

Os perfis e as necessidades atuais dos idosos que procuram o Centro de Dia do  
Centro Social e Paroquial São João de Brito – Um estudo de caso

Andreia Filipa Siborro Fernandes

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2019



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Os perfis e as necessidades atuais dos idosos que procuram o Centro de Dia do  
Centro Social e Paroquial São João de Brito – Um estudo de caso

Andreia Filipa Siborro Fernandes

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2019



*Uma mensagem para ti que és jovem*

*Quando o meu passo um dia falhar, o que é natural, porque serei então uma caminheira de vários caminhos. Não te peço que andes no meu passo, porque irias perder o ritmo da tua caminhada de jovem.*

*Peço-te, porém, para não me abandonares. De vez em quando volta atrás pela estrada larga da tua mocidade ou mesmo por um atalho qualquer e encontra-te comigo.*

*Acredita que é sempre uma alegria o encontro do velho com o novo.*

*Os jovens como tu e como eu fui também, têm muitas vezes a tentação de seguir sempre em frente, esquecendo que a vida é como uma árvore de acesso trabalhoso e quantas vezes para se alcançar o cimo é preciso trepar de pernada em pernada, afastando os ramos, desviando as folhas para deixar a luz do sol entrar.*

*Por isso a ti que és jovem te peço, no dia em que pressentires que estou retardando a minha caminhada, volta e dá-me a tua mão.*

*Não esqueças que um dia também o teu passo falhará.*

(De uma amiga de 90 anos, Setembro de 2019)



## **Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Maria João Pena, orientadora da presente Dissertação, pela confiança que depositou em mim, por nunca ter deixado de me apoiar e ajudar em todos os momentos. Com a sua orientação foi possível a realização desta investigação mesmo com todas as adversidades surgidas.

À Direção do Centro Social e Paroquial São João de Brito na pessoa do seu Presidente Rev. Pe João Luís Crispim, por me terem permitido realizar este estudo de caso no Centro de Dia, nas suas instalações e em horário laboral. Por me terem aberto as portas de casa, sempre com a humildade de que é da discussão que nasce o conhecimento e, que todos os dias podemos aprender a ser melhores e a fazer mais.

Um especial agradecimento à Dr<sup>a</sup> Sofia Alves Lucas, Diretora Geral do CSPSJB, pela sua presença constante, por ser uma fonte de inspiração na sua dedicação à casa, às pessoas, à causa e à vida. Pela constante disponibilidade, compreensão e paciência em todas as fases deste processo e, acima de tudo, por me ajudar a crescer diariamente, lembrando-me todos os dias que é possível fazer a diferença na vida das pessoas.

Quero também agradecer aos principais intervenientes nesta investigação, os utentes e os familiares, pelo carinho e disponibilidade, por se fazerem ouvir durante este processo através da participação em entrevistas. Pela partilha das suas histórias de vida, experiências e vivências, que me permitiram estudar esta temática.

A todos os colaboradores do Centro, incluindo a equipa técnica, a quem muito agradeço. À Maria Antunes por ser, desde o primeiro dia, a minha mestre neste percurso enquanto assistente social, por ser uma amiga de longa data que levo para a minha vida. À Sandra Poças pela sua amizade, pelo seu equilíbrio emocional, resiliência e compreensão em momentos de crise. À Raquel Coelho, que se revelou uma surpresa na minha vida, que todos os dias, sem exceção, me lembrou das minhas capacidades e do meu valor.

Aos meus companheiros deste percurso que é a vida, que tanto me ouviram e apoiaram neste processo, Ana Borralho, Catarina Escovinha, Mafalda Sustelo, Pedro Cunha, Rita Moucheira e

Sofia Santos. À Sara Caneiras, agradeço-lhe eternamente por estar no sítio certo, à hora certa, pela sua amizade, entrega e disponibilidade em todas horas e, por nunca me ter largado a mão.

Aos meus avós paternos e maternos que, mesmo numa sociedade com poucas respostas e tendencialmente estereotipada, encontram diariamente um motivo para viver.

Por fim, a quem dedico esta dissertação, às pessoas mais importantes da minha vida, que fizeram de mim a mulher que sou hoje e, que sem eles nunca teria seguido o sonho de ser Assistente Social. À minha mãe, ao meu pai, à minha irmã, ao meu sobrinho e ao meu cunhado, por serem fonte de inspiração e, por nunca duvidarem das minhas capacidades. Por continuarem a ensinar-me todos os dias a lutar pelos meus sonhos, dando-me asas para voar.

## **Resumo**

O envelhecimento da sociedade portuguesa é uma realidade cada vez mais presente, com tendência a aumentar. Face a esta problemática, o Centro de Dia tem sido uma resposta procurada pelos idosos, essencialmente para combater o isolamento e a solidão, bem como para auxiliar as famílias em momentos de maior fragilidade.

A presente procurou responder à questão “*Qual a percepção dos idosos e familiares sobre a resposta social Centro de Dia?*”, tendo por base o referencial teórico do envelhecimento populacional e individual, do envelhecimento ativo, da resposta social Centro de Dia e do papel do Serviço Social. Realizou-se um estudo de caso através de uma abordagem qualitativa indutiva. O estudo foi aplicado ao Centro de Dia do Centro Social e Paroquial São João de Brito (CSPSJB), tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas a dez idosos que frequentam a resposta social, com autonomia ao nível cognitivo, e a seis familiares de idosos que não têm essa capacidade.

Os resultados encontrados elucidam que o Centro de Dia se adequa a algumas das necessidades sentidas pelos idosos e familiares, influenciando positivamente as suas vidas, permitindo-lhes viver melhor e com mais qualidade. Verificou-se que existem falhas na resposta às suas necessidades quando não estão no Centro de Dia e na inexistência de uma equipa multidisciplinar. Evidencia-se também a necessidade de acompanhar, sensibilizar e estimular as famílias face à problemática da dependência cognitiva, assim como o trabalho junto dos idosos no que refere aos seus projetos de vida e à sua participação ativa na sociedade.

**Palavras-chave:** Centro de Dia, Envelhecimento Ativo, Idosos, Necessidades, Perfil e Serviço Social



## **Abstract**

The ageing of Portuguese society is an increasingly reality, with a tendency to increase even more. The Day Center has been a response sought by the elderly to combat their isolation and solitude and to assist families in times of greater fragility.

This research sought to answer: *"What is the perception of the elderly and family members about the social response Day Center?"*, based on the theoretical framework of population and individual aging, active aging, the social response Day Center and the role of Social Work itself. A case study was conducted through an inductive qualitative approach. The study was applied to the Day Center at *Centro Social e Paroquial São João de Brito (CSPSJB)*; semi-structured interviews were conducted for ten elderly people who attend the social response and are cognitively autonomous, and also for six family members of elderly who are no longer cognitively capable.

The results found make clear that the Day Center fits some of the needs felt by the elderly and family members, positively influencing their lives, allowing them to live better and with more quality. It has been found that there are flaws in the response to their needs when they are not in the Day Center, and also the lack of a multidisciplinary team. It is also evident the need to monitor, raise awareness and stimulate families to face the problem of the elderly cognitive dependence, as well as work among the elderly regarding their life projects and their active participation in society.

**Keyword:** Day Center, Active Aging, Elderly, Needs, Profile and Social Work



## Índice

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I: COMPONENTE TEÓRICA .....	3
1. Envelhecimento: Um percurso .....	3
1.1. Envelhecimento, Envelhecer e Velhice .....	3
1.2. Envelhecimento Demográfico ou Populacional.....	4
1.2.1. Envelhecimento Demográfico na Europa: O Caso de Portugal .....	5
1.3. Envelhecimento Individual .....	9
2. Envelhecimento Ativo: Um Novo Paradigma.....	11
2.1. Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo.....	13
2.1.1. A Saúde .....	15
2.1.2. O Bem-estar e a Qualidade de Vida .....	16
2.1.3. A Segurança.....	17
2.1.4. A Participação Social e o <i>Empowerment</i> .....	18
3. As Pessoas Idosas e as Políticas Sociais de Apoio ao Envelhecimento.....	19
3.1. Autonomia.....	19
3.2. Dependência.....	20
3.3. Políticas Sociais.....	21
3.4. Resposta Social Centro de Dia.....	23
4. A Intervenção do Serviço Social no Envelhecimento .....	25
4.1. Abordagem à Gerontologia .....	26
4.2. Serviço Social Gerontológico .....	27
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	29
1. Método de Investigação .....	29
2. Campo Empírico: Caracterização Institucional.....	31
3. Universo e Amostra.....	32
4. Técnicas de Recolha de Dados .....	33
5. Técnicas de Tratamento de Dados.....	34
CAPÍTULO III - ANÁLISE DE DADOS.....	37
1. Perfil dos Entrevistados.....	37
2. Motivos de Admissão ao Centro de Dia.....	39
3. A Saúde e o Bem-estar nos Idosos .....	41
3.1. Estilo de Vida Saudável .....	42
3.2. Qualidade de Vida – As Rotinas e os Apoios Fora do Centro de Dia .....	44
3.2.1. As Rotinas dos Utentes.....	44
3.2.2. As Necessidades de Apoio aos Utentes e Familiares .....	46
4. Serviços no Centro de Dia.....	49

5. Atividades Socioculturais no Centro de Dia .....	51
6. Individualidade dos Utentes .....	54
6.1. Preferências e Necessidades dos Utentes .....	55
7. Participação Ativa no Centro de Dia .....	56
8. Relações Interpessoais dos Utentes .....	58
9. Oportunidades dos Utentes e Familiares .....	59
9.1. Objetivos de Vida dos Utentes .....	60
CONCLUSÃO .....	63
FONTES .....	73
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	I
Anexo A - Declaração de Consentimento Informado Entidade.....	I
Anexo B - Declaração consentimento informado entrevistado.....	III
Anexo C - Guião de entrevista Utentes do Centro de Dia do CSPSJB .....	IV
Anexo D - Guião de entrevista a Familiares dos utentes do CSPSJB.....	VI
Anexo E - Modelo de análise para construção de guiões de entrevista .....	VIII

## **Índice de Quadros**

Quadro 1.1. Medidas de política dirigida às pessoas idosas em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social .....	22
Quadro 3.1. Perfil dos utentes entrevistados .....	37
Quadro 3.2. Perfil dos familiares entrevistados .....	38



## **Índice de Figuras**

Figura 1.1. Percentagem da população idosa (65 ou mais anos de idade), UE28, 2003 e 2013.....	6
Figura 1.2. Índice de envelhecimento em Portugal entre 1991 e 2080 (estimativas e projeções) .....	8
Figura 1.3. Índice de envelhecimento, NUTS II entre 1991 e 2080.....	8
Figura 1.4. Fatores determinantes do envelhecimento ativo.....	13



## **Glossário de Siglas**

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

CSPSJB – Centro Social e Paroquial São João de Brito

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISCTE-IUL – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LNES – Linha Nacional de Emergência Social

NUTS – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização de Cooperação e de desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAII – Programa Recriar o Futuro e Programa de Apoio Integrado a Idosos

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PCAAC – Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados

PCDQSRS – Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais

PCHI – Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

PROGRIDE – Programa para a Inclusão e Desenvolvimento

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UE – União Europeia

UNECE – United Nations Economic Commission for Europe

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas



## **INTRODUÇÃO**

A realização da presente investigação, através da frequência do Mestrado em Serviço Social no ISCTE-IUL, surge não só pela necessidade de consolidar conhecimentos sobre a área profissional, como também para aprofundar questões relativamente ao envelhecimento da população, à promoção do envelhecimento ativo, à gestão de respostas e serviços, e ainda ao combate às necessidades da população idosa. Enquanto Assistente Social do Centro Social e Paroquial São João de Brito, as questões supramencionadas deram origem ao estudo da adequação da resposta dada aos idosos pelo Centro de Dia, face às suas necessidades.

Neste sentido, ao ser abordada a questão do perfil dos atuais idosos que frequentam a resposta social Centro de Dia, é essencial conhecer os seus perfis, assim como as suas necessidades, de forma a analisar essa adequação face às mesmas.

O envelhecimento da sociedade portuguesa é uma realidade cada vez mais acentuada, que tem vindo a ser alvo de debate. Portugal é caracterizado por uma evolução demográfica, por um lado pelo aumento dos grupos etários seniores e, por outro por uma redução da população jovem. É desta forma evidenciada não só a baixa taxa de natalidade, como também de mortalidade, criando uma maior longevidade na esperança média de vida, por sua vez causada pelos avanços da medicina.

Tendo em conta o envelhecimento demográfico e os impactos que dele decorrem, têm sido criadas políticas sociais nos últimos anos, por forma a dar resposta e a colmatar estas necessidades. O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações em 2012 surgiu como um contributo para a formulação de estratégias nacionais que enquadraram essas políticas sociais e de saúde. Surgiu também com o objetivo de promover uma cultura de envelhecimento ativo, assente em valores como a solidariedade, a não discriminação, a independência, a dignidade, os cuidados, a autorrealização e a participação das pessoas mais velhas.

Na sociedade atual, com as alterações que têm sido evidenciadas até aos dias de hoje, quer a nível da constituição e dos papéis do grupo familiar, quer a nível da falta de investimento no envelhecimento, é retratado um grande número de pessoas em situações de carência (Azevedo, 2015). Neste sentido, o Centro de Dia tem sido a solução para muitos idosos, no que se refere ao acompanhamento e ao apoio que dá às famílias em alturas de maior fragilidade, e no combate às suas necessidades (nomeadamente ao isolamento e solidão). A integração dos idosos nesta resposta social tem vindo a tornar-se numa alternativa à institucionalização, contribuindo para que o idoso possa permanecer na sua habitação e a manter as suas relações.

Desta forma, os Centros de Dia devem ser lugares com perspetivas multidimensionais que

envolvam a vida pessoal e social, e onde se promova o envelhecimento ativo, com dinâmicas e estratégias que incentivem e promovam a autonomia, a participação, a segurança e, oportunidades para a saúde.

Neste sentido, o papel do Serviço Social é imprescindível, e deverá ter uma intervenção junto dos idosos e das suas famílias, conhecer e transformar as realidades vividas, por forma a contribuir para o seu bem-estar. O assistente social é desafiado a diagnosticar e avaliar as necessidades dos idosos, procurando não se fixar apenas nas necessidades e carências, mas sim, na capacidade de dar resposta a essas necessidades. É imprescindível que o mesmo contribua para a promoção da participação social deste grupo populacional (Ribeirinho, 2013).

A presente dissertação de Mestrado em Serviço Social, com o título “Os perfis e as necessidades dos idosos que procuram o Centro de Dia do Centro Social e Paroquial São João de Brito- Um estudo de caso, teve como ponto de partida procurar dar resposta à questão “*Qual a perceção dos idosos e familiares sobre a resposta social Centro de Dia?*”. Foi para isso necessário estabelecer um objetivo geral, através da análise da adequação da resposta social dada pelo Centro de Dia face às necessidades identificadas pelos idosos e suas famílias. Neste sentido, procurou-se identificar os perfis dos utentes que frequentam a resposta social Centro de Dia, e assinalar e compreender as suas necessidades e/ou as perspetivas dos familiares.

A investigação é composta por três principais capítulos, que se encontram estruturados em subcapítulos. O primeiro capítulo refere-se à revisão de literatura, através de um debate de autores face à problemática do envelhecimento demográfico e individual, ao envelhecimento ativo, às políticas sociais de apoio ao envelhecimento, à Gerontologia e à intervenção do Serviço Social. O segundo capítulo descreve os aspetos metodológicos da presente investigação, onde se refere o método metodológico, o campo empírico com uma caracterização institucional, o universo e a amostra, as técnicas de recolha de dados, assim como de análise. O último capítulo apresenta a análise dos resultados obtidos comparados com o quadro teórico. Em último lugar, são apresentadas as conclusões do estudo.

## **CAPÍTULO I: COMPONENTE TEÓRICA**

### **1. Envelhecimento: Um percurso**

#### **1.1. Envelhecimento, Envelhecer e Velhice**

O processo de envelhecimento pode ser compreendido de diversas formas, tratando-se de um processo normal, universal e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem ao longo do tempo. O envelhecimento define-se como um fenómeno estreitamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, uma vez que nele ocorrem a interação de fatores internos, tais como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que a pessoa vive (Figueiredo, 2007).

Na perspetiva de Fonseca (2010), o envelhecimento também pode ser definido como um período de tempo que faz parte do ciclo de vida do ser humano, onde as características pessoais, ou seja, biológicas, psicológicas e sociais, se alteram e é criada uma imagem do idoso, que se diferencia da imagem do adulto.

Com refere Mateus e Alves (2018:70):

O envelhecimento constitui-se, assim, como um processo multidimensional, na medida em que cada pessoa vivencia esta fase da vida de forma diferente, tendo em conta a sua história pessoal e todos os aspetos estruturais a ela subjacentes como a cultura, a educação, a saúde e as condições económicas.

Neste sentido, segundo Fontaine (2000), as pessoas não envelhecem da mesma forma, ao mesmo ritmo e na mesma época cronológica. Embora o envelhecimento seja comum a todos os seres humanos, é manifestado de forma diferenciada, dependendo das características de cada pessoa, de acordo com a sua constituição biológica e personalidade, em conformidade com o meio que a envolve.

A velhice está associada ao processo do envelhecimento que, ao longo dos anos, tem despertado valores que variam consoante as pessoas e as sociedades (Rosa, 2012). A velhice (Rosa, 2012:22) “É um estado difuso, vivido, sentido e percecionado de forma diversa, desde o seu enaltecimento até ao repúdio.”

Para alguns autores como Carvalho (2012), a velhice não é considerada uma doença, mas apenas uma condição que a vida nos deu. Assim, envelhecer deve ser entendido como um processo dinâmico que vai conduzir o organismo desde o nascimento à morte, reconhecendo-se em três fases: o crescimento, a maturidade e a senescência. Desta forma, a velhice não deve ser olhada como um declínio, mas como uma ocasião de crescimento e mudanças.

Na sociedade atual existem duas visões em relação à velhice: a visão negativa e a positiva. A visão negativa da velhice está relacionada com a morte e sublinhada como a última fase da

vida humana. Esta fase é definida por emoções como a frustração, o desalento e a infelicidade, muitas vezes associadas a sentimentos de perda de protagonismo ou de importância na sociedade, como, por exemplo, a perda da carreira profissional, que podem levar ao isolamento e solidão social (Rosa, 2012). “Neste quadro é como, se a partir de determinada etapa do ciclo da vida coexistíssemos todos, fatalmente, num espaço social indiferenciado, não estruturado, sem integração ou oportunidades.” (Mauritti, 2004:340).

A visão positiva relaciona-se com o alcance de idades avançadas, podendo ser um momento de realização de sonhos, que no passado não tiveram espaço no quotidiano, e de existência de experiência que ajudará a fortalecer a velhice (Rosa, 2012). Nesta visão, a velhice pode também estar ligada à liberdade, ao tempo de lazer e ao autoaperfeiçoamento (Mauritti, 2004).

Por outro lado, a velhice está associada ao momento a partir do qual um indivíduo se reforma, geralmente aos 65 anos, embora possa ser variável. A fase da velhice está relacionada à perda de rendimentos e de identidade e, assim, começa vagarosamente a conformar-se como uma fase do ciclo da vida individual, em que a exclusão do mercado de trabalho acaba por criar um risco coletivo, ameaçando os idosos da própria sociedade (Mendes, 2005).

Desta forma, como refere António (2012), o envelhecimento pode ser olhado de duas perspetivas: a primeira, numa perspetiva do conjunto da população, designado por envelhecimento demográfico ou populacional; a segunda, numa perspetiva do indivíduo, definido como envelhecimento individual. O envelhecimento individual determina o aumento da longevidade ou da esperança de vida, e o envelhecimento demográfico determina o aumento dos idosos no total da população (Moura, 2006).

## **1.2. Envelhecimento Demográfico ou Populacional**

O envelhecimento da população é, na atualidade, um dos maiores desafios existentes. Independentemente da evolução dos países, trata-se de uma questão mundial em que as pessoas mais velhas, com 60 e mais anos, vão continuar a aumentar de forma exponencial no futuro próximo (Carvalho, 2013).

Segundo Moura (2012:27),

O envelhecimento demográfico é hoje uma manifesta questão demográfica, que representa um papel significativo na preparação para o desafio sobre a presente organização da sociedade em que a estrutura etária da população constitui um dos aspetos que torna a abordagem do envelhecimento demográfico uma prioridade.

A sociedade atual depara-se com a problemática do envelhecimento demográfico devido ao aumento do nível de esperança de vida e do declínio da natalidade, que acabou por se tornar o

fenómeno mais marcante do século XX (Moura, 2012). Neste sentido, António (2013:81) refere,

O envelhecimento demográfico, que se traduz pelo aumento da população idosa e muito idosa no total da população, decorre fundamentalmente da baixa natalidade e do aumento da esperança de vida, quer à nascença quer os 65 anos de idade, associadas à baixa taxa de mortalidade infantil.

Neste sentido, não se pode considerar o envelhecimento demográfico como uma nova doença ou epidemia, mas é possível contar que o número de pessoas idosas está a aumentar a um ritmo acelerado e, contrariamente, o ritmo de crescimento dos níveis da população total está a estagnar ou até mesmo a diminuir (Nazareth, 1996).

### **1.2.1. Envelhecimento Demográfico na Europa: O Caso de Portugal**

Na Europa, após a Segunda Guerra Mundial e o baby-boom, a fecundidade começou a diminuir, inicialmente nas regiões da URSS e na Europa Oriental, depois no Norte e no Ocidente, e por fim, na década de 70, na Europa do Sul. Este declínio resultou em baixos níveis de fecundidade, na não renovação de gerações em quase todos os países europeus e foi o principal fator natural com responsabilidade no processo de envelhecimento. Em simultâneo com o declínio da fecundidade, também a mortalidade diminuiu, tendo sido considerado o segundo fator principal neste processo, alargando-se das idades mais jovens para as idades adultas e mais avançadas (Nazareth, 1996). Tal como evidencia Serafim (2007) nos países em desenvolvimento, nas décadas de 60 e 70, o processo de industrialização e de urbanização veio prover o acesso à educação, à saúde e também a programas de planeamento familiar, dando-se assim um desenvolvimento socioeconómico.

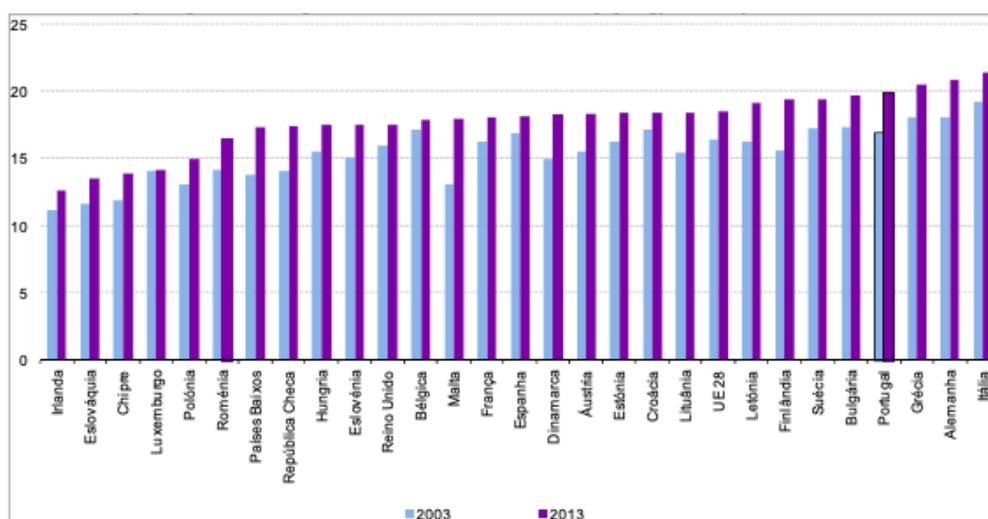
Com isto, os números da esperança média de vida, ao nível da União Europeia, têm vindo a aumentar e a evidenciar sinais de convergência para um modelo único, ou seja, a evoluir para um modelo que tende a fazer desaparecer as diferenças entre os países da Europa. No entanto, importa referir que, em cada um desses países, continuam a existir diferenças relacionadas com as classes sociais e com o sexo (Nazareth, 1996).

Na perspetiva de Rosa e Chitas (2016), o envelhecimento populacional já adquiriu uma dimensão mundial e é na Europa que se tem evidenciado com maior intensidade. Neste contexto, Portugal já pertence à lista dos países mais envelhecidos do mundo, representando um quadro bastante diferente de há 50 anos.

Na Europa, em 1950, a população com idade superior a 65 anos era de 9,4%, em 1980 atingiu os 13,3% e em 1999 já apresentava uma percentagem de 14,4 (Serafim, 2007). Em 2013, a

proporção de idosos era de 18,5% na Europa e 19,9% em Portugal, sendo o 4º país com maior proporção de idosos, depois da Itália com 21,4%, da Alemanha com 20,8% e da Grécia com 20,5%. Entre os anos 2003 e 2013 todos os países da União Europeia apresentaram um aumento da população idosa e um decréscimo na população jovem, à exceção da Irlanda e da Espanha (INE, 2015).

**Figura 1.1. Percentagem da população idosa (65 ou mais anos de idade), UE28, 2003 e 2013**



**Fonte:** INE 2015, Estimativas Anuais da População Residente e Eurostat

Desta forma, Carvalho, Paoletti e Rego (2011) afirmam que a população idosa tem aumentado significativamente e tende a intensificar-se, pois até 2050 estima-se que o número de pessoas idosas (com 65 ou mais anos) aumente em 77% e a quantidade de pessoas muito idosas (mais de 85 anos) aumente em 174%.

No que se refere ao índice de envelhecimento na Europa, em 2003 passou de 100 para 119 idosos por 100 jovens. Os países onde se revelou o maior aumento de idosos por 100 jovens foram Malta, seguido da Lituânia, Alemanha, Áustria, Portugal e Finlândia. Por outro lado, verificou-se um menor aumento nos países Espanha, Irlanda, Bélgica, Luxemburgo e França (INE, 2015).

Ao nível da Europa, Portugal é um país médio no que se refere a questões populacionais, representando apenas 2%. Este é considerado um país com uma importância populacional estável dada a superfície que ocupa na Europa, no entanto, foi alvo de uma modernidade demográfica: o rápido declínio dos níveis de fecundidade e mortalidade e o aumento de residentes estrangeiros em algumas zonas do país são exemplos disso (Rosa e Chitas, 2013).

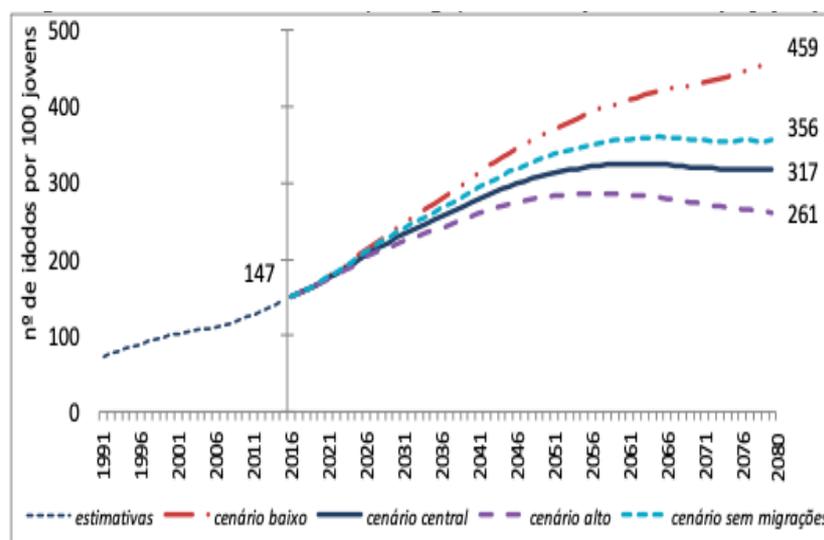
A partir dos anos 70, o país alterou-se profundamente, à semelhança de outros países da Europa, devido a inúmeros fatores que contribuíram para a re(configuração) da sociedade portuguesa, como o aumento dos níveis de bem-estar, que levaram a grandes alterações demográficas. Essas alterações consistiram na redução dos níveis de mortalidade, no aumento do total dos anos de vida e na diminuição dos níveis de fecundidade, que se traduziram rapidamente num envelhecimento das estruturas etárias (Rodrigues, 2018).

Importa referir que todas as populações crescem consoante o equilíbrio do saldo natural e o saldo migratório, e Portugal, desde 2010, tem os dois saldos negativos. Assim, vivemos uma crise populacional, pois entre 2010 e 2016, o país perdeu quase 264 mil residentes, o que pode ser justificado pela diferença entre os nascimentos e os óbitos, bem como o aumento de saídas dos portugueses e o regresso dos imigrantes que residem em Portugal aos países oriundos (Rodrigues, 2018).

Em 2001, a população idosa com 65 ou mais anos representava uma percentagem de aproximadamente 16,5 e foi aumentando até atingir os 17,9% em 2009, ou seja, mais 0,3 população do que no ano anterior. A evolução do peso da população com 75 ou mais anos verificou-se mais acentuada, subindo de 6,9% em 2001 para 8,4% em 2009, sendo que a tendência se destaca mais nas mulheres do que nos homens. No que refere os idosos com 80 ou mais anos, evidencia-se um aumento de 25% em 2009, 27,7% nas mulheres e 21,3% nos homens (Carrilho e Patrício, 2010).

No ano 2000, em Portugal, o número de idosos ultrapassou, pela primeira vez, o número de jovens, tendo o índice de envelhecimento atingido os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014 (INE, 2015). Estima-se que o índice de envelhecimento virá a duplicar ou triplicar entre 2015 e 2080, podendo passar de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, como se pode observar na figura (INE, 2017).

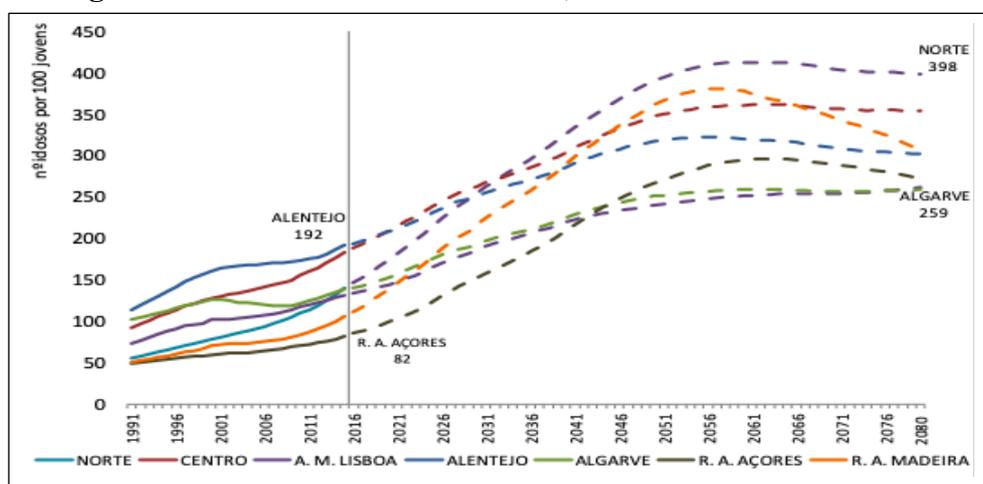
**Figura 1.2. Índice de envelhecimento em Portugal entre 1991 e 2080 (estimativas e projeções)**



**Fonte:** INE 2017, Projeções de População Residente 2015-2080

Como referido anteriormente, em 2009, a população com 65 anos ou mais representava 17.9%, sendo o Alentejo a região do país mais envelhecida, onde o grupo etário correspondia a, praticamente,  $\frac{1}{4}$  da população. Já o Norte representava a região de Portugal menos envelhecida com 16% de idosos, depois dos arquipélagos autónomos (Carvalho, Paoletti e Rego, 2011). A previsão do aumento da população idosa é transversal a todas as regiões do país, no entanto, este poderá vir a ser mais acentuado nas regiões autónomas que, nos dias de hoje, são apontadas como as menos envelhecidas. Em 2080, o Norte será uma região muito envelhecida e a menos envelhecida será o Algarve (INE, 2017).

**Figura 1.3. Índice de envelhecimento, NUTS II entre 1991 e 2080**



**Fonte:** INE 2017, Projeções de População Residente 2015-2080

Em suma, segundo o INE (2017:1): “O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 ou mais”.

### **1.3. Envelhecimento Individual**

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento individual é um processo que está diretamente condicionado por fatores sociais, biológicos, económicos, culturais, ambientais e históricos. O envelhecimento pode ser definido como um processo gradual de mudança biopsicossocial da pessoa, ao longo do seu ciclo de vida.

Neste sentido, o envelhecimento individual envolve alterações biopsicossociais que ocorrem desde a conceção até à morte. Todos os indivíduos envelhecem de forma diferente, dependendo de diversos fatores, tais como o estilo de vida, a educação, a alimentação, a prática profissional, a prática de exercício físico ou as doenças crónicas (António, 2013).

Uma vez que não se deve considerar como homogéneo o grupo constituído pelos idosos, Schroots e Birren (1985) apresentam três categorias principais do envelhecimento: o envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico e o envelhecimento social.

O processo de envelhecimento biológico diz respeito às transformações físicas que causam uma diminuição da capacidade de equilíbrio ou estabilidade da pessoa (Figueiredo, 2007).

Segundo a OMS (2015:12),

No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual das reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.

Assim, fazem parte do processo de envelhecimento duas alterações: as estruturais e as funcionais. As alterações estruturais dizem respeito ao nível metabólico e celular, que se traduzem em mudanças na imagem corporal, nomeadamente células e tecidos, peso, músculos, ossos e articulações, pele, etc. As alterações funcionais correspondem a mudanças ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, renal e urinário, sensorial e nervoso, gastrointestinal, endócrino e metabólico, reprodutor e imunitário (Berger, 1995 citado por Serrano, 2012).

Ao longo do tempo, o processo de mudança do organismo, assim como a capacidade biológica de autorregulação, reparação e adaptação às exigências ambientais, diminuem a probabilidade de a pessoa sobreviver (Birren e Cunningham, 1985). Assim, importa referir que

o processo natural do envelhecimento coloca o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade em relação à doença e a problemas crónicos e, posteriormente, leva à existência de limitações no quotidiano (Figueiredo, 2007).

Contudo, embora estas alterações sejam transversais a todo os indivíduos, nem todas as pessoas idosas são atingidas por elas, uma vez que existe uma individualidade biológica e formas particulares de envelhecer. O declínio fisiológico não tem necessariamente de ser acompanhado por doenças, pois existe um grande número de indivíduos que chega à idade avançada sem problemas ao nível biológico (Alves e Mateus, 2018).

O processo de envelhecimento psicológico é definido pela autorregulação da pessoa ao nível das forças, decisões e escolhas, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots e Birren, 1980). O processo de envelhecimento não é obrigatoriamente um processo progressivo, mas depende da forma como a pessoa encara a procura do autoconhecimento e do sentido da vida (Farinha, 2013). Este depende de fatores patológicos, genéticos e ambientais do contexto sociocultural em que a pessoa se encontra inserida e do modo como cada um organiza e vive o seu projeto de vida (Sequeira, 2010).

Na perspetiva de Carvalho (2012), existem duas características essenciais no processo de envelhecimento: a primeira refere-se aos traços psicológicos negativos e descendentes, ou seja, aqueles que não se mantêm, como, por exemplo, a lentificação e fadiga, o apego ao conservadorismo, a atitude hostil, a diminuição global do rendimento intelectual, entre outros; a segunda refere-se aos traços psicológicos positivos e ascendentes, os que se mantêm, mas que se alteram de forma compensadora, como, por exemplo, a diminuição de memória mecânica e a perda da rapidez e da agudeza na perceção.

O envelhecimento pode estar associado a diversas mudanças ao nível psicológico, entre as quais a dificuldade do indivíduo se adaptar a novos papéis e planear o seu futuro, a falta de motivação, a necessidade de adaptação a perdas, quer sociais quer afetivas, as alterações psíquicas sujeitas a tratamentos, as doenças psicológicas e a baixa autoestima (Zimmerman, 2005). Assim, no processo de envelhecimento, o desenvolvimento psicológico envolve algumas alterações individuais face às mudanças no self, como consequência de alterações corporais, cognitivas e emocionais, relações interpessoais, expectativas sociais, mudanças familiares, profissionais e na própria residência (Fonseca, 2010). Segundo Carvalho (2012), algumas questões ao nível do envelhecimento psicológico podem também derivar de conflitos afetivos e frustrações ocorridos no passado.

Nem todas as pessoas lidam com as mudanças da mesma forma, por isso, as diferenças individuais no processo de adaptação constituem uma componente essencial do

desenvolvimento psicológico na velhice, e nenhuma das características, quer biológicas, psicológicas ou sociais, têm primazia umas sobre as outras (Fonseca, 2010).

Existem fatores que podem diminuir o envelhecimento psicológico como, por exemplo, a existência de atitudes otimistas e a procura de um sentido para a vida, cabendo à pessoa saber viver e adaptar-se às limitações. A prática de exercício físico, a alimentação equilibrada, a estimulação cognitiva e as atividades em grupo poderão assumir uma grande importância num envelhecimento mais saudável e na adaptação às limitações (Zimerman, 2005).

Segundo Carvalho (2012:72), “O ajustamento do idoso depende direta e proporcionalmente da sua boa adequação em etapas anteriores da vida. A progressão de estabilidade emocional e afetiva é a que conduz o homem a uma síntese integradora e a uma maior tranquilidade emocional.”

Simultaneamente às alterações biológicas e psicológicas, surge o processo de envelhecimento social. Este processo diz respeito às alterações nos papéis sociais no contexto em que a pessoa está inserida, que colidem com as expectativas da sociedade (Schroots e Birren, 1980). Como Mateus e Alves referem (2018:75), “As representações que os idosos têm de si e da sua vida estão subjacentes à forma como a sociedade os percebe...”.

Alguns fatores associados ao envelhecimento social dizem respeito ao facto do idoso já não ser fonte de atenção junto da sua família e das suas relações conjugais se tornarem insatisfatórias. A perda de afetividade, a irritação constante, a incompatibilidade entre cônjuges, a viuvez e a impotência surgem também como consequências associadas ao mesmo. A reforma pode igualmente levar à quebra das relações sociais, na medida em que o trabalho tem um significado de valor, poder e identidade social para a pessoa, sendo que o facto de estar inativa pode gerar alguma ansiedade, isolamento, depressão e dependência. Neste sentido, situações de isolamento, solidão afetiva, inatividade profissional, subestimação social e insegurança financeira, são fatores sociais nocivos que levam ao aumento da frequência de transtornos psíquicos no idoso (Carvalho, 2012).

Segundo Zimerman (2005), existem ganhos e perdas associadas ao envelhecimento. No entanto, os idosos deverão ser capazes de equilibrar os papéis que desempenham na sociedade e na sua família por forma a sentirem que estão integrados e têm controlo sobre o seu envelhecimento social.

## **2. Envelhecimento Ativo: Um Novo Paradigma**

O conceito de envelhecimento ativo foi referido, pela primeira vez, no ano 1998, numa publicação da OCDE, que levou à defesa da criação de uma política para este conceito através

da OMS (Moulaert e Paris, 2013). No ano 2002, devido à formulação do II Plano de Ação Internacional das Nações Unidas contra o envelhecimento, o conceito “saudável” foi substituído para “ativo”, que acabou por ser aceite pela ONU, pela UNECE e pela UE (Fernández-Ballesteros, 2011).

O surgimento deste conceito pela ONU, além da área da saúde, estendeu-se a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, incluídos num modelo multidimensional. Este surge como um conceito mais consensual, que remete para a qualidade de vida e saúde das pessoas idosas, com a conservação da sua autonomia física, psicológica e social, e com a integração na sociedade onde possam assumir uma cidadania de forma plena (Ribeiro e Paúl, 2011). As pessoas idosas devem, assim, poder manter a sua participação de forma permanente em questões ao nível económico, social, cultural, espiritual e cívico (Ribeirinho, 2012).

Neste sentido, com o objetivo de incentivar os países a promoverem o envelhecimento ativo através do combate ao idadismo, gerando a sustentabilidade entre gerações, a participação social, o emprego e a autonomia, em 2012 foi promovido o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (Veloso, 2015).

No caso de Portugal, o país associa-se a esta ação através da Resolução do Conselho de Ministros 61/2011 de 22 de dezembro, que vem eleger o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações como um contributo para a promoção do envelhecimento ativo na Europa, constituindo valores como a independência, a não discriminação, a dignidade, a participação, os cuidados, a solidariedade e a autorrealização da população idosa, que se traduzam na paz entre as sociedades (Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011).

Na perspetiva de Quaresma (2012:19), o envelhecimento ativo é “... um processo que conjuga a autodeterminação individual e as condições sociais, económicas e culturais, assumidas como um compromisso coletivo de desenvolvimento social”. Apresenta-se, então, como um desafio para todas as pessoas, sejam profissionais ou familiares, mas também para o Estado português, no que respeita a tomada de medidas em diversas dimensões, tais como a saúde, a participação e a segurança. Este processo requer a promoção da saúde, o aumento das capacidades em todas as fases da vida, a adoção de estilos de vida saudáveis, a reabilitação, o tratamento e o dobro dos cuidados (Ribeirinho, 2012).

Ao longos dos anos, a OMS tem vindo a trabalhar numa nova criação de envelhecimento ativo, de forma mais abrangente, baseado numa perspetiva multidimensional que envolva a vida social e pessoal (Veloso, 2015).

Neste seguimento, o envelhecimento ativo e saudável está assente num processo de oportunidades para a saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas à medida que envelhecem, assim como o seu processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que influencia o seu bem-estar (OMS, 2015).

Segundo a OMS (2007), através das políticas, serviços, cenários e estruturas de apoio que constituem uma sociedade, as pessoas idosas deverão envelhecer ativamente tendo em conta: a sua representação como um conjunto de capacidades e recursos, a antecipação nas respostas às necessidades, o respeito das decisões, escolhas e estilos de vida, a proteção das pessoas mais vulneráveis e a promoção da inclusão e o contributo na vida comunitária no seu todo.

### 2.1. Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo implica autonomia, independência nas AVD e nas AIVD e uma qualidade de vida saudável (Paúl, 2005). Este depende de diversos fatores determinantes no processo de envelhecimento: (a) determinantes pessoais, ou seja, fatores biológicos, genéticos e psicológicos, (b) comportamentais, que dizem respeito ao estilo de vida e participação ativa, (c) económicos, que se traduzem em rendimentos, proteção social e oportunidades, (d) sociais, ou seja, apoios sociais, educação e prevenção de violência, (e) o meio físico, no que respeita a acessibilidade a serviços, a habitações e vizinhos seguros e adequados, e (f) os serviços sociais e de saúde, direcionados para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Ribeiro e Paúl, 2011).

**Figura 1.4. Fatores determinantes do envelhecimento ativo**



**Fonte:** Ribeiro e Paúl (2011), adaptado de OMS (2002)

Não é possível incumbir uma causa a cada um destes fatores determinantes, no entanto, cada um deles, bem como a sua interação, afetam o bem-estar e a saúde dos indivíduos. Considera-se igualmente importante avaliar a influência que estes fatores têm durante o percurso de vida da pessoa. Existem estudos que indicam que, por exemplo, o estímulo e as relações afetivas, aquando seguras na infância, influenciam a capacidade do indivíduo ao nível da aprendizagem e das relações em sociedade, e que o emprego pode influenciar a preparação para a velhice (OMS, 2002).

No que refere os fatores determinantes transversais, a cultura e o género são considerados os principais influenciadores no processo de envelhecimento. Estes são conceitos que influenciam e ajudam no entendimento do envelhecimento do indivíduo, nomeadamente na intergeracionalidade das relações e nos comportamentos em relação à doença e à saúde (Veloso, 2015).

A cultura diz respeito a valores, convenções, convicções e tradições que são singulares no tempo histórico e cultural da sociedade, explicando processos, evidenciando preconceitos e justificando comportamentos das pessoas (Ribeiro e Paúl, 2011). A cultura envolve todas as pessoas e populações, influenciando não só a forma como os idosos encaram o envelhecimento, mas também como são vistos pela sociedade durante todo esse processo. Pessoas que residam em meios rurais ou urbanos, ou até noutros países, encaram o envelhecimento de forma distinta, tendo em conta os seus valores culturais (OMS, 2002).

Relativamente ao género, na perspetiva de Ribeiro (2012), este diz respeito ao sexo, ou seja, ao determinismo biológico, a diferença entre homens e mulheres. No entanto, refere-se também à construção social, ou seja, uma identidade construída através de papéis sociais e económicos que o indivíduo assume ao longo da vida, assim como as oportunidades e responsabilidades que a sociedade atribui às mulheres e aos homens.

Neste seguimento, o género é reconhecido como uma importante variável para o entendimento do envelhecimento humano (OMS, 2002). Por um lado, são os homens que apresentam um maior número de morbilidade e rendimento e um menor número de afetação do estatuto social. Por outro lado, as mulheres estão associadas a mais situações de dependência, viuvez, vulnerabilidade social, doenças e precaridade económica (Paúl e Ribeiro, 2012). Segundo a demografia, prevê-se que as mulheres tenderão a continuar em maior percentagem do que os homens, no entanto, a sua esperança média de vida tende a diminuir face às mudanças do papel da mulher e alterações no seu estilo de vida (Veloso, 2015).

Importa referir que os determinantes do envelhecimento ativo referidos se traduzem em conceitos chave que dependem de variáveis biológicas e processos de autorregulação emocional

e motivacional. Esses conceitos são (a) a autonomia, relacionada com o controlo que cada pessoa tem sobre a sua vida e a capacidade de decidir, (b) a independência, relativamente às AVD e AIVD e à capacidade de cuidar de si próprio, (c) a expectativa de vida saudável, que se traduz no tempo de vida que cada pessoa pode esperar viver sem necessitar de cuidados e, por último, (d) a qualidade de vida, que engloba a saúde física e psicológica, o nível de dependência, as crenças e as relações pessoais (Ribeiro e Paúl, 2011).

Neste sentido, e de uma forma mais abrangente, na perspetiva de Ribeiro e Paúl (2011:3), “... a abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas”.

### **2.1.1. A Saúde**

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção para as pessoas idosas levam ao aumento da longevidade e a uma melhoria da saúde e da qualidade de vida (DGS, 2006). Segundo a DGS (2006:5):

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos setores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

A promoção da saúde diz respeito a um processo em que as pessoas podem controlar e/ou melhorar a sua saúde, através de prevenções primárias, secundárias e terciárias, sendo que todas estas formas poderão reduzir o risco de incapacidades (OMS, 2002). Um estado de saúde degradado é o fator mais associado à idade e, conseqüentemente, ao processo de envelhecimento das pessoas. Situações de doença crónica e múltipla levam a incapacidades físicas e psicológicas que acabam por alterar o dia a dia e a autonomia das pessoas idosas (Cabral et al., 2013).

Existem diversos fatores que influenciam o estado de saúde e a forma como este é percebido, como o bem-estar e os sentimentos de felicidade (Cabral et al., 2013). Assim, a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são essenciais em todos os ciclos da vida e, por isso, não devem ser adotados apenas nos últimos anos de vida. A prática de atividades físicas adequadas e moderadas, a adoção de uma alimentação saudável, o não fumar e o consumo de bebidas alcoólicas de forma moderada,

podem ser ações que contribuem para o aumento da longevidade e da qualidade de vida, através da prevenção de doenças e do declínio funcional (OMS, 2002).

Na mesma linha de pensamento, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas estabelece três grandes estratégias de intervenção no envelhecimento ativo: 1) Promover um envelhecimento ativo; 2) Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas; 3) Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores. No que refere à promoção do envelhecimento ativo, as recomendações passam pela informação e formação das pessoas idosas sobre temas como a prática de atividade física moderada e regular, a estimulação de funções cognitivas, a gestão do ritmo sono-vigília, a nutrição, a hidratação, a alimentação e a eliminação e, por último, a manutenção de um envelhecimento ativo, especialmente na época da reforma (DGS, 2006).

### **2.1.2. O Bem-estar e a Qualidade de Vida**

O bem-estar é um conceito que engloba todas as componentes da vida valorizadas pelas pessoas. Neste sentido, além do sucesso e da motivação de cada pessoa, o envelhecimento saudável é o resultado tanto de hábitos de vida, como do suporte e das oportunidades que a sociedade oferece às pessoas idosas para manter a funcionalidade e permitir que vivam com base no que valorizam (OMS, 2015).

A qualidade de vida é uma expressão complexa, subjetiva e abrangente, que varia consoante a época, as crenças e a própria pessoa. A qualidade de vida diz respeito à forma como cada pessoa interage com o mundo e como o observa, integrando assim aspetos como a saúde, a educação, o transporte, a residência, o trabalho, a alimentação e a participação nas decisões (Pontes, 2012).

Nos últimos anos, o conceito de qualidade de vida tem evoluído, passando de um conceito baseado em aspetos materialistas e focado no nível de vida das pessoas, para um conceito onde os aspetos subjetivos são os elementos fundamentais. Desta forma, questiona-se se, por um lado, a qualidade de vida deve ser definida somente pelo que cada pessoa determina como qualidade de vida e os elementos que para ela contribuem, ou se, por outro lado, pode estabelecer-se qualidade de vida geral para todas as pessoas (Llobet et al., 2011).

Para autores como Portugal e Azevedo (2011), algumas situações como experiências negativas, doenças crónicas, morte e até acontecimentos do dia a dia, podem afetar o bem-estar e, assim, a qualidade de vida da pessoa. Sentimentos de alto nível de bem-estar podem ser definidos como felicidade e, deste modo, pode-se afirmar que a pessoa está satisfeita com a vida e vive-a de uma forma positiva. Por outro lado, uma pessoa que defina o seu bem-estar

como baixo, vive de forma negativa e insatisfeita, levando à criação de situações de ansiedade e/ou depressão (Llobet et al., 2011). Neste sentido, segundo Faleiros e Afonso (2008:38), “... a questão da qualidade de vida é central para compreender, expressar e também intervir no processo de envelhecimento e na velhice, pois implica a relação do sujeito consigo, com seu meio, com a sociedade e a cidadania.”. A qualidade de vida implica não só a capacidade funcional da pessoa idosa, como também a satisfação com a vida e as condições da vida em sociedade (Faleiros e Afonso, 2008).

Este conceito multidimensional engloba várias condições e acontecimentos ao longo da vida, nomeadamente as reações sociais, que são definidas como uma condição imprescindível para a qualidade de vida dos idosos, pois todas as pessoas carecem de se relacionar com outros, por forma a melhorar o seu bem-estar (Fernández-Ballesteros, 2000).

Com o aumento da população idosa, a sociedade tem-se mostrado mais interessada e preocupada com a qualidade de vida das pessoas, resultando em diversos estudos nesta área. Estes referem que a qualidade de vida na velhice é determinada pela (a) saúde, (b) autonomia, (c) fatores psicológicos, tais como a solidão, a personalidade e sentimentos negativos, (d) fatores sociais, como o isolamento social, a autoestima e a dignidade e, por fim, (e) a privação económica (Llobet et al., 2011).

### **2.1.3. A Segurança**

Uma das necessidades humanas fundamentais é a segurança, assumida como um direito contemplado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Com as alterações associadas ao processo de envelhecimento e à sociedade atual, surge a necessidade de aumentar ações que visem a diminuição de situações de vulnerabilidade (Duarte e Barbosa, 2011).

Neste sentido, a segurança abrange diversas questões ao nível macro, que se prendem com o planeamento urbano, os lugares habitados, os espaços privados e ainda o clima social de não violência das comunidades (Ribeiro e Paúl, 2011). A segurança tem um papel de extrema importância na promoção do envelhecimento ativo, estando associada a fatores naturais, como é o caso das quedas, e a fatores do ambiente físico, como as barreiras arquitetónicas (Duarte e Barbosa, 2011).

Por outro lado, a segurança traduz-se nas políticas e nos programas que respondem às necessidades dos direitos das pessoas idosas, nomeadamente à segurança social, física e financeira, ficando assim assegurados a dignidade, a proteção e o auxílio, tanto a quem não reúne condições para se proteger e sustentar, como às famílias nos cuidados aos seus familiares mais idosos (OMS, 2015).

Por forma a dar apoio e a capacitar as pessoas a envelhecer de forma ativa, bem como promover políticas, serviços, ambientes e estruturas de apoio, surge o projeto “Cidade Amiga do Idoso”, pela OMS, em 2008 (Veloso, 2015). Segundo a OMS (2008), o projeto tem como finalidade, não só adaptar estruturas e serviços para uma maior acessibilidade e inclusão dos idosos, como a dar oportunidade para as pessoas mais velhas contribuírem e participarem na sociedade.

Assim, as questões associadas à segurança, não só influenciam a vivência social, como assumem um papel na cidadania ativa e participação social, no relacionamento interpessoal e na procura de cuidados de saúde e estilos de vida saudáveis.

#### **2.1.4. A Participação Social e o *Empowerment***

Nos dias de hoje é um desafio promover o envelhecimento ativo e, por isso, é necessário pensar o envelhecimento de outra forma, bem como novas formas de viver a longevidade, nunca esquecendo a dignidade e a autonomia da pessoa (Fontaine, 2000).

Os processos de discriminação, ressentimento e injustiça encontrados em conceitos como o idadismo e o etarismo, contemplam uma visão negativa sobre as pessoas idosas e sobre o processo de envelhecimento. Numa perspetiva de *empowerment*, deve-se transformar a velhice em oportunidades e recursos, e olhar as pessoas idosas no seu processo de envelhecimento como um desafio a ser ultrapassado com novos papéis, ideias e significados (Pinto, 2013). Segundo Sequeira (2010), é imprescindível que se passe a associar a velhice a um momento privilegiado da vida, à satisfação e ao prazer, assim como à realização pessoal (Sequeira, 2010).

Nas sociedades modernas, a participação das pessoas idosas surge como uma revolução de costumes, sendo que, quer a participação quer a cidadania, devem ser vividas de forma ativa para serem efetivadas. A participação é uma faceta essencial do *empowerment* e, neste sentido, uma participação de *empowerment* tem implicações, como estar presente nas diversas configurações sociais, ser ouvido e ter influência sobre aquilo que se decide, a forma como se decide e face aos resultados dessa decisão (Pinto, 2013).

A participação está diretamente relacionada com a educação, com as políticas sociais e de saúde e com os programas que influenciam a participação em atividades de diversas esferas, sociais, culturais e espirituais, tendo em conta os direitos humanos, as capacidades, as necessidades e as vontades das pessoas (OMS, 2015). Assim, a participação social das pessoas idosas é essencial para a qualidade de vida de todos, no sentido em que toda a sociedade tem benefícios com a solidariedade intergeracional e com o uso do potencial de todos (Pinto, 2013).

Segundo a perspectiva de Ribeiro e Paúl (2011), a participação aglomera os grupos sociais em que as pessoas idosas estão envolvidas e, para efeitos de um envelhecimento bem-sucedido, é imprescindível a presença das redes de suporte, assim como o envolvimento no exercício da cidadania.

Pinto (2013) considera que uma possível estratégia de *empowerment* possa ser diferenciar as pessoas idosas e, desmistificar as ideias estereotipadas, reconhecendo as diferentes formas de como se envelhece e de como se é idoso.

É preciso dar espaço e validação às imagens alternativas que sempre existiram sobre o envelhecimento, a todos os exemplos de idosos considerados bem-sucedidos, ativos e produtivos, elementos centrais das suas famílias e comunidades. O desafio atual é fazer destes exemplos regra ao invés da exceção como agora aparecem, e, para tal, subscrevemos uma prática de *empowerment* com os idosos (Pinto, 2013:59).

### **3. As Pessoas Idosas e as Políticas Sociais de Apoio ao Envelhecimento**

#### **3.1. Autonomia**

Viver mais tempo, de forma independente e no meio habitual de vida, deverá ser não só um objetivo de vida individual da pessoa idosa, como também uma responsabilidade coletiva para com os idosos (OMS, 2015).

A autonomia é definida pela OMS (2005) como a capacidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver no dia a dia, tendo em conta as regras e preferências de cada um. Assim, “Autonomia significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma independente, num contexto sociopolítico-cultural e como sujeito social e político, com expressão da sua voz e respeito por ela.” (Faleiros, 2013:36).

Todas as políticas que permitam ações mais perto das pessoas idosas, além de contribuírem para a sua autonomia e independência, também permitem evitar dependências, humanizar cuidados e um ajuste à diversidade que caracteriza o envelhecimento da população e individual (DGS, 2006). Desta forma, quando a incapacidade pessoal se relaciona com a falta de apoio social, quer seja da família, quer seja das políticas públicas, estamos perante uma deterioração da autonomia, uma vez que esta deverá ser exercida em condições de vida e de superação que permitam as pessoas lidarem com as suas incapacidades (Faleiros, 2013).

### 3.2. Dependência

O conceito de dependência está relacionado com a incapacidade das pessoas no que refere a satisfação de necessidades humanas básicas (Sequeira, 2010). Esta é definida por Guedes (2011) como a necessidade de apoio e assistência nas necessidades de vida diária, devido a possíveis perdas da autonomia física, psíquica e/ou intelectual. Neste sentido, a dependência engloba três fatores: (a) uma limitação física, psíquica ou intelectual; (b) a incapacidade de a pessoa exercer as suas AVD's e (c) a necessidade de assistência por parte de terceiros.

Na perspetiva de Sequeira (2010:5),

...entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.

O surgimento de uma dependência poderá levar a mudanças na vida da pessoa, quer seja por um acontecimento inesperado, ou por perda de capacidade das estruturas e funções do organismo. Na maior parte dos casos, a dependência é o resultado do declínio funcional da pessoa e, no caso do idoso, como consequência de patologias ou acidentes. Esta pode ser agravada devido a outros aspetos como, por exemplo, a má alimentação, a inexistência de ajudas técnicas e ambientes inadaptados (Guedes, 2011).

A OMS (2015) apresenta e clarifica três principais consequências das alterações da saúde: 1) o défice na funcionalidade, que diz respeito à perda ou anomalia de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica, 2) a restrição da atividade, que se traduz na perda de capacidades para executar as atividades básicas do ser humano e, 3) a restrição da participação, que significa ficar em desvantagem num papel social devido às limitações, défices no funcionamento.

À medida que se envelhece, algumas atividades do dia a dia passam a ser realizadas com dificuldade ou tornam-se mesmo impossíveis de realizar devido a duas razões. A primeira razão aplica-se às pessoas que perdem as capacidades funcionais devido a doenças crónicas, geralmente associadas à idade como, por exemplo, as doenças cardiovasculares, os tumores malignos, as doenças mentais e as doenças do aparelho musculoesquelético e respiratório. A segunda razão prende-se com a perda de vitalidade, o que acontece na maior parte das pessoas idosas devido à idade avançada. Neste sentido, é importante referir que a explicação para o fenómeno da dependência está expressa em diversas variáveis, de carácter social e ambiental, e fatores genéticos (Figueiredo, 2007).

### 3.3. Políticas Sociais

Segundo Carmo (2008:40, citado por António 2013:85), “Política Social é um conceito usado para descrever atuações dirigidas à promoção do bem-estar; mas também é o conceito usado para designar o estudo, em termos académicos, dessas atuações”.

Com o interesse de proteger e promover o bem-estar social e económico, as políticas sociais começaram a ganhar relevo no final do século XX, que se mantêm até aos dias de hoje com o mesmo interesse e objetivo (Pereira, 2015). A política social é assim definida como um sistema de políticas públicas que pretendem efetivar as funções económicas e sociais do Estado, de forma a promoverem a coesão social e visando a melhoria coletiva da qualidade de vida (Carmo, 2008, citado por António, 2013).

Segundo Pereirinha (2008), a política social tem como objetivos (a) a redistribuição de recursos, de forma a que haja uma garantia, melhoramento e alcance do bem-estar, (b) a gestão de riscos sociais, para que as pessoas idosas possam ter a garantia de realização dos direitos sociais e, por fim, (c) a promoção da inclusão social, com a finalidade de integrar a população excluída ou em riscos de exclusão.

Em 1976, foi consagrado na Constituição da República Portuguesa (artigo 72º) que a pessoa idosa ficaria protegida através do plano económico, social e cultural. Esta proteção deriva da promoção de políticas sociais que lhes ofereçam a oportunidade de se realizarem ao nível pessoal, através de uma participação ativa na comunidade. Neste sentido, as políticas sociais dirigidas às pessoas idosas devem ser regidas pelos seguintes princípios: (a) princípio da independência, baseado em fatores como a alimentação, a saúde, a habitação, os rendimentos, a educação e o trabalho, (b) princípio da participação, centrado em políticas dirigidas ao bem-estar da pessoa e, (c) princípio da assistência e cuidados, que assenta no setor da saúde, dos serviços sociais e jurídicos (SNS, 2017).

Neste sentido,

... se por políticas de intervenção social entendermos todos os processos mediadores de cariz protetor que se transformam em ações de intervenção conduzidas por entidades políticas ou civis que visam criar uma ou mais respostas ao(s) problema(s) sociais socialmente reconhecido enquanto tal, compreendemos, então, que as respostas sociais podem ser ideologicamente outorgadas como a consubstanciação de soluções refratadas do(s) problema(s) sociais (Mouro, 2013:24).

Atualmente, em Portugal, no âmbito da Segurança social, as medidas políticas que estão disponíveis para a população idosa estão tipificadas em três dimensões: nas prestações sociais, nas respostas sociais e em programas e medidas (António, 2013).

**Quadro 1.1. Medidas de política dirigida às pessoas idosas em situação de dependência,  
no âmbito da Segurança Social**

<b>1. Prestações Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensão de Velhice</li> <li>• Pensão Social de Velhice</li> <li>• Complemento Solidário para Idosos</li> </ul>
<b>2. Respostas Sociais</b>	<p><b>Em serviços:</b> Serviço de Apoio Domiciliário; Serviço Domiciliário integrado e Acolhimento Familiar para pessoas Idosas e Adultas com Deficiência</p> <p><b>Em equipamentos:</b> Lar de idosos; Residência; Centro de Dia; Centro de Convívio; Centro de noite e Unidades de Apoio Integrado</p>
<b>3. Medidas e Programas</b>	<p><b>Transversais:</b> Programa de alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES); Participação direta às famílias; Linha nacional de Emergência Social (LNES); Rede Social; Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE); Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a carenciados (PCAAC); Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais (PCDQSRS);</p> <p><b>Específicas:</b> Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI); Programa Recrear o Futuro e Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII).</p>

**Fonte:** Elaborado a partir de Gomes (2008, in António, 2013)

Importa referir que, embora o surgimento das políticas de apoio ao envelhecimento tenham despoletado uma desresponsabilização por parte dos cuidadores informais, estes são ainda, em muitos casos, os principais agentes a assegurar os cuidados às pessoas idosas (Pereira, 2015). O papel desempenhado pelas famílias é muito importante, no entanto, estas veem o seu papel limitado pelas suas próprias contingências e recursos. Neste sentido, segundo Capucha (2014: 125):

Famílias que tendem a deslocalizar-se em relação às residências dos mais idosos, em que prevalecem duplas carreiras profissionais e que, no caso do desemprego e dos baixos rendimentos, são mais protegidas do que protetoras dos idosos, tendem a estar

impossibilitadas do desempenho de funções de apoio social, a não ser à custa da degradação das funções expressivas, aquelas que os idosos mais prezam e gostariam de preservar.

### **3.4. Resposta Social Centro de Dia**

Até aos dias de hoje, as alterações que se têm verificado na sociedade atual, ao nível da composição e das funções do grupo familiar, da solidariedade social e entre gerações, e da falta de investimento no envelhecimento, refletem um elevado número de pessoas em situações de carência, que encontram o Centro de Dia como uma resposta que pretende colmatar algumas dificuldades presentes no quotidiano (Instituto da Segurança Social, 2014).

Segundo Jacob (2013), o Centro de Dia surge no final dos anos 60 como um equipamento aberto de alternativa entre o domicílio e o internamento e, em simultâneo, um local de tratamento e prevenção. Este pode ser definido como uma alternativa à institucionalização, dirigido a todas as pessoas que precisem dos seus serviços, dando prioridade às pessoas com 65 ou mais anos, cujo seu funcionamento é durante o dia (Instituto da Segurança Social, 2017).

Neste sentido, com a implementação do Centro de Dia no âmbito das respostas sociais, surgiu a preocupação de que a resposta pudesse oferecer serviços de proximidade diversificados, permitindo que a pessoa idosa permanecesse no seu meio de vida habitual, o maior tempo possível, retardando assim a integração em lar (Instituto da Segurança Social, 2014).

Segundo o Instituto da Segurança Social (2017:6), os objetivos deste equipamento social passam por,

- Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes;
- Estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento;
- Prestar apoio psicológico e social;
- Promover as relações interpessoais e intergeracionais;
- Permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro;
- Evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida;
- Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

Tendo em conta as pessoas idosas, os colaboradores, a estrutura e o funcionamento, e por forma a aproveitar o trabalho desenvolvido no contexto da resposta social, é essencial que a intervenção seja pautada pela sua qualidade, onde se deverá destacar critérios como (Instituto da Segurança Social, 2014):

- O exercício de cidadania e o acesso aos direitos humanos como, por exemplo, a autonomia, a privacidade, a individualidade, a confidencialidade e a igualdade de oportunidades;
- O respeito pelo projeto de vida definido para cada pessoa, assim como os seus hábitos de vida, necessidades, expectativas e interesses;
- A transmissão de um clima de segurança afetiva, física e psíquica;
- O estabelecimento de relações com a pessoa e/ou com a sua rede informal, por forma a perceber informações como capacidades, expectativas e competências;
- O desenvolvimento de cuidados nas relações que a pessoa vai estabelecer com colaboradores, voluntários, entre outros, para a existência de um respeito mútuo e de relações afetivas, calorosas e recíprocas com a pessoa idosa;
- A compreensão da individualidade e personalidade de cada um, respeitando identidades, hábitos de vida, religião e cultura e condições de vida.

No que refere ao processo de admissão do candidato, deverá ser realizada uma entrevista, pelo técnico responsável, à pessoa que se candidata ou ao seu significativo, em casos em que as condições cognitivas não o permitam fazer. A entrevista visa (a) analisar a situação da pessoa que se candidata, ao nível da situação sociofamiliar, (b) perceber as suas dinâmicas de relação, (c) informar sobre o regulamento interno da resposta social e (d) esclarecer outras dúvidas que possam surgir (Instituto da Segurança Social, 2014).

O Centro de Dia é uma resposta social que deverá ser constituída por uma equipa multidisciplinar, que contemple as variadas áreas dinâmicas associadas ao desenvolvimento da pessoa (Pereira, 2015). Desta forma, o Instituto da Segurança Social (2014), através do Manual Processos-Chave, contempla os serviços de apoio psicossocial que permitem um acompanhamento psicológico, por forma a promover o bem-estar físico, emocional e económico da pessoa. Além do acompanhamento referido, deverão também existir apoios ao nível espiritual, ao nível da gestão de conflitos entre as pessoas, ao nível da intimidade e ainda em momentos de luto.

As atividades de animação sociocultural no Centro de Dia deverão ser um serviço à disposição das pessoas, que permitam atuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos, atuando como um estímulo ao nível mental, físico e afetivo (Jacob, 2013).

#### **4. A Intervenção do Serviço Social no Envelhecimento**

Nos dias de hoje, a sociedade depara-se com duas questões em relação aos idosos: se por um lado o número de pessoas idosas saudáveis está a aumentar e, por isso, está implícita a criação de respostas sociais adequadas, por outro lado é cada vez maior o número de idosos dependentes carenciados de apoio, o que obriga a uma melhor intervenção (Veloso, 2015).

Segundo Ribeirinho (2013:178), “o Serviço Social é uma disciplina científica no âmbito das ciências sociais, que tem como objetivo estudar e agir com vista à diminuição das condições de desigualdades, promovendo a justiça social e a cidadania”. A intervenção deve ser orientada através de princípios éticos, autonomia e direitos sociais, assim como por normas deontológicas em que a responsabilidade social e o bem-estar das pessoas idosas prevaleçam (Carvalho, 2013).

Segundo o Manual dos Direitos Humanos e Serviço Social (ONU, 1999:30), a profissão está vinculada à justiça social e aos direitos humanos e, por isso, deverá ser capaz de desenvolver um “conhecimento da inter-relação entre as estruturas e processos psíquicos, económicos e valorativos”. Neste sentido, os direitos humanos não são possíveis de separar da teoria, dos valores, da deontologia e da prática do Serviço Social, pois devem ser garantidos e promovidos na ação da profissão (ONU, 1999).

Desta forma,

O Serviço Social tem como objeto da ação a cidadania, e como objetivo intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo a aumentar o seu bem-estar social, tendo como base uma ética inscrita nos valores e nos direitos humanos, respeitando as diferenças, exercitando práticas sociais não opressivas e emancipadoras, potenciadoras da participação social (Carvalho, 2012:24).

Deste modo, os Assistentes Sociais têm como função “...procurar as capacidades das pessoas e estas são encorajadas a ver que são mais do que o seu problema. O Assistente Social tem de acreditar que as pessoas são capazes de fazer alguma coisa das suas vidas, pois são quem melhor conhece os problemas que estão a viver” (Pena, 2013:61).

O Serviço Social é, assim, desafiado a promover o envelhecimento ativo e, por isso, (a) a sensibilizar e alertar a sociedade para o idadismo, combatendo a discriminação pela idade, (b) a gerir diversas respostas e serviços para os idosos, (c) a potenciar as capacidades das pessoas idosas e, ainda, (d) a defender os direitos, nomeadamente no que refere a criação de legislação específica para a proteção das pessoas idosas (Carvalho, 2013). Assim, é imperativo olhar a

intervenção no envelhecimento não apenas de uma forma assistencialista, mas também em termos de emancipação, autonomia, capacitação e participação (Pinto, 2013).

Como profissão que olha para a pessoa na sua vulnerabilidade e na procura das suas potencialidades, o Assistente Social deverá interiorizar estas preocupações e reflexões e colocar-se de forma ética diante das sociedades da atualidade que se encontram em grandes transformações. Pois “... o compromisso do Serviço Social com os direitos humanos não acontece naturalmente, necessita de ser intencionalizado no quotidiano nos mais efémeros atos profissionais” (Amaro, 2015:209).

#### **4.1. Abordagem à Gerontologia**

A Gerontologia refere-se a uma disciplina que se dedica ao estudo e à investigação das pessoas mais velhas, intervindo não só na velhice como também nos processos de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2000; Ribeirinho, 2012).

Dedica-se, assim, ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas idosas, baseado numa visão integrada do envelhecimento, envolvendo os vários contributos de diversas áreas científicas como, por exemplo, a Psicologia, a Biologia e a Sociologia, que contribuem para a criação de novas abordagens e modelos sobre o ser humano e o seu processo de envelhecimento (Paúl, 2012).

A Gerontologia desenvolveu-se essencialmente na segunda metade do século XX devido ao fenómeno do aumento do envelhecimento da população e preocupa-se com os avanços científicos, tecnológicos, educativos e sociais que têm permitido que as pessoas vivam mais. No entanto, tem-se focado essencialmente na forma como as pessoas além de viverem mais, devem viver melhor (Fernández-Ballesteros, 2000).

Atualmente, a intervenção da Gerontologia é de grande complexidade, na medida em que exige conhecimentos ao nível dos direitos, da ética, das técnicas de intervenção, da Psicologia, da espiritualidade, da Antropologia, da Sociologia e Biomedicina. Por isso, “... requer formas de gestão política e institucional orientadas por profissionais com uma formação interdisciplinar, com conhecimentos científicos específicos, com habilidades de reflexão-nação e de investigação” (Ribeirinho, 2012:51).

Assim, segundo Guimarães (2012:295), a intervenção gerontológica futura deve “... basear-se na pluridisciplinaridade, no relacionamento entre diversas áreas do saber, que ajudem o idoso, o profissional e o cuidador familiar a decidir, agir e refletir.”. Esta deverá ser uma intervenção universal que seja inclusiva, que promova a autonomia e a cidadania e que valorize a vontade de cada um, sustentada numa estrutura jurídica vigente.

## **4.2. Serviço Social Gerontológico**

Existe, nos dias de hoje, uma necessidade urgente de dar visibilidade ao Serviço Social gerontológico, uma vez que a imagem de vulnerabilidade e dependência construída à volta das pessoas idosas se reflete na inibição da capacidade de autoiniciativa e participação social, assim como na forma como os profissionais intervêm (Ribeirinho, 2013).

Para que o Serviço Social possa ser um contributo, quer para a mudança deste tipo de representações, quer para que as pessoas idosas vivam com saúde e bem-estar, é fundamental que se executem mudanças nas dinâmicas multiprofissionais. As pessoas idosas carecem de uma variedade de cuidados e necessidades sociais que têm sido desvalorizadas e, por isso, os Assistentes Sociais são desafiados a promoverem a participação social, para que estas pessoas possam expressar os seus ideais e pontos de vista (Dominelli, 2009).

O Serviço Social, na área da Gerontologia, deve ter uma intervenção junto de populações heterogêneas com problemáticas multidimensionais e complexas que, por um lado, exigem um conhecimento alargado face aos problemas associados a esta realidade e, por outro, uma contextualização dos problemas num contexto social mais amplo (Ribeirinho, 2013).

Desta forma, o principal objetivo da intervenção do Serviço Social gerontológico é “...conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, para o bem-estar deste grupo populacional através de um sistema global de ações.” (Ribeirinho, 2013:182). O Assistente Social deverá, assim, diagnosticar e avaliar as necessidades das pessoas, procurando não se centrar apenas nas carências e/ou potenciais das pessoas idosas, mas principalmente na capacidade de lidar e dar resposta a essas necessidades e propor soluções a partir dos recursos sociais existentes.

Segundo García e Jiménez (2003), existem três dimensões que se podem considerar como os principais objetivos do Serviço Social gerontológico: o nível individual, o nível grupal e o nível comunitário. No que respeita o nível individual, este requer manter e aumentar funções e potenciar a autoestima, a confiança, a autonomia e a identidade. O nível grupal centra-se na criação de oportunidades de inserção e de vínculos entre a pessoa e o seu meio e na restauração de laços de solidariedade. Por fim, o nível comunitário passa não só por conhecer a autonomia, as capacidades da pessoa e as potencialidades da comunidade, como por potenciar o associativismo, o desenvolvimento de programas de organização e o desenvolvimento comunitário.

Assim, de uma forma geral, o Serviço Social gerontológico é constituído por um conjunto de contribuições científicas e profissionais sobre a disciplina, com o objetivo de conhecer e

transformar necessidades, de analisar e melhorar o sistema de bem-estar e configurar as políticas sociais direcionadas à velhice (Ribeirinho, 2013). Neste seguimento lógico, e sobre a visão de Guimarães (2012), a intervenção gerontológica, tendo em conta o olhar do Direito, deve estar assente em quatro dimensões: a obrigação de alimentos, o suprimento de incapacidade, o enquadramento jurídico das respostas sociais e a violência contra idosos.

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Segundo Coutinho (2015:7),

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita e debate e edificam as inovadoras.

Fortin, Vissandjée e Côté (2009:15) definem a investigação científica como um “processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos”.

No que respeita às suas funções, a investigação é como um método para adquirir conhecimentos, assim como uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para temas que necessitam de ser investigados (Fortin, Vissandjée e Côté 2009).

### **1. Método de Investigação**

No que refere ao procedimento técnico da presente investigação, este é um estudo de caso aplicado ao Centro de Dia do Centro Social e Paroquial São João de Brito. Segundo Denzi e Lincoln (2001), o estudo de caso encontra-se epistemologicamente em concordância com a experiência de todas as pessoas que nele estão envolvidas, fundamentado pela relação entre a profundidade e o tipo de situação experienciada.

O estudo de caso é frequentemente utilizado para obter resultados em estudos organizacionais, sendo o enfoque geralmente qualitativo, fundamentado com narrativas ou descrições de fenómenos, estando as hipóteses dependentes da compreensão do caso. O caso é definido por uma unidade de análise, que pode ser uma pessoa, um papel desenhado por ela ou até por uma organização, um grupo pequeno, uma comunidade ou uma nação (Vilelas, 2009).

Na perspetiva de Yin (2001), a opção pela realização de estudos de casos é adequada quando são colocadas questões de “porquê?” e “como?”, onde o investigador não tem controlo sobre a situação, pois pela sua natureza, está inserida em contextos sociais. Yin defende ainda que um estudo de caso deverá ser uma investigação que aborde um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real.

Segundo Vilelas (2009:145),

O peculiar destes estudos é serem estudos aprofundados e exaustivos de um ou muito poucos objetos de investigação, o que permite obter um vasto e pormenorizado conhecimento dos mesmos, quase impossível de obter mediante os outros estudos

alternativos. Baseia-se na ideia de que, se estudarmos com atenção qualquer unidade dum determinado conjunto, estaremos em condições de conhecer alguns aspetos gerais deste.

A presente investigação procura analisar a adequação da resposta dada pelo Centro de Dia às necessidades identificadas pelos idosos e famílias. O estudo terá como base o paradigma de investigação científica interpretativo, orientado pela lógica indutiva. No que respeita o método, a investigação será suportada por técnicas de natureza qualitativa.

Tal como Coutinho (2015) refere, antes da metodologia existe o paradigma, caracterizado por um sistema de princípios, crenças e valores que direcionam a metodologia e fundamentam as suas conceções numa determinada epistemologia. Neste sentido, o conceito paradigma de investigação é determinado como um conjunto de postulados, de valores conhecidos, de teorias comuns e de regras que são aceites por todos os elementos que pertencem a uma comunidade científica, num determinado momento histórico (Coutinho, 2015). No que se refere ao paradigma interpretativo ou qualitativo, este é também conhecido por hermenêutico, naturalista ou construtivista (Creswell, 1994; Crotty, 1998 e Guba, 1990, citados por Coutinho, 2015). Assim, segundo Guba (1990, citado por Coutinho, 2015:17) este paradigma

(...) adota uma posição relativista, há múltiplas realidades que existem sob a forma de construções mentais social e experiencialmente localizadas, inspira-se numa epistemologia subjetivista que valoriza o papel do investigador/construtor do conhecimento (...).

A abordagem interpretativa e/ou qualitativa pretende compreender e decifrar os significados da ação e interação humana consoante o contexto social em que ocorre (Coutinho, 2015). Assim, a investigação qualitativa “... vai além da decisão de utilizar uma entrevista narrativa ou um questionário, por exemplo. A investigação qualitativa implica um modo específico de entender a relação entre o assunto a estudar e o método” (Becker, 1986, citado por Flick, 2005:41).

O investigado e o investigador interagem e cada um deles interpreta e adapta os comportamentos consoante os seus esquemas socioculturais, formando assim uma “dupla hermenêutica”, pois quer o sujeito, quer o objeto da investigação, são caracterizados como “intérpretes” e como “construtores de sentidos” (Usher, 1996).

Partindo de dados particulares, a indução é um processo a partir do qual se conclui uma verdade geral ou universal, sendo o objetivo dos argumentos indutivos “levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam” (Marconi e Lakatos, 2003:86).

Ainda sobre o método de investigação, importa referir que o presente estudo é de carácter descritivo, tendo como objetivo analisar a forma como se manifesta um fenómeno e como os seus componentes permitem estudar esse mesmo fenómeno de forma pormenorizada (Vilelas, 2009). A maior parte das vezes, os estudos descritivos alcançam dois princípios: a descrição de um conceito relacionado com a população e a descrição das características de uma população no seu todo (Fortin e Duhamel, 2009).

Este tipo de estudo pode variar consoante a complexidade, pois pode estudar um ou vários conceitos, tendo sempre como principal objetivo discriminar os fatores que possam estar ligados (Fortin e Duhamel, 2009). Em suma, os estudos descritivos “(...) procuram especificar as propriedades importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise. Avaliam diversos aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar” (Vilelas, 2009:122).

## **2. Campo Empírico: Caracterização Institucional**

O campo empírico que será alvo de análise será o CSPSJB, mais concisamente a resposta social Centro de Dia. O CSPSJB é uma Instituição Particular de Solidariedade Social canonicamente ereta, com personalidade jurídica canónica e civil, tendo sido fundado pela Fábrica da Igreja Paroquial de São João de Brito a 22 de dezembro de 1972 (Relatório de Atividades e Contas 2018<sup>1</sup>, 2019).

O CSPSJB é uma IPSS com sede na freguesia de Alvalade, conselho de Lisboa, que assenta num princípio de apoio social às famílias, crianças, jovens e idosos, promovendo o crescimento de uma comunidade fundamentada nos valores do Evangelho, da verdade, da fraternidade e da caridade. O CSPSJB tem como missão “Cultivar a fraternidade, acolher, intervir, servir o próximo e valorizar o que o outro tem de melhor.” A visão é definida por “Servir a família nas diferentes fases da vida, dando resposta às várias necessidades, que permitam encarar o futuro com confiança e esperança. Assumimos que o sonho é um direito e um dever.” (Relatório de Atividades e Contas 2018, 2019:5).

O CSPSJB compreende o desenvolvimento das respostas sociais de apoio à comunidade, tais como Jardim de Infância, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Ajuda Alimentar, prestando apoio diário a cerca de 350

---

<sup>1</sup> O Relatório de Contas pode ser consultado no site <http://paroquiasjbrito.pt/centro-paroquial>, assim como os valores, a missão e a visão da instituição.

peças, constituído por 57 funcionários e 33 voluntários (Relatório de Atividades e Contas 2018, 2019).

No que se refere ao Centro de Dia, que será a resposta social alvo de estudo, este é um serviço que funciona das 9h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira, constituída atualmente por um grupo heterogéneo de 50 utentes. Os serviços são prestados por uma equipa de profissionais, constituída por uma Educadora Social, duas Ajudantes de Ação Direta, uma Assistente Social, uma Fisioterapeuta e ainda a equipa de Enfermeiras. Esta é definida como uma resposta social que presta um conjunto de serviços que promovem o bem-estar das pessoas idosas e/ou dependentes, no seu meio sociofamiliar. Segundo o Regulamento Interno do Centro (2017), a resposta social tem como principais objetivos:

- a) Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades das pessoas;
- b) Favorecer a permanência do idoso no seu meio habitual de vida;
- c) Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- d) Contribuir para a promoção da autonomia, por forma a prevenir situações de dependência.

As pessoas que usufruem do Centro de Dia têm direito à alimentação, assistência durante as refeições, transporte entre o domicílio e o Centro, assistência na higiene pessoal caso exista incapacidade, serviços de lavandaria aquando de necessidade, apoio psicossocial, apoio espiritual, cuidados de imagem, fisioterapia, serviços de enfermagem, disponibilidade de ajudas técnicas, participação em atividades socio ocupacionais e de reabilitação, acompanhamento a consultas caso necessite e justifique e, acompanhamento dos familiares no período de luto (Regulamento Interno do Centro, 2017).

No que refere às atividades socioculturais, o Centro de Dia oferece (a) atividades de componente física, tais como aulas de dança, fitness, caminhada e sessão de movimento, (b) ateliês de costura e do doce, (c) trabalhos manuais, (d) jogos de memória e tradicionais, (e) coro, (f) aulas de informática, (g) cinema; (h) horta biológica e (i) saídas regulares ao exterior como, por exemplo, idas à quinta pedagógica, ao Jardim Zoológico, ao Oceanário, a museus, ao cinema, ao teatro, e a realização de passeios fora de Lisboa.

### **3. Universo e Amostra**

Após a definição do desenho de investigação, o investigador caracteriza a população, determinando critérios de seleção para o estudo. Segundo Fortin (2009:41), “A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”.

O universo da investigação é constituído pelos 50 utentes que usufruem da resposta social Centro de Dia e pelos familiares dos utentes. A amostra foi constituída pelo número de utentes que apresentam capacidade cognitiva para compreender, responder e participar, num total de 10 pessoas, constituindo-se uma amostra não probabilística por acessibilidade. No que refere aos 10 utentes entrevistados, 7 são do sexo feminino e apenas 3 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 65 e 94 anos.

Analisou-se uma segunda amostra, tendo sido seleccionados 6 familiares dos utentes do Centro de Dia, com o critério de excluir as famílias cujos utentes já tinham sido entrevistados. Os 6 familiares entrevistados dizem respeito aos que aceitaram e mostraram disponibilidade em participar, considerando-se igualmente uma amostra não probabilística por acessibilidade. No que refere aos 6 familiares entrevistados, 2 são do sexo masculino e 4 são do sexo feminino, com idades a variar entre 54 e 77 anos.

#### **4. Técnicas de Recolha de Dados**

Os métodos de recolha de dados diferem consoante a variedade dos fenómenos da investigação, sendo a natureza do problema que determina o tipo de método de recolha de dados a utilizar (Fortin, Grenjer e Nadeau, 2000). Deste modo, como técnica de recolha de dados, na presente investigação, pretende-se usar a entrevista semiestruturada, quer aos utentes que frequentam a resposta social Centro de Dia, quer aos familiares dos utentes.

Como Fortin (2000) indica, a entrevista é uma forma particular de comunicar verbalmente, entre o investigador e os participantes, de forma a obter dados relativos às questões de investigação previamente formuladas.

A mais valia do uso da entrevista enquanto técnica de recolha de dados, prende-se pelo facto de serem os próprios atores sociais a fornecerem os dados relativos às suas próprias condutas, desejos, atitudes, opiniões e expectativas. Assim, o investigador realiza perguntas às pessoas competentes para fornecer informações, estabelecendo um diálogo particular, desigual, uma vez que uma das partes procura recolher informações e a outra é quem as fornece (Vilelas, 2009).

Na entrevista parcialmente estruturada, o entrevistador elabora temas que quer abordar, formula as questões baseadas nesses temas e, por fim, apresenta-as ao entrevistado, tendo em conta a ordem mais conveniente (Wilson, 1985, citado por Fortin, 2000). As entrevistas semiestruturadas são uma junção entre perguntas abertas e perguntas fechadas, previamente estabelecidas, onde o entrevistador, além de poder dirigir a discussão para o assunto que lhe

interessa, pode também colocar questões adicionais de forma a explicar as que não tenham ficado elucidadas, ajudando assim a compor o contexto da entrevista (Boni e Quaresma, 2005).

Neste seguimento, para a elaboração dos guiões<sup>2</sup> de entrevista, foi realizado um modelo de análise<sup>3</sup> para auxiliar a construção de perguntas de forma rigorosa, tendo em conta os objetivos específicos, os conceitos, as dimensões e os indicadores.

A recolha de dados para a presente investigação foi realizada no mês de outubro de 2019, nas instalações do CSPSJB, em Alvalade, onde foram realizadas 16 entrevistas. Neste sentido, através desta técnica de recolha de dados, pretende-se perceber qual a perceção dos idosos e familiares sobre a resposta social de Centro de Dia e, neste sentido, analisar a adequação da resposta dada pelo Centro de Dia às necessidades identificadas pelos idosos e famílias.

## **5. Técnicas de Tratamento de Dados**

Para o tratamento dos dados usou-se como técnica a análise de conteúdo tendo em conta o seu carácter de interpretação e indução. Segundo Bardin (2002), a análise de conteúdo envolve iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com o objetivo de serem efetuadas deduções lógicas face à origem dessas mensagens, ou seja, quem as emitiu, em que contexto e quais os feitos que se objetiva causar.

Na perspetiva de Alves e Silva (1992:61), a análise qualitativa de dados é um fenómeno “... que se caracteriza por ser um processo indutivo que tem como foco a fidelidade ao universo de vida cotidiano dos sujeitos, estando baseada nos mesmos pressupostos da chamada pesquisa qualitativa.”. Para esse fim, foram usadas entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados. As entrevistas realizadas, quer aos utentes, quer aos familiares, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para a análise e interpretação dos conteúdos.

Bardin (2002) evidencia que para uma boa transcrição e interpretação dos conteúdos das entrevistas, é necessário que seja o próprio entrevistador a realizar essa transcrição, pois foi o mesmo que, no decorrer das entrevistas, observou e interagiu com o entrevistado, obtendo uma visão mais completa da informação gravada, como a observação de reações e atitudes diante de questões colocadas.

Segundo Alves e Silva (1992), os discursos dos entrevistados, em técnicas como as entrevistas semiestruturadas, produzem grande volume de dados diversificados. Desta forma, é

---

<sup>2</sup> Os guiões para das entrevistas podem ser consultados no Anexo C e D.

<sup>3</sup> O modelo de análise para a construção dos guiões pode ser consultado no Anexo E.

imprescindível a sistematização dos dados e o investigador deverá voltar a ter em conta três importantes pressupostos:

- 1- As questões que advêm do seu problema de pesquisa, ou seja, o que quer saber;
- 2- As formulações da abordagem concetual, gerando pontos de interesse e interpretações possíveis para os dados;
- 3- A realidade face ao estudo, que exige um espaço para mostrar evidências e consistências.

Assim, a sistematização dos dados é caracterizada por um movimento constante, em diversas direções: das questões para a realidade, da realidade para a abordagem concetual e da literatura para os dados. Desta forma, é um movimento que se repete e se cruza, até atingir um desenho de um quadro multifacetado, de diversas visões (Biasoli Alves & Dias da Silva, 1992).

Neste seguimento, recorrendo à técnica de análise de conteúdo e, por forma a dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos estabelecidos, foi utilizada a técnica de análise categorial, que consiste em “...operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos” (Minayo, 1994 citado em Vilelas, 2009:338). As categorias iniciais traduzem-se nas primeiras impressões sobre a realidade que está a ser analisada que, posteriormente, emergem nas categorias intermediárias. Estas surgem a partir do agrupamento das categorias iniciais e são reguladas pelas narrativas dos entrevistados, pelas referências teóricas e pela observação. Todas estas categorias acabam por sustentar a construção das categorias finais que levam às interpretações finais e compreensão dos resultados (Bardin, 2002).



## CAPÍTULO III - ANÁLISE DE DADOS

Com a aplicação de entrevistas semiestruturadas pretendeu-se analisar a adequação da resposta dada pelo Centro de Dia face às necessidades identificadas pelos idosos e famílias. Em primeira instância através da identificação do perfil dos utentes que frequentam a resposta social, em segundo lugar pela identificação das suas necessidades e, em terceiro, através do entendimento das necessidades e/ou perspetivas dos familiares.

### 1. Perfil dos Entrevistados

Inicialmente procurou-se identificar o perfil das pessoas que frequentam a resposta social Centro de Dia, através de indicadores como sexo, idade, estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão, situação económica e situação socio habitacional, como é possível verificar em seguida (Quadro 3.1.).

**Quadro 3.1. Perfil dos utentes entrevistados**

Código Entrevista <sup>4</sup>	EU1	EU2	EU3	EU4	EU5	EU6	EU7	EU8	EU9	EU10
<b>Sexo</b>	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
<b>Idade</b>	94	76	89	91	88	73	86	85	90	65
<b>Estado civil</b>	Viúva	Viúvo	Viúva	Viúva	Casado	Solteira	Viúva	Viúva	Viúva	Solteiro
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
<b>Naturalidade</b>	Vide-Guarda	Ferreira do Zêzere	Valença do Minho, Viana do Castelo	Oliveira do Hospital	Tomar	Caldas da Rainha	Ponte Sôr	Sacavém	Braga	Viseu
<b>Escolaridade</b>	3º Classe	4ª classe	Sem escolaridade	Licenciatura	4ª classe	7º ano	4ª classe	4ª classe	Sem escolaridade	4ª classe
<b>Profissão</b>	Trabalho de campo	Construção Civil	Trabalho Doméstico	Enfermeira	Bancário	Professora de línguas	Doméstica	Funcionária da junta nacional do vinho	Trabalho doméstico e de campo	Padaria e Restauração
<b>Situação económica</b>	Aproximadamente 700€	460€	602€	1500€	761€	300 €	600€	Não sabe	Aproximadamente 300€	264€
<b>Situação Socio-habitacional</b>	Habitação própria / Reside sozinha	Habitação própria/ Reside sozinho	Habitação arrendada/ Reside sozinho	Habitação própria/ Reside sozinho	Habitação arrendada/ Reside com a esposa	Habitação própria / Reside sozinha	Habitação própria/ Reside sozinha	Habitação própria/ Reside sozinha	Habitação própria/ Reside com a filha adotiva	Habitação arrendada/ Reside com o filho e nora

<sup>4</sup> O código de entrevista usado para os familiares foi EU - Entrevista Utentes.

Os utentes que frequentam o Centro de Dia do CSPSJB são na sua maioria do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 94 anos, verificando-se que grande parte dos idosos em questão apresentam idades muito avançadas.

Todos os utentes entrevistados são de nacionalidade portuguesa, com uma grande acentuação de naturalidade no norte do país, no entanto nenhum dos utentes reside na sua zona de naturalidade, por questões laborais e/ou familiares.

É possível salientar a baixa escolaridade dos utentes, tendo a grande maioria a 4ª Classe, chamado o Ensino Primário Elementar. No caso das mulheres, ao nível profissional, é onde se verifica a existência de escolaridade ao nível do ensino superior, alguns casos com profissões ligadas ao ensino e à saúde. Por outro lado, a grande maioria dedicava-se a trabalhos domésticos, de costura e de campo, desempenhando um papel tradicional para a sociedade da altura, em que a mulher era essencialmente vista como esposa, mãe e cuidadora do lar. No caso dos homens, a grande maioria dedicava-se a trabalhos de comércio e construção civil.

Relativamente à situação económica, nem todos os entrevistados conseguiram determinar o valor mensal referente às suas pensões ou reformas, mencionados cálculos aproximados. As pensões variam entre os 264€ e os 1500€.

Ao nível da situação socio habitacional, a grande maioria dos utentes reside em habitações próprias. Ainda que alguns residam com filhos(as) ou cônjuges, verifica-se que a grande parte reside sozinho por inexistência de rede informal ou porque a família vive longe.

**Quadro 3.2. Perfil dos familiares entrevistados**

<b>Código Entrevista<sup>5</sup></b>	<b>EF1</b>	<b>EF2</b>	<b>EF3</b>	<b>EF4</b>	<b>EF5</b>	<b>EF6</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
<b>Idade</b>	75	60	77	54	59	55
<b>Parentesco</b>	Marido	Irmã	Marido	Filha	Filha	Filha
<b>Profissão</b>	Reformado/ Empresário	Tradutora e Formadora	Reformado/ Gerente Comercial	Terapeuta Ocupacional	Professora português p/ estrangeiros	Professora de Geografia

<sup>5</sup> O código de entrevista usado para os familiares foi EF - Entrevista Familiares.

Relativamente aos familiares entrevistados (Quadro 3.2.), estes são maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre 54 e 77 anos. Os graus de parentesco em relação aos idosos que frequentam o Centro de Dia variam entre filha, marido e irmã. No que respeita às suas profissões, 2 dos 6 entrevistados, neste caso os maridos, são atualmente reformados, no entanto o EF1 assumiu funções de empresário e o EF3 de gerente comercial. Os restantes familiares encontram-se ativos no mercado de trabalho, com profissões relacionadas ao ensino, formação e Terapia Ocupacional.

## **2. Motivos de Admissão ao Centro de Dia**

O tempo de frequência da resposta de Centro de Dia por cada um dos utentes foi abordado quer aos próprios utentes entrevistados, quer aos familiares. As respostas foram bastante diversas, no entanto, a maioria dos entrevistados verbalizou que frequenta, ou o seu familiar frequenta, o Centro de Dia há 1 ano, 2 anos ou 3 anos. “Dois ou três anos, se não estou em erro” (EU 10); “Há um ano e dois meses(...)” (EF2); “Fez um ano em Agosto (...)” (EU3). A utente com mais tempo de frequência da resposta foi a entrevistada 1, que frequenta o Centro de Dia há 20 anos.

Quando questionados face à contratualização de outros serviços, nomeadamente o Serviço de Apoio Domiciliário, a maior parte dos utentes não usufrui de outro serviço além do Centro de Dia. Os utentes que confirmaram mais apoios, mencionaram a entrega da refeição no domicílio aos fins de semana e feriados “(...) só o almoço ao fim de semana” (EU8); “Tenho a entrega das refeições, os dias que aqui está fechado que é feriado, sábados e domingos, recebo o almoço completo. Benefício do comer ao domicílio” (EU3).

Relativamente às respostas dadas pelos familiares, apenas um familiar menciona que o seu pai tem apoio do SAD, ao nível da higiene pessoal. “O apoio domiciliário. Os cuidados de higiene de manhã” (EF5).

A autonomia é uma vertente do envelhecimento saudável tendo em conta que é valorizada a promoção da mesma nas pessoas idosas e o seu direito à autodeterminação, mantendo quer a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, por forma a promover a sua qualidade de vida (Cunha *et al*, 2012).

Na abordagem aos motivos, motivações e necessidades na procura da resposta social Centro de Dia, as respostas foram bastante uniformes, quer por parte dos utentes, quer por parte dos familiares. Os motivos estão diretamente relacionados com o falecimento de cônjuges e/ou outros familiares, que os levaram a sentir-se sozinhos e isolados, experienciando solidão por falta de outra rede informal. “Fiquei viúva e como nunca tive irmãos nem filhos, vim para aqui.

E aqui estou há 20 anos. Não tinha família na altura, nenhum dos meus sobrinhos estava cá em Lisboa e eu fiquei sozinha” (EU1).

“Foi mais pela solidão, porque estava muito só e tenho pouca família, mas está tudo muito ocupado, portanto nunca estavam comigo e eu sentia-me muito só. Chorava muito, estava sozinha, falava com o meu marido, tenho lá as cinzas dele em casa e, acham uma maluqueira, mas eu quis. Portanto chego a casa e falo com ele, ainda agora chego a casa e digo olha fiz isto e aquilo (...) A solidão fazia-me depressão” (EU4).

Na maioria dos casos os utentes mencionaram a ausência de rede informal e, por isso, foram os próprios a procurar a resposta de Centro de Dia. Por outro lado, os idosos nos quais se verifica a presença de rede informal, foram geralmente influenciados pela família na procura deste serviço, pelo que podemos observar ao analisar as respostas dadas à questão, “Quais os motivos que o(a) levaram a procurar o Centro de Dia?”

“Foi a minha filha para eu não ficar sozinha, que eu vivia com a minha mãe e a minha mãe coitadinha morreu há treze anos e, a minha filha não quis que eu ficasse sozinha. ‘Se calhar para minha casa não queres ir’, porque eu felizmente ainda estava em condições de estar sozinha, então como soube que havia aqui o centro de dia, trouxe-me aqui e então foi por isso, para não estar sozinha e em casa, ‘não vais ficar agora o resto da vida a fazer croché e tricô sozinha em casa’ e então resolvi vir para aqui assim” (EU7).

Foram mencionados frequentemente problemas relacionados com a saúde, apontados como um motivo para a frequência no Centro de Dia. Alguns familiares entrevistados evidenciaram essa necessidade, tendo em conta as doenças dos seus familiares, que resultam no enfraquecimento da autonomia dos idosos, impossibilitando-os de estar sozinhos, experienciando também sentimentos de solidão e isolamento. “Precisamente a situação de ele estar sozinho em casa ou permanecer muito tempo sozinho em casa e, já não estava a conseguir gerir essa situação e responder a todas as necessidades próprias, levantar-se, lavar-se com dificuldade, comer... dependência já (...)” (EF5).

“(…) As razões foi ela estar muito sozinha, ela teve uma depressão crónica, os dias eram passados com acentuados momentos de choro e senti que ela estava a perder cada mais capacidades, estava a ficar mais isolada. A minha mãe tem uma capacidade de disfarçar, de alguma forma que sendo uma pessoa não muito sociável, é uma pessoa que não é nada agressiva, é meiguinha, carente muito reconhecida da atenção dos outros, e isto estava a deixá-la também cada vez mais dependente e, estava sempre à espera de que eu chegasse. Percebi que as coisas não estavam, não era a mesma coisa o isolamento dela, os défices cognitivos a acentuarem-se, a demência que existe e eu precisava mesmo que ela tivesse acompanhada e, o centro de dia era mesmo a opção” (EF4).

Foram também mencionadas situações de elevada dependência.

“A doença dela, é muito complicada. É uma demência um bocado já avançada segundo a médica neurologista, há a possibilidade de ser alzheimer porque ninguém disse declaradamente que é alzheimer, dizem demência, possibilidade de alzheimer, estou convencido que é pelo comportamento mauzinho que ela está a ter sabe (...) A doença, eu não conseguia, não era possível o dia inteiro (...) é doloroso para mim nesta altura, já viu, eu vou fazer 78 anos daqui por um mês, mês e tal” (EF3).

Verifica-se que a dependência dos idosos, referida pelos familiares entrevistados, é sentida como um problema para as suas vidas pois não dispõem de tempo, nem disponibilidade, para serem cuidadores presentes, devido às suas responsabilidades laborais.

“Bem, eu trabalho e não posso (...) ela não está apta para tomar a medicação e em termos de alimentação como eu trabalho fora e ela ainda vive na casa dela, eu não conseguia controlar a alimentação e acho que ela já estava a não tomar a medicação correta, desorientada e a desorientar as refeições em termos de horário (...) eu pensei logo no centro de dia e achei que ela ia ter alguma autonomia para estar aqui (...)

A falta de tempo e de resposta por parte dos familiares também é sentida pelos próprios idosos, que tentam evitar ser uma responsabilidade acrescida na vida destes.

“Para os meus filhos terem mais liberdade e eu não dar trabalho a ninguém. Se estivesse em casa tinha que estar alguém comigo porque não podia estar sozinho. Podia cair ou qualquer coisa. Assim não. Eles estão lá descansados na vidinha deles e eu estou aqui. Depois a tarde, lá vou. Outra vez para a barraca (risos)” (EU10).

### **3. A Saúde e o Bem-estar nos Idosos**

Os quadros clínicos apontados por parte dos idosos estão tendencialmente relacionados com doenças cardíacas, respiratórias, de ossos, hipertensão arterial e inflamação do nervo ciático. “Fui operada ao coração, já tive problemas respiratórios, nos pulmões (...) Tenho problemas cardíacos e respiratórios” (EU8); “(...) Rins não funcionam bem e não só, mais do que uma vez estou sentado e caio sem saber (...) o coração também (...)o coração é para pôr um pacemaker (...) (EF5); “(...) o meu maior problema é as pernas, é um problema ósseo (..)” (EU1); “As doenças que eu tenho é realmente a dor na ciática que por vezes ataca-me mais, tenho mais dores (...)” (EU3).

O envelhecimento não ocorre da mesma forma em todos os indivíduos. Enquanto algumas pessoas apresentam os padrões habituais do envelhecimento, que se refletem em alterações típicas da idade, outras pessoas alcançam um elevado nível de dependência, quer nos domínios físicos, quer psicológicos e sociais (Sequeira e Silva, 2002).

Doenças do foro neurológico foram vagamente mencionadas pelos familiares, evidenciando a demência e o parkinson na sua maioria “Foi-lhe diagnosticado sintomas de doença de Parkinson (...) (EF5); “(...) ela tem a demência(...)” (EF3).

“(...) ela tem depressão, está diagnosticado depressão, é uma pessoa que quando era nova aparentemente era muito doente, segundo o historial e acho que agora até é saudável atendendo à idade até é saudável (...) Ah a demência, pois fomos fazendo testes, decorrentes daquilo que era a depressão, fomos fazendo testes e pronto, percebemos que é um quadro demencial” (EF4).

Quando questionados face aos quadros clínicos e à influência que estes possuem no seu bem-estar, verificam-se respostas similares nos idosos. A avaliação e identificação dos quadros clínicos foi diretamente relacionada, pelos próprios, com a autonomia e dependência. A influência das doenças no bem-estar e na forma como os idosos vivem é muitas vezes mencionada pelos mesmos, “Sim. Custa-me a andar... custa-me imenso a andar e em casa a sentar-me custa-me a sentar e a levantar-me custa a levantar, e é esse o meu problema... é tudo das pernas (...)” (EU1); “(...) As minhas pernas, tenho que andar pouco, fico cansado, começa a doer as pernas (...)” (EU10).

Na sua maioria, essa influência está relacionada com as dependências ao nível físico e com as barreiras existentes no seu quotidiano, quer pela forma como se sentem dadas as suas dores, quer pela mobilidade reduzida que não lhes permite ter autonomia nas suas AVD's. “(...) não conseguir andar na rua sozinha porque vou-me abaixo das pernas e caio. Se por exemplo, se eu for à rua vou devagarinho, levo mais tempo” (EU3); “(...) eu tenho alturas que coxeio por causa da ciática e pronto a idade vai avançando cada vez mais e é um bocado difícil, tem dias que é um bocado difícil (...)” (EU7). A utente entrevistada 6 menciona também que a influência que o seu quadro clínico tem no seu bem-estar varia consoante o seu humor e disposição, sendo que existem dias em que está bem disposta, e outros em que não tem disposição ou vontade para realizar qualquer tarefa.

### **3.1. Estilo de Vida Saudável**

Ter um estilo de vida saudável é inúmeras vezes associado à capacidade de identificação e avaliação dos problemas e controlo da própria vida. “Sim, quer dizer saudável dentro do possível, porque há piores do que eu. Ainda consigo assinar documentos, ainda consigo fazer coisas em minha casa (...) Realmente, ainda conseguir fazer isto é uma bênção, que Deus de deu” (EU3).

O estilo de vida saudável é também associado à forma como se sentem consigo mesmos, perante a vida e perante outras pessoas. “(...) vou ao médico como qualquer pessoa. Sou ativa,

vivo sozinha, faço tudo, não tenho ninguém que me apoie. Saio, ando na rua, vejo pessoas e sinto-me bem assim” (EU8).

“Não tenho problemas com ninguém, vivo só, tenho casa própria, tenho a minha vida equilibrada, é o suficiente. Não tenho problemas, ando por todo o lado, passo em todo o lado, ninguém me aponta, estou bem até hoje (...), portanto a minha vida é uma vida tranquila, sem problemas, graças a Deus, até hoje” (EU4).

Se por um lado, na maioria dos casos, os idosos consideram ser pessoas com um estilo de vida saudável porque se sentem bem consigo e com os outros e ainda possuem alguma autonomia sem depender de terceiros; por outro lado, alguns dos entrevistados não consideram ser detentores de um estilo de vida saudável. “(...) se eu tivesse saúde não estava aqui no Centro. Não, não tenho, não sei porquê (...)” (EU5). “Não, há coisas que me afetam muito. Por exemplo, eu fazia e deitava a mão a tudo se fosse preciso, então quando era nova (...) não me posso mexer bem, quer dizer reflete-se, ando mal...” (EU4).

Este pensamento deve-se, na maioria dos casos, ao seu quadro clínico e ao peso que este tem na sua vida e na sua rotina. “Nem em casa eu faço nada porque não posso. Não, não sou saudável, nada. Mesmo de noite na cama acordo com aflições” (EU9).

“Não, nunca fui saudável, eu nunca fui saudável, desde miúda nunca tive grande saúde, mas mesmo assim ainda cheguei a esta idade que nunca pensei de chegar. Não, nunca tive. Eu já tive duas tuberculoses e já tenho tido muita coisa, muita coisa mesmo. Mas ao mesmo tempo sou resistente sabe, com estas coisas todas eu nunca pensei chegar a esta idade e mesmo assim vou resistindo” (EU7).

Embora o quadro clínico seja um fator com muito peso na vida dos idosos, nomeadamente no seu bem-estar e na sua forma de viver, a associação da alimentação ao estilo de vida saudável foi apenas evidenciada por uma das entrevistadas. Esta considera ser uma pessoa saudável pois não tem tido problemas de saúde graves, além do que é normal da idade, e evidencia fazer uma alimentação equilibrada e saudável.

“Tenho sido... tenho sido realmente muito saudável (...) Não tenho tido grandes problemas (...) nem de coração (...) pronto a tensão é como qualquer pessoa tem, umas vezes está alta, outras está baixa, sou hipertensa (...) Eu até costumo dizer à minha sobrinha, eu aos fins de semana sou vegetariana, como muitas hortaliças, muita fruta. Fruta e hortaliça é comigo (...)” (EU1).

## **3.2. Qualidade de Vida – As Rotinas e os Apoios Fora do Centro de Dia**

### **3.2.1. As Rotinas dos Utentes**

Existe um grande número de utentes que passa a maior parte do seu tempo no Centro de Dia, pelo que a frequência desta resposta faz parte das suas rotinas. Ainda assim, foi abordada a questão das rotinas fora do horário da resposta social, contemplando os hábitos dos idosos, que fazem muitas vezes parte da sua história de vida, tendo em conta as necessidades de cada um.

“Levanto-me mais ou menos à mesma hora, faço os meus serviços que tenho que fazer, a higiene, a barba e depois normalmente vou almoçar ao café Luanda e passo lá um bocadinho do meu tempo (...) eu venho sempre para casa por volta das seis e meia sete horas, nunca passo a noite na rua, só quando vou ao restaurante do meu filho, mas é raro lá ir (...) Eu não tenho responsabilidades do dia a dia da vida e como estou só (...) o meu tempo é passado normal, tranquilo, quando preciso vou fazer as minhas compras, como eu sou guloso algum bolito ou assim comida para o fim de semana, comida grelhada, tomo o café e passo assim o meu tempo, felizmente” (EU2).

Algumas das rotinas dos idosos são mantidas com grande autonomia e com diversidade nos dias, na realização de tarefas e atividades. Foi notório que essas rotinas, na sua maioria, são mencionadas pelas pessoas que possuem maior suporte familiar, cujos familiares têm uma presença assídua na sua vida.

“(...) levanta-se de manhã, ainda faz o seu pequeno almoço, se for preciso faz o almoço (...) às vezes sai sozinha, pode sair, mas por exemplo o fim de semana é acompanhado por mim, em atividades ou aniversário ela vai connosco sempre. Vamos passear, às vezes vai connosco ao jardim, alguma exposição, pode ir ao cinema, já foi, até a concertos, tudo o que seja animação, é o que ela gosta (EF6).

A utente entrevistada 7 menciona também uma rotina ativa sem grande dificuldade e com acompanhamento da sua filha, que evidencia ser uma pessoa muito presente na sua vida.

“(...) vou à praça fazer as minhas compras, venho para casa, faço o almoço, ponho a roupa a lavar, apanho, faço ainda algumas coisitas quando a senhora da limpeza não vai (...) e pronto, faço o meu almoço, faço o jantar, faço uma panela de sopa todas as semanas, ponho em caixinhas e depois ponho no frigorífico e depois à noite vou tirando. Ao domingo geralmente venho aqui para a minha filha e é assim, passo assim o fim de semana (...)”

Por outro lado, os idosos com menos suporte familiar têm mais rotinas dentro da sua habitação, passando fins de semana sem ir à rua. “Geralmente estou em casa. A minha vida é fazer o almoço, o jantar para mim e para a mulher, mais nada, não faço mais nada, não tenho forças para isso” (EU5). Realizam as suas tarefas e atividades em casa, saindo apenas para o essencial, muitas vezes por medo e insegurança de andar sozinhos.

“(...) Acordo, faço a higiene como posso, as comidas levam-me, por exemplo por vezes a comida não me agrada e eu estou sempre prevenida de pescada congelada e cozinho! Além de cozinhar lavo, mas eu canso-me, mas quero fazer as coisas à minha maneira, devagarinho eu limpo a casa. Não faço mais nada porque... porque tenho medo de ir à rua sozinha (...)” (EU3).

Esse medo é também mencionado na perspetiva dos familiares, que acabam por assumir que a sua falta de disponibilidade é condicionante, mesmo sabendo que o seu familiar tem receio de ir à rua sozinho, não possuem disponibilidade para o acompanhar. A familiar entrevistada 5 menciona que ela não está em casa quando o seu pai chega ao final do dia e por isso ele passa a maior parte do tempo deitado. O idoso levanta-se apenas para comer, mas fica muito tempo a ver televisão pois não vai à rua porque tem medo.

A habitação é fundamental para a segurança e para o bem-estar do idoso e, neste caso, as rotinas são muitas vezes condicionadas pelas estruturas habitacionais o que, por conseguinte, condiciona a sua independência e qualidade de vida. Em muitos dos casos, dado a mobilidade reduzida e as estruturas habitacionais debilitadas, as pessoas evitam ir à rua e passam assim a maior parte do seu tempo em casa, embora ainda se sintam com autonomia. “Não saio de casa, não saio de casa porque me custa a andar, custa-me a sair. Moro no segundo andar, custa-me a subir aqueles 43 degraus (...)” (EU1).

Situações de isolamento e solidão também foram expressas nas rotinas. “No fim-de-semana levanto-me lá para a uma hora, depois vou comer, vejo um bocado de televisão e depois vou-me deitar novamente até à noite, (...) não faço nada, fico em casa. A ver televisão (...)” (EU10); “Como não posso fazer nada, sento-me lá no sofá. Não é todo o dia. No fim-de-semana acordo, fico por lá a regar as flores assim agarrada à bengala, e ando assim. Vou fazendo assim uma coisinha qualquer (EU9).”

O fator saúde é fortemente mencionado na perspetiva dos familiares, quando questionados pelas rotinas dos seus familiares, evidenciando a dependência física e cognitiva como potenciais influenciadores de rotinas monótonas. “Levanta-se nove horas mais ou menos, fazemos a higiene dela e pronto depois senta-se o sofá, está ali, depois almoça, vai outra vez um pouco para o sofá, vai à casa de banho e pronto passa ali o dia em casa, (...) levanta-se mesmo e não há cama para ela, sempre de pé” (EF1).

“(...) Ao fim de semana, acordo e eu vou-lhe confidenciar, eu as vezes nem a chamo muito cedo porque é pelo menos mais uma hora ou isso que ela não me dá cabo da cabeça, então o que é que faço vou aí por volta das 10h mais ou menos, dou-lhe o pequeno almoço e os comprimidos que ela toma de manhã e normalmente levanta-se, mas se ela não se quer levantar eu não me chateio muito. À hora do almoço é que não, vou lhe dar o almoço porque ela tem que comer (...)”

Ao domingo faço o almoço para a gente e depois normalmente vou dar um voltinha com ela, vou a um lado qualquer assim de carro, mas ela depois também não dá grande vontade de levá-la porque ela chega a casa e diz que não foi a lado nenhum (...) Não tem consciência, não sabe onde é que foi, não sabe o que é que comeu, não sabe nada disso” (EF3).

### **3.2.2. As Necessidades de Apoio aos Utentes e Familiares**

Associados às rotinas, estão os apoios que os idosos precisam quando não estão no Centro de Dia. Quando questionados sobre o assunto, as respostas foram dissemelhantes, justificadas pelas necessidades que cada um identifica para si e principalmente pela estrutura da sua rede.

Os utentes que possuem rotinas mais diversificadas e mais acompanhamento familiar são os que mais expressam não precisar de nenhum apoio quando não estão no Centro de Dia. “(...) Eu agora não preciso assim mais nada. Não... agora está bem porque também tenho família.” (EU6).

“Quando não estou?! Ah mas isso apoio tenho da minha filha, tenho uma filha e um genro e um neto adoráveis, que eu tenho impressão que se não tivesse já cá não estava neste momento (...) tenho o apoio todo deles, tenho sou muito apoiada por eles, a minha filha vai sempre comigo ao médico, às consultas e ela é que trata dessas coisas todas” (EU7).

Por outro lado, alguns dos utentes demonstraram sentir alguma vergonha e tristeza devido à falta de apoio por parte da família, evidenciando a ausência dos filhos na sua vida. “Quando não estou cá, gostava de ter mais apoio na família, porque desde junho do ano passado que o meu marido faleceu e a minha família desapareceu toda, não vão lá a casa, não sei nada, não sei nada da família, não sei nada” (EU8).

“Não tenho apoio (...) havia de ter apoio da filha e a filha nem tão pouco me telefona para aqui, já viu?! Nem para saber da mãe, nunca recebi aqui nenhum telefonema a procurar pela mãe, é isso é que eu não me sinto assim muito bem sem ter uma palavra, para procurar se a mãe está melhor ou não” (EU5).

Associado à ausência da rede informal, é também mencionada, por diversos entrevistados, a falta de companhia e de pessoas com quem conversar. “(...) sinto falta de companhia pelo menos sinto. Não quero dizer que sinto tristeza de estar em casa, não. Pelo contrário, eu gosto de estar na minha casa, mas... gostava de ter uma pessoa que de vez em quando lá fosse (...) (EU1).

“(...) gostava de ter por exemplo uma pessoa com quem falasse, cada um estar em seu lado, mas como eu também passei uma vida desde os 10 anos só, tanto em Portugal como lá fora, estou habituado a estar sozinho, não estranho. Recordo as pessoas e sinto a falta delas, mas não me faz diferença (...) Gostava de ter uma pessoa com quem conversasse, tomar um café, uma coisa assim, ou almoçar (...)” (EU2).

No caso da utente entrevistada 3, a integração em Lar é uma possibilidade na sua vida, tendo em conta que não tem relação com a sua filha e, por isso, vive com receio do seu futuro e com medo que possa não ter ninguém para socorrê-la caso tenha algum problema. “Para já, bem eu sei que não há vaga, quando eu estou no Centro de Dia eu estou acompanhada, não é?! Estou acompanhada, mas as forças já vão faltando, por exemplo dá-me qualquer coisa em casa, estou sozinha, não tenho ninguém, o apoio era ir para o lar (...) ir para o lar” (EU3).

A falta de companhia não é apenas mencionada pelos idosos, mas também pelos familiares entrevistados, que se referem à companhia como uma necessidade para os seus familiares, quando questionados sobre os apoios fora do Centro de Dia que acham que os seus entes necessitam. “Nas refeições e a companhia mesmo, alguém que fale, que esteja com ela. Ela sentir-se ocupada” (EF4); “Apoio na vida... se calhar companhia, alguém que vá passear com ela, que ela gosta é de passear e estar acompanhada” (EF6).

“Sei lá... Se calhar precisava de alguém que tivesse ao pé dela permanentemente e lhe contasse algumas histórias, talvez... não lhe posso assim muito precisar porque às vezes ela, o pior que lhe podem fazer é contrariá-la, não lhe fazerem o que ela pede (...) Ela precisaria de uma companhia mais permanente, eu penso que sim” (EF3).

Apoios como a confeção de refeições, higiene pessoal e toma de medicação, são também referidos nas perspetivas dos familiares, nomeadamente em casos onde a dependência já é acentuada.

“Eu acho que neste momento ele já necessita de apoio na comida, para vestir, porque se não ele não se veste, não sei se por incapacidade, se por preguiça, se as duas juntas. Eu acho que neste momento ele precisa de apoio em praticamente tudo, ele sozinho fica sozinho a ver televisão, deitadinho e não faz mais nada” (EF5).

No que refere aos apoios que os familiares entrevistados necessitam, enquanto cuidadores, foi evidente que, para muitos, a aceitação de algumas doenças, nomeadamente a demência, é um processo vivido com alguma dificuldade. A presença de idosos no seio familiar em processo demencial e a aceitação por parte dos seus familiares é cada vez mais frequente, sendo muitas vezes difícil, na medida em que muitos dos cuidadores informais não têm consciência dos cuidados especiais envolvidos (Rebelo e Lopes, 2017).

“Eu, para já, é aceitar, embora saiba tudo isto porque a teoria nós temo-la, mas aceitar que a minha mãe chegou a este patamar, ver a minha mãe a perder capacidades é uma coisa que ainda me custa muito muito a aceitar, tanto que eu acho sempre que não, que não... não ver as coisas com esta realidade. E depois é, exatamente o apoio que preciso, às vezes não há tempo, não consigo, fico em stress, é telefonar e ela não atende, porque é que não me atende o telefone, tenho que ir lá a

casa rapidamente, estou preocupada, portanto esta situação da segurança dela é também para me tranquilizar a mim” (EF4).

A demência é uma síndrome causada por inúmeros danos mentais como, por exemplo, alterações no humor, perda de memória, capacidade de aprendizagem, habilidade de raciocínio e concentração, bem como desorientação face ao tempo e espaço (Rabelo e Lopes, 2017). “(...) eu estou a aprender, eu estou a aprender a lidar com esta situação, embora isto já tenha uns 5 anos, 5 ou 6, está pior nos últimos cinco anos (...) há uns 5, 6 anos para cá piorou, muito mesmo e ela já era assistida em neurologia há muitos anos, anos largos que era assistida (...)” (EF3).

Face à doença e à dependência a que conduz, a necessidade de apoio ao nível da higiene pessoal é frequentemente mencionada pelos familiares, visto que os mesmos sentem que carecem de técnicas e força para exercer este tipo de cuidados “(...) ele neste momento graças a Deus só necessita de apoio para tomar banho (...) precisa que lhe façam a barba.”(EF2).

“Eu? Tudo (...) levantá-lo e sentá-lo e ir à casa de banho, eu estou completamente... se ele piora um bocadinho relativamente ao estado normal que já não é bom, eu já não tenho capacidade de o ajudar, porque nem sequer tenho força, porque envolve força, técnica e força. Ele está dependente pura e simplesmente, já” (EF5).

No caso dos familiares entrevistados que são cônjuges, nomeadamente maridos, as necessidades evidenciadas são distintas, o que se justifica pelo seu próprio estado de saúde. O entrevistado familiar 1, além de possuir um quadro clínico favorável, é um cuidador com disponibilidade permanente. Este menciona existir muita dependência física e cognitiva por parte da sua esposa, no entanto, não necessita de apoio e diz-se capaz de prestar cuidados sem ajuda.

“(...) já me ofereceram muitas coisas, mas eu não tenho querido nada, até assistência a tratar da roupa, a tratar da casa, a tratar dos banhos dela e não sei quê mais, eu vou por enquanto vou-me orientando sozinho. (...) senão tinha que estar dependente das pessoas que tinham um horário para lá ir a casa, e assim quando tenho tempo trato da casa, trato isso da roupa (...) vou fazendo, por enquanto vou fazendo” (EF1).

Por outro lado, existe a perspetiva de um marido com pouca disponibilidade dado a sua situação clínica (familiar entrevistado 3) que, além de não saber lidar com a doença da sua esposa, sente não ter capacidades físicas e/ou cognitivas para cuidar com qualidade.

“(...) acho que ela necessitava de internamento num sítio para lidar com ela, alguém conhecedor disso porque eu também não sou conhecedor, eu estou a aprender, eu estou a aprender a lidar com esta situação, embora isto já tenha uns cinco anos, cinco seis, pior os últimos cinco anos (...) há uns 5, 6 anos para cá piorou, muito mesmo e ela já era assistida em neurologia há muitos anos, anos largos que era assistida (...)” (EF3).

#### 4. Serviços no Centro de Dia

O Centro de Dia é uma resposta social que presta um conjunto de serviços diversificado, além das atividades de animação e estimulação cognitiva. Alguns dos entrevistados mencionaram não usufruir de nenhum dos serviços que o Centro de Dia contempla, realçando o próprio Centro de Dia como o apoio mais importante. “Nenhum dos que mencionou, mas beneficia de apoios muito importantes para mim, portanto dos que mencionou nenhum, mas beneficia... ele gosta imenso de vir” (EF2).

A Enfermagem é dos serviços mais usufruídos pelos utentes dos Centro de Dia. Além do acompanhamento permanente da equipa de enfermagem, com alguns serviços sem custos adicionais, também é realizada a administração de medicação, sempre que os utentes pretendam e assim se justifique. “(...) Tenho apoio da enfermeira e dos comprimidos, as minhas noras mandam os comprimidos e ela cá faz as doses diárias que eu devo tomar” (EU8). Os cuidados de enfermagem aos idosos devem ter inerentes as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, podendo assim proporcionar um conjunto de respostas adequadas às necessidades dos mesmos, dando assim visibilidade aos cuidados prestados nos diversos contextos (Carvalho, 2009).

Apesar de ser um serviço que está acessível a todos os utentes, não é visto por todos como tal. Muitos idosos percecionam-no como um serviço para recorrer apenas em casos estritamente necessários e não como acompanhamento ou prevenção como, por exemplo, controlo de tensão e glicémia. “Enfermagem ela não necessita, porque não tem nada que ainda o justifique (...)” (EF4); “(...) centro tem tudo isso, mas eu nunca frequentei nada disso (...)” (EU1).

Chegou mesmo a ser mencionado como um serviço desconhecido por parte de alguns dos entrevistados, como é o caso da utente entrevistada 3, “Não tenho nada disso, não tenho. Não sei se tenho direito a esse apoio (...)”.

A Fisioterapia é também um serviço que alguns dos utentes usufruem, a grande maioria por forma de prevenção e manutenção, e não de recuperação. “Tenho fisioterapia (...) que é uma terapeuta muito boa, bastante mesmo, muito boa (...)” (EU6).

O fisioterapeuta atua de forma educativa, incentivando os bons hábitos de saúde, nomeadamente ao nível do sono, alimentação, lazer e higiene. Promove atividades físicas de cariz preventivo a futuras complicações, atua em situações de forma a inviabilizar agravamentos de internamentos, quedas e condições gerais da vida (infecções respiratórias, crises de hipertensão, etc.) que levam à perda da qualidade de vida (Albiero *et al*, 2005). Desta forma, é sentido pelos utentes como um serviço de grande necessidade “(...) fisioterapia estou

agora...por causa das mãos (...) (EU1); “Gostava de fazer a fisioterapia que não fiz” (EU4); “Ela precisa de fisioterapia (...) a fisioterapia ela precisa” (EF3).

Além dos serviços de enfermagem, também os cuidados de imagem são um dos serviços mais evidenciados pelos entrevistados. Este serviço auxilia os idosos ao nível dos cuidados de higiene, potenciando certos hábitos como, por exemplo, cortar as unhas e lavar o cabelo. No entanto, é principalmente um serviço que sustenta a sua autoestima e o seu bem-estar, “Nos cuidados de imagem tenho a cabeleireira do Centro” (EU6); “(...) quando preciso de arranjar o cabelo, é cá” (EU8).

Na perspetiva dos familiares, embora seja um serviço que os idosos não usufruem com tanta frequência no Centro, os cuidados de imagem são igualmente valorizados, sendo efetuados pelos familiares ou por recurso a serviços da comunidade. “Beneficiou poucas vezes, o cabeleireiro vai comigo aos fins de semana e acabamos por fazer ao fim de semana porque também me dá muito prazer fazer com ela (...)” (EF4); “(...) já usufruí do cabeleireiro algumas vezes, às vezes sou eu que lhe lavo a cabeça, seco, estico e pronto (...)” (EF1).

A existência de alguns apoios/serviços no Centro de Dia não invalidam a necessidade da existência de outros. Esta necessidade é apenas sentida por parte dos familiares, uma vez os utentes entrevistados verbalizaram que não existem outros apoios que necessitam e que se sentem satisfeitos com o que existe atualmente. “Não, não me faz falta mais nada, eu estou satisfeito de estar cá e sinto-me bem de cá estar (...)” (EU5); “Não, aqui no Centro não. Também não podem fazer mais do que fazem (...)” (EU9). O desconhecimento da possibilidade de existirem outros serviços/apoios que possam colmatar as suas necessidades foi evidenciado pelos utentes entrevistados.

A maioria dos familiares expressou vontade na existência de um serviço de Psicologia. O papel dos psicólogos no envelhecimento é de extrema importância pois estes profissionais podem responder adequadamente aos desafios que o próprio envelhecimento coloca. Tal deve-se à sua formação e conhecimentos face aos comportamentos, aspetos cognitivos e impacto psicológico e social do processo de envelhecimento. São assim profissionais com uma elevada preparação para desempenhar papéis em diferentes contextos de vida dos idosos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

“Eu não sei, mas eu penso que a única coisa que podia ser benéfico a psicologia (...) o acompanhamento psicológico, isso poderia eventualmente, mas também não estou a dizer que é uma prioridade (...) não posso garantir que isso possa ter algum benefício, mas pronto um psicólogo sempre é outra coisa, são pessoas experientes” (EF3).

A necessidade de um profissional da área de Psicologia deve-se, em alguns casos, à existência de diagnóstico de demência nos idosos, “Ah a psicologia é sempre bom, seria benéfico, porque uma pessoa com tendência para a demência, não é, não é para voltar para trás, às vezes ajuda a encontrar-se, a estabiliza” (EF6); “Eventualmente psicológico (...) porque a maior parte destas pessoas quando já começam com as demências, nos ‘parkinsons’ e nos alzheimers, é por ai que vamos e é ai que falta o apoio (... )” (EF5). O psicólogo surge para diagnosticar e avaliar as perturbações emocionais e mentais, assim como intervir ao nível da adaptação social. Surge também com o objetivo de acompanhar a pessoa, contribuindo para a promoção de comportamentos e modos de vida mais saudáveis (Rodrigues, 2004).

A familiar entrevistada 4 menciona a Terapia Ocupacional como possível apoio/serviço no Centro de Dia, realçando a importância da estimulação cognitiva nos idosos, associada à parte lúdica e às dinâmicas que se podem implementar.

“Terapia ocupacional (...) eu acho que a estimulação cognitiva associada à parte lúdica, nós sabemos que os idosos, obviamente que não os conseguimos motivar facilmente e às vezes é “eu já fiz, alguém que vá fazer por mim, olha agora esta está a ter esta ideia”, mas acho que é contagiante, ocupação gera ocupação e leva uns atrás dos outros dentro daquilo que são as suas capacidades para conseguirem fazer as coisas, mas acho que é necessário e as coisas estarem um bocadinho mais adequadas àquilo que é a faixa etária e acho que há jogos giríssimos, há dinâmicas que se podem implementar e uma terapeuta ocupacional tem algumas ideias e trás alguns benefícios que pode partilhar com a equipa, portanto o ponto de vista da terapia ocupacional acho que era importantíssima” (EF4).

A Terapia Ocupacional nos idosos atua através da estimulação do autoconhecimento e autocuidado, potencia o aumento da autoestima das pessoas, promove condições para lidar com as suas potencialidades e, conseqüentemente, trabalha a construção de uma forma própria do idoso se relacionar com o seu meio social, atuando autonomamente (Ferreira e Clos, 2006 citado por Almeida, 2011).

## **5. Atividades Socioculturais no Centro de Dia**

Quando questionados sobre as atividades que mais gostam de realizar no Centro de Dia e, no caso dos familiares, quais consideram ser as mais benéficas, as respostas foram diversas. Os utentes entrevistados mencionaram a atividade física, a informática, os passeios e a pintura como as atividades que mais gostam de realizar, “Pintura, pintura e gosto de moldar também, mas pintura, desenho, pintura é o que eu mais gosto de fazer na vida (...) já tenho dança, tenho caminhada que é uma coisa que eu gosto muito de fazer, um bom professor e tenho ginástica

(...)” (EU6); “(...)Gosto de ir à missa, de passear de vez em quando também, também gosto de dar um passeiozinho, gosto sim senhora!” (EU7).

Na perspetiva dos restantes utentes entrevistados, estes salientam como atividades que gostam mais de realizar as que não exigem esforço físico, bem como o próprio convívio com as outras pessoas, tendo em conta que a sua condição física não lhes permite a realização de outro tipo de atividades. “É estar a fazer a sopa de letras, não posso fazer mais nada não tenho possibilidades de fazer mais nada (...)” (EU5); “Gosto de conversar com as pessoas, gosto de conversar com elas (...)” (EU8); “É o convívio com as velhotas. As empregadas são impecáveis” (EU10).

O desconhecimento por parte dos familiares em relação às atividades executadas no Centro de Dia é realçado e, desta forma, a maior parte deles não conseguiu responder à questão colocada. Não têm conhecimento sobre as atividades que os seus familiares realizam ou as dinâmicas em que participam, além dos passeios e atividades ao exterior que são comunicados pela Assistente Social responsável. “Não sei, não sei concretamente o que é que ela cá faz, de qualquer modo o tempo que ela cá passa é muito bom e ela sai de cá muito bem-disposta também, agora o que faz cá, ela não sabe e eu já lhe tenho perguntado e ela não sabe” (EF3).

“(...) Ele não gosta de explicar nada, e tudo o que seja coisas boas para ele nunca explicou, mas já com a minha mãe era a mesma coisa, pronto é assim deve ter a ver com a doença dele. (...) Não sei se ele interage muito, eu queria tirar um dia para vir aqui falar, não sei se ele interage, pronto não sei porque ele não explica nada (...)” (EF2).

A falta de tempo para se deslocarem ao Centro de Dia e acompanharem o dia a dia dos seus familiares é mencionada frequentemente pelos familiares entrevistados. A inexistência de diálogo entre os familiares é também indicada, “Das atividades não estou cá durante o dia para apreciar as atividades não é, mas não sei (...) não sei como é que ela reage a isso” (EF1).

“Eu na verdade não sei muito bem o que é que ele realiza, ele não diz muito e eu também não pergunto, nós não temos muito diálogo, mas eu não o vejo muito interessado em fazer seja o que for, eu vejo-o mesmo em casa, vejo-a em casa a estar sossegado a ver televisão ou que estejam ali à volta dela a ouvi-lo a contar histórias e pronto... não o vejo muito interessado em atividades, nem em pessoas, não vejo!” (EF5).

Por outro lado, tal como alguns utentes entrevistados, também os familiares mencionam os passeios, a informática e a ginástica, que além de serem bastante benéficos pela sua estimulação, são percecionados com prazer pelo simples facto de relembrem as atividades ao contar o que fizeram. “(...) os passeios, a informática, a ginástica e a caminhada, são diferentes. A informática acho que é bom porque ela achava que não ia aprender e já aprendeu alguma

coisa e sabe fazer (...) os passeios porque ela gosta muito de passear e acho que o sair dá-lhe mais alento e até autonomia” (EF6).

“Ela gosta muito da informática, e da ginástica também gosta e, depois quando lhe pergunto que outra coisa faz, percebo que há alguma confusão, mas não devem ser coisas que lhe deem muito prazer, por isso é que eu acho que a ocupação podia ser mais diversificada. Para já porque o facto de lhe darem o prazer dela as recordar e de me as transmitir e dizer (...) às vezes o dia pode não ser exatamente o que ela está a referenciar, mas deu-lhe prazer porque o está a referenciar e manifestou isso. Outros dias quando eu lhe pergunto como foi a ginástica ela ri-se e diz ‘ah hoje fiz não sei o quê, o professor é muito simpático’, pronto, mexeu-se, gostou, ficou ativa, pronto. A parte da informática, ela até diz ‘ah hoje estive no tic tic tic, e vi os nomes’, tudo a faz recordar, toda a parte cognitiva ali a põe a trabalhar e eu acho que é muito, muito importante. O resto, quando ela não me sabe dizer é porque aquilo lhe passou um bocadinho ao lado” (EF4).

Questionados sobre a possibilidade de existência de outras atividades, caso pudessem escolher, na sua maioria, os utentes não escolheriam mais nenhuma, na medida em que sentem que o que existe é suficiente, “Não sei o que é que será... Eu penso que as atividades estão boas como estão. Também, o que é que as pessoas querem mais?” (EU9). Os utentes entrevistados que mostraram interesse na existência de outras atividades, referiram-se a atividades de ligadas à música e ao canto, assim como atividades de cultura geral, “Cultura geral. Tudo o que seja aprender! Coisas antigas, romanas, dos celtas, dos maias. Adoro isso” (EU10).

Os familiares, por outro lado, mencionaram não conseguir responder, dada a situação clínica dos seus entes, nomeadamente a demência, o fraco diálogo e sentimentos de desinteresse por parte dos idosos.

“ Eu não o vejo interessado, eu acho que ele já está um bocadinho alheado e ele só quer que o deixem em paz, mesmo as caminhadas, eu não sei se por exemplo ele fica um bocadinho cansado (...) mas de facto quando ele vai a qualquer atividade ao exterior, ele gosta, mas é difícil levá-lo. Eu não o vejo interessado por iniciativa própria em coisa nenhuma. Eu acho que o meu pai nunca se interessou muito (...) nunca teve atividades e não sabe ocupar-se, nunca soube, além destas atividades, estar em casa ou ocupar-se de qualquer coisa isso nunca fez parte do modo de ser dele, eu acho que ele não... fazia imensas palavras cruzadas há uns tempos, esse tipo de coisas ele fazia, deixou de fazer à relativamente pouco tempo, sobretudo palavras cruzadas já nem fazia tanto os outros, isso sim, lia o jornal, mas deixou de fazer tudo isso” (EF5).

## 6. Individualidade dos Utentes

A equipa de colaboradores, o convívio, os outros utentes, a companhia e atenção que sentem ao frequentarem o Centro de Dia, são indicadores apontados pelos utentes como o que mais gostam na resposta social. “A atenção que me têm dado, a atenção, o carinho que para mim é muito importante e a amizade sincera” (EU3); “É o convívio, gosto de estar com as empregadas que cá estão, são simpáticas e tanto como as doutoras, falam-me muito bem, portanto estou satisfeito” (EU5); “Gosto de viver com as pessoas que cá estão, gosto delas, gosto” (EU7).

A comida é um dos elementos fortemente mencionados pelos utentes como algo que menos gostam, “É o comer, a sopa gosto agora o comer não. De resto, gosto de tudo” (EU5). O barulho é outro fator mencionado pelos idosos,

“Gostava de mais silêncio porque há aqui muito barulho, faz-se muito barulho ali, as pessoas conversam muito, é todo o dia, todo o dia, às vezes estão a ler e nem consigo concentrar-me no que estou a ler. O que eu não gosto é do barulho, porque eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei muito de silêncio, de estar sossegada na minha vida, sossegadinha e o barulho trastorna-me muito a cabeça sabe, às vezes quando vou para casa vou com a cabeça (...)” (EU7).

Relativamente à perspetiva dos familiares, estes referem que o que mais gostam na resposta social é o tratamento e o atendimento que recebem por parte de toda a equipa, a atenção e o cuidado perante os seus familiares, o que leva a sentimentos de confiança e satisfação.

“Gosto imenso do atendimento, da recetividade e da disponibilidade que sempre tive e, o acolhimento que tenho, a forma como a minha mãe diz que é tratada, e eu sinto isso porque a vejo bem, uma pessoa que não queria de todo vir para o centro de dia, não de todo nem pensar, nunca na vida e vejo-a feliz, vem bem, está bem e eu sinto-me muito bem porque sinto muita confiança. E sinto muito, por determinadas pessoas que estão com ela” (EF4).

No que respeita a pontos negativos, a maioria dos familiares referem não encontrar pontos que não gostam no Centro de Dia, “Não tenho assim uma coisa que goste mais e outra que goste menos, neste momento está tudo no mesmo nível e acho que está bem” (EF2). Apenas a familiar entrevistada 4 aponta as instalações e a diversidade de atividade como uma falha, “Se calhar as instalações, e se calhar uma falha de diversidade de entretenimento, a tendência que as vezes eles possam estar mais... é difícil e não podemos querer que eles estejam todos espevitados e a fazer tudo, mas se calhar mais oferta de propostas de atividades.”

## 6.1. Preferências e Necessidades dos Utentes

As preferências de cada um são variáveis, tendo em conta a personalidade, o modo de vida e o modo de estar de cada pessoa. Quando questionados face à preocupação que existe no Centro de Dia em relação às suas preferências, na sua maioria, os idosos sentem que existe interesse no que diz respeito às suas escolhas, preferências e sentimentos, “(...) há uma certa preocupação, dão-me as coisas que veem que eu gosto de fazer, eu gosto de fazer as pinturas, as coisas de mãos, eu gosto muito de fazer isso e sempre sou chamada quando há qualquer coisa para fazer disso” (EU6); “sinto que têm carinho por mim e que têm cuidado, quando vamos para qualquer lado têm imenso cuidado com as pessoas de idade, assim como eu (...)” (EU1).

Uma minoria de utentes menciona que não sentem essa preocupação, dando o exemplo da inexistência de cuidados face às suas preferências alimentares, “Olhe eu não tenho sentido o cuidado, por exemplo eu não gosto nem devo comer atum, aquele peixe salmão (...) o meu organismo, o meu estomago não podem, e por vezes vem cru, não há preocupação (...)” (EU3). Os idosos mencionaram também a pouca disponibilidade por parte das colaboradoras face às preferências de cada um, tendo sido justificada pelo excesso de trabalho que apresentam “Isso não é tanto, elas não podem (...) Eu vejo que elas não podem. Tomara eu que elas deem conta do recado delas (EU9).”

Alguns dos familiares consideram que, embora exista uma preocupação por parte da equipa em responder às preferências dos idosos, os seus entes já não são detentores de preocupações nem preferências, dada a dependência ao nível cognitivo, “É difícil porque ela não tem voz ativa para preferências(...) o que lhe fazem, ela sente-se bem, tratam-na bem (...)” (EF1); “Eu acho neste momento ela já não prefere nada, já quer saber nada (...)” (EF3).

Por outro lado, referem que existe um esforço evidente em tentar dar atenção às preferências de cada um,

“Eu acho que há e acho que as pessoas tentam, porque senão ela se a obrigassem a fazer alguma coisa ela estaria muito infeliz, acho que há essa preocupação, “o que é que quer fazer? Não quer fazer?” e o cuidado e até de a motivarem quando ela não quer fazer alguma coisa porque também sei que é difícil, de a levarem a fazer. Portanto acho que isso é muito bom” (EF4).

Além do atendimento e do respeito pelas preferências de cada um, também estão presentes no Centro de Dia dinâmicas que colmatam as necessidades dos idosos,

“Eu acho que tudo vai encontro às necessidades. Eu vim por causa da solidão, por causa de ter a companhia (...) ia todos os dias ao restaurante, nunca mais fiz comida em casa desde que fiquei viúva, o meu marido gostava do que eu cozinhava e eu muitas vezes cozinhava para ele (...) respondem porque tudo isso preenche o meu tempo, a minha solidão” (EU4).

As necessidades sentidas pelos idosos estão na sua maioria relacionadas com a companhia, o tempo que passam no Centro de Dia, as refeições que usufruem e as atividades que realizam, “As dinâmicas são a passagem do meu tempo aqui, as refeições e o convívio” (EU2); “(...) o Centro é bom. Ajuda-me muito! A estar aqui, a vir para aqui, a comer, a beber (...)” (EU9). O Centro de Dia é assim visto pelos idosos como a própria dinâmica que dá resposta ao que mais necessitam, “Estar com muita gente, conhecer mais pessoas (...)” (EU6).

A existência de atividades, bem como a diversificação das mesmas, são dinâmicas que os familiares consideram ir ao encontro das necessidades dos idosos, “Existe por exemplo a informática (...)” (EF2).

“Eu acho que essas dinâmicas existem, tal como eu dizia, o facto de terem saídas, o facto de terem as atividades da ginástica, da informática, pronto as cantorias que elas por ai fazem de vez em quando, até a pareceria com as crianças para ela é uma coisa que lhe dá imenso prazer, ela adora crianças, durante um tempo tomou conta de crianças, quando tem crianças ao pé a minha mãe volta a ser um bocadinho... rejuvenesce, portanto eu acho que essa parceria é muito bom. De facto, vão de encontro ao que necessita, não são desajustadas de todo” (EF4).

Neste seguimento, face à possibilidade de existirem outras dinâmicas que fossem benéficas para os idosos, a maioria dos familiares menciona a existência de outras atividades que colmatassem essas necessidades, nomeadamente trabalhar as AVD's, que muitas vezes acabam por cair no esquecimento, a estipulação de tarefas e a preocupação com os cuidados de imagem. É também sugerida a existência de dinâmicas que “preenchem” o tempo quando os familiares não conseguem dar resposta,

“(...) No fundo as dinâmicas deviam ser para quando nós não conseguimos estar com eles, porque se nós não estamos o dia todo em casa, e sei lá, por exemplo quando ele está pior (...) uma ocupação em casa, ou alguém para o acompanhar em casa, por exemplo. Um apoio a quem eu pudesse recorrer quando eu não consigo (...)” (EF5).

## **7. Participação Ativa no Centro de Dia**

Não são evidenciadas pelos idosos, em grande número, possíveis mudanças no Centro de Dia. A grande parte dos utentes entrevistados menciona não existir nada que seja necessário mudar no Centro de Dia, seja por serem da opinião que as coisas estão bem como estão, ou porque sentem que não têm autoridade para o fazer, “É complicado. Não tenho ideias. Não mudava nada. Quem sou eu? Não mudava nada. Ficava tudo na mesma. Não tenho competências” (EU10).

As possíveis alterações referidas estão relacionadas com o que os idosos mencionaram previamente gostar menos no Centro de Dia, tal como o barulho e a alimentação. “(...) o menos barulho possível. Que é muito barulho. Que as senhoras a falar é uma coisa horrível. Mas eu às vezes eu estou lá e venho para a varanda, porque não fui habituada assim (...)” (EU9); “(...)A comida para mim, era melhorar um bocadinho” (EU3).

No caso dos familiares, também as possíveis mudanças estão, em alguns casos, relacionadas com as instalações, ou até mesmo com a existência de um maior número de recursos humanos, “(...) As instalações se calhar mudaria, criava diferentes áreas, com mais espaços para fazerem diferentes atividades, para eles próprios poderem também escolher, ou levados a... basicamente mais ao nível das instalações, resto... (EF4); “Se calhar mais pessoas a trabalhar com as pessoas idosas, mais gente para colaborar (...) Não quero dizer para a minha mãe que ela tem mais autonomia, mas em relação a outras pessoas (...)” (EF6).

Alguns dos familiares referem mudanças relacionadas com o acréscimo de serviços que complementassem o Centro de Dia, nomeadamente a existência de um Centro de Noite, e recursos que dessem resposta em casos de emergência, “(...) que houvesse um Centro de noite para alguma vez que eu precisasse de o deixar uma noite (...) É uma necessidade que eu pudesse deixá-lo uma ou duas noites” (EF2); “Eu acrescentaria mais apoio, acrescentaria, mas não sei se é viável, mas era o ideal, na realidade se eu tenho algum problema fora do horário do centro de dia, é o caos, ou recorro a tios, ou recorro a primos, ou recorro a vizinhos, é o que tiver (...) ou recorro a bombeiros, o que até demora algum tempo” (EF5).

A participação dos idosos, relativamente às regras e normas de funcionamento do Centro de Dia, é nula. Esta fraca participação é explicada pelo facto de considerarem que não há nada que quisessem alterar e, por isso, não percebem a necessidade de fazer sugestões face ao assunto. “Para mim está tudo muito bem organizado, sinto-me feliz (...) Não, não faço questões sobre isso, são regras do centro e têm que se cumprir” (EU5). A inexistência de participação é também, em alguns casos, justificada pelo facto de serem questões que nunca foram abordadas junto deles e, por se tratarem de questões nas quais acham que não podem participar “Não, nunca fui abordado, nem eu também nunca me atreveria agora a entrar numa situação chamada alheia (...)” (EU2).

Na perspectiva dos familiares, estes não realizam quaisquer sugestões, por considerarem não existir necessidade de o fazer. Referem terem sido sempre bem atendidos e obtido resposta face aos seus pedidos e necessidades, “Não porque não vi nada que fosse necessário fazer essas sugestões, por aquilo que eu vejo, é o bastante, para a minha esposa (...)” (EF1); “Não, não faço isso, eu não tenho razão nenhuma de queixa do centro de dia, as coisas têm funcionado sempre

dentro daquilo que eu esperava, nunca pedi nada que me dissesse taxativamente que não, porque eu também procuro não pedir coisas impossíveis (...)” (EF3).

A valorização de opiniões é percebida de formas muito distintas pelos idosos. Um dos utentes entrevistados menciona que não existe valorização sobre aquilo que diz ou opina, “Ah isso nunca valorizam nada, isso não. Às vezes já tenho dito qualquer coisa e não valorizam nada” (EU8). Por outro lado, alguns dos entrevistados referem que não têm o hábito de dar opiniões por isso não sabem se estas são valorizadas.

A valorização da opinião dos utentes, na maioria dos casos, é sentida através de dinâmicas e comportamentos que os próprios desempenharam, “(...) penso que sim (...) através de por exemplo algumas coisas que eu tenha organizado, por exemplo a horta” (EU2).

Para alguns utentes entrevistados, a valorização do que dizem e pensam depende da pessoa a quem se dirigem no Centro, “Depende da pessoa, eu sei por vezes querem fazer mais aqui, mas também não podem e eu compreendo muito bem isso e embora eu não tenha estudos, mas sei reconhecer realmente o esforço que as pessoas fazem” (EU3).

Os familiares percebem a valorização da sua opinião de forma positiva, mencionando que todas as pessoas do Centro de Dia têm em conta o que referem, não apresentando qualquer queixa, “Das pessoas com quem falo mais no centro, sempre que eu expresso alguma coisa eu acho que é tido em conta e é reconhecido” (EF4).

A valorização das opiniões é exemplificada através das autorizações para atividades,

“(...) nunca até hoje houve qualquer atividade ou qualquer tipo de proposta que eu não tenha sido informada e até com a intenção de dar autorização, de autorizar, portanto isso é uma forma, não só vale para a autorização que teria que existir sempre, mas até para a opinião, por exemplo quando sou confrontada com a possibilidade de fazer natação e eu digo “não, olhe ele não gosta” sou respeitada” (EF5).

## **8. Relações Interpessoais dos Utes**

O incentivo ao estabelecimento de relações interpessoais é algo bastante evidenciado pelos utentes do Centro de Dia, tendo em conta que, na sua maioria, as suas relações sofreram alterações positivas através do ganho das mesmas. “(...) Foi uma bênção que Deus me deu estar aqui, ganhei nas relações, ganhei na amizade, as pessoas serem atenciosas comigo, muito atenciosas (...)” (EU3); “Sim, sim (...) vieram aumentar” (EU10).

O Centro de Dia é olhado pelos utentes como um forte impulsionador de relações na sua vida, maioritariamente pela aquisição de amizades, “Eu entrei no Centro de Dia há uns anos e sempre fiz amizades, amizades que ainda continuam, há pessoas que me conheceram antes,

agora tenho amizades mais sólidas. Sim, sim, sim, melhorei sim (EU6); “Isso sempre se faz, sempre se conhece as pessoas. Eu também não estava habituada a falar muito nessas coisas. Ganhei muito desde que aqui estou!” (EU9).

Na perspectiva dos familiares, o Centro de Dia é também um forte contributo na aquisição de relações e na manutenção das relações já existentes, “Eu acho que ajuda a conviver, a conviver os utentes uns com os outros, acho que sim, o centro de dia ajuda bastante (...) Eu sinto que quando chega a casa que está bem e quando eu venho buscar também está bem” (EF3).

Os familiares sentem também que existe uma preocupação em realizar atividades e dinâmicas que envolvam a família, embora a sua assiduidade seja, muitas vezes, reduzida.

“Sim, eu acho que fazem muitas dinâmicas que envolve famílias e pronto o que é bom. Eu sinto-me um bocadinho a voltar à creche dos meus filhos, que eu digo vou à festa da minha mãe, mas acho que isso também é importante. E entre ela que também faz amigas e é um ponto de encontro com pessoas que eram da mesma geração e encontram-se aqui e outros reconhecem-se e outros são mais sociáveis e gostam mais de fazer amigos, outros menos e também fazem amigos para poderem estar a discutir. Mas acho que é fomentado e que acontece e estimulado” (EF4).

## **9. Oportunidades dos Utentes e Familiares**

As alterações que os utentes e os familiares sentiram nas suas vidas são consideradas pelos mesmos, como oportunidades de viverem melhor e com mais qualidade. Quando questionados face às alterações que sentiram na sua vida, após a integração em Centro de Dia, respostas como a da utente 8 entrevistada, evidenciam um aumento de ocupação na sua vida “(...) eu estava mais tempo sentada em casa, sempre a pensar nas coisas e assim tenho uma distração e distraio-me, estou mais distraída e mais ativa.” (EU9).

Outros entrevistados referem o aumento de proteção e de bem-estar na sua vida, com a certeza de que têm um sítio para ir e uma rotina na sua vida. “Mudou realmente eu estar fisicamente mais calma, mais sossegada e sei que estou protegida, estou protegida!” (EU3); “Algumas coisas, por exemplo sempre tenho uma certeza de onde passar o meu dia a dia, as refeições e o bem-estar de estar aqui” (EU2).

O que os familiares consideram ter mudado na vida do seu familiar, além de colidir com aquilo que os utentes responderam também são mencionadas outras alterações, como o acompanhamento permanente, a alteração de comportamentos de forma positiva, a segurança, o cuidado e a existência de rotinas. “Está mais cuidada, com maior segurança. Acho que ela está mais feliz, sem dúvida porque não está em casa (...)” (EF4).

“Muda porque ela não está tão isolada, mesmo ela não falando normalmente com as pessoas, tem ali o apoio, normalmente vão lá cumprimenta-la Toninha isto, toninha aquilo... e pronto e ela sente-se , deve sentir-se acompanhada, não está isolada conforme esta casa, mesmo comigo não é, estamos ali os dois sentados mas ela não me vai dando muita atenção. Aqui não, está permanentemente ali alguém perto dela.” (EF1).

A frequência da resposta Centro de Dai também causou algumas alterações na vida dos familiares, nomeadamente o descanso nas suas vidas, maior liberdade para poder trabalhar, mais tranquilidade e mais segurança.

“Maior estabilidade e mais tranquilidade, no fundo estar tranquila, saber que ele está entregue, que não está sozinho e que não está abandonado em casa, não é? Trouxe-me a possibilidade, que eu já estava a perder o controlo de conseguir estabelecer horários na minha vida, conseguir estabelecer compromissos, que eu já estava a perder essa capacidade, por completa incerteza que se hoje está bem e amanhã está mal.” (EF5).

### **9.1. Objetivos de Vida dos Utentes**

Existem inúmeras formas de envelhecer e de viver o envelhecimento, e por isso é importante que se entenda que qualquer uma dessas pessoas carrega consigo a sua história de vida, determinada pelo seu património genético e pelo seu património psicossocial (Sequeira e Silva, 2002).

Os objetivos de vida são considerados por cada um dos utentes entrevistados tendo em conta toda a sua história, as suas rotinas, os seus hábitos, as suas necessidades e preferências. Estes objetivos são percecionados essencialmente no sentido que encontram para os seus dias que, em alguns casos, não existe.

Alguns idosos referem não ter nenhum objetivo de vida uma vez que, a morte de entes queridos, a sua condição clínica e a desvalorização pessoal e por parte de familiares, causam sentimentos negativos em si.

“Ai é que está, às vezes pergunto a mim mesma onde é que isto me leva, onde é que eu chego, com a idade a pessoa vai ficando velha e não sei, nem eu sei (...) não, acho que às vezes até já tenho perguntado ao Padre qual é o sentido da vida e ele diz assim, ‘bem não sei dizer’. Porque acho que o sentido da vida tem que ter um propósito e o meu propósito antigamente era fazer feliz o meu marido, estar com ele, fazer a vontade dele, quer dizer ir com ele para todo o lado, eu era enfermeira, pouco trabalhei, deixei de trabalhar para o acompanhar para todo o lado porque ele também era uma pessoa doente, era um leucémico e pronto o meu propósito de vida era ajudá-lo a ser feliz também, ele não vivia feliz por não ter saúde boa. Portanto eu era a companheira dele para todo o lado, corri quase a Europa toda (...) agora ele já não está cá” (EU4).

O utente entrevistado 10 menciona,

“Objetivo de vida? É partir para outra. Não! Que objetivo de vida com esta idade? É viver um dia de cada vez. Que objetivos? O objetivo era trabalhar, ganhar mais dinheirinho. Pelo menos se não fosse para os meus filhos, para os meus netos. Deixar uma coisinha para eles. Porque eu trabalhei tanto, mas fui um falhado. Também fiz muitas asneiras na vida. Curti bem a vida. Graças a Deus curti. Curti muito em Espanha. Trabalhei muito. O meu objetivo era criar os meus filhos e criá-los. Pronto, acabou. Eu aos 25 anos já tinha três. Fiquei com três logo (...)”.

No caso dos utentes entrevistados 2 e 9, os seus objetivos de vida passam por estar no Centro de Dia, considerando que é a única resposta que encontram para a sua vida, que os mantêm vivos e com vontade de sair de casa.

“O meu objetivo de vida é vir de casa para aqui e é o meu projeto (...) o centro de dia contribui, tem a carrinha para me levar e trazer” (EU1).

Por outro lado, alguns dos idosos idealizam para si objetivos muito concretos que não passam apenas por estarem no Centro de Dia. Esses objetivos são, por exemplo, ajudar pessoas carenciadas, adquirir uma habitação própria, continuar a viver em harmonia, paz e sossego. “Eu gostava de ajudar os outros, era isso que eu mais gostava na vida, era ajudar aqueles que precisam. (...) não sei se ajuda. Mas eu acho que realmente o Centro de Dia ajuda muita gente e por isso faz-me querer ajudar também” (EU6).

Nestes casos, quando questionados de que forma é que o Centro de Dia ajuda na concretização e realização dos seus objetivos, a grande maioria não soube responder, nem mencionar de que forma a resposta social é uma influência para a sua realização pessoal. “O meu objetivo... manter a mesma coisa como está, gostava de ter uma casinha isso é que eu gostava, mas não há possibilidade. Isso é que eu gostava (...)” (EU5).



## CONCLUSÃO

A presente investigação iniciou-se com a pergunta, “*Qual a perceção dos idosos e familiares sobre a resposta social Centro de Dia?*”. O objetivo geral prendeu-se com a análise da adequação da resposta dada pelo Centro de Dia do CSPSJB face às necessidades identificadas pelos idosos e famílias. Os objetivos específicos dizem respeito à identificação dos perfis dos utentes que frequentam a resposta social Centro de Dia, à identificação das suas necessidades, e por último ao entendimento das necessidades e/ou perspetivas dos familiares do Centro de Dia.

Um dos maiores desafios da sociedade atual é o envelhecimento demográfico da população. Este aumento da população idosa tem sido verificado não só a nível da Europa, como ao nível mundial. Segundo dados do INE de 2015, Portugal é o 4º país com maior proporção de idosos. Um relatório recente (outubro, 2019) da Eurostat anuncia que o panorama tenderá a piorar: o envelhecimento da população vai acelerar mais em Portugal do que noutros países da Europa; em 2050, o nosso país será o mais envelhecido do continente. Estima-se que em 30 anos, 47,1% da população terá 55 ou mais anos, ou seja, praticamente 50% da população será considerada envelhecida. Este panorama é justificado pela quebra das taxas de fertilidade, pelo aumento da esperança média de vida, e também pelos padrões de migração (Eurostat, 2019).

No Centro de Dia do CSPSJB estamos perante um universo de 50 pessoas, sendo que a grande maioria dos idosos nasceu na zona do Norte do país, mas desde muito cedo deslocaram-se do meio rural para o meio urbano, nomeadamente entre as décadas de 50 e 70. Foi a procura de melhores condições de vida para si e para a sua família e a oportunidade de vida fora dos espaços periféricos e ruralizados, que levaram à sua saída das zonas de naturalidade. Na sua maioria, os idosos em causa usufruíram de uma vida laboral ligada a trabalhos de costura, domésticos, comércio e construção civil. Embora os seus níveis de escolaridade sejam baixos, também existem idosos com níveis de ensino superior, que lhes permitiu cargos laborais na área da saúde e ensino.

Todos os idosos residem em Alvalade, um bairro que também sofreu grandes alterações nos anos 50, devido à fraca oferta de habitação da cidade e ao crescimento da população, principalmente nas habitações de renda económica. Alvalade é atualmente das freguesias com os índices de envelhecimento mais elevados em Lisboa e com um grande número de idosos a residirem sós.

Relativamente a esta população, na maioria dos casos não falamos de carência económica (embora existam alguns casos), mas sim de carência na rede informal. Estes idosos, residem maioritariamente nas suas habitações sozinhos e vivem de forma isolada, sem apoio permanente

por parte da sua rede informal, acabando por ser a rede formal o seu suporte de vida, nomeadamente o Centro de Dia do CSPSJB.

Na criação de medidas políticas para o combate às necessidades da população idosa e das suas famílias, surgiram os Centros de Dia que contribuiram para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, possibilitando a sua presença nos próprios domicílios e retardando a institucionalização. Esta resposta social veio promover não só a convivência, mas também a inclusão do idoso na vida social, com a manutenção do seu relacionamento com as pessoas significativas para si, e com a criação de condições para a sua participação na vida da comunidade em que está inserido (Pereira, 2015).

Através da análise foi apurado que uma das maiores necessidades sentidas pelos idosos na sua vida é a falta de companhia e o acompanhamento diário no seu dia a dia, ao nível da satisfação das suas necessidades básicas. Motivos como: (a) o falecimento de cônjuges e/ou outros familiares; (b) ausência de rede informal e (c) quadro clínico, são fortemente mencionados pelos idosos como razões pelas quais procuram o Centro de Dia. A solidão e o isolamento são altamente sentidos e experienciados nas suas vidas e, por isso, a procura da socialização no Centro de Dia como combate a essa necessidade, é vista como a única alternativa que está ao seu alcance. Assim, é no Centro de Dia que combatem a solidão e o isolamento, em que as suas refeições são asseguradas a horas e com qualidade, assim como a tomada da medicação e, que se mantêm em segurança e sob vigilância de terceiros.

Também os familiares entrevistados mencionaram a segurança, a vigilância e a manutenção de rotinas como as principais razões pelas quais procuram o Centro de Dia, que lhes permite o próprio descanso e a manutenção das suas vidas profissionais, sabendo que o seu familiar está acompanhado durante o dia. As situações de elevada dependência dos seus familiares ao nível cognitivo são mencionadas como um problema nas suas vidas, pois não é só o fator laboral (no caso dos filhos(as) e irmãos(ãs)) que não lhes permite serem cuidadores presentes, mas também a idade avançada que muitos dos cuidadores possuem (no caso dos maridos). Veem-se assim na necessidade de recorrer ao Centro de Dia, e em alguns casos ao SAD, para conseguir suporte ao nível da higiene pessoal e entrega de refeições ao fim de semana.

Neste sentido também os quadros clínicos dos idosos com muita dependência cognitiva são uma necessidade pelo qual o Centro de Dia é procurado. Por um lado, os quadros clínicos apontados pelos idosos são questões associadas ao envelhecimento biológico, ao nível estrutural e funcional, e têm influência no seu bem-estar, nomeadamente ao nível físico e na forma como se sentem com as suas dores. No entanto, ainda lhes é permitido fazer uma vida

normal (embora com alguma dependência nas suas AVDs), e de equilibrar o papel que desempenham na sociedade.

Por outro lado, de uma forma acentuada no Centro de Dia, os idosos possuem doenças do foro neurológico, como o caso da Demência e do Alzheimer – como se pode comprovar pelo número reduzido da amostra para a execução de entrevistas. Estas dependências intelectuais, retiram aos idosos as suas capacidades de raciocínio, impedem a execução de tarefas e atividades da sua vida diária, comprometendo-lhes as suas competências sociais.

Não obstante todas as dificuldades, e até o sedentarismo evidenciado nos entrevistados, alguns dos idosos entendem ter um estilo de vida saudável, associando o termo “estilo de vida saudável” ao seu quadro clínico, à forma como se sentem consigo mesmos e perante outras pessoas, e não a hábitos de vida saudável, como alimentação, exercício físico, sono, prevenção de acidentes e gestão de stress (SNS). Outros idosos não entendem ter um estilo de vida saudável (uma vez mais associado ao seu estado de saúde), o que causa grande constrangimentos nas suas vidas e nas suas rotinas. Este desconhecimento e a diferença de entendimento do conceito por parte dos idosos poderá estar associado à falta de informação e de sensibilização para a educação na saúde.

Apurou-se que existe uma grande falta de apoio e de suporte nos momentos em que os idosos estão nas suas habitações e não estão no Centro de Dia, como o caso do fim de semana e do período noturno. Tendo em conta o tempo que os idosos passam no Centro de Dia, a resposta social faz parte da sua rotina durante a semana e colmata algumas das suas necessidades, no entanto ao fim de semana existe uma monotonia nos seus dias. A grande maioria dos idosos passa o fim de semana em casa, sem acompanhamento e sem a realização de atividades estimulantes. Aqueles cuja capacidade cognitiva permite, ainda executam pequenas tarefas (com dificuldade), como cozinhar, limpar a casa, fazer compras – embora com medo e insegurança de andarem sozinhos. Foram também estes idosos que mencionaram como necessidade o apoio da família ou de alguém que lhes pudesse fazer companhia, que fosse a sua casa e conversasse com eles, e que lhes desse a atenção que necessitam.

Os idosos com dependência também vivem rotinas monótonas e também passam a maior parte do seu tempo em casa, quando não estão no Centro de Dia. As suas necessidades são mencionadas pelos familiares, ao nível da companhia e da atenção de alguém com formação, para lidar com pessoas com doenças do foro neurológico. As necessidades de apoio são também sentidas ao nível dos familiares, não só ao nível da higiene e alimentação, mas principalmente na aceitação das doenças. Grande parte destes familiares não sabe como lidar com o processo

demencial no seio familiar, e não tem muitas vezes consciência dos cuidados especiais envolvidos.

Ao nível dos serviços existentes no Centro de Dia, foi evidenciado pelos idosos entrevistados que não existe um grande conhecimento sobre a existência dos mesmos. O serviço de enfermagem é um dos serviços dos quais os idosos mais usufruem, ao nível da administração de medicação; no entanto, nenhum mencionou a existência de acompanhamento por parte da equipa de enfermagem. Também os cuidados de imagem são mencionados pelos idosos como um serviço de fácil acesso e de maior utilização, e que os ajuda a melhorar a sua autoestima e o seu bem-estar.

A necessidade de existência de outros serviços e profissionais diversificados no Centro de Dia (além do que existe atualmente) é evidenciada pelos familiares. A necessidade que sentem da existência de um serviço de psicologia é muito grande, quer pela experiência do profissional em lidar com as questões do envelhecimento, quer pela experiência em questões associadas à demência. Também o serviço de Terapia Ocupacional é sugerido pelos familiares, pelo seu trabalho de estimulação cognitiva associado à parte lúdica, pelos benefícios que poderia trazer à vida dos seus familiares, e pela estimulação da autoestima e promoção de potencialidades.

No que respeita aos idosos, apurou-se que a grande maioria não menciona a necessidade de nenhum serviço além dos que já existem, quer no Centro de Dia, quer para si. Alguns dos idosos desconhecem o significado de equipas multidisciplinares, e não as sentem como necessárias para o seu bem-estar e qualidade de vida, por falta de objetivos de vida e manutenção de vidas saudáveis, vivendo conformados com aquilo que têm atualmente.

Além dos serviços, também as atividades socioculturais são evidenciadas pelos familiares como benéficas para a vida dos idosos. A animação sociocultural deverá contribuir para a criação de espaços individuais, para potenciar a autonomia das pessoas, assim como a vontade própria (Fernandes, 2008). Se por um lado os familiares consideram as atividades de animação sociocultural como benéficas para a vida dos idosos, por outro lado o desconhecimento das que existem no Centro de Dia é evidente. Além de não terem conhecimento sobre o que o seu familiar faz durante o dia no Centro de Dia (a não ser o que lhes é comunicado, nomeadamente as atividades no exterior), também consideram que, dada a dependência cognitiva dos seus familiares, não é possível identificar possíveis atividades que pudessem ser uma mais valia.

É evidente que alguns idosos consideram que as atividades que executam são ocupações que os realiza e que responde aos seus gostos, como por exemplo a atividade física (dança, caminhada e ginástica), os passeios, a pintura, a informática e a horta. Os idosos têm a

oportunidade de escolher apenas as atividades para as quais acham que têm capacidade e vontade de realizar, e optar por outras que exijam menos esforço físico. As atividades devem ser pensadas consoante as características das pessoas com quem se está a trabalhar. Devem ser organizadas consoante as competências e limitações dos idosos, por forma atingir a autonomia e a vontade da própria pessoa (Sousa, 2013).

Foi apurado que existe uma grande diversidade de atividades no Centro de Dia, no entanto nem todos estão recetivos à participação nas mesmas, criando muitas vezes resistência em executar determinadas ações. Da mesma forma que os idosos não sugerem novos serviços, o mesmo se verifica nas atividades.

O Centro de Dia é perspetivado pelos idosos como um espaço agradável e de convívio, onde as relações com os colaboradores e com outros utentes são vividas de forma positiva. A atenção que lhes é dada é com qualidade e de forma permanente. É considerado um espaço onde existem dinâmicas que vão ao encontro de algumas das suas necessidades, nomeadamente o combate ao isolamento e solidão. O mesmo se verifica na perspetiva dos familiares, que se referem ao Centro de Dia como um espaço onde o acolhimento, o tratamento e o atendimento é executado com grande habilidade e cordialidade, despoletando sentimentos de confiança e satisfação nos mesmos.

A perspetiva dos idosos face ao respeito pela sua individualidade, nomeadamente pelas suas preferências e opiniões, é positiva. É notória a existência de uma preocupação por parte da equipa de trabalho face às escolhas, preferências e sentimentos. O mesmo é sentido pelos familiares, o que significa que existe um cuidado pelo exercício da cidadania e pelo acesso aos direitos das pessoas. Por outro lado, é evidente que para alguns dos familiares, tendo em conta a dependência cognitiva do seu pai, mãe, esposa ou irmão, já não são detentores de preferências. Ou seja, apesar dos familiares identificarem que a equipa do Centro de Dia tem essa preocupação e cuidado, não olham pelo respeito da individualidade, nem é evidenciada o respeito pela dignidade humana do idoso. Importa referir que este conceito é consagrado nos princípios fundamentais da Constituição da República Portuguesa e deverá ser respeitado na íntegra. Segundo o artigo 1º “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”. Também segundo o artigo 1º da Carta Universal dos Direitos Humanos (1948), “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”.

Não são evidenciadas pelos idosos possíveis mudanças ou alterações no Centro de Dia, pois, uma vez mais, a forma como os serviços, os espaços e organização estão pensados, é o suficiente para as suas vidas. Deste modo, constatou-se a ausência de necessidade de

participação, no que refere a opiniões face a regras e normas de funcionamento. Isto justifica-se pelo facto de considerarem que são questões nas quais não devem participar.

As sugestões dadas pelos familiares face a possíveis alterações no Centro de Dia não estão diretamente relacionadas com mudanças no espaço, mas sim no aumento de serviços do Centro Social e Paroquial, nomeadamente da existência de um Centro de Noite, ou de serviços permanentes a quem pudessem recorrer em caso de urgência. Face a normas e regras de funcionamento, não encontram a necessidade de participar pelo facto de terem sido sempre bem atendidos e obtido sempre resposta em relação aos seus pedidos e necessidades.

A valorização de opiniões é percecionada de forma muito distinta pelos idosos e pelos familiares. Se por um lado os familiares consideram que a sua opinião foi sempre valorizada, por outro lado os idosos, na sua maioria, sentem que essa valorização de opinião passa pela validação dos seus comportamentos e pelo seu desempenho de atividades.

O Centro de Dia é mais uma vez percecionado pelos idosos e pelos familiares como um espaço que fomenta e incentiva a aquisição de relações. Embora as relações que possuíam antes não se tenham alterado, adquiriram com o Centro de Dia novas relações, maioritariamente de amizade. Apurou-se junto dos familiares que o Centro de dia é uma resposta que contribui não só para a aquisição de novas relações, mas sobretudo para a manutenção das relações já existentes, através da realização de atividades e dinâmicas que envolvem a família – embora saibam que a sua participação é muitas vezes deficitária.

Perceciona-se por parte dos familiares e dos idosos como um espaço que contribui dia a dia para grandes alterações nas suas vidas. Essas alterações passam pelo aumento de oportunidades (quer para viver melhor, quer para viver com mais qualidade), pelo aumento de ocupação, pela proteção e bem-estar (onde as rotinas estão presentes com grande qualidade), pelo acompanhamento e segurança permanente, e pela alteração de comportamentos de forma positiva.

Se podemos considerar o Centro de Dia como um espaço de oportunidades, podemos também afirmar que essas oportunidades não são suficientes para apoiar o desenvolvimento dos objetivos de vida de forma concisa e ambiciosa. Os objetivos de vida são mencionados pelos idosos tendo em conta a sua história de vida, os seus hábitos, as suas necessidades e as suas preferências. Na grande maioria dos idosos, não existem objetivos de vida definidos, e aqueles que objetivam algo, baseiam-se mais em fatores externos do que internos, como por exemplo a integração no Lar, a aquisição de uma casa ou até de continuar a viver como vivem. Posto isto, torna-se claro que os idosos em momento algum mencionam a felicidade como um objetivo para si, ou que a aquisição desses fatores seja um caminho para a sua felicidade. A percepção

que os idosos e familiares têm face ao Centro de Dia do CSPSJB, é que este proporciona alguns serviços que são adequados às suas necessidades, que estabiliza e retarda algumas das consequências do envelhecimento, presta apoio ao nível social, promove relações interpessoais e inter geracionais, permite que se mantenham nas suas habitações e a residir no seu bairro, retarda a sua integração em residências para pessoas idosas, e também contribui para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

Relativamente aos idosos com autonomia cognitiva, existe uma grande falha na existência de projetos, atividades ou serviços que colmatem as suas necessidades, fora do horário do centro de Dia. Da mesma forma, existe uma lacuna relativamente ao conhecimento dos serviços existentes no Centro de Dia por parte dos idosos. A participação dos idosos é deficitária, embora sejam pessoas que sintam liberdade para falar quando não se sentem bem com algo, e embora a sua opinião seja valorizada, anulam-se quando nos referimos a sugestão de normas de funcionamento, de novos serviços, atividades e mudanças no Centro de Dia, como já referido.

Torna-se necessária a criação de espaços diferenciados, de dinâmicas que sensibilizem e eduquem os idosos para os benefícios das atividades socioculturais e da manutenção de um estilo de vida saudável e ativo. Não é suficiente a existência das atividades, as pessoas têm que querer participar, e para isso deverão estar sensibilizados para os benefícios que podem sentir nas suas vidas.

Por outro lado, é imprescindível mencionar que, no Centro de Dia, estamos perante um elevado número de pessoas com grande dependência ao nível cognitivo. Quando são sinalizados ou quando os familiares procuram apoio, já estão muito dependentes e necessitam de uma intervenção mais direcionada. Os cuidadores destas pessoas são na sua maioria familiares que ainda têm uma vida laboral ativa, e pela gestão das suas vidas se veem obrigados a recorrer a serviços que prestem todos os cuidados básicos.

Estes cuidadores acabam, a maior parte das vezes, por deixar os seus familiares à responsabilidade de uma rede formal, e desconhecem quais são as rotinas deste durante o dia. Desvalorizam a existência de preferências, de gostos e da opinião nos seus familiares, valorizando os cuidados básicos como os de maior necessidade. É visível que os familiares carecem de acompanhamento, sensibilização e estimulação, não só para lidar com as doenças, como para o conhecimento das necessidades que a doença transporta.

Torna-se premente que não se caia em tendências desatualizadas, que se quebre a ideia dos Centros de Dia enquanto espaços de pouca estimulação, onde as pessoas passam os seus dias a ver televisão para não estarem sozinhas, e para os seus familiares poderem trabalhar. Torna-se essencial a criação de respostas e serviços com qualidade que permitam viver o envelhecimento

de forma ativa, com autonomia e com qualidade. Respostas que deem apoio e acompanhem as famílias, que trabalhem o empoderamento das mesmas, onde possa haver uma articulação entre respostas sociais, para o retardar da institucionalização dos idosos.

As IPSS's têm a responsabilidade de promover o envelhecimento ativo e devem orientar as suas práticas para a satisfação das necessidades das pessoas, não em função das suas possibilidades, mas em função das expectativas dos idosos. No entanto, às instituições com respostas direcionadas aos idosos, tendo em conta os recursos escassos existentes, não lhes é possível a satisfação das necessidades de acordo com essas preferências. Deste modo, são levantados alguns dilemas para a intervenção do Serviço Social (Dominelli, 2010).

A intervenção do Serviço Social é imprescindível na otimização de oportunidades para a saúde física, social e mental, que permitam às pessoas mais velhas um papel ativo na sociedade, para uma qualidade de vida o mais autónoma e independente possível. O Assistente Social deverá ser capaz de criar uma sociedade intergeracional, que colmate as necessidades de cada um, aplicando ideias inovadoras, que promovam os idosos na sociedade. Deverá ter em conta a presença de teorias associadas ao desenvolvimento social e aos direitos humanos, na otimização e valorização das capacidades do idoso, independentemente das suas vulnerabilidades (Carvalho, 2011).

O trabalho com as famílias e idosos no âmbito do envelhecimento ativo deverá ser estimulado e impulsionado através do Centro de Dia, mas para isso é necessário que existam profissionais diversificados a trabalhar no campo. Torna-se igualmente necessário que se criem condições para a existência de equipas multidisciplinares, que permitam os idosos viver a sua velhice com qualidade, através da adoção de um estilo de vida saudável, com reabilitação, com tratamento e os cuidados adequados a cada um. Sobretudo que trabalhem junto dos idosos os projetos de vida, com uma maior participação, e até o pelo conceito de felicidade.

Reforça-se, assim, a necessidade da existência de equipas multidisciplinares, para o desenvolvimento de um trabalho de estimulação cognitiva, retardando o processo de envelhecimento e evolução da doença.

A presente investigação levanta algumas questões para reflexão, tendo em conta que estamos perante uma sociedade tendencialmente envelhecida, em situações de carência e dependência, a necessitar de respostas com qualidade e eficácia, e porque muitas dessas respostas passam pelas IPSS's. Terão as instituições capacidade para dar resposta às necessidades sentidas, tendo em consideração os Acordos de Cooperação e os valores consagrados para as participações dos mesmos? Estarão os Acordos de Cooperação pensados e ajustados de forma a que existam

meios financeiros para as IPSS's sustentarem a existência de equipas multidisciplinares, com técnicos especializados, de diversas áreas?

Este estudo apresenta como limitações (a) o número reduzido de entrevistados, quer idosos que frequentam o Centro de Dia, quer os familiares, e (b) o facto de se tratar de um estudo de caso e, de se ter recorrido a uma amostra não probabilística por acessibilidade, que inviabiliza a generalização dos resultados encontrados para contextos semelhantes.

Para futuras investigações poderiam ser aprofundadas as perspetivas dos familiares que lidam diariamente com a dependência cognitiva dos seus entes, a fim de serem ouvidas as suas dúvidas e necessidades face à problemática. Este estudo poderia aplicar-se a outras respostas sociais, tais como Lares, Estruturas Residenciais e Serviço de Apoio Domiciliário. Sugere-se ainda que, futuramente, possam ser realizados estudos que fomentem um debate entre profissionais da área social, contrastando a realidade experienciada pelos mesmos, face à dependência cognitiva dos idosos.



**FONTES:**

Constituição da República Portuguesa

Constituição da República Portuguesa- Parte I- Direitos e Deveres fundamentais, Título III- Direitos e deveres Económicos, sociais e culturais, Capítulo II- Direitos e Deveres Sociais

Declaração Universal dos Direitos Humanos 1948

Despacho n.º 12427/2016, de 17 outubro 2016

Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011

**FONTES ELETRÓNICAS:**

DRE – Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/>

INE-Instituto Nacional de Estatística: <https://www.ine.pt>

SS- Segurança Social: <http://www.seg-social.pt/inicio>

SNS- Sistema Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/?cpp=1>



## BIBLIOGRAFIA

- Albiero, José Francisco *et al.* (2005), “A utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos no PSF: o combate pela fisioterapia preventiva”, *Revista de fisioterapia da FURB*, 2, 1
- Alves, Biasoli e Maria Dias da Silva (1992), “Análise Qualitativa de Dados de Entrevista: Uma Proposta”, São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/n2/07.pdf>
- Amaro, Maria Inês (2015), *Urgências e Emergências do Serviço Social- Fundamentos da profissão na contemporaneidade*, Lisboa, Universidade Católica (2ª Edição) (Edição original, 2015).
- António, Stella (2012), “Políticas e Programas para o Envelhecimento Ativo”, em Cláudia Moura (org.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento*, Vila Nova de Gaia, Euedito.
- António, Stella (2013), “Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social do Envelhecimento”, em Maria Irene Carvalho, *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Azevedo, Marta (2015), *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa*, Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bardin, Laurence (2002), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70. Disponível em: <https://www.slideshare.net/RonanTocafundo/bardin-laurence-anlise-de-conteudo>
- Becker, Howard (1986), “Doing Things Together: Selected Papers”, Envaston, Northwestern University Press, citado por Uwe Flick (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa, Monitor.
- Berger, Louise (1995), *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*, Lisboa, Lusodidacta, citado por Cátia Serrano (2012), *Representações Sociais e institucionalização de pessoas idosas*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- Birren e Cunningham (1985), *Handbook of the psychology of aging*, Nova Iorque, Academic Press, citado em Constança Paúl (2005), “Envelhecimento activo e redes de suporte social”, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15
- Boni, Valdete e Sílvia Quaresma (2005), “Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais”, *Revista Eletrónica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2, 1
- Cabral, Manuel *et al.* (2013), *Processos de envelhecimento em Portugal*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Capucha, Luís (2014), “Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise”, *Sociologia: Problemas e práticas*, 74
- Carmo, Hermano (2008), *Teoria da Política Social: Um olhar da Ciência Política*, Lisboa, Coleção Manuais Pedagógicos, citado por Maria Irene Carvalho (2013), *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Carrilho, Maria José e Lurdes Patrício (2010), “A situação demográfica recente em Portugal”, *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 5
- Carvalho, Maria Irene (2009), “Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal”, *Revista Kairós*, 12, 1
- Carvalho, Maria Irene (2011), “Serviço Social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais”, *Intervenção Social*, (Online), 38. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11067/1042>
- Carvalho, Maria Irene (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor.

- Carvalho, Maria Irene (2013), *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa, Factor.
- Carvalho, Maria Irene, Isabella Paloetti e Raquel Rego (2011), “Para a melhoria a idosos pobres em Portugal”, *Intervenção Social*, 37
- Carvalho, Pedro (2012), “Etapas do processo de envelhecimento”, em Cláudia Moura, *Processos e Estratégias do Envelhecimento*, Vila Nova de Gaia, Euedito.
- Centro Social e Paroquial São João de Brito (2017), *Regulamento Interno do Centro Social e Paroquial São João de Brito*, Lisboa, CPSJB
- Centro Social e Paroquial São João de Brito (2018), *Relatório de Atividades e Contas de 2018*, Lisboa, CPSJB
- Coutinho, Clara (2015), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Coimbra, Almedina.
- Creswell, John (1994), *Research design: Qualitative and quantitative approaches*, Thousand Oaks, SAGE Publications, citado por Clara Coutinho (2015), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Coimbra, Almedina.
- Crotty, Michael (1998), *The Foundations of Social Research: meaning and perspective in the research process*, Londres, SAGE Publications, citado por Clara Coutinho (2015), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Coimbra, Almedina.
- Cunha, Juliana *et al* (2012), “Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem”, *Saúde em Debate*, 36, 95
- Denzi, Norman e Yvonna Lincoln (2005), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Dominelli, Lena (2009), *Introducing Social Work*, Cambridge, Polity Press.
- Duarte, Natália e Cristina Barbosa (2011), “Sinta-se seguro”, em Oscar Ribeiro e Constança Paúl, *Manual de Envelhecimento Activo*, Lisboa, Lidel.
- Eurostat (2019), “Euro area international trade in goods surplus €14.7 bn” (online), consultado em: 26.10.2019. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10167388/6-16102019-BP-EN.pdf/8dabf16a-c28c-5ad3-10ca-e06845a36f69>
- Fairos, Paula de Vicente (2013), “Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer Bem”, em Maria Irene Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Factor.
- Faleiros, Vicente e Kádja Afonso (2008), “Representações sociais da qualidade de vida na velhice para um grupo de idosos do projeto “geração de ouro” da Universidade Católica de Brasília”, *Serviço Social & Realidade*, 17, 1
- Farinha, Vanessa (2013), *Identidade na Velhice- Um jogo de Espelhos*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração, Lisboa, ULHT.
- Fernandes, Adelaide (2008), *Velhice e Sociedade: Demografia e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- Fernández-Ballesteros, Rocío (2000), *Gerontología Social*, Madrid, Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, Rocío (2011), “Envejecimiento saludable”, comunicação apresentada no Congresso sobre *Envejecimiento. La investigación en España*, Universidad Autónoma de Madrid, 9 a 11 de março de 2011, Madrid
- Ferreira, J. e Michelle Clos (2006), “Serviço Social e Terapia Ocupacional: Trabalho interdisciplinar no combate à depressão em uma instituição de longa permanência para idosos”, (Online), Disponível em: [www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigos1593.htm](http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigos1593.htm), citado por Almeida, Rafaela (2011),

- A Terapia Ocupacional como recurso para idosos institucionalizados- Um estudo de avaliação das necessidades ocupacionais*, Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Figueiredo, Daniela (2007), *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*, Lisboa, Climepsi.
- Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa, Monitor.
- Fonseca, António (2010), “Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento”, *Contextos Clínicos*, 3, 2
- Fontaine, Roger (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi.
- Fortin, Marie- Fabienne (2000), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Fortin, Marie- Fabienne (2009), *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*, Lisboa, Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne, Bilkis Vissandjée e José Côté (2009), “Escolher um problema de investigação”, em Marie- Fabienne Fortin (2000), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne, Fabie Duhamel (2009), “Os estudos de tipo descritivo”, em Marie- Fabienne Fortin, *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*, Lisboa, Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne, Raymond Grenjer e Marcel Nadeau (2000), “Métodos de colheita de dados”, em Marie- Fabienne Fortin (2000), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Gambôa, Adriana et al (2006), *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde
- García, Manuel e Jorge Jiménez (2003), “Trabajo Social Gerontológico, Aportaciones del trabajo social a la gerontología”, em Manuel García, *Trabajo Social en Gerontología*, Madrid, Síntesis.
- Guba, Egon (1990), *The paradigm dialog*, Nemburg Park CA, SAGE Publications, citado por Clara Coutinho (2015), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, Coimbra, Almedina.
- Guedes, Sara (2011), *Cuidar de Idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*, Dissertação de Mestrado em Enfermagem comunitária, Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Guimarães, Paula (2012), “Cidadania e envelhecimento”, em Constança Paúl e Oscar Ribeiro (2012), *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.
- INE (2015), “Dia Mundial da População - 11 de julho” (online), consultado em 28.08.2019. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2)
- INE (2017), “Projeções da população Residente Portugal” (online), consultado em 28.08.2019. Disponível em:  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2014), *manual de processos-chave- Centro de Dia*, ISS.IP (2ªEdição)
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017), *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*, ISS.IP
- Jacob, Luís (2013), *Animação de Idosos*, Viseu, Mais Leituras.

- Llobet, Montserrat *et al* (2011), “Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária”, *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 19, 3
- Marconi, Marina e Eva Maria Lakatos (200), *Fundamentos de metodologia científica*, São Paulo, Atlas
- Mateus, Maria e Tânia Alves (2018), “Perceção dos Idosos autónomos face ao seu próprio envelhecimento”, *Eduser-Revista de educação*, 10, 1
- Mauritti, Rosário (2004), “Padrões de vida na velhice”, *Análise Social*, (online), XXXIX (171), Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0003-25732004000300004&script=sci\\_abstract&lng=fr](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0003-25732004000300004&script=sci_abstract&lng=fr)
- Mendes Fernando (2005), *Conspiração Grisalha. Segurança social, competitividade e gerações*, Oeiras, Celta.
- Mínayo, Maria Cecília (1994), *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo, Hucitec, citado por José Vilelas (2009), *Investigação- O Processo de Construção de Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Moulaert, Thibault e Mario Paris (2013), “Social Policy on Ageing: The Case of “Active Ageing” as a Theatrical Metaphor”, *International Journal of Social Science Studies*, 1, 2
- Moura, Cláudia (2006), *Século XXI- Século do envelhecimento*, Loures, Lusociência.
- Moura, Cláudia (org.) (2012), *Processos e Estratégias do Envelhecimento*, Vila Nova de Gaia, Euedito.
- Mouro, Helena (2013), “Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social”, em Maria Irene Carvalho, *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Nazareth, J. Manuel (1996), *Introdução à Demografia*, Lisboa, Editorial Presença.
- ONU (1999), *Direitos Humanos e Serviço Social- Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*, Lisboa, Departamento Editorial do ISSS coop
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2105), “O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento” (online), consultado em 18.10.2019. Disponível em: <http://recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio/estudo/o-papel-dos-psicologos-no-envelhecimento>
- Organização Mundial da Saúde (2002), *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS.
- Organização Mundial da Saúde (2007), *Envelhecimento e Ciclo de Vida, Saúde na Família e na Comunidade- Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*, Odivelas, Publicações da OMS
- Organização Mundial da Saúde (2008), *Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal*, Suíça, Publicações da OMS
- Organização Mundial da Saúde (2015), *Resumo- Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, Suíça, Publicações da OMS
- Paúl, Constança (2005), “Envelhecimento activo e redes de suporte social”, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (online), 15. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392>
- Paúl, Constança (2012), “Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia”, em Constança Paúl e Oscar Ribeiro, *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.
- Paúl, Constança e Oscar Ribeiro (2012), *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.
- Pereira, Catarina (2015), *A relevância do Desenvolvimento Humano versus Desenvolvimento Comunitário: Uma nova perspetiva do apoio ao Envelhecimento Ativo, no Centro de Dia*, Dissertação

- de Mestrado em Ciências da Educação. Especialização em Educação e Desenvolvimento Comunitário, Leiria, IPL.
- Pereirinha, José (2008), *Política Social. Fundamentos da Actuação das Políticas Públicas*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Pinto, Carla (2013), “Uma prática de Empowerment com Adultos Idosos”, em Maria Irene Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Pontes, J. Laranja (2012), “Promoção de qualidade de vida”, em Cláudia Moura (org.), *Processos e Estratégias do Envelhecimento*, Vila Nova de Gaia, Euedito.
- Portugal, Joana e Maria João Azevedo (2011), “Optimize o seu bem-estar”, em Oscar Ribeiro e Constança Paúl, *Manual de Envelhecimento Activo*, Lisboa, Lidel.
- Quaresma, Maria de Lurdes (2012), Prefácio em Cláudia Moura (org.) (2012), *Processos e Estratégias do Envelhecimento*, Vila Nova de Gaia, Euedito.
- Rabelo, Enedileide e Susan Lopes (2017), “A DEMÊNCIA NA TERCEIRA IDADE: a família no enfrentamento da doença, tendo como referência a ABRAZ de São Luís, MA”, *Revista Bibliomar*, 16, 2
- Ribeirinho, Carla (2012), “(Re)criar a intervenção gerontológica”, em Cláudia Moura (2012), *Processos e estratégias do Envelhecimento*, Vila Nova de Gaia, Euedito.
- Ribeirinho, Carla (2013), “Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais”, em Maria Irene Carvalho, *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa, Pactor.
- Ribeiro, Oscar (2012), “Género e envelhecimento”, em Constança Paúl e Oscar Ribeiro (2012), *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.
- Ribeiro, Oscar e Constança Paúl (2011), *Manual de Envelhecimento Activo*, Lisboa, Lidel.
- Rodrigues, Fernando (2004), *Articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Saúde Mental*, Lisboa, Climepsi.
- Rodrigues, Teresa (2018), *Envelhecimento e políticas de saúde*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, Maria (2012), *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, Maria João (2012), *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Rosa, Maria João e Paulo Chitas (2013), *Portugal e a Europa: Os Números*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Rosa, Maria João e Paulo Chitas (2016), *Portugal: Os Números*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Schoroots, Johannes e James Birren (1980), *Adaptability and Aging*, Proceedings of 9<sup>th</sup> International Conference of Social Gerontology, Canada, citado em Constança Paúl (2005), “Envelhecimento activo e redes de suporte social”, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (online), 15. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392>
- Sequeira, Arménio e Marlene Nunes Silva (2002), “O bem estar da pessoa idosa em meio rural”, *Análise Psicológica*, 20, 3
- Sequeira, Carlos (2010), *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, Lisboa, Lidel.

- Serafim, Filomena (2007), *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Especialização em Educação e Formação de Adultos, Algarve, Universidade do Algarve.
- Serrano, Cátia (2012), *Representações Sociais e institucionalização de pessoas idosas*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
- SNS (2017), “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”, (online), consultado em: 26.09.2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sousa, Sara (2013), “Participação dos idosos atividades de desenvolvimento pessoal”, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Porto, Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Usher, Robin (1996), “A critique of the neglected epistemological assumptions of educational research”, em David Scott e Robin Usher, *Understanding educational research*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Veloso, Ana Sofia (2015), *Envelhecimento, Saúde e Satisfação- Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Vilelas, José (2009), *Investigação- O Processo de Construção de Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Wilson, Holly (1985), *Research in Nursing*, Menlo Park, CA: Addison-Wesley, citado por Marie-Fabienne Fortin (2000), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Yin, Robert (2001), *Estudo de caso- Planeamento e Métodos*, Porto Alegre, Bookman.
- Zimmerman, Guite (2005), *Velhice- Aspectos Biopsicossociais*, Porto Alegre, Artmed.

## ANEXOS

### Anexo A - Declaração de Consentimento Informado Entidade

**Declaração de consentimento informado: Centro Social e Paroquial São João de Brito**  
Eu, Andreia Filipa Siborro Fernandes, aluna do Mestrado em Serviço Social do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Maria João Pena, docente do ISCTE-IUL.

O tema do meu trabalho de investigação é “Os perfis atuais dos idosos que procuram a resposta social Centro de Dia”, com o principal objetivo de analisar a adequação da resposta dada pelo Centro de Dia às necessidades identificadas pelos idosos e famílias.

A investigação será um estudo de caso ao Centro Social e Paroquial São João de Brito, mais propriamente à resposta social Centro de Dia, com uso de entrevistas semiestruturadas como técnica de recolha de dados.

Para a realização das entrevistas irá ter-se em conta as seguintes considerações:

- A participação dos entrevistados será de carácter voluntário, pelo que poderão negar a sua participação, desistir a qualquer momento ou recusar responder a qualquer questão;
- A entrevista será gravada digitalmente e serão salvaguardados os seus dados de forma anónima;
- Os conteúdos recolhidos serão utilizados apenas para a presente investigação, permanecendo parcialmente a informação em papel e, possível publicação em repositórios institucionais;
- O tempo previsto para cada entrevista será aproximadamente de quarenta minutos, mediante disponibilidades e, o local da entrevista será no Centro Social e Paroquial São João de Brito.

Além das entrevistas, pretende-se também realizar uma caracterização da instituição que permitirá explicar o campo empírico.

Acreditando que é através da investigação que se reflete sobre os problemas que nascem da prática e, que se debate e se constroem ideias inovadoras, solicito a autorização para a realização do estudo no Centro, juntos dos seus utentes e familiares do Centro de Dia, em horário de funcionamento da resposta.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade  
Andreia Fernandes

## **Autorização**

\_\_\_\_\_, na qualidade de Presidente da Direção do Centro Social e Paroquial São João de Brito, declaro que compreendi todas as informações prestadas face à investigação e, autorizo que a mesma seja realizada na resposta social Centro de dia.

Lisboa, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

## **Anexo B - Declaração consentimento informado entrevistado**

### **Declaração de consentimento informado**

Eu, Andreia Filipa Siborro Fernandes, aluna do Mestrado em Serviço Social do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado sob orientação da Professora Doutora Maria João Pena, docente do ISCTE-IUL.

O tema do meu trabalho de investigação é “Os perfis atuais dos idosos que procuram a resposta social Centro de Dia”, com o principal objetivo de analisar a adequação da resposta dada pelo Centro de Dia às necessidades identificadas pelos idosos e famílias.

Desta forma, e uma vez que o seu contributo será de extrema importância para melhor entendimento desta temática, gostaria de o convidar a participar neste estudo, considerando que, a sua participação é de carácter voluntário, pelo que pode negar a sua participação, desistir a qualquer momento ou recusar responder a qualquer questão; a entrevista será gravada digitalmente e serão salvaguardados os seus dados de forma anónima; os conteúdos recolhidos serão utilizados apenas para a presente investigação, permanecendo parcialmente a informação em papel. O tempo previsto para a entrevista será aproximadamente de quarenta minutos e o local será no Centro Social e Paroquial São João de Brito, considerando a sua disponibilidade.

Agradecemos desde já a sua colaboração e interesse.

Andreia Fernandes

### **Autorização**

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

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que compreendi todas as informações que me foram dadas face à investigação e, participar de livre vontade neste estudo.

---

Assinatura do entrevistado

## **Anexo C - Guião de entrevista Utentes do Centro de Dia do CSPSJB**

### Guião Entrevista aos Utentes da Resposta Social Centro de Dia

#### **Primeira parte:** Perfis dos utentes

Sexo	
Idade	
Estado civil	
Nacionalidade	
Naturalidade	
Escolaridade	
Profissão	
Situação económica	
Situação Socio-habitacional	

#### **Segunda Parte:** Necessidades do idoso

##### **Autonomia**

1. Há quanto tempo frequenta o Centro de Dia?
2. Quais os motivos que o(a) levaram a procurar o Centro de Dia? (Ex.: Motivos, necessidades e motivações)
3. Além do Centro de Dia, usufrui de mais algum serviço? Qual? (Ex: SAD, Apoio Alimentar, etc)

##### **Saúde**

4. Qual a sua situação ao nível clínico? (Ex: Doenças/ quadro clínico.)
5. Sente que a sua situação clínica (especificar) influencia o seu bem-estar? De que forma?
6. Considera-se uma pessoa com um estilo de vida saudável? Porquê?

##### **Bem-estar e qualidade de vida**

7. Como é a sua rotina quando está em casa e não está no Centro de Dia?
8. Quando não está no Centro de Dia, no que gostava de ter mais apoio e não tem?

#### **Terceira parte:** Necessidades no Centro de Dia

##### **Serviços**

9. Que apoios beneficia no Centro de Dia? (Ex: Enfermagem, Fisioterapia, etc)
10. Sente falta de outro tipo de apoio? Se sim, qual?

### **Atividades Socioculturais**

11. Quais as atividades que gosta mais de fazer no Centro de Dia? (Ex: Atividades Socioculturais: Ginástica, Dança e caminhada; passeios; Informática; Atelier do doce; Trabalhos manuais; atividades espirituais)
12. Além das atividades que existem no Centro de Dia, se pudesse escolher outra que gostasse de fazer, qual seria?

### **Individualidade**

13. O que mais gosta no Centro de Dia? (Ex: Colaboradores, outros utentes, atividades, comida, etc)
14. O que gosta menos?
15. Em que medida é que sente que há um cuidado e uma preocupação com as suas preferências?
16. Em que medida considera que existem dinâmicas no Centro de Dia que vão ao encontro das suas necessidades?

### **Participação**

17. Se pudesse escolher, o que mudaria no Centro de Dia?
18. Costuma fazer sugestões sobre as regras e normas de funcionamento do Centro de Dia?
19. Em que medida é que entende que a sua opinião é valorizada?

### **Relações interpessoais**

20. Sente que a entrada no Centro de Dia afetou as suas relações (ganhos e perdas)? Se sim, de que forma?

### **Oportunidades**

21. Desde que frequenta o Centro de Dia o que mudou na sua vida?
22. Qual considera ser o seu objetivo de vida? Considera que o Centro de Dia contribui ativamente para a realização desse objetivo? De que forma?

## **Anexo D - Guião de entrevista a Familiares dos utentes do CSPSJB**

Guião entrevista Familiares utentes da Resposta Social Centro de Dia

### **Primeira Parte:** Perfis dos Familiares dos entrevistados

Dados do entrevistado:

Sexo	
Idade	
Parentesco	
Profissão	

Dados do Familiar do entrevistado:

Sexo	
Idade	
Estado civil	
Nacionalidade	
Naturalidade	
Escolaridade	
Profissão	
Situação económica	
Situação Socio-habitacional	

### **Segunda Parte:** Necessidades e/ou perspetivas dos Familiares dos utentes do Centro de Dia

23. Há quanto tempo o seu familiar frequenta o Centro de Dia?
24. Quais os motivos que o(a) levaram a procurar o Centro de Dia? (Ex: Motivos, necessidades e motivações)
25. Além do Centro de Dia, usufrui de mais algum serviço? Qual? (Ex: SAD, Apoio Alimentar, etc)
26. Qual a situação ao nível clínico do seu familiar? (Ex: Doenças/ quadro clínico.)
27. Como é a rotina do seu familiar quando está em casa e não está no Centro de Dia?
28. Quando o seu familiar não está no Centro de Dia, no que é que acha que ele(a) necessita de mais apoio e não tem?
29. Enquanto familiar no que é que sente que necessita de mais apoio e não tem?
30. Que apoios beneficia o seu familiar no Centro de Dia? (Ex: Enfermagem, fisioterapia, etc)
31. Além dos apoios existentes, acha que existe algum apoio que seria benéfico para o seu familiar? Se sim, qual?
32. Das atividades que existem no Centro de Dia e que o seu familiar realiza, quais as que considera serem mais benéficas para o seu familiar? Porquê? (Ex: Atividades Socioculturais: Ginástica, Dança e caminhada; passeios; Informática; Atelier do doce; Trabalhos manuais; atividades espirituais)

33. Além das atividades que existem no Centro de Dia, se pudesse escolher outra pelos seus benefícios, qual seria?
34. Enquanto familiar o que mais gosta no Centro de Dia? (Ex: Colaboradores, outros utentes, atividades, comida, etc)
35. O que gosta menos no Centro de Dia?
36. Em que medida é que sente que há um cuidado e uma preocupação com as suas preferências do seu familiar?
37. Em que medida considera que existem dinâmicas no Centro de Dia que vão ao encontro das necessidades do seu familiar?
38. Que outras dinâmicas seriam benéficas no Centro de Dia, tendo em conta as necessidades do seu familiar?
39. Se pudesse escolher, o que mudaria no Centro de Dia?
40. Costuma fazer sugestões sobre as regras e normas de funcionamento do centro de dia?
41. Em que medida é que entende que a sua opinião enquanto familiar é valorizada?
42. Em que medida é que sente que o Centro de dia fomenta as relações interpessoais do seu familiar?  
(Ex: Família, outros utentes CD, colaboradores, igreja)
43. O que mudou na vida do seu familiar desde que usufrui do serviço?
44. O que mudou na sua vida desde que o seu familiar frequenta o Centro de dia?

## Anexo E - Modelo de análise para construção de guiões de entrevista

Objetivo	Conceito	Dimensão	Indicador	Guião
Identificar os perfis dos utentes que frequentam a Resposta Social Centro de Dia	<b>Idosos</b>	Perfil	Idade; género Estado civil; Escolaridade; Nacionalidade; Naturalidade; Situação económica; Profissão; Situação Socio-habitacional	Idade género Estado civil Escolaridade Nacionalidade Naturalidade Situação económica Profissão Situação Socio-habitacional
Identificar as necessidades dos atuais utentes do Centro de Dia	<b>Envelhecimento</b>	Necessidades do idoso	Autonomia	- Há quanto tempo frequenta o Centro de Dia? - Quais os motivos que o(a) levaram a procurar o Centro de Dia? - Além do Centro de Dia, usufrui de mais algum serviço? Qual?
			Saúde	- Qual a sua situação ao nível clínico? - Sente que a sua situação clínica influencia o seu bem-estar? De que forma? - Considera-se uma pessoa com um estilo de vida saudável? Porquê?
			Bem-estar e qualidade de vida	- Como é a sua rotina quando está em casa e não está no Centro de Dia? - Quando não está no Centro de Dia, no que gostava de ter mais apoio e não tem?
	<b>Envelhecimento</b>	Necessidades no Centro de Dia	Serviços	- Que apoios beneficia no Centro de dia? - Sente falta de outro tipo de apoio? Se sim, qual?

			<p>Atividades Socioculturais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as atividades que gosta mais de fazer no Centro de Dia?</li> <li>- Além das atividades que existem no Centro de Dia, se pudesse escolher outra que gostasse de fazer, qual seria?</li> </ul>
			<p>Individualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que mais gosta no Centro de Dia?</li> <li>- O que gosta menos?</li> <li>- Em que medida é que sente que há um cuidado e uma preocupação com as suas preferências?</li> <li>- Em que medida considera que existem dinâmicas no Centro de Dia que vão ao encontro das suas necessidades?</li> </ul>
			<p>Participação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pudesse escolher, o que mudaria no Centro de Dia?</li> <li>- Costuma fazer sugestões sobre as regras e normas de funcionamento do centro de dia?</li> <li>- Em que medida é que entende que a sua opinião é valorizada?</li> </ul>
			<p>Relações interpessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sente que a entrada no centro de dia afetou as suas relações? Se sim, de que forma?</li> </ul>
			<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desde que frequenta o centro de dia o que mudou na sua vida?</li> <li>- Qual considera ser o seu objetivo de vida? Considera que o Centro de Dia contribui ativamente para a realização desse objetivo? De que forma?</li> </ul>