (Figueiredo et al., 2011).

Azeredo (2011) assegura que, se dentro da família subsistir um clima de harmonia, coesão, afetividade e comunicação, o desempenho do papel da família, face a essas necessidades, pode-se manter sem rutura familiar. A família conserva-se como um espaço favorecido para o suporte à vida e à saúde dos seus membros. A adaptação a novas situações reflete a individualidade do sistema familiar, ao longo do ciclo vital. O alargamento da rede social facilita as relações significativas de suporte e de partilha, possibilitando um fortalecimento perante as mudanças causadas pelo envelhecimento (Figueiredo et al., 2011).

Segundo Araújo, Paúl e Martins (2010), os sistemas de saúde e de proteção social, têm vindo a imputar às famílias as responsabilidades dos cuidados aos seus membros, destacado o papel central que a família desempenha nos cuidados, em situação de dependência e doença. A resposta da família está dependente de vários fatores: o grau de dependência do idoso, das suas experiências e dos recursos formais e informais. As redes de suporte subdividem-se em rede informal, que engloba a família, os vizinhos, ou amigos; e a rede formal, na qual se inserem os programas e medidas de concessão de prestações, ou seja, serviços existentes na rede de serviços e equipamentos sociais (Portugal, 2009).

Desta forma, o apoio da rede informal corresponde a um apoio continuado, regular e constante, articulado com o sentimento de solidariedade ou dever moral. Em relação ao apoio da rede formal, este é prestado por ajudas externas à família (Araújo, Paúl e Martins, 2010).

Em Portugal, as alterações no seio familiar, em consequência do envelhecimento, conduziram a modificações nas redes familiares de apoio, predispondo os idosos para o risco de isolamento. A rede informal é bastante importante para o idoso, na medida em que o faz sentir-se amado e valorizado, existindo o sentimento de pertença ao grupo e diminuindo o risco de isolamento (Portugal, 2009).



O idoso, ao frequentar uma instituição, precisa de reformular os papéis sociais.

Pereira (2012) salienta a necessidade de estabelecer novas relações, novas rotinas de ocupação de tempos livres, ou seja, transitar por um processo adaptativo face às novas regras e rotinas instituídas nas instituições. Tal, origina um processo de reconstrução da identidade, na qual se perde e ganha novas identidades, preenchido de emoções e sentimentos bastante marcados.

A manutenção das ligações sociais, dentro da instituição e com a comunidade é extremamente importante, na medida em que auxilia na redução da rutura das tarefas do dia-a-dia, que o idoso tinha antes de recorrer à instituição, promovendo de forma eficaz a integração da nova etapa de vida (Nunes, 2010).

A utilização da instituição, segundo Pereira (2012), pode constituir-se em dois polos distintos: o polo positivo que representa o maior acesso ao conhecimento científico e técnico, permitindo beneficiar do uso social da ciência; o polo contrário que caracteriza a substituição dos contextos tradicionais da socialização pela instituição.

1.5. Enquadramento das Respostas Sociais a idosos

No séc. XIII – XIV regista-se o aparecimento das primeiras instituições em Portugal na área do apoio à população mais envelhecida.

Estas destinavam-se àqueles que tinham uma situação de fragilidade e vulnerabilidade perante a sociedade, ou seja, por terem perdido a estabilidade familiar, por situação de viuvez, ou por se encontrarem em idade avançada doentes e dependentes de cuidados.

É neste contexto que surgem as primeiras mercearias, expressão derivada de mercê ou benefícios, os hospitais (séc. XIV – XVI), os recolhimentos (séc. XVII e XVIII - XIX), asilos (séc. XIX e XX), lares e residências (séc. XX).

As mercearias tinham normalmente origem em disposições testamentárias ou em doações que asseguravam a sua sustentabilidade na satisfação de necessidades básicas como a comida, e a assistências prestada às pessoas mais velhas que por sua vez, se obrigavam a sufragar a alma dos beneméritos.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, após a extinção das ordens religiosas, com o surgimento do liberalismo político (1820), integra as mercearias e assume o seu papel no apoio aos mais desfavorecidos. Este período foi caracterizado por uma pobreza extrema, que justificava o apoio prestado aos grupos sociais mais vulneráveis.

Nesta altura, importa referir que “a velhice expressava-se, então, numa longevidade muito inferior à atual que a sociedade portuguesa do séc. XVI, apesar da expansão marítima e colonial continuava essencialmente fundamentada numa economia agrária de subsistência, pelo que ser idoso era muito mais raro e consistia na ligação permanente ao núcleo familiar, onde colaborava até ao fim da vida” (Cardoso, 1999: 76).



No passado as instituições que amparavam os cidadãos mais necessitados, sem familiares que os assistissem, eram tradicionalmente chamadas de asilos ou albergues. Estas denominações foram substituídas, pela sua conotação negativa, de abandono, pobreza ou rejeição familiar, por nomes como: Lar de Idosos, Lar de Terceira Idade, Residência de Idosos ou Casa de Repouso (Vaz, 2009).

A partir do séc. XVII dá-se a alteração deste paradigma e a assistência à população, que era feita até então por organizações com pendor religioso, passa a ser entendida como uma responsabilidade do Estado e da sociedade civil.

Face a este contexto de fragilidade foi criada em 1780, com o intuito de responder às necessidades inerentes a este marcante acontecimento, no reinado de D. Maria I, a Casa Pia. Este marco constitui-se como o principal fator de mudança da assistência religiosa para a assistência social pública/estatal em Portugal.

Neste período da história, a população idosa era representação de incapacidade para assegurar com autonomia as suas necessidades de subsistência e abrigo.

Com a Constituição de 1933, dá-se a alteração da intervenção do Estado, que se afasta da responsabilidade da previdência social, não assumindo os seus encargos financeiros, mas intentando ações para a promoção, criação e desenvolvimento das instituições de solidariedade social, previdência, cooperação e mutualidade. Estas são criadas para suprir as necessidades da população nos casos de doença, desemprego, velhice entre outras. Não tendo responsabilidades financeiras, ao Estado cabia a incumbência da coordenação, direção e impulso de todas as atividades sociais (Guedes, 2007).

As respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do Estado e da própria sociedade civil, que ao longo do tempo foram crescendo, dando origem, em termos legislativos, à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social, (IPSS), que integra as Santas Casas da Misericórdia, os Centros Sociais Paroquiais, as Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades e as Associações de Solidariedade Social. (Guedes, 2007).

Atualmente existem dois tipos de resposta de apoio à população idosa que têm como objetivo a manutenção do idoso no seu espaço habitacional: Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Centro de Noite, e os que visam a institucionalização: lares e residências assistidas.

Todas estas respostas visam melhorar as condições de vida das pessoas idosas, com o objetivo de combater o isolamento e a exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Guedes, 2007).

A institucionalização do idoso resulta sempre de uma necessidade previamente identificada e que não está a ter resposta, por parte da família ou das organizações que prestam apoio no domicílio.

Jacob (2001), define a institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família.



Para Paúl (2005), as causas da institucionalização poderão ser derivadas de problemas de saúde que limitam a autonomia e independência dos idosos ou por falta de recursos económicos para a sua manutenção no seu espaço habitacional. Causas como a viuvez e a situação de despejo assumem, sobretudo nos centros da cidade, os fatores mais determinantes para a integração em lar e residências.

Estas alterações na vida do idoso e na sociedade contemporânea exigem que a sociedade civil se organize para responder a algumas funções que a família não consegue assumir.

Todavia, esta continua a ter um papel fundamental de coresponsabilidade e de apoio no bem-estar psicológico e mental do idoso (Paúl, 1997b).

Entre 1998 a 2006, as respostas sociais com maior ritmo de crescimento foram as de apoio à População Idosa (46,4%), segundo a Carta Social. (Cardoso, 1999).

Segundo o INE (2002), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à Segurança Social são idosos e 12% encontram-se em lares.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Direção Geral de Saúde (DGS), em conjunto com o Ministério da Saúde, têm delineado um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população envelhecida. São eles o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), definidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Direção Geral de Saúde.

Em Portugal, a resposta a esta população situava-se até finais dos anos 60 ao nível do internamento, quer se tratasse de um problema de saúde (hospitalar), quer se tratasse de uma questão social (asilos e albergues). Com a evolução da medicina a intervenção também se alterou e deixou de estar apenas centrada no tratamento dos sintomas, mas integrou conjuntamente medidas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas, surgindo assim, no final dos anos 60, os Centros de Dia, numa conceção de estabelecimento aberto, numa lógica de complementaridade entre o domicílio e o internamento. Esta nova abordagem promovia a proximidade no tratamento e a prevenção.

Foi desenvolvido um modelo de intervenção assente na promoção da qualidade de vida das pessoas mais velhas, estimulando a sua participação na comunidade, bem como a sua permanência no meio familiar e social, em detrimento dos “internamentos” e da institucionalização, até então praticados.

Este processo tem uma diminuição, com a integração da população mais envelhecida e dependente nos centros de dia, que na sua essência integram uma prática de saúde preventiva associada a uma prática social diversificada.

A partir de 1976 começam a surgir mais respostas sociais neste âmbito, o que vem permitir às pessoas idosas mais autonomia no seio da comunidade em que se inserem, bem como potenciam o aumento da sua capacidade de independência, constituindo-se assim, como uma política de prevenção, promovendo a redução dos internamentos e da dependência, e simultaneamente criando atividades psicossociais



que permitem a reeducação e a readaptação desta população ao meio onde se inserem. Estes estabelecimentos assumem-se nesta altura como uma resposta inovadora, para a época, na medida em que visam permitir a reintegração das pessoas na comunidade e reencontrar novos modelos para uma vida social saudável, olhando a pessoa mais velha numa perspetiva global e de prevenção de um envelhecimento precoce.

O Centro de Dia encontrava-se já associado às questões

1.6- Saúde Mental

A OMS define a saúde mental como um “estado de bem-estar em que o indivíduo tem perceção do seu próprio potencial, consegue lidar com o stresse diário, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2014 in Rodrigues e outros, 2014:2).

Os números de casos de demência na Europa, por exemplo, devem duplicar até 2050, chegando aos 16 milhões. A doença mental reflete uma perturbação mental que implica, uma distinção entre perturbações “mentais” e perturbações “físicas”, apesar de existir muito de “físico” nas perturbações mentais e vice-versa.

Tendo em conta este pressuposto é definido a perturbação mental como “uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que corre num indivíduo e que está geralmente associado com ansiedade atual (sintoma doloroso) com uma incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas funcionais importantes) ou com o risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade” (Pereira, 2013: 31).

A saúde mental, em Portugal atualmente assenta num Modelo de Saúde Mental Comunitária, que pressupõe uma lógica de proximidade entre as estruturas hospitalares e os domicílios dos doentes. Esta mudança de paradigma, tem como objetivo a disponibilização de recursos a fim de garantirem a todos uma eficiente prestação de cuidados, preventivos, terapêuticos e de reabilitação (Direção-Geral da Saúde, 2004).

A prestação de cuidados é assegurada por equipas multidisciplinares em ambulatório ou no domicílio dos doentes, mediante avaliação da equipa técnica.

O internamento atualmente é reservado para os doentes em crise e é assegurado nos Hospitais Gerais da área de residência onde são garantidos todos os tratamentos e cuidados necessários para a recuperação.

Os estudos epidemiológicos mais recentes revelam que as doenças mentais e as perturbações psiquiátricas são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morte nas sociedades atuais (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008 in Pereira, 2013).



A saúde mental pode ainda, impulsionar o aparecimento de doenças crónicas, tal como, as doenças crónicas podem agravar os sintomas depressivos. (Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apostolo, e Cardoso, 2013 in Rodrigues e outros, 2014).

Na população idosa, a saúde mental assume uma posição de relevo, pois além da deterioração do organismo, do declínio e da dependência, tem associado as experiências e percursos de vida, fatores sociais, familiares, psicológicos, que colocam em risco uma boa qualidade de vida, provocando tensões pessoais e familiares (Rodrigues, 2007 in Marques, 2013).

Segundo estes autores, a perda de memória é o fator mais relevante para a deterioração da saúde mental. Esta perda de memória está intrinsecamente associada à idade, de acordo com Small (2002 in Marques, 2013), 40% de idosos com mais de 65 anos têm perda de memória e 15% têm uma disfunção cognitiva moderada.

Neste pressuposto, é referido também um aumento das perturbações depressivas e dos quadros demenciais, associados a sintomas psicopatológicos, muitas vezes apresentados sob a forma de síndromes clínicas, que dificultam o processo de avaliação (Canabrava et al., 2012 in Passos e outros, 2014).



Parte II- Plano de ação

O Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Conceição da Costa de Caparica (CSPNSC Costa de Caparica) conta com 35 anos de existência e desenvolve todo o seu trabalho de intervenção social e comunitária com vista a uma plena integração social da população que acompanha e ainda da comunidade em geral, pautando-se por ser uma organização de excelência na promoção da inclusão das pessoas em situação de exclusão e de maior vulnerabilidade social na comunidade, dando resposta à população idosa em contexto de Centro de Dia e Apoio Domiciliário desde 1989.

2.1- Centro de Dia

Segundo o Regulamento Interno de Funcionamento do CSPNSC, o Centro de Dia é uma resposta social que se traduz na prestação de serviços e atividades, através de equipamento social adequado, a indivíduos que pelo perfil social, económico, familiar e de saúde apresentam risco de isolamento e ou exclusão, com vista à valorização pessoal, partilha de conhecimentos e satisfação de necessidades básicas pessoais.

Oferece atividades/terapêuticas e sócio culturais que estimulem e desenvolvam as capacidades de cada utente, respeitando o seu meio familiar ou meio habitual de vida, prevenindo situações de dependência, promovendo a autonomia, autoestima, relações pessoais e entre gerações, contribuindo para a sua integração social.

2.2. Identificação do público-alvo

O Centro de Dia está direcionado para a população idosa e ou para todos aqueles, que por motivos sociais, económicos, familiares ou de saúde manifestem necessidade de o frequentar e aceitem essa frequência, como forma de prevenção do risco de isolamento ou exclusão e que se enquadrem no modo de funcionamento do espaço e relações gerais de grande grupo.

2.3. Objetivos da instituição relativos à Resposta Social Centro de Dia

A Resposta Social de Centro de Dia tem como objetivos:

- Promover um envelhecimento bem-sucedido, de modo a que se diminua a probabilidade de doença e de incapacidade, mantendo os sujeitos com elevada capacidade cognitiva e funcional fomentando o envolvimento ativo com a VIDA e o equilíbrio psicoafectivo.
- Prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas dos utentes.
- Potenciar o desenvolvimento de capacidades sociais, cognitivas e relacionais tendo em conta o enquadramento Institucional e Comunitário.
- Promover melhoria da qualidade de vida e dignidade do cliente e das suas famílias;



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

- Prevenir situações de Isolamento e dependência, estimulando a autonomia do cliente;
- Promover autoestima e bem-estar geral do cliente;
- Fomentar relações interpessoais e intergeracionais.

2.4. Atividades Propostas

As atividades da resposta social de Centro de Dia, estão direcionadas para a ocupação dos tempos livres de forma saudável e promotora de capacidades e de socialização. São assim dinamizadas:

- Atividades lúdico-recreativas (expressão plástica e trabalhos manuais, animação musical, atividades intergeracionais, entre outras);
- Atividades que promovem a motricidade (exercício físico, jogos de movimento e tradicionais, por exemplo);
- Atividades de estimulação cognitiva (jogos de memória, clube de leitura, autobiografias);
- Atividades de animação sócio cultural e lazer (tais como festas, bailes, almoço e lanches convívio, passeios e visitas pedagógicas, palestras, exposições, entre outras...).

É ainda incentivada a participação em atividades organizadas pela comunidade.

2.5. Funcionamento do Centro de Dia da Instituição

O Centro de Dia funciona todos os dias úteis, das 9h às 18h.

O horário de almoço é ao 12h30 e o lanche às 15h45.

O horário do transporte dos utentes durante o período da manhã começa às 9h e termina às 11h30, estando de acordo com a organização das voltas rotativas.

Durante o período da tarde o regresso a casa começa por volta das 16h30 e termina às 18h, estando de acordo com a organização das voltas rotativas.

O horário de termino será antecipado, sempre que possível e sem prejuízo nas necessidades de deslocação e o previamente acordado com o utente e ou familiar, de forma a possibilitar a permanência de mais tempo, no período da manhã no Centro de Dia e com isso proporcional a participação num maior número em atividades durante a manhã assim como, também será sempre que possível antecipado de forma a minimizar o tempo de espera pelo regresso a casa, final da tarde, situação que por vezes aumenta o nível de ansiedade dos utentes nomeadamente, com um grande grau de dependência e perdas acentuadas de cognição.

2.6. Integração em Centro de Dia

O processo de integração em Centro de Dia inclui as seguintes etapas:



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

- Candidatura (inscrição);
- Apresentação de documentação;
- Avaliação da documentação mais cálculo da mensalidade em função dos rendimentos e despesas;
- Admissão (contrato, início da frequência);
- Diagnóstico;
- Plano de desenvolvimento individual;
- Integração em atividades e serviços.

2.7. Serviços e Atividades disponibilizados pela Instituição no âmbito do Centro de Dia:

O Centro de Dia do Centro Social Paroquial Nª Sra. da Conceição da Costa de Caparica tem como objetivo final a promoção do bem-estar físico, social e mental do utente.

Esta tem sido a linha orientadora seguida nos últimos anos e que continuará a estar presente no decorrer do ano de 2025.

Serviços e cuidados

- **Serviços considerados base e enquadrados no ponto 1 da norma IV do Regulamento Interno da resposta social de Centro de Dia**

- a) Atividades socioculturais, lúdico-recreativas, de motricidade e de estimulação cognitiva;
- b) Nutrição e alimentação, nomeadamente o almoço e o lanche, respeitando as dietas com prescrição médica;
- c) Administração e gestão de fármacos quando prescritos;
- d) Articulação com os serviços locais de saúde, quando necessário.

- **Outros serviços e cuidados prestados enquadrados no ponto 2 da norma IV do Regulamento interno da resposta social de Centro de Dia**

- a) Cuidados de higiene e de conforto pessoal;
- b) Cuidados de imagem;
- c) Tratamento de roupa do uso pessoal do utente;
- d) Jantar;
- e) Complemento para o jantar;
- f) Transporte;



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

- g) Disponibilização de apoio à funcionalidade e à autonomia;
- h) Aquisição de bens e géneros alimentícios e pagamento de serviços;
- i) Acompanhamento e transporte, a consultas assim como a exames complementares de diagnóstico, e deslocação a entidades da comunidade;
- j) Apoio Psicossocial;
- k) Formação e sensibilização dos utentes e familiares para as diversas áreas tendo em conta a segurança e o bem-estar do utente e sua família.

➤ **Atividades dirigidas aos utentes de Centro de Dia e SAD**

1ª Área – Promoção da Atividade Física/Saúde

- Exercício Físico (Mais Ativo e Pillates)
- Jogos Tradicionais
- Espaço Saúde

2ª Área – Promoção da atividade cognitiva

- Jogos de Memória
- Autobiografias
- Clube de Leitura
- Neuróbica
- Expressão plástica (Reciclarte, pintura)
- Manualidades (artesanato e louvores)

3ª Área – Promoção de socialização e /ou momentos lúdicos

- Animação musical
- Festividades
- Dinâmicas de comunicação / Sociabilidade
- Outros Momentos lúdicos e de convívio
- Atividades de Exterior
- Atividades intergeracionais
- Ações de informação e sensibilização

3. Serviço de Apoio Domiciliário

Segundo o Regulamento Interno de Funcionamento do CSPNSC, o Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária

21



ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária.

3.1. Identificação do Público- Alvo

São destinatários do Serviço de Apoio Domiciliário famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situações de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ ou a realização das atividades da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

3.2. Objetivos da instituição relativos à Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário

O Serviço de Apoio Domiciliário tem como objetivos:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- Prestar os cuidados e serviços adequados às suas necessidades biopsicossociais dos utentes, sendo estes objeto de contratualização;
- Assegurar um atendimento individual e personalizado em função das necessidades específicas de cada pessoa;
- Promover a dignidade da pessoa e oportunidades para a estimulação da memória, do respeito pela história, cultura e espiritualidade pessoais e pelas suas reminiscências e vontade conscientemente expressas;
- Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- Promover o aproveitamento de oportunidades para a saúde, participação e segurança no acesso à continuidade de aprendizagem ao longo da vida e do contato com as novas tecnologias úteis.
- Prevenir e despistar qualquer inadaptação, deficiência ou situação de risco, assegurando o encaminhamento mais adequado;
- Promover estratégias de manutenção e reforço da funcionalidade, autonomia e independência, do autocuidado e da autoestima e oportunidades para a mobilidade e atividade regular, tendo em atenção o estado de saúde e recomendações médicas de cada pessoa;
- Promover um ambiente de segurança física e afetiva, prevenir os acidentes, as quedas, os problemas com medicamentos, o isolamento e qualquer forma de mau trato;
- Promover a intergeracionalidade;
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores;
- Promover os contatos sociais e potenciar a integração social;
- Facilitar o acesso a serviços de comunidade.



3.3. O Serviço de Apoio Domiciliário assegura a prestação dos seguintes cuidados e serviços:

- a) Fornecimento e apoio na refeição principal, respeitando as dietas com prescrição médica;
- b) Fornecimento de refeições suplementares, nomeadamente lanche e reforço para o jantar respeitando as dietas com prescrição médica;
- c) Cuidados de higiene e de conforto pessoal;
- d) Tratamento de roupa do uso pessoal do utente;
- e) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- f) Atividades de animação, socialização e estimulação cognitiva, designadamente, animação, lazer, cultura, motricidade e ocupacional;
- g) Aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços;
- h) Outros serviços (apoio na gestão e toma da medicação, etc).

➤ **O Serviço de Apoio Domiciliário poderá promover outros serviço, de acordo com as necessidades pontuais e/ou permanentes dos utentes mobilizando os diversos recursos da Instituição e/ ou comunidade, nomeadamente:**

- a) Acompanhamento e transporte, a consultas assim como aos exames complementares de diagnóstico, bem como a outras entidades da comunidade;
- b) Prestação de cuidados de saúde básicos, sob supervisão de pessoal de saúde qualificado do Sistema Nacional de Saúde;
- c) Cedência de ajudas técnicas;
- d) Apoio Psicossocial;
- e) Formação e sensibilização dos familiares e cuidados informais para a prestação de cuidados aos utentes.

3.4. Funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário

A prestação do Serviço de Apoio Domiciliário funciona todos os dias úteis das 8h30 às 17h30, encerrando aos fins-de-semana, feriados municipais e nacionais e terça-feira de Carnaval.

Sempre que se julgue conveniente e com aviso prévio utentes ou quem exerça as responsabilidades legais.

3.5. Integração em Serviço de Apoio Domiciliário

O processo de integração em Serviço de Apoio Domiciliário inclui as seguintes etapas:

- Ser residente da Costa de Caparica;



- Candidatura (inscrição);
- Apresentação de documentação;
- Avaliação da documentação mais cálculo da mensalidade em função dos rendimentos e despesas;
- Admissão (contrato, início da frequência);
- Informação do utente;
- Avaliação das capacidades;
- Plano de desenvolvimento individual
- Plano semanal de trabalho;

4- Intervenção Social da Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário

Apresentam-se de seguida dados relativos aos utentes e aos serviços de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário relativos ao ano de 2024.

Acompanhamento Social e Serviços Contratualizados

4.1. Utentes integrados em Centro de Dia e Apoio Domiciliário

	Centro de Dia	SAD	Total
Nº de novas admissões	28	13	43
Nº de utentes que saíram em 2024	33	13	46

Com base nos números constatados pode-se dizer que no ano de 2024 houve uma redução relativamente ao ano 2023 nas novas admissões, sendo um dos principais motivos, a evolução do estado demencial que se encontra cada vez mais acentuado na população idosa tornando as Respostas Sociais CDIA e SAD insuficiente face à necessidade de cuidados permanentes, levando às desistências nas Respostas Sociais.

4.2. Tempo de permanência nas Respostas Sociais de Centro de Dia e SAD relativa aos utentes que permanecem

Tempo de permanência nas Respostas			
	CDIA	SAD	Total
0-1 mês	2	1	3
1 a <3 meses	2	0	2
3 a <6 meses	5	4	9
6 meses a <1 ano	7	6	13
1 a <2 anos	15	5	20



2 a <3 anos	12	1	13
3 a <4 anos	2	1	3
4 a <5 anos	4	1	5
5 a <10 anos	4	5	9
10 a <15 anos	3	1	4
>15 anos	1	0	1

O tempo de permanência nas Respostas Sociais Centro de Dia e SAD é muito difícil de analisar pois, por se tratar de uma população idosa e vulnerável não se consegue fazer previsões a longo prazo no entanto, pode-se constatar que todos os utentes que integram ambas as Respostas quando desistem, a maior razão é devido ao agravamento do seu estado de saúde, integrado outras Respostas Sociais tais como: Unidades de Cuidados Continuados e ERPIS.

Temos utentes que já permanecem nas respostas há mais de 15 anos e isso demonstra o quanto a instituição consegue adaptar-se e dar resposta às necessidades desta faixa etária, adaptando-se sempre às mudanças que o processo de envelhecimento traz.

4.3. Utentes autonomizados

Nº de utentes autonomizados			
Motivos	Centro de Dia	SAD	Total
Integração em lar	4	2	6
Integração em ambiente familiar	0	2	2
Integração em outra resposta	2	1	3
Integração em UCC/ hospitalização prolongada	9	2	11
Inadaptação aos serviços	5	0	5
Mudança de residência	2	1	3
Falecimento	3	3	6
Recuperação das suas capacidades	1	2	3
Outras? Cuidados prestados por cuidadoras a tempo integral/ agravamento do estado de doença	7	0	7

É importante referir que a maior causa das desistências nas Respostas Sociais CDIA (33) e SAD (13) ao longo do ano de 2024, é devido ao agravamento do estado de saúde dos utentes e à existência de necessidade de apoio permanente, integrado outras respostas sociais tais como: Unidade de Cuidados Continuados e ERPIS.

Pode-se constatar que a inadaptação as Respostas Sociais nomeadamente, Centro de Dia, está relacionada com a acentuada dependência da população idosa sendo importante referir que os idosos que desistiram por esse motivo são idosos autónomos, ativos, conscientes e orientados, tendo capacidade para satisfazer as suas necessidades.



4.4. Atendimento/ Acompanhamento Social

No âmbito do acompanhamento social em ambas as Respostas Sociais, a instituição focaliza e centraliza o seu trabalho com a 3ª idade no acompanhamento presencial, sendo esse o seu ponto de intervenção principal, de forma a conseguir ter conhecimento global do processo de envelhecimento e conseguir dar resposta às necessidades desta faixa etária.

Os atendimentos para as integrações em Resposta Social Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário são feitos presencialmente assim como, no âmbito de acompanhamento.

Em termos de Serviço de Apoio Domiciliário são priorizadas as visitas domiciliárias por se tratarem de utentes mais dependentes assim, como ter-se conhecimento do seu espaço habitacional de forma a garantir melhor qualidade na prestação de serviços.

Nas Respostas Sociais CDIA e SAD a instituição focaliza o seu acompanhamento e a prestação de serviços na supervisão diária de forma, a ter conhecimento de todas as necessidades dos utentes integrados em ambas as respostas sociais, conseguindo através de um acompanhamento personalizado minimizar as suas fragilidades, problemáticas e levar-se a uma adaptação a todas as alterações que o processo de envelhecimento traz.

Existe um trabalho diário com as famílias, facultando todas as informações de comportamentos, alterações e necessidades dos idosos de modo a garantir condições dignas à sobrevivência dos mesmos.

No que se trata de idosos isolados, a instituição tem um papel fundamental na satisfação das necessidades básicas dos utentes assim como, no desempenho das atividades da vida diária fornecendo todos os cuidados necessários à sua sobrevivência, a nível individual, social e de saúde.

4.5. Atendimentos de primeira vez

	CDIA	SAD	Total
Novos utentes em acompanhamento	15	9	24
Novos utentes que entraram e já saíram	13	4	17
Como Sócios	0	0	0
Aguardam integração por falta de resposta	0	0	0
Aguarda integração por sua iniciativa e que acabam por desistir	0	0	0
Passantes por resposta não adequada/pretendida	3	0	3
Apoio com ajudas técnicas	3	0	3
Idosos em possível situação de risco	4	0	4



4.6. Atendimentos de acompanhamento e outras diligências realizadas pelo Técnico Superior de Serviço Social

Nº de acompanhamentos realizado pelo TSSS a utentes que frequentaram as respostas			
	CDIA	SAD	Total
Nº de atendimentos	526	526	1052
Nº de visitas domiciliárias	41	72	113
Nº de articulações com técnicos ou AAD internas	70	120	190
Nº de diligências realizadas			
Nº telefonemas realizados no âmbito do acompanhamento	311	303	614
Nº de atendimentos de utentes em acompanhamento em situações de risco	5	0	5

Nº de acompanhamentos realizados pelo TSSS a utentes			
	CDIA	SAD	Total
Nº de atendimentos	15	30	45
Nº de visitas domiciliárias realizadas	3	8	11
Nº de articulações com técnicos ou AAD internas	0	12	12
Nº de diligências realizadas	0	0	0
Nº de telefonemas	5	30	35

4.7. Encaminhamentos de apoio ao usufruto de apoios sociais

São poucos os encaminhamentos para os apoios sociais devido a maior parte dos utentes já terem sido encaminhados através de Ação Social, médico de família (complemento por dependência) ou Segurança Social.

Os encaminhamentos feitos pela técnica no ano de 2024 foram derivado a integrações novas e atendimentos de 1ª vez, sem terem sido encaminhados por Ação Social e por não terem conhecimento acerca dos direitos sociais.

Encaminhamento para apoios sociais			
	CDIA	SAD	Total
Nº de encaminhamentos para CSI (Complemento solidário para idosos)	6	2	8
Nº de encaminhamentos para o Complemento por dependência	5	6	11
Nº de encaminhamentos para revisão do complemento por dependência	1	0	1
Nº de encaminhamentos para pensão social de velhice e/ pensão de velhice	1	0	1
Nº de encaminhamentos para estatuto de cuidador informal	2	2	4



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

Nº de famílias com pedido de habitação social	0	0	0
Nº de famílias com atribuição de habitação social no ano	0	0	0
Nº de idosos em possível situação de risco	4	0	4

4.8 Apoio na superação de carências ao nível da subsistência e necessidades básicas

Alimentação

Apoio com serviços			
	CDIA	SAD	Total
Nº de utentes com necessidade de algum apoio nas refeições	10	0	10
Nº de utentes com necessidade de total apoio nas refeições	4	0	4
Apoio com géneros (só utentes sem acompanhamento no âmbito Ação social)			
Nº total de apoios com alimentação confeccionada	32	18	50



4.9. Cuidados de imagem

Apoio com serviços	CDIA	SAD	Total
Nº de utentes com higiene pessoal (banho) - autónomo	3	1	4
Nº de utentes com higiene pessoal (banhos) - dependente	4	18	22
Nº de utentes com necessidade de apoio na utilização WC (deslocação, roupa e artigos de incontinência)	20	18	38
Nº de utentes com necessidade de apoio só na deslocação para WC	3	0	3
Nº de utentes com necessidade de apoio só na troca de fraldas/pensos	6	0	6
Nº de utentes com tratamento de roupa de uso pessoal na instituição	5	10	15
N.º de utentes utilizadores de lavandaria comunitária em geral	0	0	0
Apoio com géneros			
Nº de utentes apoiadas com produtos de higiene pessoal	3	2	5
Nº de apoios com produtos de higiene pessoal	10	2	12
Nº de utentes apoiadas com produtos de higiene habitacional	0	2	2
Nº de apoios com produtos de higiene habitacional	0	2	2
Nº de utentes apoiados com vestuário	6	0	6
Nº de apoios com vestuário	6	0	6
Nº de utentes apoiados em calçado	2	0	2
Nº de apoios em calçado	2	0	2
Nº de utentes apoiados com mobiliário	0	0	0
Nº de apoios em mobiliário	0	0	0



4.10. Saúde

Apoio com serviços			
	CDIA	SAD	Total
N.º de utentes apoiados na gestão de toda a medicação	5	0	5
N.º de utentes apoiados apenas na gestão da medicação que tomam no espaço	19	0	19
N.º de utentes apoiados apenas na administração de alguma das tomas diárias	0	0	0
Apoio com géneros (só utentes sem acompanhamento no âmbito Ação Social)			
Nº de utentes apoiados com Ajudas Técnicas	4	0	4
Nº apoios em Ajudas Técnicas	4	0	4
Nº de utentes apoiados em medicação via Farmácia Social	2	0	2
Nº de apoios em medicação via Farmácia Social	3	0	3

4.11. Cuidados de higiene habitacional

Apoio com serviços			
	CDIA	SAD	Total
N.º de utentes apoiados na higiene habitacional	1	24	25
N.º de apoios na higiene habitacional	1	24	25
Apoio em espécie			
Nº de utentes apoiadas com roupas para a casa	1	2	3
Nº de apoios com roupas para a casa	2	3	5



4.12. Mobilidade

Apoio do transporte para usufruto do Centro de Dia	
N.º de utentes apoiados com transporte no período da manhã	23
N.º de utentes apoiados com transporte no período da tarde	23
N.º de utentes apoiados com transporte no período do almoço – entrega de refeições	4
Apoio na mobilidade dentro da Instituição	
N.º de utentes que necessitam de apoio apenas de orientação	6
N.º de utentes que necessitam de algum apoio físico na mobilidade	9
N.º de utentes que caminham mas que necessitam de total apoio físico na mobilidade	16
N.º de utentes que se deslocam sempre em cadeira de rodas	6

Apoio na mobilidade SAD	
N.º de utentes que necessitam de apoio apenas de orientação	0
N.º de utentes que necessitam de algum apoio físico na mobilidade	10
N.º de utentes que necessitam de apoio físico na mobilidade	5
N.º de utentes que caminham mas que necessitam de total apoio físico na mobilidade	5
N.º de utentes semi-acamados	4
N.º utentes em cadeira de rodas mas autónomos	0

Como se pode verificar nos quadros acima, a instituição no âmbito das Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário centraliza a sua intervenção na concretização e satisfação das necessidades básicas de sobrevivência nomeadamente, na satisfação das ATVD (atividades da vida diária) dos utentes mais concretamente na 3ª idade.

Dado que o processo de envelhecimento é marcado por um processo de perdas cognitivas, físicas e sociais, a instituição através dos serviços de alimentação, higiene pessoal, habitacional, cuidados de imagem, atividades de animação sociocultural, estimulação cognitiva, acompanhamento ao nível de saúde (gestão/administração de medicação, acompanhamento a consultas, articulação com unidades de saúde), acompanhamento a compras, pagamentos de serviços, garante que as necessidades da 3ª idade, dentro das suas limitações, sejam concretizadas e satisfeitas levando a um bem-estar físico, mental e social.

Como se pode verificar, todos os utentes integrados nas Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário têm contratualizado serviços que vão de encontro às suas necessidades, sendo que os serviços mais prestados e com mais necessidade de satisfação são os serviços de alimentação e higiene pessoal, isso pode-se concluir devido à perda de capacidades que o processo de envelhecimento traz.

É importante referir que com base nos dados analisados a Resposta Social CDIA é frequentado por utentes cada vez mais dependentes.



O aumento da situação de dependência está relacionado fundamentalmente com dois fatores: o aumento da esperança de vida e conseqüente envelhecimento da população, e a maior prevalência das doenças crónicas.

O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem e/ou da população em idade ativa. A proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, tendo aumentado de 5,3% para 6,9% do total da população entre 1960-2001, esperando-se que aumente para 15,6% em 2050. Trata-se de um processo secundário de envelhecimento demográfico, por vezes apelidado como o envelhecimento dos idosos (*«the aging of the aged»*) e que está a acontecer gradualmente e em todo o mundo.

Neste seguimento, o envelhecimento demográfico e as conseqüentes alterações no padrão epidemiológico e na estrutura da sociedade portuguesa vêm determinando novas necessidades a nível de saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas e como ainda não existe, os Centros de Dia acabam por ter que se adaptar à nova realidade da população idosa.

5. Diligências realizadas pelas Ajudantes de Ação Direta (AAD)

As diligências realizadas pelas Ajudantes de Ação Direta diretamente afetas às respostas são fundamentais e necessárias para a realização e satisfação das atividades da vida diária dos idosos, garantindo que os mesmos consigam garantir os cuidados básicos e necessários à sua sobrevivência.

Ao longo do processo de envelhecimento os idosos acabam por ter perdas cognitivas, o que influencia na capacidade de desenvolvimento e resolução das tarefas da vida diária.

Desta forma, o acompanhamento social feito diariamente permite com que os idosos tenham um suporte em todas as áreas da sua vida conseguindo satisfazer as suas necessidades, levando a um bem-estar individual e social.

No quadro abaixo pode-se verificar que os serviços mais realizados no trabalho dos AAD são o acompanhamento a consultas, exames, clínicas, compras para o dia-a-dia, pagamentos de despesas, sendo considerado serviços de necessidades básicas.

Acompanhamento realizado pelas AAD	CDIA	SAD	Total
Nº de visitas domiciliárias realizadas a acompanhar o Técnico	3	8	11
Nº acompanhamentos completos à Seg Social / cartório / SEF/ Juntas Médicas/ Atestado multiusos/Espaço Cidadão	10	9	45
Nº apoio só em transporte para à Seg Social / cartório / SEF/ Juntas Médicas	20	6	
Nº de acompanhamentos aos CTT	40	0	81



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

Nº acompanhamentos ou sozinha a bancos (para pagamento de rendas ou levantamento de dinheiro) ou pedido de informação	40	0	
Nº de diligências realizadas em bancos sem presença utente (pagamento de renda)	0	0	
Nº acompanhamentos Lar Montijo	1	0	
Nº de outras diligências / VD realizadas			
Apoios em diligências junto do portal IMT / Saúde / Finanças	0	0	38
Acompanhamento a Espaços Comerciais (orçamentos, compras)	3	6	
Nº apoio só em transporte dentro da Costa de Caparica (barbeiro, compras)	3	6	
Apoio na organização processual / arquivos	10	10	



Acompanhamento realizado pelas AAD	CDIA	SAD	Total
Nº acompanhamentos ao Centro de Saúde - consultas	30	15	95
Nº acompanhamentos ao Centro de Saúde - análises	5	20	
Nº acompanhamentos vacina gripe e COVID-19	0	0	
Nº apoio só em transporte ao Centro de Saúde	20	5	
Nº acompanhamentos a consultas no HGO	3	40	169
Nº acompanhamentos a exames	10	25	
Nº de apoios só em transporte para HGO	3	5	
Marcações de consulta / exames / pedido relatório	50	0	
Levantar exames	20	10	
Acompanhamento à urgência do HGO	0	0	
Nº acompanhamentos completos a consulta em Hospitais de Lisboa	0	3	
Nº acompanhamentos completos a exames em Hospitais de Lisboa	0	0	
Nº acompanhamentos completos a exames clínicos (exceto análises) na Freguesia	5	10	15
Nº apoio só em transporte a exames clínicos na Freguesia	0	0	
Nº acompanhamentos completos a exames clínicos fora da Freguesia	0	0	
Nº apoio só em transporte a exames clínicos fora da Freguesia	0	0	
Marcar ou levantar exames clínicos fora da Freguesia	0	0	
Levantamento de receitas na farmácia	10	15	45
Levantamento de medicação no HGO	0	0	
Marcação de consultas na ET de Almada	0	0	
Pagamento de medicação na farmácia	10	10	



6- Atividades de Animação Sociocultural

Atividades realizadas no Centro de Dia durante o ano de 2024

1ª Área – Promoção da Atividade Física / Saúde e Bem-Estar

Entre os idosos, em particular, a atividade física está associada à diminuição da mortalidade e a um envelhecimento mais saudável (com melhor função e capacidade física e cognitiva). Os principais benefícios da atividade física regular incluem maior força, flexibilidade, mobilidade e condicionamento físico.

Manter uma autoestima saudável é fundamental para que os idosos enfrentem os desafios próprios desta fase da vida de forma mais equilibrada. Do ponto de vista psicológico, cuidar da autoestima contribui significativamente para o bem-estar mental, ajudando na gestão das emoções e promovendo pensamentos mais positivos e construtivos.

1. **Exercício Físico (Mais Ativo):** é uma atividade que visa promover um estilo de vida mais ativo e saudável por meio da prática de exercícios físicos. A iniciativa combina alongamentos e exercícios adaptados que ajudam a melhorar o condicionamento físico, com foco especial no desenvolvimento da consciência corporal e na coordenação motora dos utentes. Esta atividade tem um lado emocional e de bem-estar, ao incluir momentos de relaxamento e práticas que promovem a conexão interpessoal e o fortalecimento emocional.





2. **Jogos Tradicionais (Dinâmicas e Jogos):** Através de uma variedade de jogos, sejam eles tradicionais ou inovadores, esta atividade tem como objetivo promover o convívio e o bem-estar, ao mesmo tempo que proporciona, de forma leve e descontraída, uma oportunidade para os participantes se manterem mais ativos, desenvolverem a capacidade de raciocínio lógico e aperfeiçoarem a coordenação motora.



3. **Espaço Saúde:** Uma ação que tem como objetivo promover o equilíbrio da saúde, através do controlo semanal da tensão arterial e do peso; e dedica-se a apoiar os utentes em adotar uma dieta saudável, adaptada às necessidades individuais de cada um.





- 4. Espaço Beleza:** promove o bem-estar físico e emocional dos indivíduos. Ele combina o cuidado com a saúde, por meio de uma dieta saudável adaptada às necessidades específicas de cada pessoa, com ações que incentivam a valorização da imagem pessoal e da autoestima. Esse espaço parece focar tanto na saúde interna (nutrição) quanto na externa (imagem e autoconfiança), criando uma abordagem integral ao cuidado pessoal.





- 5. Jardinagem:** Esta atividade, para além de promover a prática de estar em movimento, visa proporcionar um momento terapêutico e de bem-estar através do contacto com a natureza. A jardinagem oferece diversos benefícios físicos para as pessoas da terceira idade, para além de melhorar a imunidade e reduzir o stress, contribui para a diminuição da frequência cardíaca, promovendo uma atividade física relaxante. Adicionalmente, ajuda a aprimorar as habilidades motoras finas e grossas, assim como a coordenação.

São cultivadas flores e ervas que, posteriormente, podem ser consumidas pelos próprios participantes, o que também contribui para o desenvolvimento da valorização e do reconhecimento ao acompanharem e colherem algo que cultivaram por si mesmos.





2ª Área – Promoção da Atividade Cognitiva

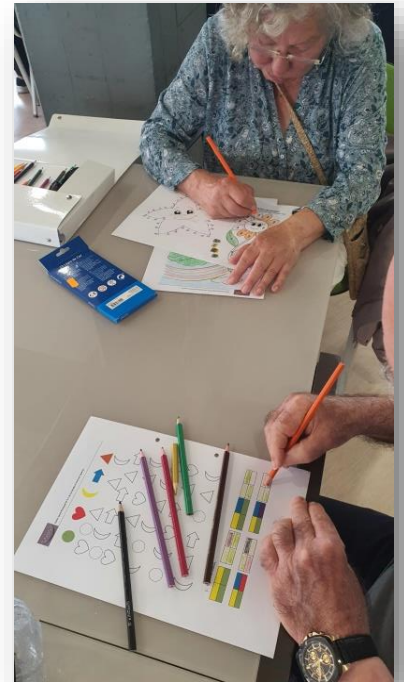
Ao refletirmos sobre um estilo de vida saudável e hábitos de vida equilibrados, tendemos a concentrar-nos principalmente no corpo. Embora seja fundamental adotar práticas que promovam a nossa saúde física, como a prática regular de exercício e a manutenção de uma dieta equilibrada, é igualmente essencial dar atenção à nossa saúde mental. Tal como os exercícios físicos beneficiam o corpo, os exercícios mentais desempenham um papel crucial no fortalecimento e na manutenção das funções cerebrais em geral. No caso dos idosos, atividades que estimulem o cérebro, assim como jogos que envolvam a memória, são excelentes opções para promover a atividade mental e cerebral. A preservação da saúde global inclui também manter as capacidades cognitivas aguçadas através de diversas atividades que favoreçam o desenvolvimento do pensamento crítico, a capacidade de expressão, a leitura, a recordação de memórias, a tomada de decisões fundamentadas e o processo de aprendizagem contínua.

- 1. Clube de Leitura:** O Clube de Leitura visa promover o estímulo através da leitura e interpretação de textos. Através da leitura oral de contos com temas diversos, seguida de um debate sobre o conteúdo, busca-se fomentar a compreensão do texto, desenvolvendo não só a expressão verbal, mas também a capacidade de raciocínio e comunicação.





2. Neuróbica: Consiste na ginástica do cérebro. Esta atividade visa proporcionar um momento dedicado ao exercício da mente. Uma descoberta recente na neurociência revelou que o cérebro mantém a notável capacidade de crescer e alterar os padrões das suas conexões neuronais. Não se trata de adicionar novas atividades à rotina, mas de realizar as tarefas diárias de forma criativa e diferente. Estas dinâmicas, que envolvem raciocínio, memória e capacidade de concentração, ajudam a estimular a produção de substâncias que promovem o desenvolvimento das células cerebrais, tornando o cérebro mais jovem e fortalecido. Além disso, podem ser realizadas em qualquer lugar e a qualquer momento. Para além das atividades de estimulação cognitiva, também são oferecidos exercícios terapêuticos, com o objetivo de validar os sentimentos dos participantes e promover o desenvolvimento de um estado de espírito mais feliz e saudável.





3. Expressão Plástica (Reciclarte, Arteterapia, Manualidades): Esta atividade tem como objetivo explorar o artesanato de forma terapêutica, recorrendo a diversas abordagens e metodologias, sendo igualmente um exercício inclusivo para utentes com maiores limitações. Através de técnicas como pintura, desenho, recorte e colagem, modelagem, tecelagem, entre outras, a criatividade é estimulada e a arte, enquanto terapia, promove um envelhecimento saudável. Contribui para a redução das emoções negativas, a melhoria da autoestima e a diminuição da ansiedade.





4. Estímulos Sensoriais: é uma prática que tem como objetivo estimular os sentidos (tato, visão, audição, olfato e paladar) de forma a promover o bem-estar, a interação social e a manutenção das capacidades cognitivas e motoras dos participantes. É uma abordagem essencial, especialmente aqueles que podem ter dificuldades cognitivas, físicas ou emocionais, como os que sofrem de demência ou Alzheimer.



5. Jogos e Convívio (Jogos de Memória): Para além de estimular o raciocínio lógico, a capacidade de concentração e a memória, o momento dedicado aos jogos estimula a motricidade fina e contribui para o bem-estar através do convívio. Trata-se de uma atividade cuidadosamente elaborada, com várias propostas, de forma a possibilitar a participação inclusiva, incluindo os utentes com maiores limitações.





6. Terapia Criativa: refere-se a um conjunto de atividades que utilizam a expressão artística e criativa como ferramenta para promover o bem-estar emocional, mental e social dos utentes. O objetivo principal é estimular a criatividade e a expressão pessoal, promovendo a autoestima, o relaxamento e o desenvolvimento cognitivo. Além disso, a Terapia Criativa pode favorecer a interação social, reduzir o isolamento e proporcionar momentos de prazer e realização, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida dos idosos.





7. Alfabetização: Para além de ser um meio de comunicação, também é uma forma de garantir que os utentes tenham acesso à informação necessária para cuidar de si mesmos. Para além de ajudar da motricidade fina, é uma ótima atividade de estímulo cognitivo (memória). Quando uma pessoa é alfabetizada, ela consegue compreender informações importantes sobre prevenção de doenças, hábitos saudáveis, tratamentos médicos e outros aspetos essenciais para a manutenção da saúde.





8. Inglês: O inglês é uma excelente forma de estimular o bem-estar mental, a autoestima e até a socialização. Atividades como a aprendizagem de uma língua estrangeira, como o inglês, vão muito além do simples domínio de vocabulário e gramática, pode abrir portas para novas experiências, e ativa diferentes áreas do cérebro, o que é benéfico para a memória e para o raciocínio lógico, prevenindo ou retardando, por exemplo, o declínio cognitivo. A atividade também promove a socialização entre os utentes, já que muitas vezes as aulas de inglês no centro de dia são realizadas em grupo, criando oportunidades de interação e colaboração, enriquecimento cultural e bem-estar.



9. Fonologia (Fonologia/Dicção): A fonologia estuda os sons e as propriedades acústicas que cada língua seleciona para estabelecer significados. As atividades fonológicas para idosos, dependendo do tipo e da gravidade é fundamental para prevenir, amenizar ou reverter a perda da audição. Contribui para a melhora da autoestima, da qualidade de vida e da interação social. Os idosos frequentemente apresentam alterações na comunicação, como dificuldades na fala, na audição e



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

na deglutição – e a fonologia pode corrigir e fortalecer os músculos da deglutição, que também sofrem alterações com o avanço da idade.



10. Musicoterapia: É um método terapêutico que utiliza músicas com vozes ou somente na forma instrumental, sendo normalmente indicadas para auxiliar no tratamento de condições de saúde, como ansiedade, estresse, transtorno do espectro autista, dor crônica, Alzheimer ou AVC por exemplo, pois possui diversos benefícios como a melhora do humor, concentração, memória, movimentos e o raciocínio lógico. Os processos musico terapêuticos, também buscam a diminuição do isolamento social com o fortalecimento de laços afetivos. A musicoterapia contribui, também, para a prevenção do aparecimento de quadros depressivos e retarda a evolução de quadros demenciais, mais comuns entre idosos.





3ª Área – Promoção de Socialização e/ou momentos lúdicos:

A arte na terceira idade, além de ser vista como uma forma de entretenimento, oferece inúmeros benefícios para a saúde física e mental dos idosos. As atividades artísticas têm a capacidade de estimular o pensamento, despertar a criatividade e permitir a expressão emocional.

Além de proporcionar momentos de diversão e lazer, as atividades lúdicas oferecem aos participantes a oportunidade de vivenciar novas experiências, fazer amigos, descobrir novos lugares, histórias e pessoas. Dessa forma, contribuem para o aumento do repertório de conhecimentos e para a promoção da socialização. Estas atividades estimulam a interação social, combatem o isolamento, incentivam o estímulo cognitivo e emocional, melhoram a autoestima e proporcionam momentos de alegria, o que, por sua vez, ajuda na prevenção de doenças.

- 1. Animação Musical:** A música tem o poder de acolher, acalmar, envolver, emocionar e ainda constitui um excelente exercício para o cérebro. Na terceira idade, a música desempenha um papel fundamental, para além da socialização, pois contribui significativamente para a memória. É através da música que podemos reviver boas lembranças e, para além da memorização das letras, proporcionar momentos de emoção. Esta atividade proporciona um espaço de descontração musical, onde os participantes podem cantar e dançar de forma livre e espontânea, promovendo o bem-estar e a alegria.





2. Expressão Artística: Esta atividade engloba uma série de exercícios que combinam práticas teatrais, musicais e de expressão corporal. O objetivo é desenvolver a capacidade de expressão, raciocínio, concentração, criatividade, memória, demonstração de sentimentos e autoestima, ao mesmo tempo que proporciona uma forma leve e fluida de manter os participantes ativos. A arte surge como uma ferramenta para libertar aqueles que se permitem arriscar, superando a timidez inicial, e promovendo a autoconfiança ao longo do processo.



3. Eventos (inclui festividades, dinâmicas de comunicação/sociabilidade, atividades intergeracionais, ações de informação e sensibilização): Esta atividade consiste na organização de eventos criados pelo espaço, com o intuito de celebrar datas comemorativas e promover a alegria, o bem-estar e a socialização dos participantes.





4. Atividades de Exterior: As atividades externas são uma excelente oportunidade para os participantes vivenciarem experiências fora do ambiente habitual, promovendo o contacto com o mundo exterior de uma forma enriquecedora. Consistem na promoção de passeios que englobam experiências culturais, artísticas e caminhadas em espaços ao ar livre. Além de promoverem o bem-estar físico, mental e social, as atividades externas estimulam a curiosidade intelectual, permitindo a descoberta de novos conhecimentos e o enriquecimento pessoal. Tais momentos de convivência também favorecem a socialização, permitindo que os participantes estabeleçam novas conexões, fortaleçam vínculos e partilhem experiências. Alguns eventos são organizados pelas entidades da comunidade.





5. Ações de informação e sensibilização: iniciativas ou atividades organizadas para informar, educar e consciencializar os utentes sobre temas relevantes para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Estas ações podem incluir sessões, palestras ou workshops sobre diversos assuntos sobre saúde e bem-estar, segurança, direitos e deveres, estímulo cognitivo e emocional, e outros temas específicos. São ações essenciais para promover uma maior autonomia, melhorar a qualidade de vida dos utentes.





- 6. Atividades Extraordinárias:** É uma atividade generalista onde realiza-se diversas atividades que não constam em outras áreas aqui mencionadas, como por exemplo: culinária, cinema, etc.





Apresenta-se o total anual de presenças, assim como o número de sessões realizadas de cada atividade.

TABELA RESUMO 2024			
Área de Atividades	Atividades	Sessões Realizadas	Participações
Atividade Física/ Saúde e Bem- Estar	Mais Ativo (Exercício Físico)	114	3260
	Dinâmicas e Jogos (Jogos Tradicionais)	58	1453
	Espaço Saúde	51	1402
	Jardinagem	34	640
	Espaço Beleza	10	68
Atividade Cognitiva	Clube de leitura	5	148
	Neuróbica (Estímulo cognitivo)	43	1399
	Neuróbica Tablets	25	654
	Arterapia (Expressão Plástica/Manualidades)	102	3189
	Estímulos sensoriais	25	720
	Jogos e convívio	237	5455
	Terapia criativa	25	775
	Alfabetização	18	659
	Inglês	12	431
	Fonologia	23	858
	Fonologia/Dicção	8	294
	Musicoterapia	16	591
Socialização e/ou momentos lúdicos	Animação musical	43	1453
	Expressão artística	29	909
	Eventos	18	663
	Atividades de Exterior	4	57
	Atividades extraordinárias	1	31
Atividades Individuais	Atividades Individuais - Manhã	197	1027
	Atividades Individuais - Tarde	205	1219

É possível notar baixa aderência devido a poucas sessões realizadas em algumas atividades como o Clube de Leitura, e Autobiografias (que não teve sessão realizada, e isso explica-se à realidade populacional integrada em Centro de Dia.

Maior parte dos utentes integrados em Centro Dia encontra-se em estado demencial e por isso, a sua adesão em algumas atividades não são adequadas, daí haver uma necessidade de em 2025 se reajustar algumas atividades. Havendo consistência, todas as atividades são bem aceitas de forma geral.

Pode-se concluir que diversas atividades socioculturais da resposta do Centro de Dia realizadas, são essenciais não apenas para melhorar as condições físicas e cognitivas



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

dos utentes, mas também para promover a sua autoestima e garantir a manutenção da saúde mental e emocional.

As atividades ocupacionais desempenham um papel crucial na qualidade de vida dos idosos, especialmente em um contexto de envelhecimento em que a saúde física e mental pode estar comprometida. A prática regular de exercícios físicos, jogos, atividades cognitivas e artísticas contribui para a manutenção da capacidade funcional, diminuição de sintomas depressivos e aumento da socialização.

Além disso, atividades como a jardinagem, a musicoterapia e a terapia criativa promovem um envelhecimento ativo, estimulando tanto o corpo quanto a mente. As iniciativas de socialização, por sua vez, combatem o isolamento social, um dos principais problemas enfrentados pelos idosos, proporcionando momentos de alegria, confraternização e descobertas.

Não obstante, o Centro de Dia tem um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida dos utentes, assegurando que, apesar da idade avançada ou de condições cognitivas limitadas, todos possam manter-se ativos, integrados e valorizados na sociedade.

As atividades ocupacionais, ao abrangerem diferentes dimensões da vida do idoso, mostram-se como uma ferramenta essencial para um envelhecimento saudável e para a promoção do bem-estar integral dos participantes, evidenciando a importância de se continuar a investir e ajustar as estratégias de acordo com as necessidades da população atendida.

Face ao exposto, pretende-se dar continuidade a este trabalho no Plano de Ação de 2025 implementando atividades e dinâmicas cruciais para o bem-estar do idoso.



7. Caracterização da população atual das Respostas Sociais Centro de Dia e SAD

BENEFICIÁRIOS POR IDADE E GÊNERO (Global)						
Variável	Homens		Mulheres		Total	
	CDIA	SAD	CDIA	SAD	SAD	CDIA I
35 – 49 anos	0	1	0	0	1	0
50 – 59 anos	2	1	1	0	1	3
60 – 64 anos	4	0	1	1	1	5
65 – 69 anos	4	2	1	1	3	5
70-74 anos	4	1	6	1	2	10
75-79 anos	3	3	10	2	5	13
80-84 anos	3	5	7	2	7	10
85-100 anos	3	0	8	5	5	11
Totais	23	13	34	12	25	57

As Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário têm utentes com idades compreendidas entre os 35 a <87 anos.

Até ao final de 2024 estavam integrados em Centro de Dia 57 utentes e no Serviço de Apoio Domiciliário estavam integrados 25 utentes.

TIPOLOGIA FAMILIAR					
Variável	Costa Caparica		Charneca Caparica		Global
	CDIA	SAD	CDIA	SAD	
Isolado	38	22	1	0	60
M. Feminina	3	3	0	0	6
M. Masculina	0	0	0	0	0
F. Nuclear C/ filhos	6	0	0	0	6
F. Nuclear S/ filhos	15	9	0	0	24
F. Alargada	9	5	0	0	14
Outras	14	1	0	0	15

A maioria dos idosos integrados nas Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário ao longo do ano de 2024, são idosos isolados, sendo esse um dos principais motivos para a integração nas respostas.

Os restantes, são idosos que têm apoio familiar contudo, os familiares por motivos de trabalho ou outros, não conseguem prestar apoio permanentemente e por isso, recorrem às respostas sociais como uma fonte de ajuda nos cuidados à terceira idade.



RENDIMENTOS POR UTENTE				
Variável	Costa Caparica		Charneca Caparica	
	N	Média	N	Média
Pensão Invalidez	7	363,12 €	0	0,00 €
Pensão Velhice	76	700,00 €	0	0,00 €
Comple/o Dependência	5	131,72 €	0	0,00 €
Pensão Sobrevivência	14	245,56 €	0	0,00 €
PSI BasePSI Comple/o	1	298,42 €	0	0,00 €
Bonificação Deficiência	0	0,00 €	0	0,00 €
RSI	5	209,11 €	2	209,11 €
Outros, CSI,	5	1 194,63 €	0	0,00 €

Da análise do quadro acima destacamos que no total 76 utentes integrados nas Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário estão a receber pensão de velhice, 14 utentes recebem pensão de sobrevivência, 1 utente PSI base e complemento, 7 utentes pensão de invalidez, 5 utentes complemento por dependência, 7 utentes RSI e 5 utentes CSI e outros rendimentos familiares (baixa médica e rendimentos de trabalho dos familiares).

Os utentes que recebem PSI, Pensão de invalidez e RSI são utentes que por motivos de idade, nacionalidade, ainda não conseguiram ter direito à reforma e por motivos de doença ou ausências de rendimentos têm direito a outros apoios sociais até obterem a idade da reforma.

SITUAÇÃO HABITACIONAL					
Variável	Costa Caparica		Charneca Caparica		Global
	CDIA	SAD	CDIA	SAD	
Arrendada	30	8	1	0	39
Própria	49	31	0	0	80
Clandestina/barraca	1	0	0	0	1
Cedida	3	0	0	0	3
Habitação social	0	0	0	0	0
Quarto	0	0	0	0	0
Parque de Campismo	1	1	0	0	2
Outra (especificar) Sem abrigo	1	0	0	0	1

De acordo com o quadro acima maior parte dos utentes integrados nas Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário são utentes com casa própria (80).

Os restantes, 39 têm casa arrendadas, 1 está em casa cedida pelos familiares, 2 em parque de campismo e apenas 2 vivem em situações habitacionais sem condições ou em condições precárias.

O fator habitacional na 3ª idade é um ponto forte porque maior parte dos idosos têm casa própria, o que permitem que os mesmos tenham rendimentos para satisfazer as suas necessidades e condições estáveis para o seu processo de envelhecimento.



Problemas de Saúde					
Problemas	Masculino		Feminino		Global
	CDIA	SAD	CDIA	SAD	
Mentais	14	10	25	8	57
Visão	13	4	11	4	32
Auditivos, Voz e fala	4	4	2	4	14
Órgãos	10	2	16	3	31
Movimento	9	7	11	6	33

Da análise do quadro acima podemos verificar que grande parte dos utentes integrados nas Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário são utentes com problemas a nível mental (demências, esquizofrenia, depressões, distúrbios de personalidade, bipolaridade), sendo essa a realidade das respostas.

32 Utentes têm problemas de visão, sendo de destacar que tivemos durante o ano de 2024 uma utente do género feminino integrado em Centro de Dia invisual.

14 Utentes têm problemas auditivos, voz e fala.

31 Utentes têm problemas de órgãos (problemas renais, pulmões, coração, fígado).

Por fim, 33 utentes têm problemas de movimento, ou seja, dificuldades de mobilidade. Maior parte dos utentes integrados em Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário não deambulam sem ajuda técnica.

É importante reforçar que ambas as Respostas Sociais têm utentes com problemas de saúde, seja a nível físico ou mental e por isso, recorrem a ajuda das respostas pois, já não têm capacidades para satisfazer todas as suas necessidades de uma forma autónoma.

8. Identificação e Fundamentação das áreas prioritárias de atuação

O Centro Social Paroquial N. Sr.ª da Conceição da Costa de Caparica para o ano de 2024, atendendo ao levantamento diagnóstico elege como grande prioridade no âmbito do acompanhamento social à 3ª idade, um acompanhamento especializado a idosos em perdas cognitivas pois, essa é a realidade presente nos dias de hoje.

Nas integrações feitas ao longo do ano 2024, verificou-se que o principal motivo que leva os familiares a procurarem ajuda é o desenvolvimento do estado demencial, perdas de capacidade levando a que os mesmo já não tenham capacidades para permanecerem nos seus domicílios sem qualquer tipo de apoio.

Desta forma, é importante que as Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário estejam preparadas e focalizadas para esta realidade.



A 3ª idade esta cada vez mais presente nos dias de hoje e por isso, é importante que a sociedade / instituições adaptem-se às limitações desta faixa etária de forma, a conseguir dar resposta.

O objetivo do CSPNSC para 2025 é focalizar-se no acompanhamento especializado às famílias e idosos de modo a conseguir garantir um envelhecimento saudável, sendo os idosos os próprios protagonistas do seu desenvolvimento.

Queremos também ajudar as famílias e os idosos a lidar com todas as alterações / perdas que o processo de envelhecimento traz.

Acreditamos que com o conhecimento adquirido até ao dia hoje e de toda a experiência vivida nestes últimos anos conseguiremos encontrar novas estratégias de intervenção de forma a dar continuidade ao acompanhamento que a Instituição presta à comunidade em geral, especificamente na 3ª idade.

9. Dimensões estratégicas de intervenção

Sabemos que o tema do envelhecimento da população e as consequências que lhe estão inerentes são cada vez mais objeto de estudo e de preocupação da sociedade em geral. Para os profissionais que trabalham diariamente com a população idosa, começam a surgir novas exigências, ou seja, começa a existir uma maior preocupação em responder às necessidades efetivas das pessoas e não apenas fazer “pacotes” de serviços ou de respostas possíveis, como se de uma receita se tratasse

Atualmente tem-se debatido bastante a temática do envelhecimento e, principalmente, a questão de saber que idosos teremos daqui por alguns anos? Serão certamente indivíduos cada vez mais idosos, com necessidades mais complexas mas, certamente, mais exigentes, mais esclarecidos, mais atentos e mais despertos para as questões dos seus direitos, e da sua participação na construção de uma vida com mais qualidade e mais adequada às suas necessidades/ expectativas.

Quando refletimos sobre a prática profissional é importante considerarmos a identidade de cada profissão.

Enquanto profissionais, vamo-nos apercebendo que nem sempre os processos de envelhecimento são assim tão lineares.

As respostas sociais que vão sendo criadas no domínio do envelhecimento são homogéneas, ou seja, iguais para todos, e nem sempre se tem em conta a especificidade de cada um, considerando também a sua envolvente social e familiar. As exigências da rotina não permitem na maioria das vezes refletir, questionar e até ser mais arrojado nas soluções ou pelo menos nas tentativas de chegar mas facilmente ao público-alvo.

Assim é determinante aliar a prática profissional, à melhoria contínua e poder rentabilizar conhecimentos, reflexões e preocupações de forma a melhorar o serviço prestado e poder retirar deste estudo/reflexão ferramentas que permitam inovar e repensar a prática profissional, através da reflexão.

Pretende-se consolidar conhecimentos, refletir sobre a prática e sobre o impacto das respostas sociais existentes na área do envelhecimento e da necessidade de se criarem condições cada vez mais ajustadas às situações concretas com que nos



Centro Social Paroquial N.ª Sr.ª da Conceição Costa de Caparica

deparamos todos os dias. É emergente uma alteração de comportamento no sentido de não olharmos para os idosos como um grupo homogéneo e sem especificidades.

Ao longo do processo de envelhecimento, a capacidade de adaptação do ser humano vai diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao seu meio ambiente. O bem-estar psicológico deste grupo etário está muito associado à sua satisfação em relação ao ambiente residencial.

O domicílio do idoso adquire um significado psicológico único, uma vez que há grandes laços afetivos através da memória ao seu cantinho, a sua casa, o seu lar.

Ao longo do tempo, os indivíduos apegam-se de uma forma muito especial ao seu lar, criando um sistema de espaço/ ambiente.

No caso dos idosos, porque normalmente já residem na sua casa há muitos anos, esses laços fortalecem-se ao longo do tempo, este é um espaço bastante importante, ao qual estão associados um conjunto de sentimentos que fazem com que o idoso esteja emocionalmente vinculado àquele lugar.

Neste conjunto de sentimentos, encontra-se: Os sentimentos associados às recordações do curso de vida do idoso, que o auxiliam a organizar esse percurso, para que seja possível manter “vivo” o seu passado, com um sentimento de continuidade e identidade, protegendo-o contra as transformações que vão ocorrendo. Um sentimento de auto - estima positivo, uma vez que o idoso, ao permanecer na sua casa demonstra aos outros que ainda mantém a sua autonomia e independência.

Considerando todos estes aspetos, torna-se imperativo incluir as pessoas idosas em todo o processo de intervenção, nomeadamente nos aspetos que se relacionam com a decisão e a manifestação da sua vontade e das suas preocupações.

Os conceitos de envelhecimento ativo e a qualidade de vida passam também pela consciencialização das diferenças de cada um enquanto ser social e ser de direitos. A autonomia só se consegue se existir espaço para que os idosos possam criar, possam influenciar ativamente as suas escolhas e opiniões

Desta forma, as Respostas Sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial N. Sr.ª da Conceição da Costa de Caparica propõe como estratégia para o decorrer do ano, 5 áreas de intervenção:

- **Acompanhamento individualizado aos idosos e famílias;**
- **Criar condições facilitadoras de um processo de envelhecimento ativo e saudável;**
- **Acompanhamento especializado no estado demencial;**
- **Desenvolvimento de autonomia dentro do estado demencial.**
- **Perceber de que forma o Assistente Social pode potenciar os níveis de autonomia e participação dos idosos, para que se sintam parte integrante da sua vida.**

Com estas estratégias, pretendemos aperfeiçoar e adequar as respostas existentes para promover uma melhoria significativa da qualidade de vida das famílias/idosos acompanhados. A par, e de forma a atingir melhores resultados, pretende-se um maior envolvimento das famílias no processo de envelhecimento dos idosos para que quando os idosos regressarem a casa, os familiares saibam a melhor forma de cuidar e lidar com os mesmos nomeadamente, em crises de estado demencial



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

assim como, permitir que os próprios idosos saibam lidar com o seu estado demencial, autonomizando-os de forma a conseguirem permanecer nos seus domicílios em segurança.

Pretende-se também continuar a dotar a Equipa de competências que lhes permita realizar um trabalho de qualidade e que vá ao encontro das necessidades identificadas no âmbito do acompanhamento.

10. Plano de ação para 2025

Em 2024 o Centro de Dia planeou e desenvolveu atividades diversificadas de forma a ir de encontro às necessidades e interesses dos idosos em contexto, para além dos serviços e respostas sociais inerentes a esta valência, contratualizados por cada utente.

Assim, as atividades de caráter lúdico, de animação e intervenção comunitária desenvolvidas durante o ano que reporta este relatório, 2024, revelaram-se de grande importância para o dia-a-dia dos idosos, visto que contribuíram para a valorização pessoal, partilha desconhecimentos e vivências, permitindo durante o tempo diário de permanência no espaço do Centro de Dia a resolução de necessidades pessoais/básicas, terapêuticas e sócio culturais, colaborando para a manutenção da pessoa também no seu meio familiar em alguns casos.

É também neste sentido que se pretende para o próximo ano de 2025, continuar a dinamizar um conjunto de atividades de caráter ocupacional e de animação que priorize o bem-estar físico e cognitivo de todos os que frequentam a valência do Centro de Dia, de forma a potencializar as capacidades e conhecimentos de cada um e também a trazer novas dinâmicas que promovam uma convivência, participação e (re) integração dos idosos na vida social e comunitária mas, sobretudo pretende-se uma intervenção personalizada a partir de atividades terapêuticas, de forma a permitir o desenvolvimento sensório- motor, sendo essas consideradas de extrema importância para o bem-estar físico, psíquico, funcional e social do idoso e da família.

Relativamente aos estados demenciais, estes são difíceis de acompanhar e apoiar, principalmente quando não existe família, ou a mesma se demite de toda a responsabilidade. Podemos considerar que, apesar de termos o dever de respeitar a vontade do idoso, nem sempre este sentimento se coaduna com a realidade e a morosidade dos processos.

Infelizmente a burocratização das situações e os “ timings” ainda constituem entropias para uma intervenção adequada e eficaz.

Existem também algumas situações de isolamento, pelo facto de estarem dependentes ou porque, por escolha própria, preferem estar mais isolados. O isolamento por si só não deve ser considerado uma problemática, se o estivermos a analisar de acordo com uma vontade expressa pelo próprio. O indivíduo não deixa de estar só, mas a forma como lida com a realidade é completamente diferente.

Após alguns anos de experiência e de contatos com muitas famílias, considera-se que, apenas se pode falar em problemática, se efetivamente esta constituir um



Centro Social Paroquial Nª Srª da Conceição Costa de Caparica

sentimento de sofrimento ou perda por parte do utente. Não podemos de forma alguma misturar modos de vida com problemas.

Neste sentido torna-se urgente pensar nas situações de uma forma ampla e abrangente ao mesmo tempo.

O serviço social tem um papel fundamental, no sentido de criar respostas à medida de cada situação e não pacotes de medidas. Cabe também aos profissionais traçar estratégias que vão ao encontro das necessidades das pessoas de forma a tornar as suas vidas mais preenchida e com sentido.

A criação de relações e o desenvolvimento de laços entre os indivíduos representa, nesta fase, um pilar muito importante.

Face ao exposto, o Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Conceição da Costa de Caparica durante o ano de 2025 pretende continuar a dinamizar atividades na valência Centro de Dia mas, também continuar com um acompanhamento especializado em ambas as Respostas Sociais CDIA e SAD de modo, a adaptar-se às mudanças que o processo de envelhecimento traz, colmatando as necessidades dos mesmo e ajudando as famílias e os idosos durante o processo de envelhecimento.

A realidade da 3ª idade está cada vez mais acentuada no nosso dia-a-dia e por isso, o trabalho da instituição com a 3ª idade focaliza-se em garantir condições dignas à sobrevivência de cada idoso, como um ser único e individualizado, respeitando as suas vontades, crenças, hábitos e história de vida.

Os idosos precisam de ser vistos e ouvidos e o nosso trabalho só é bem-sucedido quando temos consciência disso.