

FLORA CRISTINA MOREIRA E SILVA

**QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE
ENVELHECIMENTO E A INTEGRAÇÃO NOS
CENTROS DE DIA
(UMA PERSPECTIVA DO UTENTE)**

Orientador: Prof. Doutor Paulo Sequeira

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2011

FLORA CRISTINA MOREIRA E SILVA

**QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE
ENVELHECIMENTO E A INTEGRAÇÃO NOS CENTROS
DE DIA**

(UMA PERSPECTIVA DO UTENTE)

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação – Educação Especial no Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Orientador: Prof. Doutor Paulo Sequeira

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2011

AGRADECIMENTOS

Sirvo-me desta página para agradecer a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este trabalho deixasse de ser um sonho e passasse a ser uma realidade.

Orientador: Prof. Doutor. Paulo Sequeira, pela orientação, pelo interesse, empenhamento e disponibilidade. Pelo permanente estímulo ao trabalho, pela dinâmica e motivação que imprimiu, o meu muito obrigado!

Ao meu marido: Para quem todas as palavras são naturalmente poucas. Por todo o apoio que me deste, pelos ensinamentos e pelo estímulo permanente ao trabalho. A ti dedico este trabalho!

Ao meu irmão, Carlos pela paciência e bibliografia fornecida.

Aos Meus Pais, José e Mabilde: Pelo apoio, carinho e estímulo ao trabalho. Paciência e dedicação com o neto.

Aos Meus Sogros, Gaspar e Lurdes: Pelo apoio, carinho e estímulo ao trabalho. Paciência e dedicação com o neto.

À prima Aida pela paciência e dedicação nesta recta final. Foste uma ajuda preciosa.

À colega Ema Catarina pelo companheirismo, nos melhores e piores momentos.

À colega Telma pela disponibilidade, companheirismo e contributo na recolha de informação.

À direcção do Centro Social de Santa Maria de Sardoura pela aceitação do projecto.

À direcção do Centro Social de Real pela aceitação do projecto.

Aos idosos, que se mostraram desde o primeiro momento, disponíveis para colaborar.

A Deus: Pela força e confiança que sempre me acompanha em tudo que faço na minha vida.

Uma vez mais, a todos o meu MUITO OBRIGADO!

RESUMO

Fruto das alterações demográficas nas últimas décadas, verifica-se um duplo envelhecimento: na base e no topo, advindo daí a necessidade de respostas sociais.

Os Centros de Dia são estruturas semi-institucionalizadas que surgem enquadradas numa política de 'envelhecer em casa' sendo, por isso, uma verdadeira alternativa ao internamento permanente.

O objectivo geral deste estudo passa por avaliar, na perspectiva do utente, a dinâmica institucional dos Centros de Dia e o seu contributo para a melhoria da sua qualidade de vida. O estudo é sustentado por uma amostra de 48 utentes de IPSS's e pela análise dos níveis gerais de satisfação, serviços disponibilizados, actividades propostas e graus de participação dos utentes. Como instrumento de recolha de dados, usou-se uma versão adaptada do 'Questionário do Utente', do protocolo de avaliação de Centros de Dia.

Os resultados apontam para respostas favoráveis a uma boa socialização, muito próximas da concordância na autonomia e bom nível de satisfação relativamente à satisfação global. Nas actividades de vida diária, exceptuando o tomar banho, todos os outros itens obtiveram resposta 'sem ajuda'. Relativamente à intensidade de utilização dos Centros de Dia registámos um valor elevado. O principal motivo de adesão ao programa é a necessidade de companhia.

Palavras Chave: Centros de Dia, utente, autonomia, socialização, satisfação

ABSTRACT

Due to demographic changes in the last couple of decades, there exist a double aging effect: on the base and at top; which requires satisfactory social answers.

The Adult Day Care Centers are semi-institutionalized structures that follow the 'aging at home' rule. They are, therefore, for elders a real alternative to the permanent internment.

The aim of this study is to evaluate, in the users' perspective, the institutional dynamics of Adult Day Care Centers and their contribution to the improvements in its quality of life. The study is supported by a sample of 48 users of IPSSs and the analysis about the overall levels of satisfaction, provided services, proposed activities and degrees of users' involvement. For data collection, we used an adapted version of 'Questionnaire of User' from the evaluation protocol of Adult Day Care Centers.

The results indicate a favorable response to good socialization, very close to agreement on autonomy and good level of satisfaction with the overall satisfaction. In the daily life activities the answer was 'no help' for all itens, with the exception of bathing. Regarding the intensity in the usage of Adult Day Care Centers we have recorded a high value. The main reason for joining the program is the need for companionship.

Keywords: adult day care centers, user, autonomy, socialization, satisfaction .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- American Psychological Association

AVD- Actividades de Vida Diária

CAF- Centro de Apoio à Família

CATL- Centro de Actividades de Tempos Livres

CSSMS- Centro Social Santa Maria de Sardoura

CSR- Centro Social de Real

DGAS- Direcção Geral da Acção Social

INE- Instituto Nacional Estatística

IPSS- Instituições Particulares Solidariedade Social

NEE- Necessidades Educativas Especiais

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

Índice Geral	
RESUMO	3
ABSTRACT	4
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	12
1.1 Estrutura do Trabalho.....	14
1.2 Importância do Estudo	15
1.3 Pertinência do Estudo	16
1.4 Objectivos	16
1.4.1 Objectivo Geral da investigação	17
1.4.2 Objectivos Específicos e respectivas hipóteses da investigação	17
CAPITULO 1: REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1 Políticas Sociais e Envelhecimento Demográfico	19
1.2 O Envelhecimento	20
1.3 Qualidade de vida no idoso.....	27
1.4 Centro de Dia	30
1.4.1 Cuidados Comunitários: Centros de Dia/ Origens e resenha Histórica	30
1.4.2 Definição e objectivos do Centro de Dia.....	32
1.4.3 Motivações na utilização desta dinâmica	34
CAPITULO 2: METODOLOGIA.....	37
2.1 Metodologias de Investigação	38
2.2 Definição das Variáveis	39
2.2.1 Problema Geral.....	39
2.2.2 Problemas Específicos	39
2.3 Instrumentos de Investigação	40
2.3.1 Possíveis Instrumentos a utilizar.....	40
2.3.2 A selecção do instrumento.....	41
2.4 Protocolo de recolha e aplicação de dados.....	43

2.5 Dimensão e critérios de selecção da amostra	43
2.5.1 Centro Social de Santa Maria de Sardoura.....	45
2.5.2 Centro Social de Real.....	48
2.5.3 Amostra.....	49
2.6 Procedimentos estatísticos	51
CAPITULO 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	52
3.1 Apresentação dos Resultados.....	53
CAPITULO 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	80
4.1 Socialização.....	81
4.2 Autonomia	83
4.3 Bem-estar.....	84
CONCLUSÃO	87
Limitações do Estudo.....	88
Linhas Futuras de Investigação	89
BIBLIOGRAFIA.....	91
Anexos	98

Índice de Tabelas

Tabela 1: O Envelhecimento	22
Tabela 2: Estrutura do questionário do utente.....	42
Tabela 3: Evolução da população residente, por freguesia, nos censos de 1981, 1991 e 2001.....	44
Tabela 4: Características gerais da amostra	49
Tabela 5: Características da Amostra por género	50
Tabela 6: Características da Amostra por Estado Civil	50
Tabela 7: item 1- Os utentes falam acerca dos seus diversos problemas	53
Tabela 8: item 2- Os utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais	54
Tabela 9: item 3- Os utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte.....	54

Tabela 10: item 4- Os utentes falam muito acerca dos seus medos.....	55
Tabela 11: item 5- Os utentes convivem neste centro com várias gerações	56
Tabela 12: item 1- As informações acerca do centro são difundidos por todos	57
Tabela 13: item 2- Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.....	58
Tabela 14: item 3- Os utentes recebem muita atenção individual.....	58
Tabela 15: item 4 - As actividades para os utentes são cuidadosamente planeados	59
Tabela 16: item 5 – Os funcionários passam muito tempo com os utentes	60
Tabela 17: item 1 – Os utentes queixam-se muito	61
Tabela 18: item 2 – Os utentes por vezes começam discussões.....	61
Tabela 19: item 3 – Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros	62
Tabela 20: item 4 – As pessoas aqui estão sempre a mudar de posição	63
Tabela 21: item 5 – Os utentes criticam muito uns aos outros.....	63
Tabela 22: item 6 – Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui passar o tempo	64
Tabela 23: item 7 – Os funcionários, criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância	65
Tabela 24: item 1 – Os utentes realizam artes e ofícios.....	66
Tabela 25: item 2 – Os utentes participam em festas	66
Tabela 26: item 3 – Os utentes aderem às actividades físicas	67
Tabela 27: item 4 – O exercício físico praticado de forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.....	68
Tabela 28: item 5 – Os utentes têm entretenimento.....	68
Tabela 29: item 6 – Os utentes têm serviços religiosos	69
Tabela 30: item 7 – As saídas ao exterior são frequentes	70
Tabela 31: item 8 – Promove-se discussões de grupo.....	70
Tabela 32: item 9 – Os utentes realizam actividades com crianças.....	71
Tabela 33: item 10 – Ocorre a promoção de cânticos e danças	72
Tabela 34: item 1 – Vir para este centro faz-me sentir bem.....	73
Tabela 35: item 2 – Alguns serviços neste centro podem ser melhorados	73

Tabela 36: item 3 – Os cuidados que recebo são bons	74
Tabela 37: item 4 – Gosto da maioria das actividades neste centro	75
Tabela 38: item 5 – Estou satisfeito(a) com os cuidados que recebo aqui	75
Tabela 39: Resumo dos dados das escalas	76
Tabela 40: Características dos utentes/Relação com o Centro de Dia	77

Índice de Mapas

Mapa 1: Carta de Índice de envelhecimento.....	45
--	----

Índice de Imagens

Imagem 1: Aplicação do questionário	43
Imagem 2: Centro Social de Santa Maria de Sardoura.....	45
Imagem 3: Centro Social de Real	48

Índice de Gráficos

Gráfico 1: sub-escala da comunicação: item 1	53
Gráfico 2: sub-escala da comunicação: item 2	54
Gráfico 3: Sub-escala Comunicação: item 3	55
Gráfico 4: Sub-escala Comunicação: item 4	55
Gráfico 5: Sub-escala Comunicação: item 5	56
Gráfico 6: Sub-escala Cuidados prestados: item 1	57
Gráfico 7: Sub-escala Cuidados prestados: item 2	58
Gráfico 8: Sub-escala Cuidados prestados: item 3	59
Gráfico 9: Sub-escala Cuidados prestados: item 4	59
Gráfico 10: Sub-escala Cuidados prestados: item 5	60
Gráfico 11: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 1	61
Gráfico 12: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 2	62
Gráfico 13: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 3	62

Gráfico 14: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 4	63
Gráfico 15: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 5	64
Gráfico 16: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 6	64
Gráfico 17: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 7	65
Gráfico 18: Sub-escala Serviços de animação social: item 1	66
Gráfico 19: Sub-escala Serviços de animação social: item 2	67
Gráfico 20: Sub-escala Serviços de animação social: item 3	67
Gráfico 21: Sub-escala Serviços de animação social: item 4	68
Gráfico 22: Sub-escala Serviços de animação social: item 5	69
Gráfico 23: Sub-escala Serviços de animação social: item 6	69
Gráfico 24: Sub-escala Serviços de animação social: item 7	70
Gráfico 25: Sub-escala Serviços de animação social: item 8	71
Gráfico 26: Sub-escala Serviços de animação social: item 9	71
Gráfico 27: Sub-escala Serviços de animação social: item 10	72
Gráfico 28: Sub-escala Satisfação global: item 1.....	73
Gráfico 29: Sub-escala Satisfação global: item 2.....	74
Gráfico 30: Sub-escala Satisfação global: item 3.....	74
Gráfico 31: Sub-escala Satisfação global: item 4.....	75
Gráfico 32: Sub-escala Satisfação global: item 5.....	76

Envelhecer bem é proeza daqueles que querem, sabem e têm a possibilidade de cultivar o seu jardim. Cultivar o jardim não é cavar sempre os mesmos canteiros cultivados com os mesmos produtos, nem destruí-lo com um bulldozer e cobri-lo de areia para plantar flores artificiais. É ir continuando a alternar as culturas e melhorar as espécies e o seu rendimento.

(Martin, E. et Junod, J.P, 1977)

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é, certamente, o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de uma forma muito mais lenta e outros, ainda pareçam não sofrer de senescência. O envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam (Ladislav, 1995).

Há muito tempo que o envelhecimento, mais ainda do que outros ramos das ciências da natureza, recorre a teorias. Razões para tal é o facto de ele se fazer acompanhar, obrigatoriamente, de doenças, as do envelhecimento ou da “terceira idade”, como as designamos hoje em dia. Poderemos envelhecer e morrer de boa saúde? Ou deveremos sofrer de doenças que nos matam? Eis uma segunda questão que exige uma resposta, tanto experimental como teórica. Não é, pois, por acaso que as teorias do envelhecimento se multiplicaram desde que o Homem começou a reflectir sobre o seu declínio (Ladislav, 1995). Neste sentido, o mesmo autor remete para uma jovem disciplina, a gerontologia experimental.

Em gerontologia, a prevenção desenvolve-se a dois níveis, a nível individual, que engloba a intervenção ligada ao aspecto físico, psíquico e social do idoso, e a nível colectivo que analisa os serviços de apoio direccionados a esta faixa etária (Berger, 1995). Ainda do ponto de vista gerontológico, a prevenção é convergente com as premissas de promoção do envelhecimento activo, caracterizada pela manutenção e preservação das capacidades e potencial do indivíduo e garantia de melhores condições de vida (Who citado por Assis *et al.*, 2004).

As acções ao nível da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas são desenvolvidas a fim de proporcionar um prolongamento da esperança de vida com qualidade (Murphy e Cicilline, 2001). Assim, o desenvolvimento destas acções tem subjacente uma dualidade de intenções ao manter a pessoa viva o máximo de tempo possível por um lado, privilegiando a qualidade de vida por outro (Galvão, 2006).

O presente trabalho está dividido em duas grandes partes, contendo cada uma diversos capítulos. A primeira parte visa enquadrar teoricamente o problema de pesquisa através de uma identificação dos temas mais relevantes para o seu equacionamento. Assim, dedicar-se-á um capítulo ao envelhecimento segundo duas perspectivas, a individual e a demográfica. Na primeira perspectiva, abordaremos o envelhecimento Humano como uma

fase da vida em que atravessamos maiores transformações, passando de um corpo activo e relacional a um corpo razoavelmente dispensado de participar na sociedade. A este conceito de envelhecimento individual, que assenta na maior longevidade dos indivíduos, está subjacente, o de envelhecimento biológico que a comunidade médica geralmente define como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se conseqüentemente, um aumento gradual de determinadas doenças crónico-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim da vida. Ao longo deste capítulo, tecer-se-ão algumas considerações acerca do envelhecimento do idoso, das necessidades do mesmo para que este tenha a qualidade de vida a que tem direito. Na segunda perspectiva, abordaremos: os aspectos demográficos do envelhecimento; o envelhecimento demográfico em Portugal; o envelhecimento demográfico em Castelo de Paiva.

Posteriormente apresentamos a perspectiva de Centros de Dia como resposta a um cruzamento entre o envelhecimento e qualidade de vida. Os centros de dia são estruturas de apoio formal que emergiram num contexto de crise tanto a nível estrutural como ao nível familiar. Se, por um lado, as instituições de apoio a idosos se encontravam massificadas, superlotadas e dispendiosas, por outro as famílias detinham menos tempo e espaço para cuidar dos seus velhos.

O surgimento desta resposta social foi muito díspar, uma vez que as tipologias de Centros de Dia são inúmeras e desiguais entre si. Os estudos de Conrad (1993) contribuíram, de certa forma, para um conhecimento mais aprofundado sobre o tema, sendo dos poucos trabalhos realizados nesta área.

O desenvolvimento da temática sobre Centros de Dia, em Portugal, é inexistente, o que revela um verdadeiro desinteresse sobre a resposta e a sua importância no contexto de apoio social a pessoas idosas. Torna-se, deste modo, propósito dos investigadores, dar a conhecer um pouco desta realidade.

Na segunda parte do trabalho, procedemos à conceptualização do estudo empírico. Inicialmente fazemos um enquadramento do objecto de estudo, a formulação dos objectivos, assim como o percurso metodológico no que respeita à amostra, instrumento utilizado e os procedimentos utilizados para a recolha de dados. Posteriormente procedemos à apresentação e interpretação dos resultados da investigação. Esta segunda parte, termina com a discussão dos resultados e sobre as diferentes análises realizadas com os dados recolhidos, salienta-se as principais conclusões retiradas do estudo e algumas sugestões.

1.1 Estrutura do Trabalho

A estrutura do trabalho procura dar resposta às questões de investigação, de acordo com os objectivos previamente definidos. Relativamente aos estudos que se relacionam com o tema investigado, procuramos fornecer alguma consistência teórica através da revisão da literatura e sequencialmente, apresentar os resultados, discussão e conclusões do estudo realizado.

O corpo do trabalho apresenta-se composto por quatro capítulos, conclusões do estudo, as referências bibliográficas e uma secção de anexos, obedecendo à seguinte estrutura:

Capítulo 1 - Revisão da Literatura

Neste capítulo apresentamos uma revisão da literatura relacionada com a temática em estudo. Procuramos fundamentação teórica para sustentar este nosso trabalho, começando por conhecer a realidade ao nível do envelhecimento demográfico, passando pelo conceito de envelhecimento, qualidade de vida e terminando com a definição de centros de dia e a sua relativa importância como resposta social.

Capítulo 2 - Metodologia

Neste capítulo fazemos uma revisão crítica das várias metodologias possíveis para a investigação em causa e determinamos a opção de metodologia que melhor se adequa à nossa proposta de trabalho.

Definimos as variáveis e apresentamos o instrumento utilizado na recolha da informação e o protocolo utilizado na sua aplicação. Por fim definimos e caracterizamos a amostra em estudo.

Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados

Depois da aplicação dos questionários passamos à apresentação dos seus resultados.

Capítulo 4 - Discussão dos resultados

Neste capítulo será realizada a discussão dos resultados recolhidos da investigação, confrontando-os entre si e com o quadro teórico de referência, tentando evidenciar os seus significados.

Conclusões do Estudo

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões do estudo, tendo em vista os resultados obtidos na investigação e as hipóteses formuladas. Ainda neste capítulo, tendo em linha de conta as limitações deste estudo e o nosso espírito crítico apresentamos linhas futuras para novos desenvolvimentos nesta temática.

Referências bibliográficas

Apresenta a bibliografia consultada para a realização do estudo.

Anexos

Em anexos temos tudo o que entendemos como informação adicional de suporte ao trabalho.

Na elaboração desta dissertação utilizamos para citações e referenciação bibliográfica a Norma APA.

1.2 Importância do Estudo

A importância deste estudo será tão maior quanto maior for a consciencialização que dele resultar. Queremos contribuir para uma maior consciencialização do processo de envelhecimento assim como a importância que os centros de dia podem significar como resposta social a este fenómeno.

Durante as últimas décadas, com o aumento da população idosa, nomeadamente nos países desenvolvidos, os crescentes gastos com a saúde e a constatação dos inconvenientes dos internamentos prolongados, em instituições hospitalares ou de assistência prolongada, como referem Marin, Caetano e Palasson, (2001), que se tornam desagradáveis para o idoso, dado que favorecem alterações nos hábitos de vida, afastamento dos familiares e amigos, afastamento dos objectos pessoais, dificuldade de adaptação a novas situações. Actualmente, em certos contextos rurais e urbanos encontramos “formas de solidariedade baseadas em relações comunitárias (...) a família e a comunidade continuam a desempenhar um papel importante na prestação de cuidados aos idosos (...) integrados no seu contexto familiar e social ” (Pimentel, 2001).

A problemática do envelhecimento deve ser reflectida e equacionada de uma forma integrada e sistémica. Actualmente, as famílias confrontam-se com um leque alargado de transformações sociais complexas e problemáticas que se assumem como obstáculos para assegurar cuidados necessários (sistemáticos) aos idosos.

A questão central que orienta este trabalho diz respeito à preocupação com a manutenção do idoso no seu quadro habitual de vida, como meio necessário e fundamental para a sua qualidade de vida, ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, em que o Centro de dia surge como possível resposta. Esta integração nos centros de dia impede a desintegração do seu contexto familiar, assim como, apoia a família ao nível da prestação de cuidados.

Os centros de dia, tal como se pode ler no decreto-lei 30/89, de 24 de Janeiro, artigo 6.º, n.º2, são “estabelecimentos destinados à prestação de serviços a idosos

residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu seio familiar e social”. Mais tarde, actualizada pelo Ministério do emprego e segurança social – direcção geral da acção social definem-se como “resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços para a manutenção dos idosos no seu seio sócio-familiar”.

Os centros de dia vêm em substituição dos internamentos em lares que não se justificavam. Os centros de dia surgem integrados no seio social do idoso. Reúne um conjunto de serviços que passam pela alimentação, higiene pessoal, convívio, ocupação e acompanhamento a vários níveis. É um complemento no apoio às famílias, já que esta não se deve desvincular dos seus papéis. Procura significar uma melhoria da satisfação das necessidades essenciais dos idosos, promovendo a saúde, prevenindo o isolamento social, promovendo as iniciativas sociais, culturais e económicas, incentivando à auto-determinação, auto-ajuda e inter-ajuda.

O envelhecimento é um fenómeno natural ao qual é necessário responder de forma adequada e digna. Neste sentido, torna-se necessário apoiar uma população cada vez mais envelhecida e facilitar a sua autonomia. É cada vez mais necessário um maior número de recursos comunitários de longa duração (Depalma, 2003) Para este mesmo autor, os centros de dia têm se revelado um recurso cada vez mais popular e apesar de ser recente teve um desenvolvimento muito rápido.

Esta resposta social tem-se revelado importante na medida em que as pessoas que necessitam de ajuda, ou sobre as quais se pretenda implementar medidas preventivas de deterioração ao frequentar com periodicidade o centro, mantenham-se, no seu ambiente familiar por um lado, por outro lado tenham uma ocupação durante a ausência dos seus familiares (Carmona, 1995).

1.3 Pertinência do Estudo

A pertinência deste estudo assenta numa escassez de estudos que relacionem esta resposta social (centros de dia) com a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Em Portugal, segundo a carta social de 2006, existiam à data 1883 estruturas, no entanto, segundo Martin e Cols., (2007), a sua importância permaneça por avaliar.

1.4 Objectivos

Os objectivos enunciados são o resultado das reflexões que surgem aquando da revisão da literatura, de conversas informais com especialistas, mas também e sobretudo da motivação que existe para a temática em estudo.

1.4.1 Objectivo Geral da investigação

O objectivo geral desta investigação passa por avaliar, do ponto de vista do utente, a dinâmica institucional (centro de dia) e o seu contributo para a melhoria da qualidade de vida do idoso.

1.4.2 Objectivos Específicos e respectivas hipóteses da investigação

Inerente ao objectivo geral deste estudo, surge a necessidade de testar hipóteses, no sentido de analisar se a integração dos idosos nos centros de dia promovem a socialização, a autonomia e o bem-estar; Avaliar o grau de satisfação do utente em relação aos serviços prestados tendo em consideração as suas necessidades; Perceber se a integração dos idosos em centros de dia promove um equilíbrio entre as diferentes necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e ainda conhecer a concepção do idoso em relação à integração nos centros de dia como resposta ao fenómeno do envelhecimento.

CAPITULO 1: REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Políticas Sociais e Envelhecimento Demográfico

As políticas sociais surgiram no contexto europeu nos finais do século XIX e caracterizavam-se por ser um meio primordial de organização do bem-estar social e económico, no entanto, Portugal não conseguiu acompanhar este movimento inicial pois a penúria generalizada do país não permitiu que este tivesse o suporte económico necessário para o arranque e implementação das mesmas (Carreira, 1996).

O envelhecimento geral da população é um fenómeno a que se tem vindo a assistir nas últimas décadas; o impacto deste torna-se mais claro quando, uma análise mais atenta, nos indica que a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos, na zona euro, irá crescer de valores de 16% verificados em 2000, para valores próximos dos 20% em 2020, 25% em 2030 e 28% em 2050 (Alvarenga, 2000).

Portugal, nos finais dos anos 50, possuía a população mais jovem em termos europeus, o que, actualmente, não acontece, pois apesar de não ser a mais envelhecida, é uma das que está a envelhecer mais depressa (Barreto, 2002). Durante o período compreendido entre 1960 e 1998, a população portuguesa sofreu um crescimento acentuado (12,3%), caracterizado quer pela queda da mortalidade, quer pela existência sistemática de migrações (INE, 1999). Estes factores desencadearam alterações a nível da estrutura etária da população e uma consequente aceleração do envelhecimento demográfico.

Assistiu-se, por um lado, a um decréscimo da população menor de 14 anos em cerca de 35,1%, que na década de 60 representava cerca de 29,2% da população total; em 1998 o seu peso na população total era de apenas 16,9%. Por outro lado, assiste-se a um acréscimo significativo da população com 65 e mais anos, que de 8% (1960) passa a representar 15,2% da totalidade da população em 1998, situando-se o índice de envelhecimento demográfico para o referido ano nos 114,4% (INE, 1999).

Fruto das alterações demográficas sofridas nas últimas décadas, a tendência do índice de dependência de jovens e do índice de dependência de idosos tem sido inversamente proporcional, ou seja, à medida que se assiste a um decréscimo do peso relativo dos jovens sobre a população activa (o índice dependência de jovens decresce de 29%, em 1991, para 23,5% em 2001), verifica-se um crescimento do peso relativo dos idosos na população activa (o índice dependência de idosos passa de 20,9%, em 1991, para 24,5% em 2001) (INE, 2006). Assim desde 2001, que o INE prevê que a população idosa ultrapasse em número a população jovem entre 2010 e 2015.

O envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno estritamente interligado às mudanças socioeconómicas e culturais do país (DGAS, 1996).

No final do século XIX e início do século XX, a problemática da velhice, em Portugal, mantinha-se encoberta, uma vez que esta era considerada um assunto familiar (Fernandes, 1997). Segundo Bertrand (*in* Carreira, 1996), durante séculos terá sido da incumbência da rede familiar fornecer um papel de protecção social aos seus elementos, papel este que foi diminuindo ao mesmo tempo que diminuía a sua dimensão. Assim sendo, o surgimento das políticas sociais dirigidas para a terceira idade, reflecte, por um lado, uma consciência de intervenção social de apoio a esta faixa etária e, por outro lado, o facto da terceira idade ser entendida socialmente como um problema (Fernandes, 1997).

No período pós-revolucionário, os governos empenharam-se em aumentar o número de pessoas abrangidas pelas medidas de protecção social e em criar novas respostas de apoio aos cidadãos (Barreto, 2002). A Constituição de 1976 legitima a Segurança Social como um direito de todos e define uma política específica para a terceira idade (Rodrigues, 1999).

As modificações político-sociais, bem como o aumento da procura de serviços de apoio a idosos, desencadearam o alargamento da rede de estruturas de apoio, assistindo-se à emergência da acção social exercida, na sua maioria, por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), ou outras, cuja base de sustentação económica ou financeira é exercida pelo estado (Neves, citado por Martins, 2006).

A acção social caracterizou-se, durante muito tempo, por desempenhar uma função remediativa e curativa, existindo pouco investimento na promoção de medidas de integração sócio-familiar, no retardamento do processo de envelhecimento e em medidas de participação activa na comunidade (DGAS, 1996). A preocupação com a manutenção do idoso no seu quadro habitual de vida, como meio necessário e fundamental ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, esteve na base da criação de respostas tais como *Centros de Dia* e de *Centros de Convívio*, *Serviços de Apoio Domiciliário*, e mais recentemente, o *Acolhimento Familiar* (INE, 1999). Entre 1991 e 1998 verifica-se um crescimento de 27,8% destas respostas, com incidência nas de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, denotando-se assim a adesão quer dos promotores quer dos utentes a este tipo de respostas (INE, 1999).

1.2 O Envelhecimento

“Os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjectivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjectivo no grau comparativo tem apenas um significado cronológico.” (Morato, 1986)

O envelhecimento é, certamente, o fenómeno biológico mais partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de uma forma muito mais lenta e outros, ainda pareçam não sofrer de senescência. O ser humano não envelhece de uma forma brusca, mas sim paulatinamente, pelo que a velhice instala-se de uma forma que acabamos por nem nos aperceber. É de facto um processo multifactorial que provoca uma deterioração fisiológica do organismo, pelo que Conde (1995) reforça que não pode ter a sua origem adstrita a uma só causa nem a um só mecanismo, é considerada como um fenómeno normal, universal, ligado ao processo de diferenciação e de crescimento. Reis (1996), afirma que, o ciclo vital do homem compreende três fases consecutivas, o crescimento, a maturidade e a velhice.

Reis (1980) considera a velhice “como uma fase da vida, (...) é o período em que a involução dos órgãos começa a ser evidente.”

A característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente. Esta baixa de adaptação aumenta com a idade e com a instalação de afecções crónicas. Um aumento gradual de determinadas doenças crónico-degenerativas que podem precipitar a incapacidade ou o fim da vida. Zirmerman (2000) diz que “ a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças”. A grande maioria dos organismos apresenta uma incapacidade para permanecer num estado funcional inalterado, que permita a renovação contínua dos componentes do organismo, consoante o consumo e degradação do mesmo, Robert (1995) refere que “o envelhecimento é caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente.” Ocorre diminuição na capacidade de adaptação por cada um dos órgãos que integram um aparelho ou um sistema, desenvolvendo-se conseqüentemente um desequilíbrio homeostático.

Curtis citado por Conde (1995), defende que o principal factor do envelhecimento revela-se nas mutações somáticas. No entanto, Lehr (1998) defende que o envelhecimento se desenvolve no âmbito biológico e fisiológico, a nível psíquico e social, não se evidenciando exclusivamente nas funções somáticas, mas também nas psicoespirituais e nas estruturas sociais. Para além das alterações referidas, ocorrem alterações de afectividade que condicionam mudanças de personalidade. O idoso rejeitado pela sociedade, no momento da aposentação sofre de insegurança, envolve-se de medos e com pressentimentos mórbidos, acabando por adquirir um comportamento narcísico de isolamento, padecendo de solidão e acabando por se deprimir. Timiras (1997) refere que “o envelhecimento é a soma de todas as alterações que ocorrem num organismo com o passar do tempo”. Não se pode ignorar o facto de que o envelhecimento é um processo de deterioração, caracterizado por um aumento da vulnerabilidade e uma viabilidade diminuída

nos seres humanos. O envelhecimento adquire a forma de involução funcional e morfológica, sempre progressiva, que afecta muitos órgãos, tecidos e células e tem como resultado um declínio gradual no rendimento.

Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma holística os aspectos individuais e colectivos da vida e, por sua vez, uma consciencialização de que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. Stevens (1976) refere que “o envelhecimento é um processo normal, caracterizado pelas modificações anatómicas e fisiológicas produzindo-se entre os 50 e 60 anos”. Este também deve ser visto como um processo pessoal, dado que os órgãos corporais não envelhecem todos ao mesmo ritmo. Por outro lado, é relativo, uma vez que se manifesta ou produz em função da saúde e da eficiência do indivíduo. É um processo complexo e dinâmico com componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, inseparáveis e intimamente relacionadas.

Segundo Timiras (1997), existem três definições de envelhecimento:

Tabela 1: O Envelhecimento

Envelhecimento como etapa da vida	Soma de todas as alterações que se dão no organismo com o passar do tempo.
Envelhecimento como processo de deterioração	Soma de todas as alterações que ocorrem com o tempo e conduzem a alterações funcionais e à morte.
Envelhecimento como dano celular e molecular	Alterações nas membranas, citoplasma e /ou núcleo.

Fonte: TIMIRAS, Paolas- Introducción: envejecimiento como una etapa del ciclo vital...,1997.

Alguns gerontólogos dividem a velhice em categorias cronológicas, Idoso jovem (65-74), Idoso médio (75-84) e Idoso idoso (85 e mais), mas a maioria deles prefere classificar as pessoas segundo a sua idade funcional, devendo esta definição estar relacionada com a saúde, a independência física, a função social e psicológica (Staab e Hodges, 1997).

A OMS nomeia como idoso qualquer indivíduo com 65 anos e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde (Aragão e Sacadura, 1994). A idade cronológica surge como um marco e uma forma relativamente precisa de identificar esse grupo. As características relativas ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental e social

podem ser tão distintas entre indivíduos que qualquer classificação se torna arbitrária, pois dificilmente encontramos critérios homogéneos. Pois o envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e é variável de pessoa para pessoa, muitas vezes uma pessoa de 65 anos encontra-se em plena saúde e no entanto é afastada da vida activa.

Paschoal (2000a) referiu que segundo a OMS e a ONU para os países desenvolvidos, a idade dos 65 anos é aceite como sendo a idade a partir da qual se assume a pessoa idosa.

A sociedade impõe os 65 anos como o fim de uma vida activa, laboral e útil. Segundo Imaginário (2008) no nosso país, esse término não é devidamente acompanhado e preparado, as pessoas são simplesmente dispensadas. Esta atitude social impede que as pessoas idosas apreciem e assumam os valores positivos da velhice. A forma como a sociedade encara a velhice afecta o juízo que os idosos fazem de si mesmos. Desenvolvem uma visão negativa acerca da velhice e assumem o papel de dependentes. Apoderam-se de um sentimento de inutilidade, de abandono e de solidão, que pode conduzir a depressões. Os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos. Mesmo que a maior parte deles considere a velhice como uma perda de autonomia e de saúde, e que esta percepção lhes permita negar os preconceitos negativos e a imagem de indigência associada ao envelhecimento, existe, no entanto, um grande número que endossa, sem se questionar, as 'etiquetas' que queremos que eles usem: 'velhas', 'senis', 'mimadas', etc. Acreditam nisso de tal forma que acabam por se conformar. Identificando-se com a imagem degradante que a sociedade lhes confere, justificam de qualquer forma a discriminação de que são objecto.

"O isolamento, a miséria, a inactividade, e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico, por vezes frágil dos idosos. (...) as pessoas idosas bem integradas no meio são capazes e adoptar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim."
(Berger, citado por Imaginário, 2008)

Nós enquanto sociedade devemos compreender que a integração social do idoso é o caminho para lhes minimizar a dependência, preservar a auto confiança e contribuir de forma positiva para uma velhice bem sucedida. Na perspectiva de Santos (2000), é fundamental que o idoso permaneça ocupado, isto para que o conforto com a reforma seja minimizado. Assim torna-se importante que o idoso se mantenha activo, tendo como finalidade abrandar o processo de envelhecimento. No domínio sociocultural entende-se que o idoso necessita de uma educação para a velhice, para o descanso e para aproveitar e desfrutar do tempo livre de que dispõe, como também proporcionar-lhe distrações, manter amigos, viver em família e viver acompanhado.

Segundo Saura Hernández e Sangüesa Giménez (2000), a OMS diz que a melhor forma para avaliar a saúde do idoso é através da função, admitindo que a capacidade funcional é o melhor indicador de saúde que os estudos de prevalência de doenças. Estes mesmos autores classificam a autonomia dos idosos em três grandes grupos:

- Baixa autonomia:

Quando manifestam alta dependência para realizar as actividades de vida diária (AVD) e com escassas relações sociais;

- Média autonomia:

Resolvem a maior parte dos problemas quotidianos, mas contam com um importante apoio dos familiares quando revelam perdas sensoriais e baixa actividade intelectual;

- Autonomia elevada:

Tem boa percepção de qualidade de vida, com atitudes activas face à vida.

É lógico pensar que a dependência dos idosos se deve a um declínio físico, no entanto, factores psicológicos e socioambientais são responsáveis em alguns idosos pelo declínio da sua capacidade funcional.

Sousa (1993) realizou um estudo que lhe permitiu verificar uma baixa de autonomia, não só pelo alto grau de incapacidade física e/ou psíquica mas também pelas limitações económicas, dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. Neste mesmo estudo teve a oportunidade de constatar que todos os idosos demonstraram uma necessidade imperiosa de convívio.

Nas investigações de Pacheco e Lucas (1999) e Azeredo (2001) evidenciou-se também que os idosos manifestaram necessidade de convívio. Como refere Diniz (1993) "...o maior sofrimento da pessoa idosa é (...) a incomunicação, o desamparo e a solidão sociológica". Estes resultados permitem-nos concluir que os idosos têm necessidades de ordem social, estas resultam do facto de nas sociedades industrializadas o idoso ficar sujeito ao isolamento, à solidão e à diminuição de redes de amizade. A satisfação dessas necessidades é feita ao longo da vida de uma forma dependente e independente, sendo que numa primeira fase da vida são satisfeitas por terceiros, e o mesmo acontece à medida que a idade vai avançando. Dado que as capacidades que o indivíduo possui para a satisfação das suas necessidades de uma forma independente se vão tornando progressivamente mais limitadas, resultantes da fisiologia do próprio envelhecimento, a satisfação das mesmas é cada vez mais difícil.

A necessidade de outras pessoas para ajudar a satisfazer essas mesmas necessidades é cada vez maior. As necessidades básicas do idoso são as mesmas que em outra fase da vida, deve promover-se sempre a máxima autonomia, a confiança, a auto-valorização e a qualidade de vida para o idoso.

Segundo Couvreur (2001) para uma boa qualidade de vida é fundamental que se promova um equilíbrio entre os quatro domínios das necessidades fundamentais, físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Tal como se referiu anteriormente, toda a pessoa tem necessidade de ajuda para a satisfação das suas necessidades. No entanto, o idoso requer uma atenção redobrada devido ao próprio processo de envelhecimento. Há necessidade de se providenciar o seu bem - estar, dedicar atenção, estabelecendo com ele uma boa relação de ajuda para a resolução dos seus problemas. De entre as necessidades já mencionadas, o idoso requer que o escutem e se interessem por ele, ser aceite aos olhos dos outros, lhe dêem apreço, reconhecimento, respeitem a sua dignidade como pessoa e que o compreendam. No entanto, Pacheco e Lucas (1999) verificaram na sua investigação que os idosos têm necessidade de redes de apoio informais e de grupos de auto-ajuda na comunidade. Só uma abordagem multilateral e multidisciplinar poderá responder com eficácia às necessidades complexas dos idosos na sociedade contemporânea, tentando satisfazer as necessidades mais urgentes desta população, não recaindo estas apenas no campo da alimentação, da higiene ou da saúde.

Muitos dos medos de envelhecer tem a ver com o modo como a sociedade percebe a velhice. Por outro lado, existe um medo inevitável de o indivíduo em deteriorar-se. É fundamental cultivar uma perspectiva de orientação para o estado de maturação, contrariando a tendência actual que considera a velhice como sendo a última metade da vida, um declínio, um processo de degeneração que conduz à incapacidade, a um auto-conceito negativo e a uma baixa auto-estima tendo a morte como resultado final. Isto é fundamental se nós pretendermos ajudar os nossos idosos a adaptar-se ao processo normal do envelhecimento e aos problemas que daí possam advir.

Mitos, Estereótipos e Perigos Potenciais

As atitudes negativas face aos idosos não são os únicos perigos que os ameaçam. Os inúmeros mitos e estereótipos sobre a velhice causam-lhes imensas dificuldades. Estudos efectuados por Ebersole e Hess (1985) permitiram identificar sete mitos particularmente persistentes relativamente aos idosos.

1. A maioria dos idosos é senil ou doente. A senilidade, termo pejorativo, sem ligação específica ao envelhecimento, descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso. A maior parte dos idosos não é mentalmente

perturbada. O envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de uma pessoa. Berger (1995) refere que “ a senescência é um processo natural e não sinónimo de senilidade”.

2. A maior parte dos idosos é infeliz. Em contrapartida, estudos demonstraram que o nível de satisfação de vida dos idosos é relativamente elevado e compara-se facilmente ao dos adultos.

3. No que se refere ao trabalho, os idosos não são tão produtivos como os jovens. Ao contrário disto, estudos tendem a demonstrar que os trabalhadores idosos têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante.

4. A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas actividades quotidianas. Cerca de 80% dos idosos é suficientemente saudável e autónoma para efectuar as suas actividades quotidianas sem qualquer ajuda. Por outro lado, a dependência não é, de forma alguma, sinónimo de terceira idade. Faz parte das diversas etapas da vida de cada um de nós.

5. Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar. É verdade que as pessoas são mais estáveis quando envelhecem, mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas.

6. Todos os idosos se assemelham. Isto é falso. À medida que o ser humano envelhece diferencia-se dos outros sob diversos aspectos (ex.: humor, personalidade, modo de vida, etc.). As pessoas idosas apresentam-se como um grupo bastante heterogéneo e, como tal, com necessidades distintas, refere Benet (2003). O processo do envelhecimento, deve ser visto como um processo pessoal, dado que os órgãos corporais não envelhecem todos ao mesmo ritmo. É um percurso relativo, uma vez que se manifesta ou produz em função da saúde e da eficiência do indivíduo.

7. A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão. Os estudos provam, pelo contrário, que um grande número de idosos mantém elos de amizade, vai permanecendo em contacto com a família e participa com alguma regularidade em actividades sociais.

1.3 Qualidade de vida no idoso

A saúde é vital para manter o bem – estar e a qualidade de vida na idade avançada, sendo que na perspectiva de Grande (1987) “o envelhecimento da população europeia é um fenómeno irreversível, que levanta problemas sociais de vários tipos. (...) o fenómeno do envelhecimento tenderá a tornar-se uma preocupação dos centros de investigação europeus”. De acordo com esta afirmação, denota-se que a saúde dos idosos é uma preocupação prioritária para os próprios e para o governo. Observa-se que as pessoas vivem mais tempo, mas esta longevidade pode estar marcada por doenças crónicas e incapacitantes, inviabilizando a preservação da sua autonomia e independência. Como nos dizem Varanda e Freitas (1998), quer o processo de envelhecimento em si, quer a prevalência das doenças crónicas levam a que as condições físicas dos idosos não sejam geralmente as melhores, provocando-lhes sofrimento e incapacidade funcional.

No âmbito psicológico, mais do que o processo de envelhecimento, são as sucessivas crises pelas quais o idoso passa (lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida) que esgotam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação, geram problemas como a depressão, a ansiedade e a baixa de auto – estima. A nível social, o idoso caracteriza-se muitas vezes pelo isolamento, mesmo quando vive acompanhado com familiares ou outros, é a solidão sentida, gerada pela impossibilidade de relações. Também, o facto de o idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade, conduz a que seja tratado de modo diferente, o que não facilita a sua integração social mas sim a sua marginalização.

Segundo Renaud (2000) “a saúde afecta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”. A saúde surge sistematicamente como aspecto mais importante na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos, é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida. Hill, citado por Ferreira (1990) considera saúde “ como a condição em que se encontra o organismo humano quando reage satisfatoriamente às condições do meio ambiente onde vive”. Assim, tendo por base este conceito, para que o indivíduo tenha saúde é fundamental haver um ajuste entre o indivíduo e o meio. Deste equilíbrio resultará um bem-estar consciente, permitindo ao indivíduo desenvolver as suas capacidades fisiológicas e psíquicas, reagindo ao meio físico e social que o rodeia sem sofrimento. Também segundo a OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade.

Hoje é aceite de forma evidente que a saúde é uma encruzilhada na qual confluem uma série de factores de índole variada: factores individuais, colectivos, biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos, políticos, entre outros (Coelho, 1997).

A dimensão social incorporada no conceito de saúde contribui para reforçar a mudança, uma vez que, até então admitia-se que a saúde ou a doença dependia fundamentalmente da interacção entre o indivíduo, com a sua carga genética e o meio ambiente, ou seja, factores físico e/ou biológico (Imaginário, 2008).

Perante este novo paradigma, as dimensões psicossociais e funcionais tornam-se componentes essenciais para a obtenção de boa saúde, o que pressupõe uma óptima qualidade de vida. “A saúde é um estado do ser que as pessoas definem em relação aos próprios valores” (Ibidem).

Na perspectiva de Renaud (2000) “ as vulnerabilidades da idade avançada podem ser mais de natureza psicológica do que física”. A conceptualização tradicional de saúde era inadequada, emergindo a necessidade de a equacionar numa perspectiva sistémica e holística, como foi preconizado pela OMS, considerando os factores bio-psico-sociais, em que, o conceito de qualidade de vida germina como fundamental. Confirmando tal facto refere Amorim e Coelho (1999) “ não só a cura e a sobrevivência são importantes, mas é o ainda mais a qualidade de vida”. Estes aspectos são referidos pela organização mundial de saúde quando diz que no século XXI não só viveremos mais, mas também gozaremos de uma melhor qualidade de vida, ou quando usa lemas como ‘dar mais vida aos anos...’, ‘dar mais saúde ao anos...’ e ‘dar mais anos à vida...’. Assim se demonstra que cada vez mais se deve centralizar a saúde do ponto de vista da pessoa, isto porque tem a ver com o sentimento subjectivo de bem-estar.

O bem-estar é um estado que engloba o corpo e a mente, por isso, na avaliação do bem-estar é necessário englobar estados subjectivos da mente, assim como factores físicos e ambientais. Para Rankin-Box, citado por Imaginário (2008), o estado de bem-estar não é estático, visto que os nossos sentimentos estão continuamente a relacionar-se com o mundo à nossa volta.

Também os laços culturais têm uma influência determinante no conceito de bem-estar, sendo este influenciado pelos valores sociais vigentes e pelo ambiente envolvente. O bem-estar inclui variáveis físicas, psicológicas e sociais.

“...um indivíduo pode sentir-se doente sem ter nenhuma doença biológica (...). Esta realidade (...) tem proporcionado o aparecimento de novos conceitos, como é o caso do de qualidade de vida”. Para estes mesmo autores, “... a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o bem-estar de outra pessoa.” (Amorim e Coelho, 1999)

Segundo Neves (2000), existem duas escolas à cerca da qualidade de vida, a do funcionalismo e a do bem estar ou da satisfação com a vida. Segundo Amorim e Coelho (1999), este conceito de qualidade de vida é mais abrangente do que o de saúde. Todos os autores que se debruçaram na definição do termo são consensuais em admitir a multidisciplinaridade para o fim, tal que a qualidade de vida depende de vários domínios, sendo eles saúde, trabalho, família, qualidade de habitação, vizinhança e economia, englobando não só os aspectos da vida relacionados com a doença e o tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais. Segundo Churchman, citado por Ribeiro (1994), “qualidade de vida designa o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”.

A OMS defende como qualidade de vida “ a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Carod-Artal, citado por Imaginário (2008), define a qualidade de vida como o valor que se associa à longevidade da vida modificada pela incapacidade, pelo estado funcional, pela percepção e pelas consequências sociais resultantes de uma doença, de um acidente ou de uma decisão política, social ou sanitária, visando o impacto e as implicações directas/indirectas da doença sobre o indivíduo, de tal forma que, a avaliação se passasse a fazer através da quantificação dos períodos livres de doença ou perturbação social. No entanto, ainda existe uma preocupação por parte dos gerontologistas em encontrar indicadores fiáveis de qualidade de vida, realizada e percebida pelos idosos, dando especial ênfase à própria percepção que os mesmos têm da sua saúde e do seu bem-estar.

Ao verificar-se que a qualidade de vida se pode avaliar em muitos domínios, foi fundamental uma aproximação multidimensional do conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, pelo que se tem considerado pelo menos quatro dimensões na avaliação da mesma, a física, a funcional, a psicológica e a social. A dimensão física refere-se aos sintomas físicos, dolorosos ou não, derivados da doença ou do tratamento. A funcional tem a ver com a capacidade do indivíduo em se auto-cuidar, deambular, actividade física, assim como a capacidade para concretizar as tarefas familiares e laborais habituais. A dimensão psicológica focaliza-se no funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e a percepção global de saúde. Por último, a social centra-se na interacção do sujeito doente com o seu ambiente, com os seus contactos sociais e com o estado de auto-estima pessoal face a uma doença crónica. Desta forma Carod-Artal citado por Imaginário (2008), considera que “... duas pessoas com o mesmo estado objectivo de saúde podem ter qualidade de vida muito diferente”. Campos, citado por Amaral e Vicente

(2000), afirma que é fundamental efectuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos, seguindo esta lógica requer não somente uma abordagem biomédica mas sobretudo uma abordagem holística. Esta consiste na realização exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sóciofamiliar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os factores que promovem a saúde. Esta perspectiva é fundamental dado que não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a qualidade de vida ou o futuro do idoso, mas sim a sua autonomia e independência. Os múltiplos complexos e inter-relacionados problemas dos idosos requerem, como já foi dito, uma abordagem bio-psico-social, com esta postura procuram-se determinados problemas que nos idosos constituem as causas mais frequentes de incapacidade. A obtenção de dados da esfera funcional, física e social é extremamente preciosa, uma vez que nos fornece subsídios para o nível de assistência a proporcionar ao idoso.

1.4 Centro de Dia

“Uma sociedade para todas as idades, só é possível se, promovermos uma sociedade, que longe de representar os idosos como doentes e aposentados, os considerarmos muito mais agentes e beneficiários do desenvolvimento”. (Kofi Annan)

1.4.1 Cuidados Comunitários: Centros de Dia/ Origens e resenha Histórica

O ‘*Community Care*’ surge na década de 70, na área da saúde mental, como uma vertente dissidente à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional (Clarke, citado por Serapioni, 2005). Esta corrente possui raiz histórica nas actividades comunitárias desenvolvidas por voluntários que prestavam apoio aos mais necessitados (Sousa *et al.*, 2004). O modelo comunitário de intervenção defende que a resolução das dificuldades do

indivíduo deve ser intervencionada sem que este tenha que ser desenraizado do seu ambiente (Arrazola *et al.*, 2003).

O internamento definitivo da pessoa idosa foi, durante bastante tempo, a única resposta de apoio formal existente, no entanto, a tomada de consciência dos custos excessivos, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, contribuíram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade (Pimentel, 2005).

Assiste-se, assim, à integração progressiva da ideologia da ‘desinstitucionalização’ dos cuidados formais (Carvalho, 2006). Este conceito favoreceu a implementação, ainda que progressiva, de novos serviços comunitários suportados pela crise do modelo tradicional de apoio e o surgimento de novas políticas direccionadas ao ‘envelhecer em casa’ (Rodriguez, 1996). Em consonância com esta tendência, as políticas de atenção ao idoso defendem que o contexto domiciliário é o melhor local para envelhecer (Cattani *et al.*, 2004).

O Centro de Dia surge como um recurso ‘intermédio’, que veio colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais (Arrazola *et al.*, 2003). O alicerce dos centros de dia remonta aos anos 20, na Rússia, onde se iniciam programas de cuidados diurnos dirigidos a pessoas com doença mental, cujo principal objectivo terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar (Castiello, 1996). Após a segunda guerra mundial, foi criado o primeiro hospital de dia na Inglaterra com o intuito de perceber as necessidades dos idosos da comunidade (Gaugler, 2003). A intervenção estava direccionada para os cuidados de saúde, tentando juntar os recursos hospitalares e comunitários no modelo de atenção geriátrica (Castiello, 1996).

Nos anos 60, os Centros de Dia ganharam relevância nos Estados Unidos, durante o movimento de ‘desinstitucionalização’ (Weissert, citado por Gaugler *et al.*, 2003). No entanto, no resto da Europa, a adaptação deste tipo de programas e estruturas foi demorado e conceptualmente confuso, existindo em simultâneo programas estritamente direccionados para a reabilitação física enquanto outros detinham uma intervenção de carácter psicossocial (Castiello, 1996).

Terá sido a partir deste período que os Centros de Dia aumentaram substancialmente nos Estados Unidos e passaram a assumir a função de cuidados a longo prazo (Conrad *et al.*, 1993).

1.4.2 Definição e objectivos do Centro de Dia

O conceito de Centro de Dia é bastante complexo pois são diversos os modelos de intervenção apresentados para este tipo de programa. Misturam-se modelos de intervenção individual e grupal com modelos de saúde e psicossociais, cuja predominância varia consoante o tipo de população à qual são dirigidos (Arrazola, 2003).

Para Conrad e cols, (1993) os serviços comunitários são direccionados a adultos idosos que apresentem incapacidades aos níveis funcional, psíquico e social e fornecem, igualmente, apoio aos cuidadores informais. Pretende-se que ambos tenham acesso a uma adequada integração na comunidade, um maior nível de autonomia do idoso e uma melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, a intervenção gerontológica consiste em proporcionar uma atenção integral e continuada (Arrazola, 2003).

Uma outra perspectiva defende que o Centro de Dia é um recurso social de utilização diurna, alternativo à institucionalização, e revela-se concebido para pessoas idosas que sofram algum grau de deficiência física ou psíquica (Cid e Dapía, 2007).

Para Sannino, citado por Arrazola, (2003) as estruturas de apoio diurno, acopladas ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas, constituem uma alternativa definitiva ou transitória ao internamento. Destaca como principal objectivo, deste programa, a **melhoria da qualidade de vida** dos seus utilizadores através de um acompanhamento particular e abrangente do indivíduo (Arrazola, 2003). Este modelo de intervenção impede a desintegração do seu contexto familiar, assim como, apoia a família ao nível da prestação de cuidados (Arrazola, 2003).

O Centro de Dia define-se como recurso de apoio familiar que oferece durante o dia a atenção necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais das pessoas idosas afectadas por diferentes graus de dependência, promovendo a autonomia e a permanência em contexto domiciliar (Sancho, 1999). Gutiérrez (1999) define Centro de Dia como um programa que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal, o objectivo geral da intervenção assenta no apoio integral e de qualidade aos idosos dependentes, sem necessidade de institucionalização (Arrazola, 2003).

Para Inza, citado por Arrazola, (2003) o serviço diurno é vocacionado para pessoas com dificuldades ao nível sócio-assistencial, desenvolvido com o intuito de prestação de um tipo de apoio de carácter preventivo, reabilitador, de supervisão, de suporte ao idoso e ao seu agregado familiar, surgindo como uma alternativa possível ao internamento (Arrazola, 2003).

O Centro de Dia do ponto de vista genérico, pode definir-se como um serviço diurno multidisciplinar dirigido a utilizadores que apresentam um grau de problemática sócio – assistencial, configurado como uma estrutura que proporciona assistência continuada durante tempo indefinido e possibilita a vida laboral do resto dos elementos da família (Manchola, 2000).

De um modo geral, atrevemo-nos a definir o Centro de Dia como uma estrutura de serviços comunitários (Conrad, *et al.*, 1993), de funcionamento diurno (Inza, 1999; Cid e Dapia, 2007) dirigido a idosos. De acordo com Sannino (1999), Inza (1999), Sancho (1999), Cid e Dapia (2007) este tipo de estrutura caracteriza-se por ser uma alternativa ao internamento do idoso, permitindo, assim, que este se mantenha o máximo de tempo possível integrado no seu contexto. Esta resposta social multidisciplinar (Manchola, 2000) é direccionada a pessoas que apresentem incapacidades a nível funcional (Conrad *et al.*, 1993), bem como dificuldades ao nível sócio-assistencial (Inza, 1999; Manchola, 2000).

Neste tipo de intervenção é fomentada a articulação com o cuidador informal (Gutierrez, 1999), através da prestação de apoio aos familiares do cliente (Conrad *et al.*, 1993; Sancho, 1999), possibilitando que estes possam desenvolver actividades diversas, nomeadamente de cariz profissional (Manchola, 2000).

O objectivo básico de um Centro de Dia é o **de manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso**, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as actividades da vida diária e interacção social (Conrad *et al.*, 1991).

Na mesma linha de análise do mesmo autor, Schwartz (1979) salienta os múltiplos propósitos do Centro de Dia, assinalando como seu objectivo principal, proporcionar serviços e programas para prevenir e/ou atrasar a necessidade de institucionalização. Este tipo de estrutura tenderá a ser uma solução essencial e mais barata que o internamento, tendo a vantagem de **contribuir para a manutenção da saúde física e emocional** (Ferrer, 2005).

O Centro de Dia surge como um serviço de acolhimento diurno, de assistência às actividades da vida diária para pessoas idosas com dependência, cujos objectivos a alcançar são a recuperação e a manutenção do máximo grau de autonomia do idoso, de acordo com as suas próprias potencialidades e capacidades (Benet, 2003). Este programa procura a satisfação do indivíduo numa dimensão global, tendo em consideração as suas necessidades individuais e familiares, mantendo-o integrado no seu ambiente domiciliário (Benet, 2003).

Castiello (1996) destaca, de modo mais aprofundado, os principais objectivos deste tipo de estrutura de apoio comunitário (i) recuperar ou manter ao máximo o grau de

autonomia individual que permitam as potencialidades do indivíduo; (ii) prevenir o incremento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras; (iii) ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e actividades sociais gratificantes para o sujeito; iv) retardar as institucionalizações precoces e indesejadas; (v) promover a permanência do indivíduo no seu meio; (vi) proporcionar a realização de actividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; e por último, (vii) melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças.

De um modo geral, os Centros de Dia favorecem condições de vida dignas às pessoas idosas e seus familiares, contribuindo para a manutenção e continuidade do seu modo de vida e maior nível de autonomia (Castiello, 1996).

1.4.3 Motivações na utilização desta dinâmica

A procura de um Centro de Dia pode ser originada por razões familiares, sociais, reabilitação física ou psíquica, solidão etc. Segundo Cerrato (1996), as pessoas recorrem a estas estruturas para permanecerem várias horas durante o dia, por motivos sociais e/ou de saúde. Num estudo realizado por Benet (2003), e apresentado seguidamente, são elencadas as principais motivações que levam os idosos a procurarem este tipo de resposta. Em primeiro lugar, encontram-se as motivações ligadas à saúde, sendo que os Centros de Dia disponibilizam acompanhamento e atenção para os utentes que apresentem problemas ao nível da saúde, fornecendo cobertura neste âmbito em regime diurno e a um preço mais baixo do que a prestação de cuidados ao domicílio ou internamento. Em segundo lugar as motivações emocionais; o estudo de Benet (2003) permitiu aferir que inúmeras pessoas idosas, que vivem sozinhas, não conseguem encontrar um sentido para a nova etapa do seu ciclo vital, necessitando de um projecto de vida motivador, sendo que, a inserção neste tipo de estrutura abre possibilidades de contactos sociais e integração. Em terceiro lugar, motivações familiares, em que as dificuldades dos familiares em cuidar do idoso poderão ser diversas e englobam quer razões de saúde, quer de trabalho, quer de sobrecarga. Segundo Benet (2003), a família utiliza, muitas vezes, o Centro de Dia como passo prévio à integração do idoso numa estrutura de internamento definitivo. Esta preparação tenderá a desempenhar a função de mentalização da necessidade de internamento do familiar. Em quarto lugar, o autor destaca as motivações económicas, sendo que a assistência fornecida pelo Centro de Dia cobre as necessidades básicas diárias dos utilizadores que vivem

dependentes dos serviços sociais de atenção primária a um baixo custo; estes caracterizam-se, especialmente, por serem pessoas que vivem sozinhas e com escassos recursos económicos, não podendo usufruir de outros tipos de respostas mais dispendiosos.

Benet (2003) salienta ainda como principais utilizadores da estrutura de Centro de Dia os idosos com problemas de autonomia funcional e/ou psicossocial, e que, tal como é referido por Leitner (1995), pretendam manter o seu papel social na comunidade.

De um modo geral, a integração da pessoa na resposta social de Centro de Dia surge, de acordo com o estudo anterior, como uma solução para as necessidades de supervisão e monitorização ao nível da saúde, integração e acompanhamento na vertente emocional, alívio dos cuidadores na prestação de cuidados e possuindo, ainda, como elemento privilegiado, o facto de ser economicamente menos dispendiosa tendo em conta o grau de abrangência do apoio prestado ao idoso.

Os Centros de Dia oferecem um espaço de convergência e conjugação entre serviços de cariz social e de saúde, no que respeita à planificação e intervenção nos cuidados, **objectivando a saúde e o bem-estar da pessoa idosa** (Arrazola *et al.*, 2003).

Garcia Huete, citado por Benet, (2002) define a saúde como um estado de bem-estar psicológico e social em equilíbrio com o meio. A perspectiva de promoção da saúde e prevenção do envelhecimento patológico têm como principal objectivo atingir as etapas tardias da vida no melhor estado possível.

O programa de envelhecimento saudável é dirigido à promoção da saúde e à prevenção de problemas físicos, psíquicos e sociais (Arrazola, 2003).

Para Benet (2002) torna-se fundamental a detecção precoce da doença e a actuação sobre factores de risco que afectam o estado de saúde do indivíduo que envelhece.

O Centro de Dia torna-se útil na medida em que fornece resposta a pessoas que, por motivos de saúde, começam a desenvolver problemas de dependência, no sentido de colmatar as necessidades básicas da pessoa idosa não sendo necessário retirá-la do seu ambiente habitual (Benet, 2003). O programa tenta, entre outros serviços, satisfazer as necessidades diárias de alimentação e cuidado nutricional dos idosos de um modo controlado e baseado em critérios científicos, cujos principais objectivos assentam na diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral e, individualmente, para cada paciente de acordo com as suas patologias.

No âmbito de análise da saúde, pode-se também apontar um outro tipo de intervenção associada aos cuidados de higiene que permite dar a conhecer ao utente e familiares a importância da higiene pessoal, de modo a que seja entendido por todos como um hábito de vida saudável. Neste domínio, as acções a desenvolver prendem-se com o

grau de higiene do idoso, hábitos de higiene adquiridos, programação das higiènes, cuidados especiais com os pés, higiene do cabelo e da boca (Cortés *et al.*, 1996).

Uma outra intervenção prende-se com realização de actividade física controlada que possibilita a melhoria da qualidade de vida do idoso, uma vez que potencia a manutenção, por um maior período de tempo, da sua autonomia e independência (Shephard, citado por Ermida, 2000). A actividade física é um elemento preponderante num Centro de Dia, sendo que o principal objectivo é a manutenção da máxima mobilidade possível do idoso (Alda e Montón, 1996). Esta, cujo objectivo de intervenção é o movimento humano, assenta a sua actuação na melhor compreensão dos factores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar nos idosos (Yuaso e Sguizzatto, 1996). Os benefícios da actividade física estão presentes em todas as dimensões do ser humano, actuam como facilitadores ao nível da integração e reorganização da vida social (Mazo *et al.*, 2004).

Os Centros de Dia fornecem o acompanhamento a idosos potenciando a sua continuidade em meio social, e, para além de oferecerem um espaço de convívio com actividades lúdicas e formativas, incluem uma gama de serviços, tanto preventivos como reabilitadores, de enfermagem e de vigilância médica de patologias leves (Martinez *et al.*, 1999). As pessoas idosas apresentam-se como um grupo bastante heterogéneo e, como tal, com necessidades distintas, procurando nas instituições respostas igualmente diferenciadas e diversificadas. Torna-se por isso necessária, a implementação de uma multiplicidade de intervenções que permitam aos idosos eleger aquela ou aquelas que melhor se adaptam às suas necessidades (Benet, 2003).

CAPITULO 2: METODOLOGIA

2.1 Metodologias de Investigação

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e linhas orientadoras de uma investigação (Fortin, Coté e Vissandjée, 2000a).

Recorrendo à classificação de Gay (1981) quanto às metodologias mais usadas em psicologia e ciências da educação, o método de investigação adoptado é Investigação experimental. O objectivo desta investigação é o estabelecimento de relações causa-efeito. Usualmente o método experimental é descrito como aquele que é conduzido para rejeitar ou aceitar hipóteses relativas a relações causa-efeito entre variáveis.

De acordo com os fenómenos em estudo e com as questões definidas para a investigação, algumas investigações requerem a descrição do fenómeno, ao passo que outras implicam uma explicação ou ainda a predição ou controlo dos fenómenos.

As metodologias existentes para uma investigação são de dois tipos: qualitativas e quantitativas.

O método qualitativo visa uma compreensão absoluta e abrangente do fenómeno em pesquisa “...observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-los” (ibidem). Este método permite descrever ou interpretar, mas não avaliar. Permite a produção de dados “...nas próprias palavras das pessoas, faladas ou escritas, e na conduta observada” (Taylor Bogdan citado por Imaginário, 2008).

O método quantitativo caracteriza-se como:

“...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) o investigador adopta um processo uma série de etapas (...) a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (ibidem).

Este método visa o desenvolvimento e a validação dos conhecimentos, faculta a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.

A escolha do método a aplicar na investigação tem a ver com a posição paradigmática do investigador, conhecimentos que o mesmo possui acerca de uns e de outros métodos, o fenómeno/ situação a analisar e a disponibilidade temporal.

Hoje é consensual a importância de uma abordagem plurimetodológica como estratégia eficaz no estudo dos fenómenos, “... as metodologias quantitativas ou qualitativas

que as enquadram não se opõem, antes se complementam” (Lalanda citado por Imaginário, 2008). Também Triviños (1992) nos afirma que toda a pesquisa pode ser em simultâneo quantitativa e qualitativa. Estes autores consideram que a complementaridade dos métodos de investigação, quantitativo ou qualitativo, aumentam a fiabilidade dos resultados.

2.2 Definição das Variáveis

2.2.1 Problema Geral

- Será que a integração dos idosos em centros de dia, promove um envelhecimento com qualidade de vida?

2.2.2 Problemas Específicos

Problema específico 1:

Será que a integração de idosos em centros de dia promove a socialização?

H1 – A integração de idosos, em centros de dia, promove a sua socialização.

Variável Independente (VI):

- Integração dos idosos em centros de dia.

Variável Dependente (VD):

- Promoção da socialização.

Problema específico 2:

Será que a integração de idosos em centros de dia promove a sua autonomia?

H2 - A integração de idosos, em centros de dia, promove a sua autonomia.

Variável Independente (VI):

- Integração dos idosos em centros de dia.

Variável Dependente (VD):

- Promoção da autonomia.

Problema específico 3:

Será que a integração de idosos em centros de dia promove o seu bem – estar/ satisfação?

H3 - A integração de idosos, em centros de dia, promove o seu bem estar/Satisfação.

Variável Independente (VI):

- Integração dos idosos em centros de dia.

Variável Dependente (VD):

- Promoção do bem - estar.

2.3 Instrumentos de Investigação

Podemos de forma muito resumida referir que são quatro os instrumentos metodológicos que se podem usar no processo de recolha de informação (Ketele e Roegiers, 1993):

- A prática de entrevista;
- A observação;
- Recurso a questionários
- Estudo de documentos.

2.3.1 Possíveis Instrumentos a utilizar

Os instrumentos de investigação estão directamente relacionados com a metodologia aplicada. Assim em metodologias qualitativas os instrumentos recomendados

são: Gravador, transcrição, muitas vezes o investigador pode ser o único instrumento. Quando realizada, a observação é livre/directa e participante, a prática de entrevistas são abertas, os questionários apresentam perguntas abertas, recorre-se ao uso de fotografias e o estudo de documentos é característico deste método. Em metodologias quantitativas, instrumentos usados são: a observação sistemática ou estruturada, entrevistas estruturadas, questionários com perguntas fechadas, testes estandarizados e escalas validadas.

2.3.2 A selecção do instrumento

A selecção do instrumento utilizado no processo de investigação foi realizada de acordo com o problema e com as hipóteses, tendo igualmente em consideração a posição do investigador.

Como se trata de uma investigação experimental então optámos por uma metodologia quantitativa. O investigador elabora um plano de investigação estruturado onde pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos de investigação (amostragem), a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses.

Tendo ainda em conta que, a investigação decorreu num curto espaço de tempo e que o objecto de trabalho é um objecto atitudinal, tal foi ponto importante para a escolha desta metodologia, que sendo quantitativa está sustentada, fundamentalmente, num questionário com perguntas fechadas. Contudo, o mesmo questionário apresenta algumas perguntas abertas (metodologia qualitativa), tal deve-se à leitura da revisão bibliográfica que afirma que nas investigações nunca se utiliza apenas um método ou uma técnica, mas todos os que forem necessários ou apropriados. Na maioria das vezes, há uma combinação de dois ou mais métodos.

Para esta investigação o instrumento utilizado para a recolha de dados foi uma adaptação do 'Questionário do Utente' pertencente ao protocolo de avaliação de Centros de Dia. O protocolo foi desenvolvido por Conrad (1993) com o objectivo de analisar a estrutura, processos, populações e resultados dos programas do Centros de Dia existentes nos Estados Unidos.

O 'Questionário dos Utente' é o instrumento utilizado neste estudo, é preenchido num formato de entrevista com os utentes utilizadores do centro de dia, devido à pouca autonomia por parte dos idosos no preenchimento do mesmo e também porque a maior

parte nem sabe ler nem escrever. Avalia a satisfação dos utentes com os programas e serviços existentes e está estruturado como aparece na tabela 2 e como se pode ver em anexo (anexo 1).

Tabela 2: Estrutura do questionário do utente

Tipo de Questionário	Tipos de Grupos	Caracterização dos Grupos	Exemplo
Questionário do utente	<u>Escalas</u>		
	Escala de ambiente social	Escala de ambiente social Constituída por 3 sub-escalas (1. Comunicação; 2.Cuidados prestados; 3.Ambiente Moral).	
	Escala de Actividades	Escala de Actividades É constituída por uma sub-escala de serviços de animação social.	A sub-escalas de ambiente social, actividades e satisfação dos utentes são constituídas por questões tipo "Likert". As opções de resposta são apresentadas do seguinte modo:
	Escala de Satisfação Global	Escala de Satisfação Global É constituída por uma sub-escala de utentes composta por 6 itens.	<ul style="list-style-type: none"> ●Concordo totalmente ●Concordo ●Nem concordo, nem discordo ●Discordo totalmente ●Discordo
	Escala de Actividades Básicas de Vida	Escala de Actividades Básicas de Vida Pretende avaliar a capacidade funcional para a realização destas actividades.	
	Escala de Transporte	Escala de Transporte Analisa o modo de deslocação do utilizador do centro de dia	
	<u>Perguntas abertas</u>	Avaliação de questões não enquadráveis nas escalas, com vista à obtenção de informação que após a análise de conteúdo será codificada.	O que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste centro de dia mais agradável?

2.4 Protocolo de recolha e aplicação de dados

Em primeiro lugar, marcamos uma reunião com a direcção do Centro Social de Santa Maria de Sardoura para saber da sua disponibilidade em colaborar com este nosso projecto. Apresentamos o projecto e recebemos de imediato luz verde para avançar.

O segundo passo, antes da aplicação dos questionários, foi informar os idosos do trabalho que estávamos a desenvolver e saber da sua disponibilidade para colaborarem no processo de recolha de informação através da resposta a um questionário.

Importa referir que, devido ao elevado nível de analfabetismo, os questionários foram, na sua grande maioria, aplicados de forma individual. Cada idoso respondia ao questionário a partir da leitura de outra pessoa.

Os questionários foram realizados no contexto da sala de convívio do centro de dia do Centro Social de Santa Maria de Sardoura no período da manhã. Nenhum dos utentes se recusou a colaborar com os investigadores no processo

Imagem 1: Aplicação do questionário



2.5 Dimensão e critérios de selecção da amostra

O presente estudo realiza-se no Concelho de Castelo de Paiva, situado na faixa Litoral Norte, no distrito de Aveiro, está limitado geograficamente a Norte pelo Rio Douro que o separa do Concelho do Marco de Canavezes, Penafiel e Gondomar; a Sul por uma cordilheira de serras (a Serra Alta ou Alto de Santo Adrião, Cerquidelo, Gamarão e a Serra da Vala) que o separa do Concelho de Arouca; a Este pelo Rio Paiva que o separa do

Concelho de Cinfães; e, a Oeste pelo Rio Arda, Serra do Cabeço de Sobreira e o Ribeiro de Areja que o separa do Concelho de Gondomar.

Este Concelho, tradicionalmente rural, circunscreve-se numa área de 115 km² distribuída por nove freguesias (Bairros, Fornos, Paraíso, Pedorido, Raiva, **Real**, **Santa Maria de Sardoura**, São Martinho de Sardoura e Sobrado), onde habitam 17 338 indivíduos.

Na tabela 3, segue-se a população residente por Censo e Freguesia (1981,1991 e 2001) e a densidade populacional (2001).

Tabela 3: Evolução da população residente, por freguesia, nos censos de 1981, 1991 e 2001

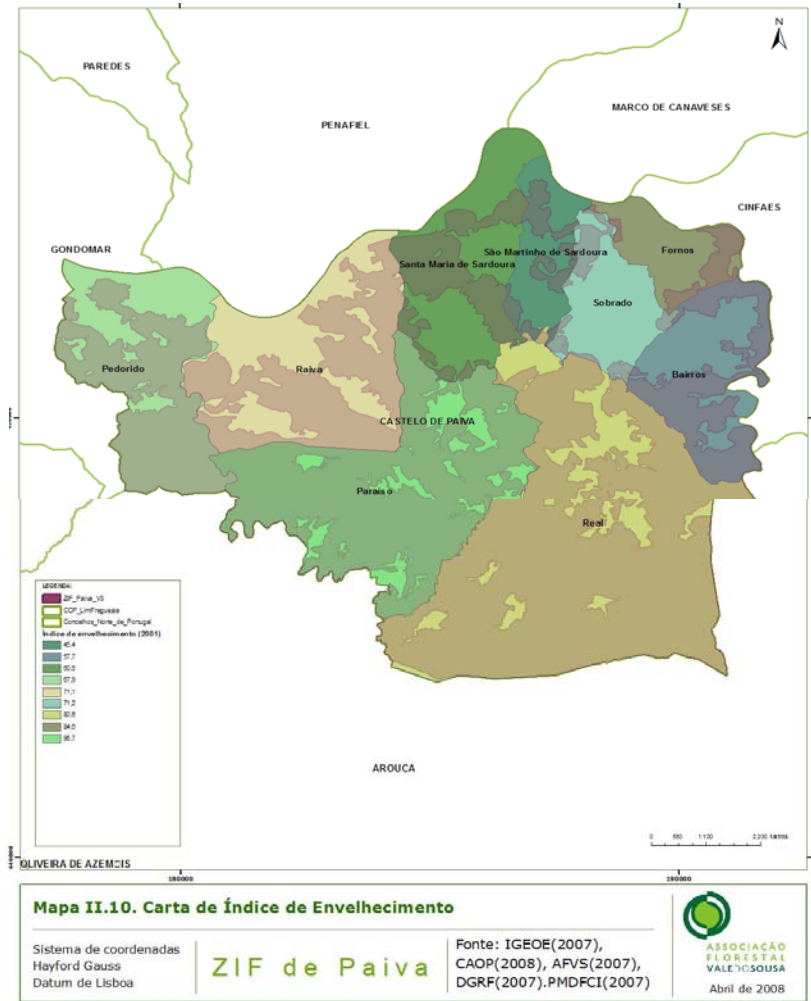
Freguesias	População residente									Densidade populacional 2001
	Total			Sexo masculino			Sexo Feminino			
	1981	1991	2001	1981	1991	2001	1981	1991	2001	
Bairros	1720	1830	1853	844	899	903	876	931	950	215,7
Fornos	1646	1652	1602	802	795	761	844	857	841	389,8
Paraíso	1150	1064	975	582	530	498	658	534	477	44,4
Pedorido	1646	1540	1593	828	783	779	818	757	814	131,7
Raiva	2703	2472	2394	1346	1209	1171	1357	1263	1223	156,2
Real	1569	1428	1371	741	687	682	828	741	689	41,4
Sta. Maria de Sardoura	2755	2745	2698	1381	1388	1366	1374	1357	1332	268,2
São Martinho de Sardoura	1605	1813	1931	805	921	960	800	892	971	448
Sobrado	2232	1971	2921	1061	941	1414	1171	1030	1507	536

A população residente no referido concelho tendo vindo a diminuir, como se pode verificar na tabela anterior. É uma população que tende para o envelhecimento, acompanhada por uma retracção nos grupos etários mais jovens.

A análise do mapa abaixo ilustrado, permite-nos constatar que as freguesias de Paraíso (95.7%), Fornos (84.6%) e Real (80.6%) são as que apresentam os índices de envelhecimento mais elevados. Contudo, a freguesia de Santa Maria de Sardoura, também apresenta um índice de envelhecimento elevado, na ordem dos 84.6%. Esta situação poderá correlacionar-se com os seguintes aspectos:

- Falta de oportunidades de emprego;
- Migrações pendulares;
- Dificuldades de fixação de mão-de-obra, por falta de iniciativas empresariais;
- Falta de oferta de actividades culturais;
- Falta de equipamentos para os jovens;
- Desertificação, etc.

Mapa 1: Carta de Índice de envelhecimento



2.5.1 Centro Social de Santa Maria de Sardoura

O Centro Social de Santa Maria de Sardoura (CSSMS), com início de actividade desde Novembro de 2000, está sediado na Quinta da Devesa, freguesia de Santa Maria de Sardoura, tendo como actividade principal a *Acção Social*.

O seu âmbito de intervenção é feito nas Freguesias de Santa Maria de Sardoura e S. Martinho de Sardoura, Concelho de Castelo de Paiva, embora esteja, actualmente, a acolher pessoas de outras localidades, nomeadamente ao nível das respostas de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, pelo facto de não haver respostas a este nível nessas mesmas localidades.

Imagem 2: Centro Social de Santa Maria de Sardoura



Actualmente, a área de intervenção do CSSMS estende-se a todo o concelho de Castelo de Paiva. Os serviços de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (doravante SAD) a Idosos e Deficientes, são respostas asseguradas pelo CSSMS desde Setembro de 2003, destinando-se apoiar a população idosa dependente e/ou outras pessoas em estado de convalescença ou outros adultos que precisem de um apoio físico e psico-social, com objectivo de melhorar a qualidade de vida dos utentes beneficiários dos respectivos serviços. De facto este serviço teve um impacto estrondoso na população, pois veios atenuar momentos de solidão e isolamento sentidos por esta população marcada negativamente pela interioridade. Esta forte adesão levou a Instituição a encetar contactos com o Instituto de Solidariedade e Segurança Social (CDSSS) de Aveiro com o objectivo de alargar o número de utentes estabelecido no primeiro acordo. Até Setembro de 2005 o acordo estabelecido participava em 10 utentes durante a semana e 10 aos fins-de-semana. Em Novembro de 2005, foram assinados novos acordos que contemplaram participações para os 25 utentes (semanas, feriados e fins-de-semana). O mesmo acontece com a resposta de Centro de Dia, tendo um número de utentes do acordo para esta valência aumentado, no mesmo período, de 15 para 20 utentes.

Actualmente, e por o combate à exclusão ser a marca que mais nos identifica no Concelho de Castelo de Paiva, o CSSMS não pode ficar indiferente às reais situações de emergência social com que é confrontado, muito em particular, o total abandono, isolamento e ausência de condições básica de sobrevivência da população idosa. O CSSMS assegura, neste momento, o Centro de Dia a 30 utentes, tendo 5 em lista de espera. O desenvolvimento destes serviços, cada vez mais solicitados, requer uma resposta breve com a qualidade de que é merecedora, e que actualmente é muito difícil de comportar face aos recursos de que dispomos.

PLANO DE ACTIVIDADES

Para que possamos atingir os nossos objectivos, delineamos um conjunto de actividades que, não só constituam uma ocupação útil, como também estimulem todas as capacidades inerentes aos utentes.

Neste sentido, todas actividades propostas, visam promover a autonomia e qualidade de vida dos utentes, tendo em conta os seus gostos, capacidades, hábitos, interesses, expectativas dos utentes, de modo a que se possam enquadrar no seu plano/processo de desenvolvimento individual de intervenção.

Ao envolver os utentes nas **actividades da vida diária**, como por exemplo: lavar as mãos antes das refeições, pôr a mesa, entre outras, pretende-se uma maior autonomia pessoal, participação activa, retardando o processo de dependência.

As **actividades musicais** (cantar/dançar) são de grande importância no seio desta população, uma vez que funcionam como estimulação sensorial e desenvolvimento da linguagem verbal, tendo ainda uma dimensão lúdica e recreativa.

As **actividades formativas** (ex: curso de alfabetização, reconhecimento da moeda, introdução às novas tecnologias) têm uma dimensão estimulação da aprendizagem e valorização pessoal.

O atelier de **trabalhos manuais** prevê a produção de peças em renda, bordados, costura, cerâmica, trabalhos de encadernação, entre muitos outros. Tudo isto de modo a desenvolver o sentido de responsabilidade e ocupação dos tempos livres

O atelier de **Culinária** (idosos a ensinar ao mais pequenos) tem como objectivo desenvolver a autonomia e valorização do utente dentro da comunidade, fazendo com que este se sinta útil e indispensável. Tal aumenta a sua auto-estima.

As aulas de **Ginástica e Psicomotricidade** têm um objectivo primordial de reabilitação física, correcção das posturas, se necessário. Pretende-se, igualmente desenvolver a motricidade global, a motricidade fina (também desenvolvida na execução de trabalhos manuais) e a estimulação sensorial. Estes objectivos são igualmente pretendidos com as idas à **Hidroginástica**. A ocupação útil e reabilitação pelo trabalho, como já foi referido, são objectivos de todas estas actividades, no entanto não podemos descurar o lazer e as actividades lúdicas, que acabam por ser um pouco todas, contudo promover-se-á **saídas ao exterior** para um maior contacto com a comunidade num tentativa de integração e interacção utentes -comunidade, lanches convívio com utentes de centro de dia da Instituição e de Inter-Institucional. De realçar que poderão ser realizadas outras tarefas decorrentes de comemorações específicas, como: Páscoa, natal, S. Martinho, dia dos avós, dia da alimentação saudável, entre outros. Em todas as actividades realizadas e fora delas os utentes poderão contar com o devido **apoio psicossocial**, que pretende ir de encontro às suas problemáticas, desdramatizando a situação causada pela perda de algumas capacidades, e actuando sobre todos os níveis, de modo a permitir a pessoa idosa e /ou portadora de incapacidade uma maior autonomia, valorização pessoal e integração social, tal, para que possa usufruir plenamente dos seus direitos e sentir-se um cidadão do mundo.

Para que todas estas actividades se possam tornar uma realidade, contamos com a colaboração dos nossos recursos humanos, com o apoio de instituições parceiras, quer públicas, quer privadas, bem como o apoio da comunidade em geral.

2.5.2 Centro Social de Real

O Centro Social de Real (CSR) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos, fundada em 13 de Novembro de 2002.

Imagem 3: Centro Social de Real

O objectivo desta instituição é prestar apoios sociais à população no âmbito do concelho de Castelo de Paiva, contribuir para a promoção da população através do propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e justiça social entre os indivíduos e a finalidade de facilitar serviços de prestação de Segurança Social para o concelho.



O Centro Social de Real tem, também, como objectivo, a protecção dos cidadãos na velhice, auxiliar as famílias recém-constituídas e dar apoio a crianças e jovens, propondo-se a criar e manter na medida das suas possibilidades, na área geográfica referida, os seguintes serviços: formação profissional, transportes escolares, transporte de crianças com NEE'S, alimentação, CATL (Centro de Actividades de Tempos Livres) e o CAF (Centro de Apoio à Família), sala de convívio, centro de dia e serviço de apoio ao domicílio.

Com o objectivo de satisfazer as necessidades básicas dos mais idosos e mais necessitados, ou em situação de risco apresenta como respostas:

Sala de Convívio:

É uma resposta, cuja pretensão é, assegurar uma melhor qualidade de vida, desenvolvendo actividades de apoio ao utente, tais como, a alimentação, actividades ocupacionais, convívio, passeios e cuidados da saúde. Esta valência teve início em 2007 e em 2010 albergava cerca de vinte idosos que diariamente usufruíam de companhia e ocupação.

Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário:

Estas respostas sociais são as mais recentes da instituição, com início em Outubro de 2010, acompanhadas do novo edifício, preparado para albergar 25 utentes de Centro de Dia e para satisfazer as necessidades básicas de 25 utentes de Serviço de Apoio Domiciliário.

A grande maioria dos utentes da Sala de Convívio passara para Centro de Dia. Neste momento, ultrapassamos o número de utentes estabelecido no protocolo com Segurança Social, abrindo a lista de espera, em ambas as respostas sociais.

Os utentes são todos do Concelho de Castelo de Paiva, sendo a maioria da freguesia de Real. As idades dos mesmos estão compreendidas entre os 65 e os 90 anos.

Os serviços prestados no Centro de Dia são: Actividades sócio-culturais; Alimentação; Higiene pessoal; Tratamento da Roupa; Acompanhamento médico; Cuidados de Enfermagem; Apoio Psicológico.

Serviços Complementares: Aquisição de bens e serviços; Assistência Medicamentosa; Actividades Extra: Natação e yoga.

2.5.3 Amostra

Num processo de investigação uma das condições mais importantes, nomeadamente quando se pretende generalizar os resultados obtidos com uma amostra para a população é a representatividade dessa mesma amostra. Assim, neste estudo apostamos na qualidade da amostra. Esta é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. Para tal desenvolvemos o nosso estudo, junto de todos os idosos utilizadores do centro de dia, localizado na freguesia de Santa Maria de Sardoura e na freguesia de Real.

A amostra deste estudo é constituída pelos utilizadores do centro de dia, ou seja, um número total de 49 indivíduos (n=49). Em que 28 indivíduos pertencem ao centro de dia do Centro Social Santa Maria de Sardoura e os outros 21 indivíduos são do centro de dia, do Centro Social de Real. Como já foi referido no espaço contemplado, uma das limitações do estudo, é o facto de a amostra ser reduzida, pois deveria contemplar uma população alvo de 160 idosos utilizadores de centros de dia.

Tabela 4: Características gerais da amostra

Número Total	Idade ^a	CSSMS ^b	CSR ^c
49	] 60 a 65]	2	0
	] 65 a 70]	2	1
	] 70 a 75]	1	5
	] 75 a 80]	9	7
	] 80 a 85]	6	3
	] 85 a 90]	7	3
	] 90 a 95]	1	2

a Intervalo de Idades

b Número de idosos da instituição de Sardoura

c Número de idosos da instituição de Real

Tabela 5: Características da Amostra por género

Género	Número		Total
	CSSMS ^a	CSR ^b	
M	10	7	17
F	18	14	32

^a Número de idosos da instituição de Sardoura

^b Número de idosos da instituição de Real

Tabela 6: Características da Amostra por Estado Civil

Instituição	Género	Estado Civil			
		Casado	Divorciado	Viúvo	Solteiro
CSSMS	M	5	2	2	1
	F	3	15	0	0
CSR	M	5	0	2	0
	F	4	0	8	2

2.6 Procedimentos estatísticos

Os dados recolhidos no decorrer da pesquisa não respondem por si só às questões da pesquisa, como tal necessitam de ser tratados. “sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colhidos em um projecto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números”. (Polit e Hungler citado por Imaginário, 2008). Tendo por base afirmação dos autores supracitados, os dados recolhidos através dos instrumentos estruturados, procedeu-se ao seu tratamento recorrendo à estatística. Executámos o tratamento estatístico através do programa Microsoft Excel, versão 2007. Apresentámos os dados de caracterização da amostra em quadros e gráficos de barras e quando adequado, fizemos o uso da média e respectivo desvio padrão.

Nas questões abertas que compõem o instrumento estruturado, após a recolha da informação, realizamos uma análise de conteúdo das respostas recolhidas e posterior codificação.

CAPITULO 3: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Apresentação dos Resultados

ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL

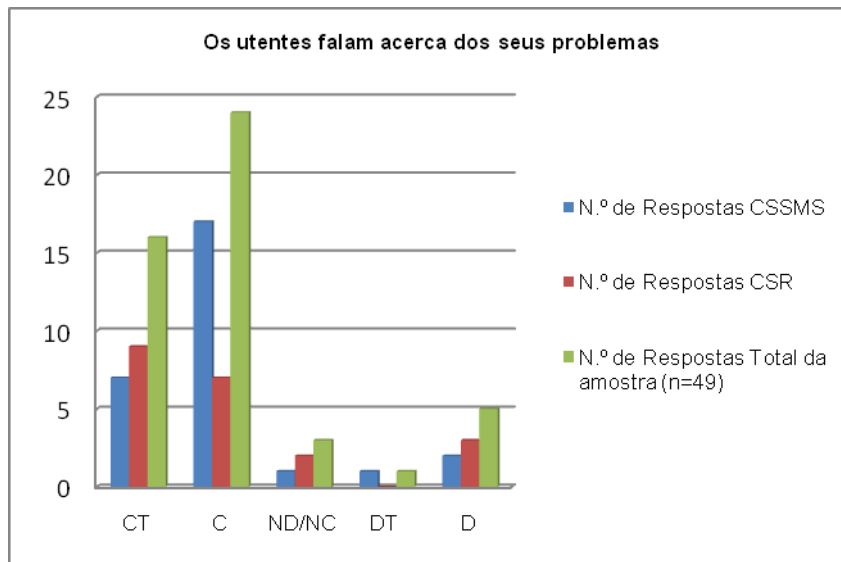
Sub-escala COMUNICAÇÃO

5- Concordo Totalmente; 4 – Concordo; 3 – Nem Concordo, Nem discordo; 2 Discordo Totalmente; 1 – Discordo.

Tabela 7: item 1- Os utentes falam acerca dos seus diversos problemas

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	7	9	16
C	17	7	24
ND/NC	1	2	3
DT	1	0	1
D	2	3	5

Gráfico 1: sub-escala da comunicação: item 1

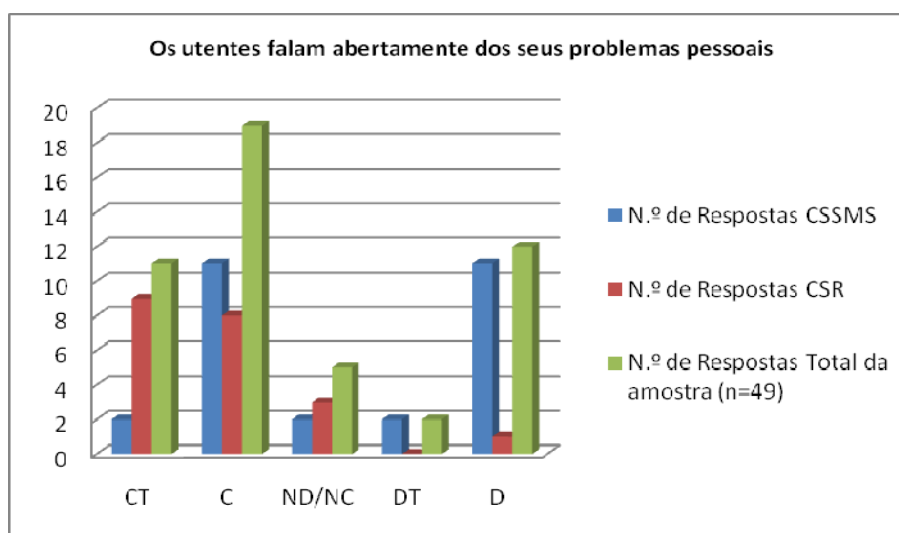


O **gráfico 1** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, a maior parte dos utentes (n=40) manifestam concordância total ou parcial sendo que apenas 3 não concorda nem discorda e 6 discordam total ou parcialmente.

Tabela 8: item 2- Os utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	2	9	11
C	11	8	19
ND/NC	2	3	5
DT	2	0	2
D	11	1	12

Gráfico 2: sub-escala da comunicação: item 2

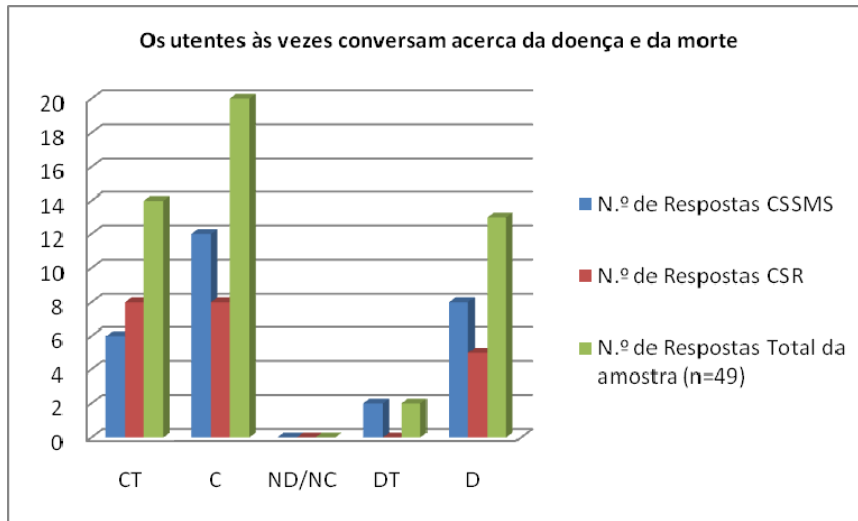


No **gráfico 2** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, a maioria dos utentes (n=30) indicou concordar total ou parcialmente, 14 utentes referem discordar total ou parcialmente. Sendo que apenas 5 indicaram nem concordar nem discordar.

Tabela 9: item 3- Os utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	6	8	14
C	12	8	20
ND/NC	0	0	0
DT	2	0	2
D	8	5	13

Gráfico 3: Sub-escala Comunicação: item 3

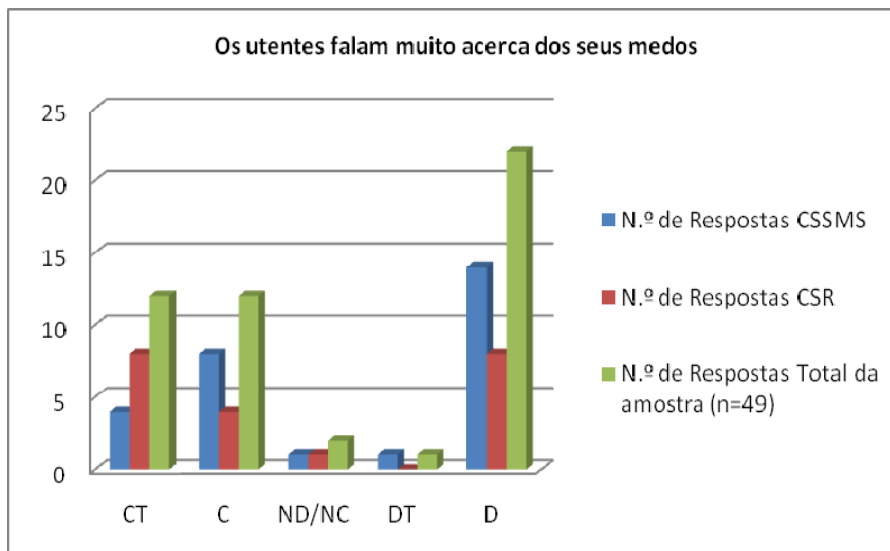


No **gráfico 3** podemos constatar que a maior parte dos utentes (n=34) responderam concordo ou concordo totalmente, sendo que nenhum manifestou nem concordar nem discordar e 15 discordaram total ou parcialmente.

Tabela 10: item 4- Os utentes falam muito acerca dos seus medos

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	4	8	12
C	8	4	12
ND/NC	1	1	2
DT	1	0	1
D	14	8	22

Gráfico 4: Sub-escala Comunicação: item 4

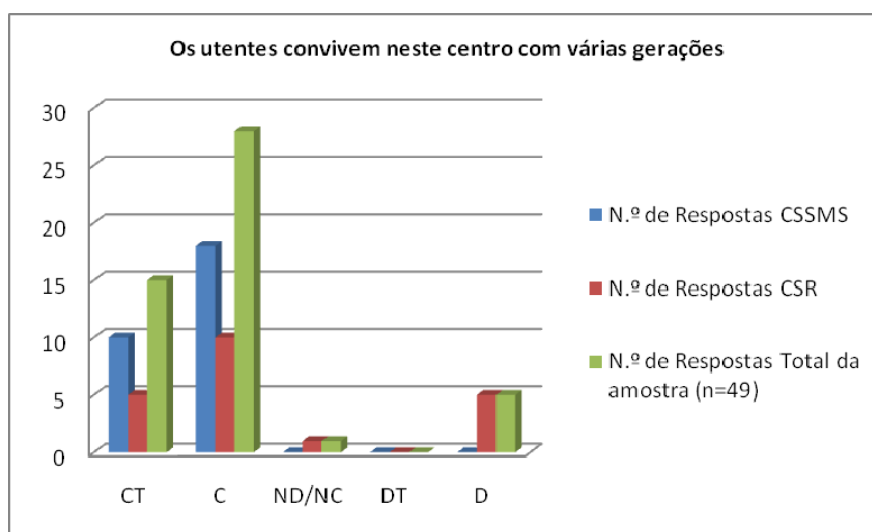


No **gráfico 4** podemos constatar que relativamente a esta afirmação, quer para uma instituição como para outra, os utentes manifestaram, uma elevada discordância total ou parcial. Sendo que no total apenas 2 utentes que nem concordaram nem discordaram, 24 manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 11: item 5- Os utentes convivem neste centro com várias gerações

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	10	5	15
C	18	10	28
ND/NC	0	1	1
DT	0	0	0
D	0	5	5

Gráfico 5: Sub-escala Comunicação: item 5



No **gráfico 5** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial na instituição centro Social Santa Maria de Sardoura. Contudo, no Centro Social de Real além de haver uma elevada percentagem de concordância, há 5 utentes que discordaram e 1 que nem concorda nem discorda.

Como resultado final desta sub-escala (comunicação) obtivemos na instituição de Santa Maria de Sardoura uma média de 3,34 ($X=3,34$; $DP=1,50$), e na instituição de Real uma média de 3,66 ($X=3,66$; $DP=1,49$) o que nos remete para uma média de respostas às afirmações que situa os utentes numa posição de nem concordo nem discordo, com uma ligeira tendência para a concordância.

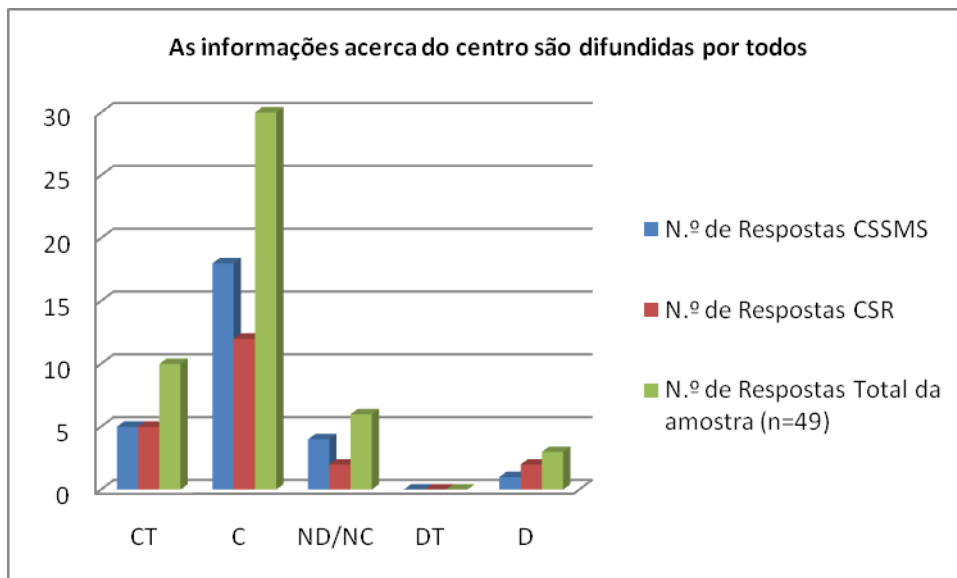
Sub-escala - CUIDADOS PRESTADOS PELOS COLABORADORES

5- Concordo Totalmente; 4 – Concordo; 3 – Nem Concordo, Nem discordo; 2 Discordo Totalmente; 1 – Discordo.

Tabela 12: item 1- As informações acerca do centro são difundidos por todos

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	5	5	10
C	18	12	30
ND/NC	4	2	6
DT	0	0	0
D	1	2	3

Gráfico 6: Sub-escala Cuidados prestados: item 1

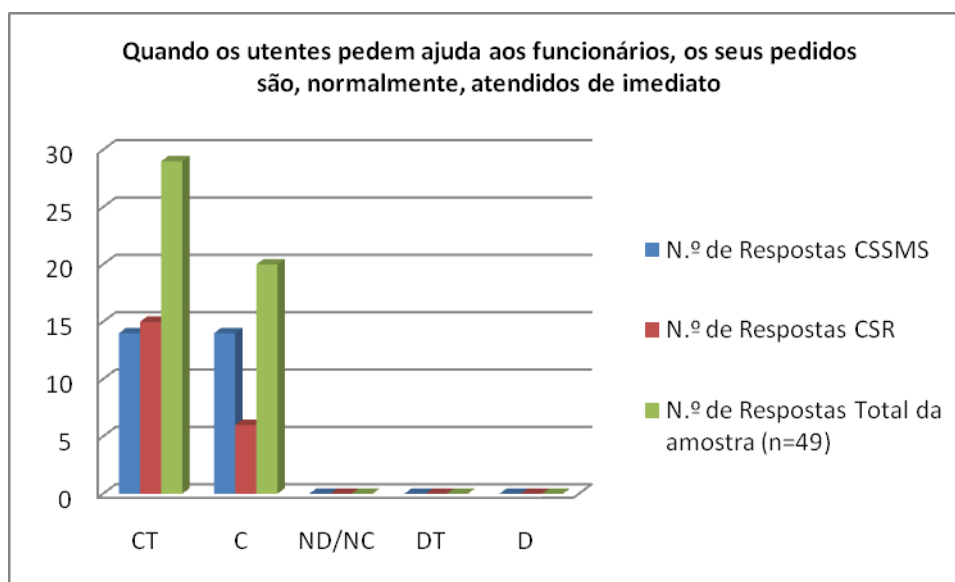


No **gráfico 6** podemos constatar que a maior parte dos utentes (n=40) responderam concordo ou concordo totalmente, sendo que 6 manifestaram nem concordar nem discordar e apenas 3 discordam.

Tabela 13: item 2- Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	14	15	29
C	14	6	20
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 7: Sub-escala Cuidados prestados: item 2

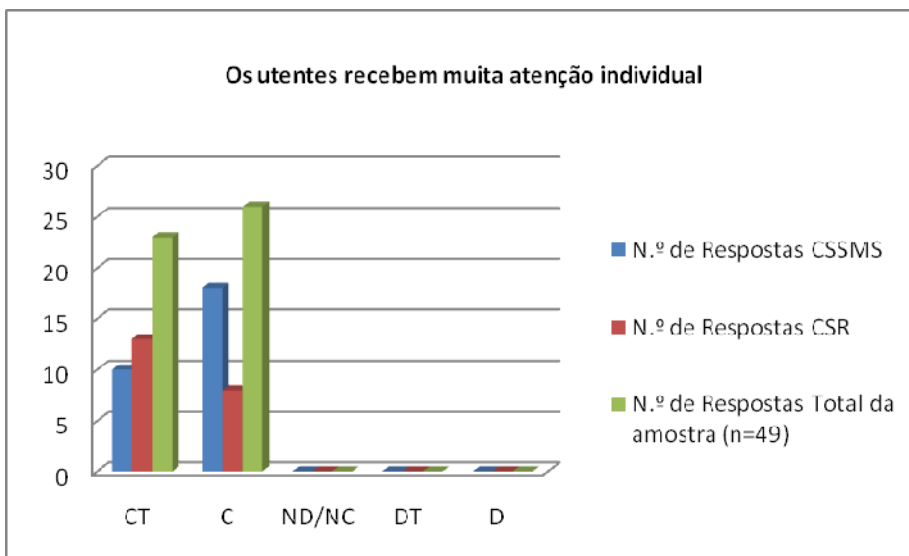


No **gráfico 7** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial para ambas as instituições.

Tabela 14: item 3- Os utentes recebem muita atenção individual

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	10	13	23
C	18	8	26
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 8: Sub-escala Cuidados prestados: item 3

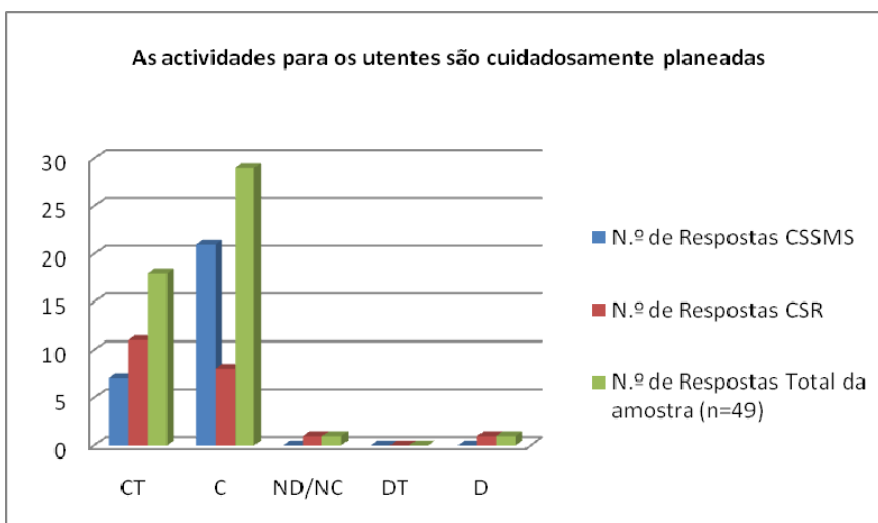


No **gráfico 8** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 15: item 4 - As actividades para os utentes são cuidadosamente planeados

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	7	11	18
C	21	8	29
ND/NC	0	1	1
DT	0	0	0
D	0	1	1

Gráfico 9: Sub-escala Cuidados prestados: item 4

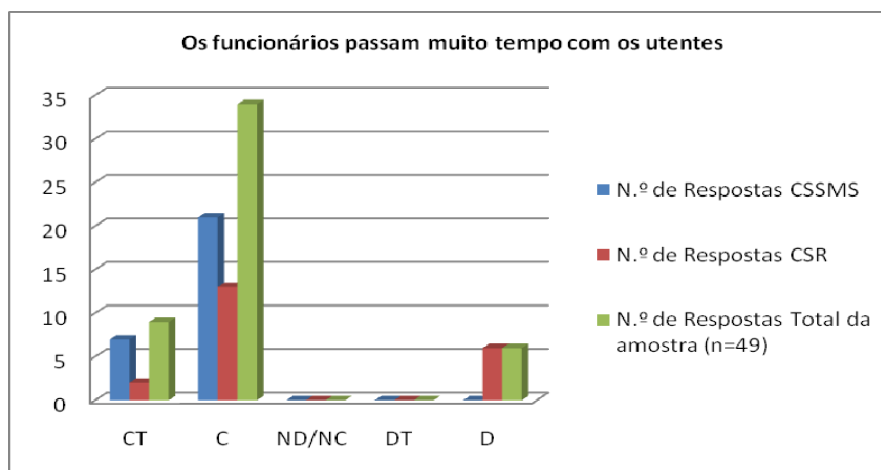


No **gráfico 9** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial no caso do Centro Social Santa Maria de Sardoura. Apesar de no Centro Social de Real a maior parte dos indivíduos apresentarem uma concordância total ou parcial (n=19), há 1 utente que nem concorda nem discorda e 1 que manifesta discordância.

Tabela 16: item 5 – Os funcionários passam muito tempo com os utentes

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	7	2	9
C	21	13	34
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	6	6

Gráfico 10: Sub-escala Cuidados prestados: item 5



No **gráfico 10** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, a maioria dos utentes manifestaram concordância total ou parcial, em ambas as instituições. Contudo de realçar que no Centro Social de Real, 6 utentes manifestaram discordar.

Como resultado final desta sub-escala (Cuidados Prestados Pelos Colaboradores) obtivemos uma média de 4,25 ($X=4,25$; $DP=0,57$) para o Centro Social Santa Maria de Sardoura; para o Centro Social de Real a média foi de 4,15 ($X=4,15$; $DP=1,11$). O que em termos totais nos remete para uma média de respostas às afirmações que situa os utentes numa posição de concordância. Contudo, podemos verificar que a instituição de Real apresenta um valor alto para o desvio padrão, o que nos sugere que as opiniões dos seus utentes não foram tão consensuais como na instituição de Sardoura.

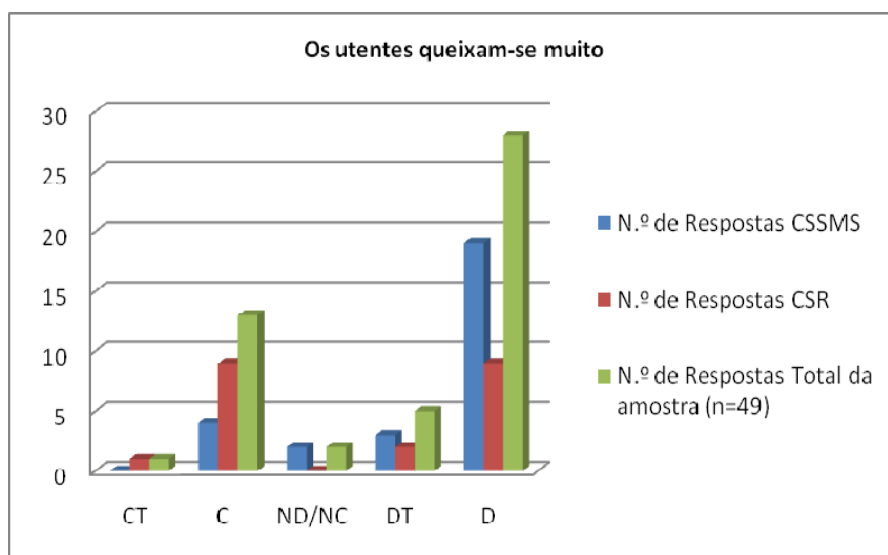
Sub-escala AMBIENTE MORAL GERAL

5- Concordo Totalmente; 4 – Concordo; 3 – Nem Concordo, Nem discordo; 2 Discordo Totalmente; 1 – Discordo.

Tabela 17: item 1 – Os utentes queixam-se muito

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	1	1
C	4	9	13
ND/NC	2	0	2
DT	3	2	5
D	19	9	28

Gráfico 11: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 1

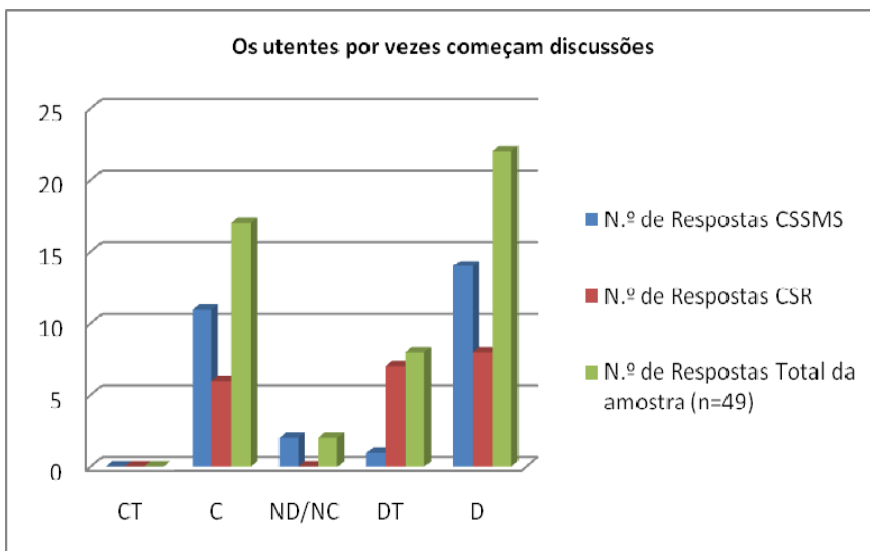


No **gráfico 11** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram maioritariamente (n=33) discordância total ou parcial, sendo que apenas 14 concordaram e 2 nem concordaram nem discordaram.

Tabela 18: item 2 – Os utentes por vezes começam discussões

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	0	0
C	11	6	17
ND/NC	2	0	2
DT	1	7	8
D	14	8	22

Gráfico 12: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 2

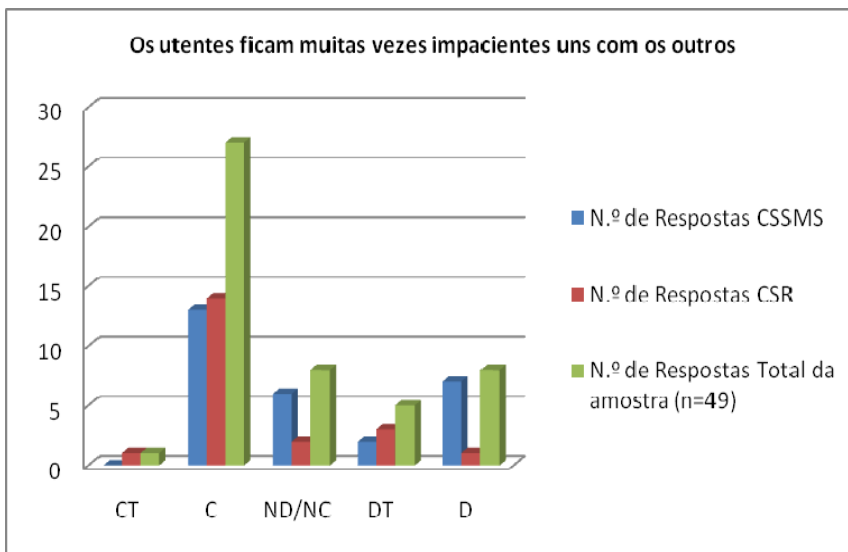


No gráfico 12 podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram maioritariamente (n=30) discordância total ou parcial, sendo que 17 concordaram e apenas 2 nem concordaram nem discordaram.

Tabela 19: item 3 – Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	1	1
C	13	14	27
ND/NC	6	2	8
DT	2	3	5
D	7	1	8

Gráfico 13: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 3

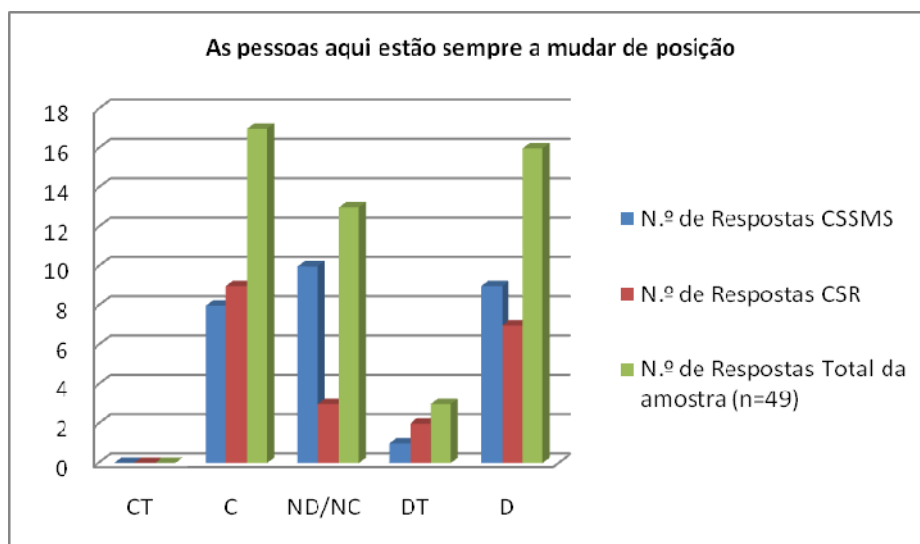


No **gráfico 13** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram maioritariamente (n=28) concordância, sendo que 13 discordaram total ou parcialmente e 8 nem concordaram nem discordaram.

Tabela 20: item 4 – As pessoas aqui estão sempre a mudar de posição

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	0	0
C	8	9	17
ND/NC	10	3	13
DT	1	2	3
D	9	7	16

Gráfico 14: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 4

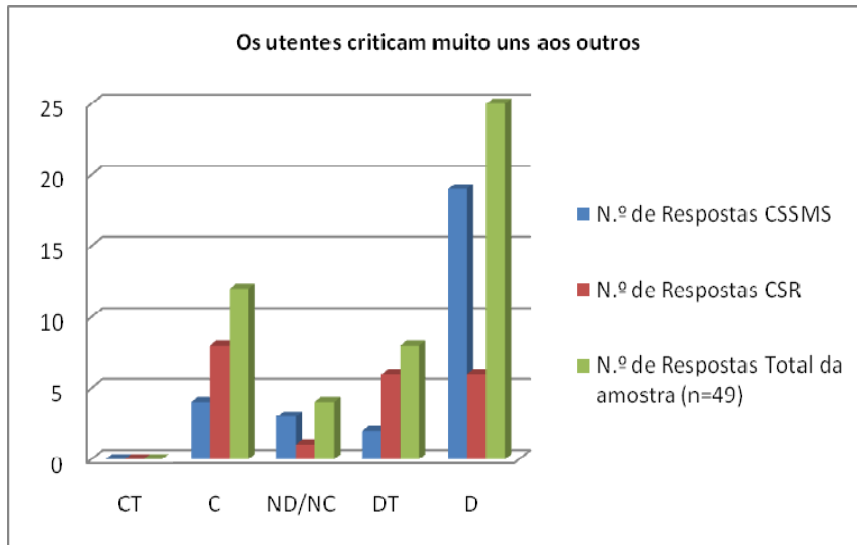


No **gráfico 14** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação e em termos totais, 13 utentes nem concordam nem discordam, 19 mostraram que discordam total ou parcialmente e 17 utentes manifestaram concordância.

Tabela 21: item 5 – Os utentes criticam muito uns aos outros

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	0	0
C	4	8	12
ND/NC	3	1	4
DT	2	6	8
D	19	6	25

Gráfico 15: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 5

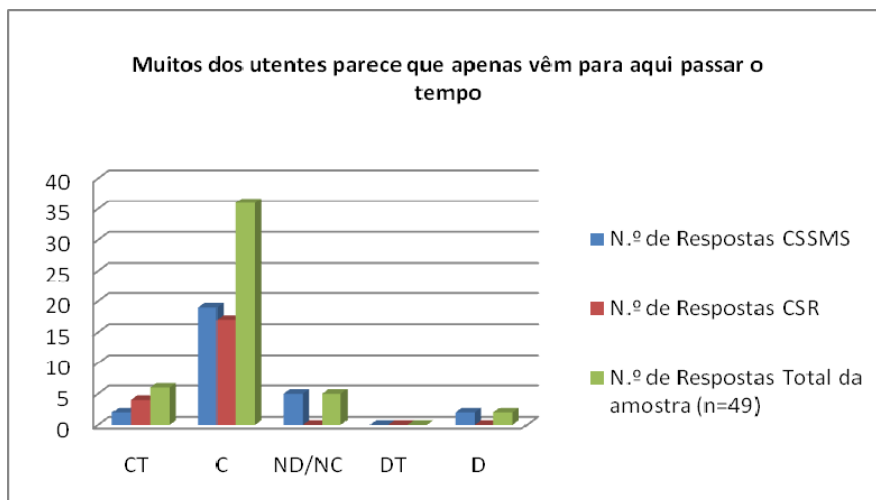


No gráfico 15 podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, na totalidade os utentes manifestaram maioritariamente (n=33) discordância total ou parcial, sendo que 12 concordaram e 4 nem concordaram nem discordaram.

Tabela 22: item 6 – Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui passar o tempo

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	2	4	6
C	19	17	36
ND/NC	5	0	5
DT	0	0	0
D	2	0	2

Gráfico 16: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 6

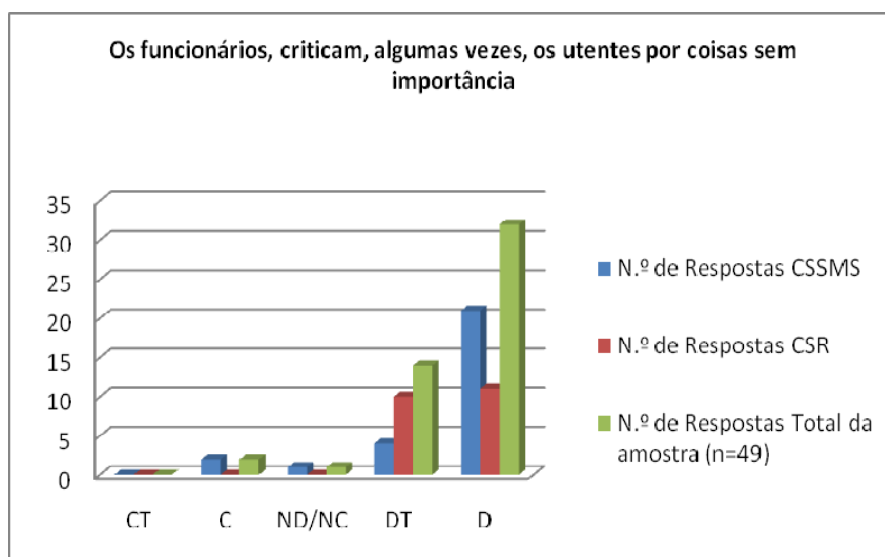


No **gráfico 16** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes do Centro Social de Sardoura manifestaram maioritariamente (n=21) concordância, sendo que apenas 2 discordaram e 5 nem concordaram nem discordaram. No centro Social de Real todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 23: item 7 – Os funcionários, criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	0	0
C	2	0	2
ND/NC	1	0	1
DT	4	10	14
D	21	11	32

Gráfico 17: Sub-escala Ambiente Moral Geral: item 7



No **gráfico 17** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram maioritariamente (n=25) discordância total ou parcial, sendo que 2 concordaram e apenas 1 que nem mostrou concordância, nem discordância.

Como resultado final desta sub-escala (Ambiente Moral Geral) obtivemos uma média de 2,23 ($X=2,23$; $DP=1,35$) para o Centro Social de Santa Maria de Sardoura; Para o Centro Social de Real a média aponta para 2,73 ($X=2,73$; $DP=1,37$) o que nos remete para uma média de respostas às afirmações que situa os utentes numa posição de discordância. Contudo, em ambas as instituições o valor do desvio padrão é elevado, o que significa que as opiniões dos utentes não foram homogéneas.

ESCALA DE ACTIVIDADES

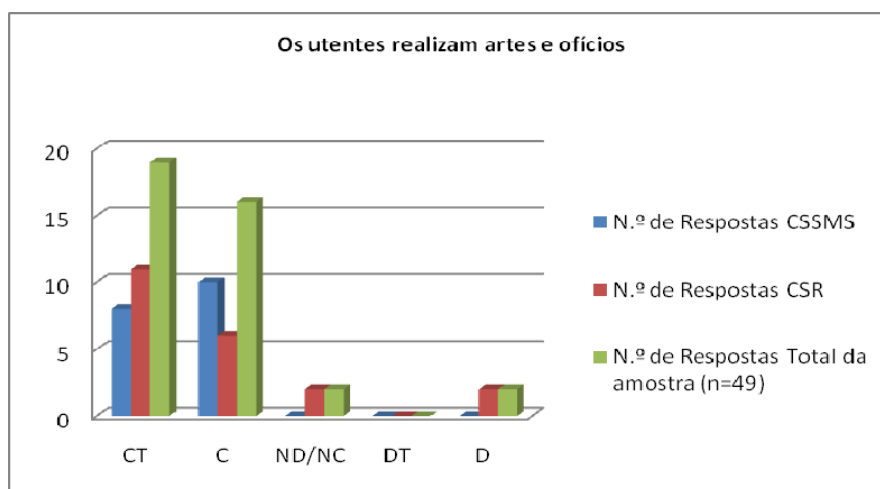
Sub-escala SERVIÇOS DE ANIMAÇÃO SOCIAL

5- Concordo Totalmente; 4 – Concordo; 3 – Nem Concordo, Nem discordo; 2 Discordo Totalmente; 1 – Discordo.

Tabela 24: item 1 – Os utentes realizam artes e ofícios

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	8	11	19
C	10	6	16
ND/NC	0	2	2
DT	0	0	0
D	0	2	2

Gráfico 18: Sub-escala Serviços de animação social: item 1

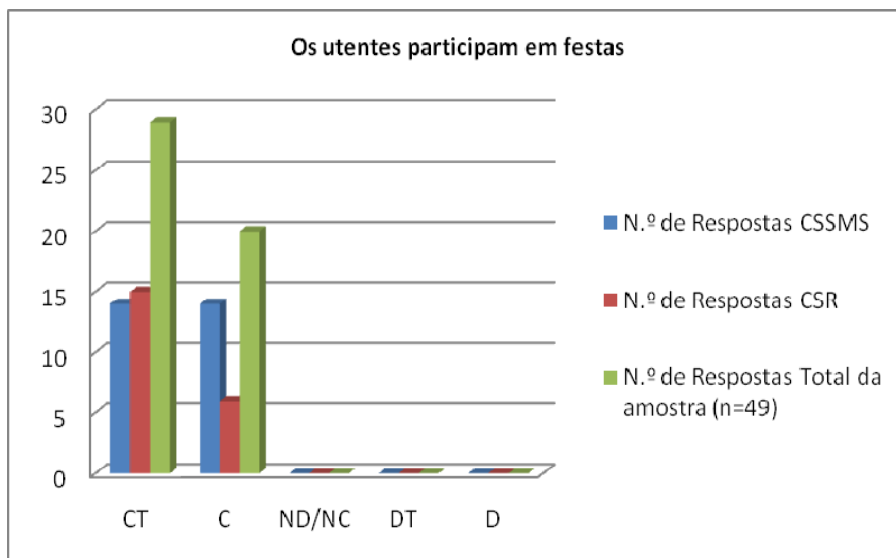


No **gráfico 18** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, a maioria dos utentes manifestaram concordância total ou parcial, em ambas as instituições. Contudo, no Centro Social de Real 2 utentes nem concordam nem discordam e outros 2 manifestaram discordância.

Tabela 25: item 2 – Os utentes participam em festas

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	14	15	29
C	14	6	20
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 19: Sub-escala Serviços de animação social: item 2

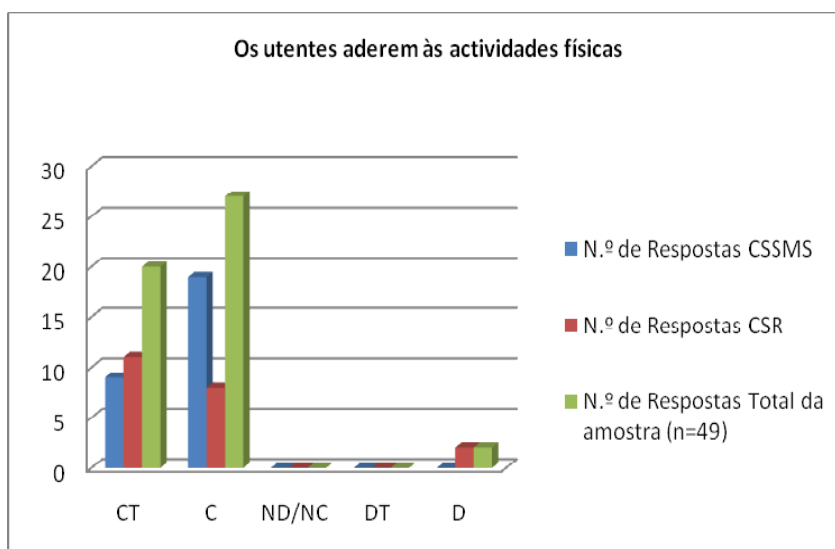


No **gráfico 19** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 26: item 3 – Os utentes aderem às actividades físicas

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	9	11	20
C	19	8	27
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	2	2

Gráfico 20: Sub-escala Serviços de animação social: item 3

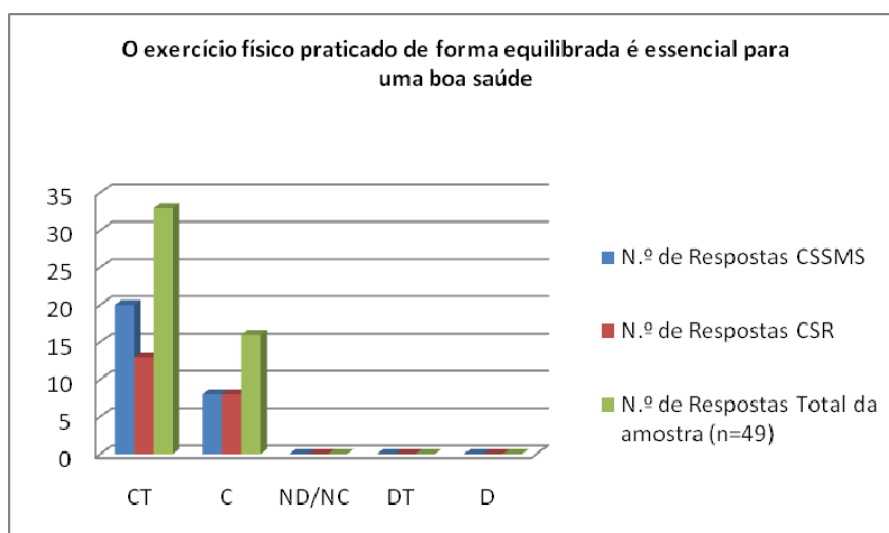


No **gráfico 20** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial. Sendo que somente 2 do centro de dia de Real é que discordaram.

Tabela 27: item 4 – O exercício físico praticado de forma equilibrada é essencial para uma boa saúde

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	20	13	33
C	8	8	16
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 21: Sub-escala Serviços de animação social: item 4

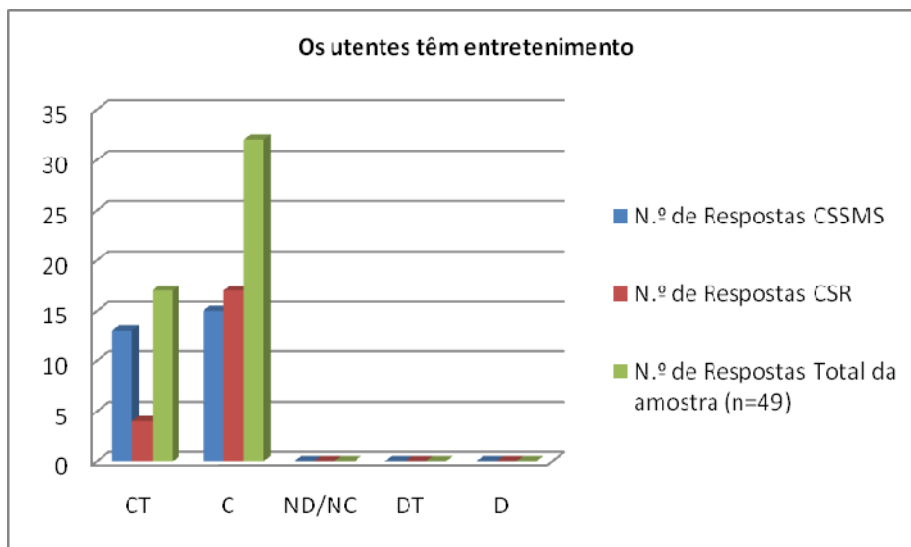


No **gráfico 21** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 28: item 5 – Os utentes têm entretenimento

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	13	4	17
C	15	17	32
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 22: Sub-escala Serviços de animação social: item 5

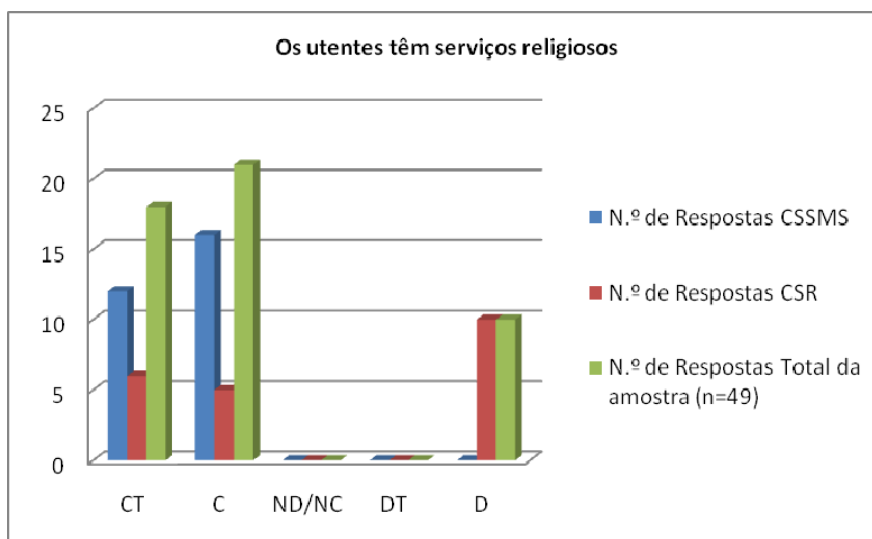


No gráfico 22 podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 29: item 6 – Os utentes têm serviços religiosos

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	12	6	18
C	16	5	21
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	10	10

Gráfico 23: Sub-escala Serviços de animação social: item 6

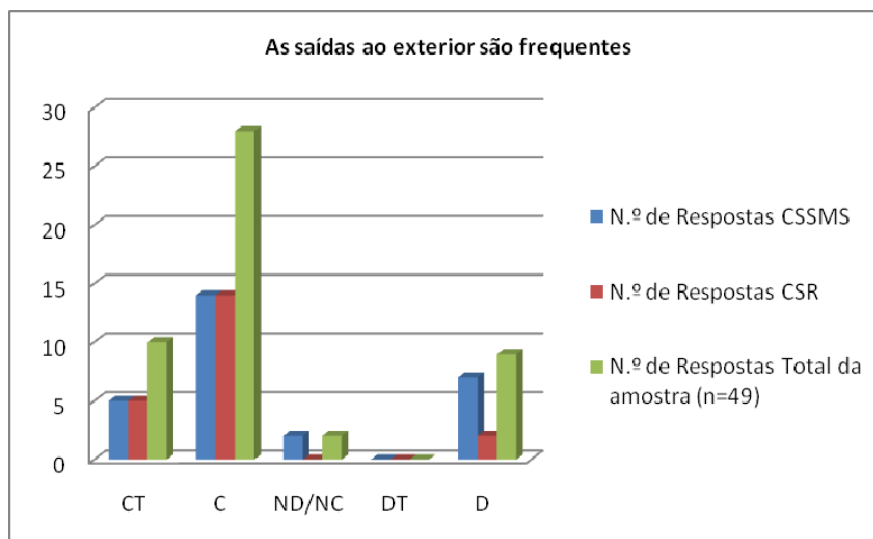


No **gráfico 23** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes do Centro Social Santa Maria de Sardoura manifestaram concordância total ou parcial. Contudo, no Centro Social de Real 10 utentes mostraram discordância com esta afirmação.

Tabela 30: item 7 – As saídas ao exterior são frequentes

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	5	5	10
C	14	14	28
ND/NC	2	0	2
DT	0	0	0
D	7	2	9

Gráfico 24: Sub-escala Serviços de animação social: item 7

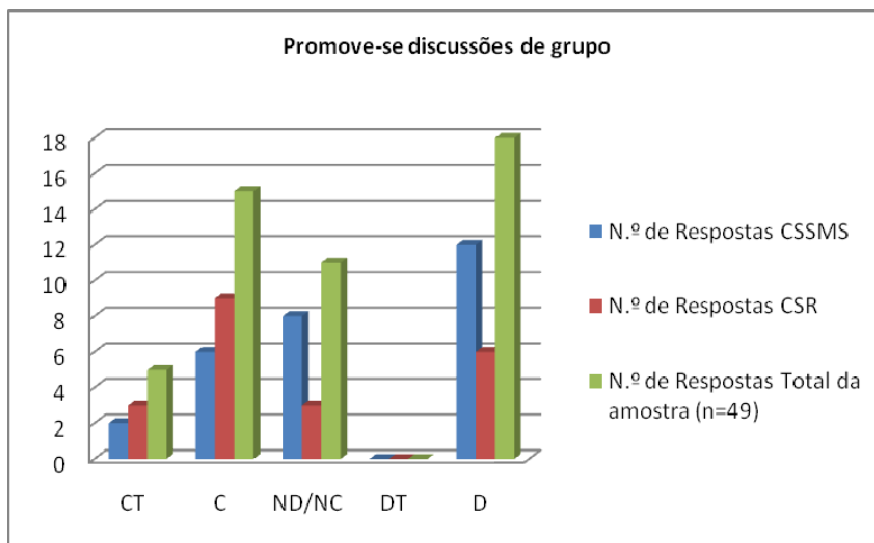


No **gráfico 24** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram maioritariamente (n=29) concordância, sendo que apenas 9 discordaram e 2 nem concordaram nem discordaram.

Tabela 31: item 8 – Promove-se discussões de grupo

N.º de Respostas			
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	2	3	5
C	6	9	15
ND/NC	8	3	11
DT	0	0	0
D	12	6	18

Gráfico 25: Sub-escala Serviços de animação social: item 8

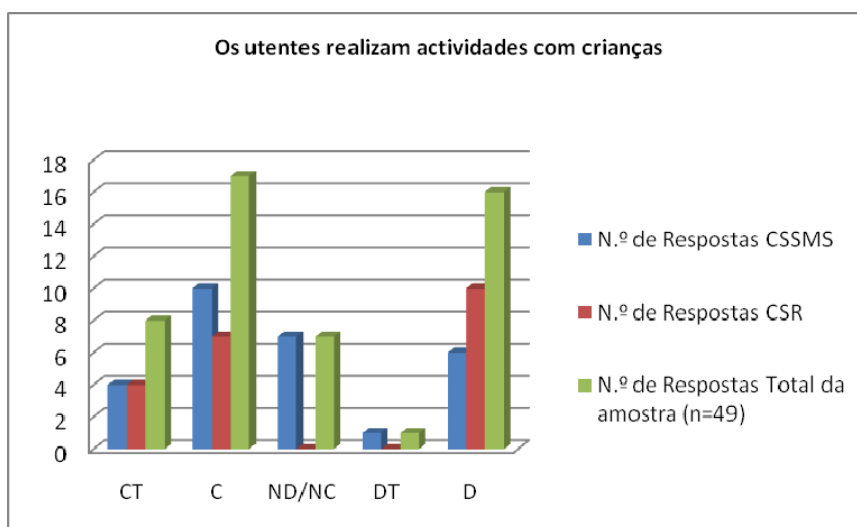


No **gráfico 25** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, o número de utentes que manifestaram concordância (n=20) é idêntico aos que manifestaram discordância (n=18) e ainda 11 utentes nem concordam nem discordam.

Tabela 32: item 9 – Os utentes realizam actividades com crianças

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	4	4	8
C	10	7	17
ND/NC	7	0	7
DT	1	0	1
D	6	10	16

Gráfico 26: Sub-escala Serviços de animação social: item 9

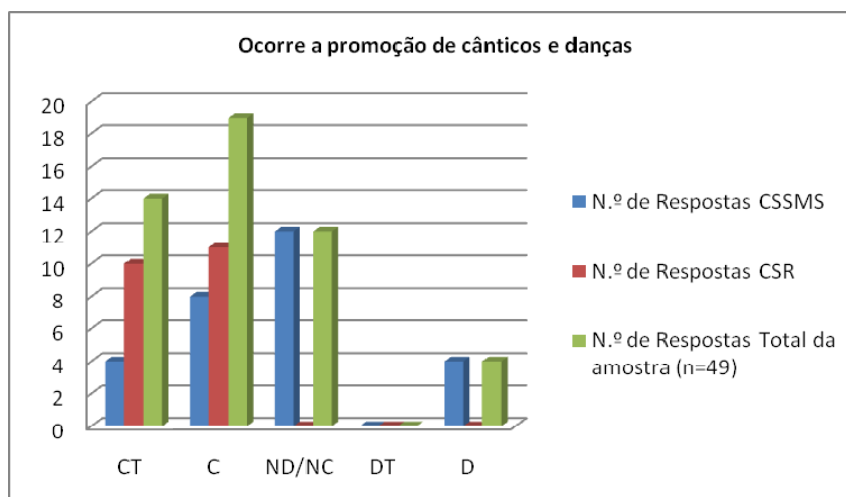


No **gráfico 26** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, metade dos utentes (n=14) manifestaram concordância, sendo que apenas 7 discordaram e outros 7 nem concordaram nem discordaram, tal para o Centro Social de Sardoura. Relativamente ao Centro Social de Real, reflecte praticamente o mesmo, em que 11 utentes manifestaram concordância total ou parcial e 10 utentes manifestaram discordância.

Tabela 33: item 10 – Ocorre a promoção de cânticos e danças

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	4	10	14
C	8	11	19
ND/NC	12	0	12
DT	0	0	0
D	4	0	4

Gráfico 27: Sub-escala Serviços de animação social: item 10



No **gráfico 27** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram de igual modo (n=12) concordância e nem concordam nem discordam, sendo que apenas 4 discordaram, tal no centro social de Sardoura. No centro Social de Real todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Como resultado final desta sub-escala (Serviços de Animação Social) obtivemos uma média muito idêntica para ambas as instituições. Assim, para o Centro Social de Santa Maria de Sardoura os valores são: (X=3,90; DP=1,17); para o Centro Social de Real os valores são (X=3,91; DP=1,34). Estes valores remetem para uma média de respostas às afirmações que situa os utentes numa posição de nem concordar nem discordar mas muito próximo da concordância.

ESCALA DE SATISFAÇÃO GLOBAL

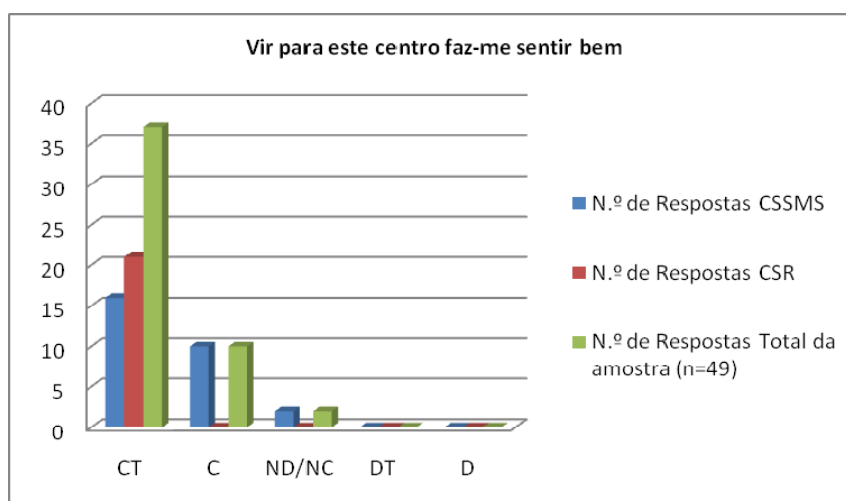
Sub-escala de SATISFAÇÃO GLOBAL DOS UTENTES

5- Concordo Totalmente; 4 – Concordo; 3 – Nem Concordo, Nem discordo; 2- Discordo Totalmente; 1 – Discordo.

Tabela 34: item 1 – Vir para este centro faz-me sentir bem

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	16	21	37
C	10	0	10
ND/NC	2	0	2
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 28: Sub-escala Satisfação global: item 1

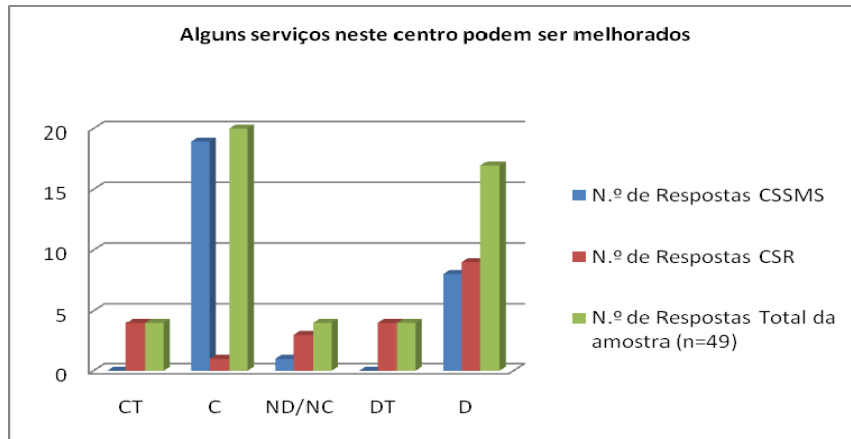


No **gráfico 28** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, os utentes manifestaram maioritariamente (n=47) concordância total ou parcial, sendo que apenas 2 nem concordaram nem discordaram.

Tabela 35: item 2 – Alguns serviços neste centro podem ser melhorados

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	0	4	4
C	19	1	20
ND/NC	1	3	4
DT	0	4	4
D	8	9	17

Gráfico 29: Sub-escala Satisfação global: item 2

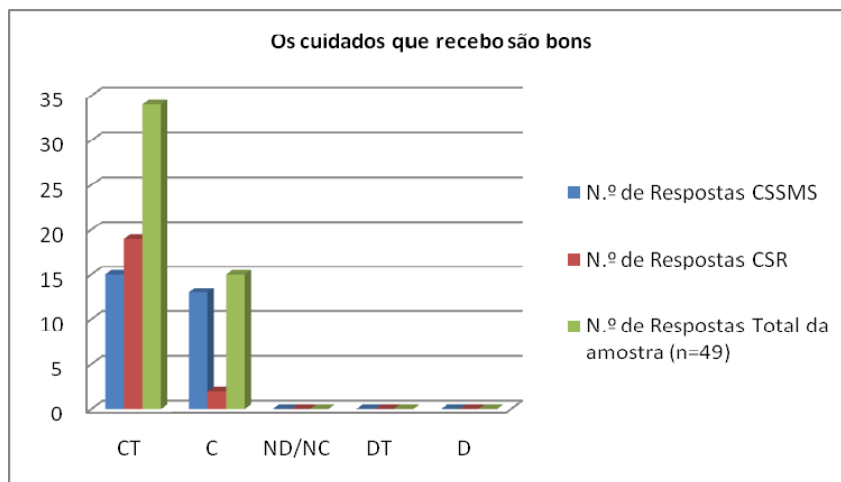


No gráfico 29 podemos constatar que, relativamente a esta afirmação e ao Centro Social de Sardoura, os utentes manifestaram maioritariamente (n=19) concordância, sendo que 8 discordaram e apenas 1 nem concordou nem discordou. Tal não se verifica para o Centro Social de Real, em os utentes manifestaram maioritariamente (n=13) discordância total ou parcial, 5 concordaram e apenas 3 que nem concordaram nem discordaram.

Tabela 36: item 3 – Os cuidados que recebo são bons

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	15	19	34
C	13	2	15
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 30: Sub-escala Satisfação global: item 3

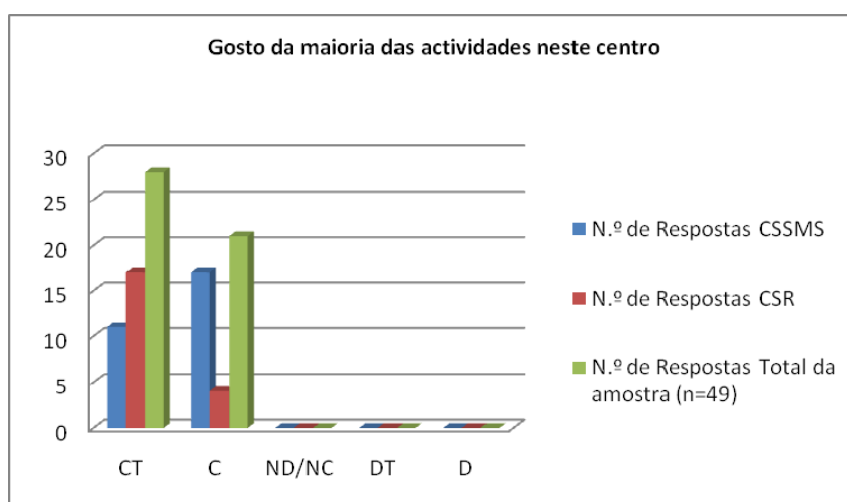


No **gráfico 30** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 37: item 4 – Gosto da maioria das actividades neste centro

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	11	17	28
C	17	4	21
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 31: Sub-escala Satisfação global: item 4

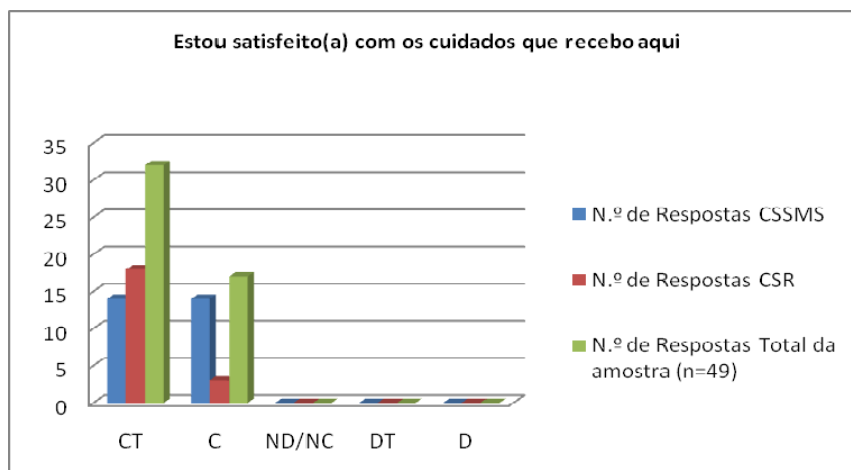


No **gráfico 31** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Tabela 38: item 5 – Estou satisfeito(a) com os cuidados que recebo aqui

	N.º de Respostas		
	CSSMS	CSR	Total da amostra (n=49)
CT	14	18	32
C	14	3	17
ND/NC	0	0	0
DT	0	0	0
D	0	0	0

Gráfico 32: Sub-escala Satisfação global: item 5



No **gráfico 32** podemos constatar que, relativamente a esta afirmação, todos os utentes manifestaram concordância total ou parcial.

Como resultado final desta sub-escala (Satisfação Global) obtivemos uma média de 4,20 ($X=4,20$; $DP=0,94$) para o Centro Social de Santa Maria de Sardoura; Para o Centro Social de Real a média obtida é de 4,40 ($X=4,40$; $DP=1,25$), o que nos remete, na totalidade da amostra, para uma média de respostas às afirmações que situa os utentes numa posição de Concordância.

Tabela 39: Resumo dos dados das escalas

RESUMO				
ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL				
SUB-ESCALA	Média		Desvio Padrão	
	CSSMS	CSR	CSSMS	CSR
COMUNICAÇÃO	3,34	3,66	1,50	1,49
CUIDADOS PRESTADOS PELOS COLABORADORES	4,25	4,15	0,57	1,11
AMBIENTE MORAL GERAL	2,23	2,73	1,35	1,37
ESCALA DE ACTIVIDADES				
SUB-ESCALA	Média		Desvio Padrão	
	CSSMS	CSR	CSSMS	CSR
SERVIÇOS DE ANIMAÇÃO SOCIAL	3,90	3,91	1,17	1,34
ESCALA DE SATISFAÇÃO GLOBAL				
SUB-ESCALA	Média		Desvio Padrão	
	CSSMS	CSR	CSSMS	CSR
DOS UTENTES	4,20	4,40	0,94	1,25

CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES
Tabela 40:Características dos utentes/Relação com o Centro de Dia

	N CSSMS	N CSR	(%) CSSMS	(%) CSR	X CSSMS	X CSR	DP CSSMS	DP CSR
Tempo de Utilização					36,3	36,2	31,5	23,02
Intensidade de utilização					5,4	4,95	0,69	0,22
Motivo de entrada:								
Categoria1- Companhia	11	4	(39,0)	(19,0)				
Categoria 2- Apoio/Ajuda	5	10	(18,0)	(47,6)				
Categoria 3- Conforto	2	2	(7,1)	(9,52)				
Categoria 4- Cuidados/saúde	4	3	(14,2)	(14,3)				
Categoria 5- Repouso	2	-	(7,1)	-				
Categoria 6- Distracção	4	2	(14,2)	(9,52)				
Tipo de transporte								
Pelos seus meios- a pé	-	2	-	(9,52)				
Veículo do centro de dia	27	19	(97,0)	(90,5)				
Transportes públicos	-	-	-	-				
Veículo particular	1	-	(4,0)	-				
Estado de saúde (*)					2,60		0,68	0,96
Muito Bom	1	3	(3,57)	(14,3)				
Bom	11	2	(39,2)	(9,52)				
Razoável	14	11	(50,0)	(52,4)				
Fraco	2	5	(7,14)	(23,8)				
Muito fraco	-	-	-	-				
Dias Doente (**)					2,85		0,44	0,40

AVD (***)								
Vestir-se /despir-se					2,53	2,90	0,63	0,30
Tomar banho					2,28	2,62	0,65	0,50
Comer					2,96	2,95	0,18	0,22
Casa de banho					2,85	3	0,44	0

(*) 1- Muito Bom; 2-Bom; 3-Razoável; 4-Fraco; 5-Muito Fraco.

(**) 3-nunca esteve doente; 2-esteve doente uma semana; 1-esteve doente 2 semanas.

(***) 3- sem ajuda; 2-com alguma ajuda; 1-não consegue fazer.

A análise dos dados que foram recolhidos da investigação será uma análise descritiva. Esta será utilizada com o objectivo de analisar as características dos utentes e relação com o centro de dia, os serviços existentes, o grau de utilização do serviço e o grau de satisfação do utilizador.

Em média a população da amostra encontra-se a utilizar o centro de dia à aproximadamente 3 anos ($X=36,3$ meses para CSSMS; $X=36,2$ meses para CSR), no entanto o valor do desvio padrão ($DP=31,5$ e $DP=23,02$, respectivamente) permite-nos aferir que existem valores de utilização bastante díspares, ou seja, enquanto que, por um lado, se verifica a existência de indivíduos que frequentam o programa há mais de 6 anos, no caso do CSSMS e mais de 5 anos no caso do CSR, por outro lado detectam-se elementos que estão no centro há menos de 1 mês. No que se refere à intensidade de utilização do programa do centro de dia de Sardoura, apenas 1 elemento frequenta a modalidade de 3 dias semanais, 13 elementos a modalidade de 5 dias por semana e 14 elementos utiliza o programa 6 dias semanais, o que faz corresponder a uma média de utilização igual a 5,4, e desvio padrão de 0,69. No caso do centro de dia de Real, constata-se que apenas 1 elemento utiliza 4 dias por semana, enquanto que os outros 20 utentes frequentam 5 dias por semana. Tal faz corresponder a uma média de utilização igual a 4,95, e desvio padrão de 0,22.

Relativamente ao motivo de entrada na resposta social destaca-se claramente das demais categorias, **ter companhia, ter apoio/ajuda**, com valores na ordem dos 39% ($n=11$) e 48% ($n=10$), respectivamente para CSSMS e CSR.

Quando atentamos ao meio de transporte que é preferencialmente utilizado pelos utentes do centro de dia, podemos ver na tabela 40, que é sem margem para dúvida o veículo pertencente ao programa (96%; $n=27$) em CSSMS e (91%; $n=21$) em CSR, em detrimento de outros meios, nomeadamente veículo particular ou a pé. Ao analisarmos a

tabela 40, no que se refere ao estado de saúde dos utilizadores do centro de dia destaca-se o valor mais elevado que engloba o razoável (50%; n= 14) para CSSMS e (52%; n= 11) para CSR. O valor médio das instituições, respectivamente ($X=2,60$; $DP=0,68$) e ($X=2,86$; $DP=0,96$) comprova que o estado de saúde se situa ao nível do razoável. Na maioria dos casos, utentes referem não ter estado doentes no último mês.

Nas actividades da vida diária AVD, as actividades comer (CSSMS: $X=2,96$; $DP=0,18$) (CSR: $X=2,95$; $DP=0,22$) e ir à casa de banho (CSSMS: $X=2,85$; $DP=0,44$) (CSR: $X=3$; $DP=0$) apresentam as médias mais elevadas, em que os indivíduos são independentes, não necessitam de ajuda para o fazer. Segue-se o vestir/despir, em que os indivíduos são, em geral, independentes (CSSMS: $X=2,53$; $DP=0,63$) (CSR: $X=2,90$; $DP=0,30$). No que concerne ao tomar banho, os indivíduos são ligeiramente mais dependentes (CSSMS: $X=2,28$; $DP=0,65$) (CSR: $X=2,62$; $DP=0,50$), pois num total da amostra, 25 indivíduos necessitam de ajuda em detrimento de 24 que são independentes.

No que se refere ao parâmetro de, com quem vive o utilizador do centro de dia, destaca-se o número elevado (n=37) de utilizadores que vivem com a família, ou seja, uma percentagem de 75,5%, seguida de uma de 24,5% que retrata os idosos que vivem sozinhos (n=12).

Em sùmula, verificamos que o perfil do utilizador do centro de dia se caracteriza pela frequência do centro de dia há mais ou menos 3 anos, tendo uma frequência assídua no centro de dia de todos os dias da semana. O motivo mais apontado para o ingresso prende-se, como já vimos, com razões como a companhia e a necessidade de apoio/ajuda e outras razões relacionadas com a melhoria do estado saúde, na perspectiva de ocupar o tempo, de se sentir alegre, distraído, tranquilo e à procura de conforto. O utente tipo utiliza o transporte disponibilizado pelo centro de dia para se deslocar para o mesmo. No que respeita ao estado de saúde, o utente tipo apresenta em média um nível de saúde razoável, reforçado pelos dados que 'no último mês' o período de doença foi nulo. Relativamente às AVD, o utente tipo apresenta um grau de independência na realização das actividades como comer, vestir-se/despir-se, ir à casa de banho. Contudo, para actividade tomar banho o utente apresenta algum grau de dependência. Por fim, no que concerne à pergunta, com quem vive o utente, verifica-se que o utente tipo vive com os seus familiares.

CAPITULO 4: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez terminada a análise dos dados, a etapa seguinte consiste em apresentar os dados e interpretá-los à luz das questões de investigação. Fortin (2000b) afirma que a “interpretação dos resultados é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico da parte do investigador”.

4.1 Socialização

“A dimensão social incorporada no conceito de saúde contribui para reforçar a mudança.” (Imaginário, 2008)

Da revisão da literatura que fizemos, uma grande parte dos autores estudados referem que, para que haja saúde é também necessário haver uma relação satisfatória entre o indivíduo e o meio que por sua vez promove a qualidade de vida. Assim, tendo por base este conceito, para que o indivíduo tenha saúde é fundamental haver um ajuste entre o indivíduo e o meio. A saúde surge sistematicamente como aspecto mais importante na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos, é uma das variáveis determinantes no processo de socialização e conseqüentemente de satisfação da vida.

Já, Renaud (2000) afirma que “a saúde afecta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”.

Para operacionalizar esta variável recorreu-se à escala de Ambiente Social que se subdivide em três sub-escalas: comunicação, cuidados prestados pelos colaboradores e ambiente moral geral.

Comunicação:

Através dos resultados que podemos consultar entre os gráficos 1 e 5, obtivemos uma média que aponta para uma posição intermédia em relação à comunicação (nem concordam nem discordam) No entanto, se olharmos individualmente para cada afirmação, podemos verificar que, com a excepção da afirmação 4, onde a resposta apresenta grande número de discordância, em todas as outras a posição é contrária, ou seja, de concordância.

Salientam-se assim duas situações. Para os utentes, o facto de falarem dos seus medos não tem grande significado para a socialização através da comunicação, uma vez que, muitos dos utentes se mostraram discordantes. Por outro lado, os utentes consideram,

na sua maioria, que a relação de comunicação que se estabelece com outros utentes, funcionários, colaboradores e outros intervenientes proporcionado pelo uso do centro de dia promove uma rede de relações satisfatórias. Neste sentido, Berger (1995) refere-nos que a incomunicação pode tornar-se “numa atrofia ameaçadora para o equilíbrio psicológico (...) em todas as idades, mas sobretudo na velhice”. Ainda Hill, citado por Ferreira (1990) considera saúde “ como a condição em que se encontra o organismo humano quando reage satisfatoriamente às condições do meio ambiente onde vive”.

Neste sentido, se os utentes reagem de forma satisfatória em relação meio onde estão inseridos/ relações que estabelecem com o mesmo, é condição favorável para a sua saúde. Tal se comprova quando os próprios utentes consideram ter um estado de saúde razoável quando questionados a esse respeito (ver tabela 40).

Cuidados prestados pelos colaboradores:

Relativamente a esta sub-escala, dos resultados obtidos (gráficos de 6 a 10) podemos constatar que os utentes se manifestaram, em todas as questões, de forma concordante com as afirmações, o que nos leva a crer que estes idosos estão bem integrados socialmente e compreendem que a rede de relações que se estabelece entre todos, promove um ambiente social.

Ambiente Moral geral:

Da análise destes resultados (gráficos 11 a 17) surge, uma vez que os utentes se encontram devidamente integrados é natural que a maior parte dos utentes discordem maioritariamente de todas as afirmações desta sub-escala, uma vez que estas afirmações têm um significado pejorativo para as relações sociais. Tal facto justifica a média de respostas obtida ($X=2,33$; $DP=1,35$) para o CSSMS e para o CSR de ($X=2,73$; $DP=1,37$). Esta posição manifestada pelos utentes vem reforçar a atitude manifestada na sub-escala anterior (cuidados prestados pelos colaboradores).

O facto de os utentes não se queixarem, não discutirem e não se criticarem, como se visualiza, respectivamente, pelos gráficos 11, 12 e 15, reforça bem a ideia de que o idoso necessita de conviver, seja com os seus pares assim como com as diferentes gerações. Neste mesmo sentido, Sousa (1993) refere que todos os idosos demonstraram uma necessidade imperiosa de convívio.

4.2 Autonomia

“...digo com sinceridade sinto-me maravilhosa... eu nunca pude fazer actividades mas sempre gostei... quando vim para aqui o braço direito já não limpava os azulejos, agora com as actividades posso fazer tudo lá em casa.” (Utente do CSSMS, 76 anos)

Campos, citado por Amaral e Vicente (2000), afirma que é fundamental efectuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos, seguindo esta lógica requer não somente uma abordagem biomédica mas sobretudo uma abordagem holística. Esta consiste na realização exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sóciofamiliar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os factores que promovem a saúde. Esta perspectiva é fundamental dado que não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a qualidade de vida ou o futuro do idoso, mas sim a sua autonomia e independência.

Uma outra intervenção prende-se com realização de actividade física controlada que possibilita a melhoria da qualidade de vida do idoso, uma vez que potencia a manutenção, por um maior período de tempo, da sua autonomia e independência (Shephard, 1993 *in* Ermida, 2000). A actividade física é um elemento preponderante num Centro de Dia, sendo que o principal objectivo é a manutenção da máxima mobilidade possível do idoso (Alda e Montón, 1996).

Para operacionalizar esta variável recorreu-se à escala de actividades, apostando na sub-escala de animação social.

Os resultados obtidos (gráficos 18 a 27) vêem comprovar esta posição, pois os utentes consideram na sua maioria que o exercício físico praticado de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.

Nos itens 3 e 4 desta sub-escala, que se referem à adesão e prática da actividade física respectivamente, todos os utentes manifestaram concordância, somente 2 num universo de 49 é que não evidenciam adesão às actividades físicas.

Ainda relativamente à autonomia, nas actividades de vida diária, com a excepção do tomar banho, onde registamos uma média de respostas situada no item de ‘com alguma ajuda’, todas as outras actividades se situaram no item de ‘sem ajuda’. Tal situação reflecte

um grau de autonomia que lhes permite, na sua maioria, independência nas actividades de vida diária.

Neste sentido, podemos afirmar que a actividade física pode e deve ser praticada pelos idosos, tendo por fim a melhoria da sua saúde física e mental e, fundamentalmente, a manutenção da funcionalidade indispensável para a sua autonomia nas tarefas diárias.

É de realçar que todas estas variáveis (socialização, autonomia e bem-estar) se cruzam, pois Berger (1993) afirma que a prática regular de actividade física provoca, uma melhoria do estado emocional, do auto-conceito, da auto-estima, uma diminuição do stress, dos níveis de ansiedade e depressão e possibilita a vivência de momentos de prazer. Daí considerar que os itens da sub-escala de animação social permitiam aferir sobre estas mesmas variáveis de uma forma transversal. Pois itens como: participação em festas, realização de danças e cânticos, a prática de exercício físico favorece a socialização, autonomia e bem-estar. Segundo um projecto em curso “Contributo das danças tradicionais para o bem-estar de pessoas idosas”, a dança é hoje considerada uma actividade que, ao poder enquadrar-se no domínio das actividades físicas, acrescenta a estas as componentes artística e comunicativa, pelo que tem efeitos benéficos para os idosos (físicos, psicológicos e sociais), contribuindo inegavelmente, para a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Nesse mesmo sentido, Castiello (1996) destaca, que um principal objectivo deste tipo de estrutura de apoio comunitário é recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permitam as potencialidades do indivíduo e é um meio facilitador do desenvolvimento de relações e actividades sociais gratificantes para o sujeito.

4.3 Bem-estar

“O estado de bem-estar não é estático, visto que os nossos sentimentos estão continuamente a relacionar-se com o mundo à nossa volta.” (Imaginário, 2008)

Segundo Neves (2000), existem duas escolas à cerca da qualidade de vida, a do funcionalismo e a do bem estar ou da satisfação com a vida. Também segundo Churchman, citado por Ribeiro (1994), “qualidade de vida designa o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”.

“A noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o

bem-estar de outra pessoa”. Daí surge a importância do questionário ser na perspectiva do utente enquanto utilizador do centro de dia, no sentido de averiguar se as suas necessidades estão a ser respondidas.

Para operacionalizar esta variável recorreu-se à escala de Satisfação Global, mais precisamente na sub-escala dos utentes que pretende avaliar o nível de satisfação dos seus utilizadores relativamente ao serviço geral prestado pelo programa. Neste sentido verificamos, em todos os itens da sub-escala, uma média de respostas que representa um bom nível de satisfação.

Também os laços culturais têm uma influência determinante no conceito de bem-estar, sendo este influenciado pelos valores sociais vigentes e pelo ambiente envolvente. Assim concluímos que na perspectiva destes idosos o ambiente envolvente (Centro de dia) favorece, a um bom nível, o seu bem-estar.

Ainda neste estudo, verificamos que, os utilizadores identificam como principal motivo de adesão ao centro de dia a necessidade de companhia. Também o estudo realizado por Benet (2003), elenca como principal motivação o facto dos Centros de Dia disponibilizarem acompanhamento e atenção para os utentes que apresentem problemas ao nível da saúde, fornecendo cobertura neste âmbito em regime diurno. Em segundo lugar, o mesmo faz referência às motivações emocionais, pois, este estudo permitiu aferir que inúmeras pessoas idosas, que vivem sozinhas, não conseguem encontrar um sentido para a nova etapa do seu ciclo vital, necessitando de um projecto de vida motivador, sendo que, a inserção neste tipo de estrutura abre possibilidades de contactos sociais e integração. No nosso estudo tal motivação também foi referenciada quando os utilizadores mencionam a necessidade de procura de carinho, ajuda / apoio e combate à solidão.

No seguimento desta análise, verificamos que maioritariamente (n=37), os utentes deste centro de dia vivem em contexto familiar, o que vai de encontro com um dos objectivos destas respostas sociais. Castiello (1996) destaca, que um principal objectivo deste tipo de estrutura de apoio comunitário é promover a permanência do indivíduo no seu meio. Benet (2003), refere que o Centro de Dia torna-se útil na medida em que fornece resposta a pessoas que, por motivos de saúde, começam a desenvolver problemas de dependência, no sentido de colmatar as necessidades básicas da pessoa idosa não sendo necessário retirá-la do seu ambiente habitual.

De realçar que, para alcançar a qualidade de vida, estas variáveis não podem ser vistas isoladamente, estas cruzam-se, ou seja, da mesma forma que, por exemplo, a

realização de actividade física proporciona autonomia, também proporciona bem-estar e uma melhor integração e reorganização da vida social. Assim, Mazo *et al.* (2004) apoia esta ideia afirmando que: os benefícios da actividade física estão presentes em todas as dimensões do ser humano, actuam como facilitadores ao nível da integração e reorganização da vida social.

CONCLUSÃO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, Portugal possui um índice de envelhecimento que se cifra nos 104 e um índice de dependência dos idosos nos 24,5% (INE, 2002). O aumento da necessidade de apoio aos idosos emerge como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países desenvolvidos, da qual Portugal não está isento. Ora cada vez mais a abordagem desta questão passa pela implementação e análise de respostas sociais, tais como os centros de dia. Dado que a qualidade de vida do idoso está directamente associada ao “juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”. Torna-se importante a necessidade das instituições monitorizarem os níveis de satisfação dos seus clientes de forma a perceber como planificar, evoluir e maximizar a satisfação dessas mesmas necessidades.

Relativamente ao nosso estudo, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões a que chegamos. As mesmas emergem da análise e interpretação dos dados, das hipóteses formuladas, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico estruturador da investigação:

- O centro de dia é uma resposta de cariz comunitário que apoia idosos durante o dia.
- Os centros de Dia apesar de se direccionarem para a prestação de apoio a idosos, englobam utilizadores com idade inferior a 65 anos. O nível de participação e o grau de satisfação dos utentes mostra-se significativo, o que permite aferir que a integração de idosos em centro de dia promove a sua qualidade de vida.
- O centro de dia desempenha a função de retardador/preventor da institucionalização precoce de idosos. Os Programas preventivos intervêm de modo a proporcionar o aumento da esperança de vida com qualidade para a pessoa idosa.
- Um programa de centro de dia pretende desenvolver física e mentalmente o idoso através de uma multiplicidade de intervenções.
- Os Centros de Dia proporcionam condições de vida com dignidade aos idosos e familiares, contribuindo para a manutenção e continuidade do seu modo de vida com autonomia.
- O Centro de Dia é útil para o fornecimento de resposta a pessoas que começam a desenvolver problemas de dependência por motivos de saúde, cobrindo

as necessidades básicas para apoiar a pessoa idosa sem necessidade de a retirar do seu contexto. A maioria dos utilizadores que constituem a nossa amostra vivem acompanhados, com os seus familiares.

- A procura dos Centros de Dia pode compreender diversas causas, das quais destacamos as sociais, psicológicas, físicas e familiares. As motivações na adesão ao centro de dia do presente estudo, estão ligadas à companhia, apoio e suporte.
- Os serviços mais elementares prestados por um Centro de Dia são: transporte, alimentação, higiene e conforto.
- Os serviços especiais incluem uma diversidade de actividades sociais, saúde e ocupacional, que contribuem e fomentam a integração do idoso.
- Os idosos constituem um grupo diferenciado, bastante heterogéneo, com distintas necessidades pelo que procuram respostas igualmente diferenciadas.
- A planificação, reformulação e prospecção torna-se preponderante no sentido do centro de dia maximizar a satisfação das necessidades dos seus utilizadores.
- É necessário estar-se bem integrado nos problemas dos idosos para compreender qual a resposta que melhor se adequa às suas necessidades.

Limitações do Estudo

Ausência de estudos prévios

A ausência de estudos prévios, dentro da mesma temática, impede-nos de estabelecer comparações a partir dos resultados da aplicação de instrumentos de investigação como sendo os questionários.

Amostra reduzida

Com uma amostra reduzida correm-se alguns riscos, nomeadamente a presença de outliers que podem influenciar os resultados. Para além deste facto, uma amostra reduzida inviabiliza uma série de testes estatísticos que se poderiam realizar com amostras maiores. Por outro lado quanto maior for a amostra maior será a confiança nos resultados obtidos.

Se por um lado reconhecemos claramente esta limitação (amostra reduzida), por outro lado valorizamos a importância da amostra ser constituída por idosos que integram centros de dia do mesmo meio rural (concelho de Castelo de Paiva), uma vez que partilham

de vivências idênticas e as actividades que se desenvolvem, são muitas das vezes, as mesmas e experienciadas em conjunto.

Autonomia dos Idosos

Esta limitação prende-se com a pouca autonomia no preenchimento dos questionários por parte dos idosos. Tendo em consideração que na sua maioria, não sabem ler nem escrever, a aplicação dos questionários torna-se muito morosa uma vez que tem que ser realizada individualmente. Esta limitação, para além da morosidade do processo tem também reflexos ao nível da amostra uma vez que quanto maior fosse a amostra mais moroso seria o processo de recolha de dados.

Espaço temporal

Importa referir que, como a investigação decorreu no curto espaço de tempo, a existência do suporte teórico pode ser considerado diminuto, não permitindo por vezes a realização de análises mais aprofundadas do tema em questão. Assim como, uma procura mais eficaz de bibliografia mais recente. Ainda que, uma das razões que levou à escolha deste tema foi precisamente a dificuldade em encontrar bibliografia recente.

Fiabilidade e Validade Interna /Externa na investigação

Esta limitação prende-se com o facto de neste projecto de intervenção, a análise dos dados ser feita através de uma estatística descritiva e não através de uma estatística inferencial, ou seja, fazer um estudo correlacional entre os dados. O feedback obtido deste estudo seria outro se fosse efectuada a mensuração da consistência interna do instrumento, através de testes estatísticos.

Linhas Futuras de Investigação

- A OMS aconselha o desenvolvimento de instrumentos standard de avaliação para a população idosa, que reconheçam a função física, mental, grau de dependência económica e social, nos diferentes ambientes, culturas e situação sócio-económica.
- Desenvolver um estudo com os mesmos objectivos deste nosso trabalho, mas com uma amostra que envolvesse utentes de vários centros de dia, com programas diferentes. Seria interessante avaliar os próprios programas dos centros de dia.

- Avaliar o conceito de auto-estima na população idosa. Esta temática poderia seguir duas linhas distintas:

- Um estudo longitudinal que medisse o conceito de auto estima nos idosos, antes e depois da integração nos centros de dia;

- Medir as diferenças ao nível do auto estima em dois grupos de idosos: Grupo de controlo – idosos que não frequentam o centro de dia; Grupo Experimental – Idosos que integram um centro de dia;

- O apoio domiciliário, como resposta social a este fenómeno do envelhecimento também merece uma atenção especial. Seria interessante avaliar o seu impacto na qualidade de vida.

- A família também não pode ser esquecida. O facto de os centros de dia demonstrarem ser uma boa resposta social ao fenómeno, é importante que as famílias não se desresponsabilizem. Seria interessante perceber qual o nível de intervenção que as famílias têm neste processo.

BIBLIOGRAFIA

Alda, J. e Montón, J. (1996). *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

Alvarenga, A. (2000). *Os "Envelhecimentos" - População e suas consequências na Zona Euro 11*. Lisboa: Departamento de Perspectiva - Ministério da Educação.

Amaral, M.F., Vicente, M.O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. **18**, nº2: 23-31.

Amorim, I.L., Coelho, R. (1999). Saúde, doença e qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Coimbra. **20**, nº3: 235-241.

Aragão, M.J., Sacadura, R. (1994). A 3ª idade, que estruturas de apoio. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Lisboa. **11**, nº4: 280-283.

Arrazola, F.J., Méndez, A., Lezaun, J.J. (2003). *Centros de Día - Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo*. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales.

Artaso, B., Martín, M., Cabasés, J.M. (2002). Análises Coste Consecuencia de um Centro de Día Psicogeriátrico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº **37 (6)**: 291-297.

Assis, M.; Hartz, Z.M.A.; Valla, V.V. (2004) Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.3, 557-581p.

Azeredo, Z. (2001). Como despende o idoso o seu tempo. *Revista Geriatria*. Lisboa. **14**, nº131: 14-21.

Barreto, A. (2002). *Mudança Social em Portugal 1960/2000*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Benet, A.S. (2003). *Los centros de día para personas mayores*. Edicions de la Universitat de Lleida.

Benet, A.S. e Lianes, J.M. (2002). Nivel de Salud y Autonomía en los Centros de Día para Mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 12, nº 1: 5-12.

Berger, L., Mailoux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lusodidacta. Lisboa.

Berger, L. (1995a). Aspectos biológicos do envelhecimento. Em: Berger, L., Mailoux-Poirier, D., *Pessoas Idosas, uma abordagem global*, Lusodidacta. Lisboa.

Berger, L. (1995b). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. Em: Berger, L., Mailoux-Poirier, D., *Pessoas Idosas, uma abordagem global*, Lusodidacta. Lisboa.

Carmona, F.S. (1995). Idosos. *Psiquiatria Clínica*, nº 16 (2): 117-125.

Carreira, H. (1996). *As políticas sociais em Portugal*. Gradiva. Lisboa

Carvalho, M.I. (2006). *Orientações da política de cuidados às pessoas idosas dependentes - modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus*. Comunicação no Congresso internacional sobre gerontologia. Lisboa.

Castiello, M.T. (1996). Centro de Día : Conceptualización. Em: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., *Centro de Día para Personas Mayores Dependiente*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

Cerrato, I. (1996). Atencion Psicológica. Em: Alda, J.; Dompedro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

Cid, X. e Dapia, M. (2007). Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas – perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega. Em: Osório,

A. R., Pinto, F. C., *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget - Colecção Horizontes Pedagógicos. Lisboa.

Coelho, A.M. (1997). A Saúde Pública no limiar do século XXI. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. **15**, nº3: 5-9.

Conde, J. (1995). Cancro e geriatria. *Nursing*. Lisboa. **8**, nº74: 5-12.

Conrad, K.J., Hughes, S.; et al. (1993). Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. **48**, nº 3: 112-122.

Cortés, A. e Juárez, A. (1996). Programa de cuidados de enfermeria. Em: Alda, J., Dompédro, J., Montalbo, M., *Centro de Día para Personas Mayores Dependiente*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Lusociência. Loures.

Diniz, J.A. (1993). *Programa de apoio a idoso de Almeirim*. Centro de saúde de Almeirim. Almeirim.

Ermida, J.G. (2000). Envelhecimento e exercício físico. Em: Pinto, A.M., *Saúde e exercício físico*, Quarteto Editora. Coimbra.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Celta Editora. Oeiras.

Ferreira, F.A. (1990). *Moderna Saúde Pública*. 6.^a edição, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Fortin, M., Côte, J. e Vissandjée, B. (2000). As etapas do processo de investigação. Em: Fortin, M., *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2.^a edição, Lusociência. Loures

Gaugler, J.E., Zarit, S.H. e Townsend, A. (2003). Evaluating Community - based Programs for Dementia Caregivers: The cost implications of Adult Day Services. *The Journal of Applied Gerontology* Nº 1, Vol.22: pp. 118-133.

Grande, N. (1987). A investigação em saúde e medicina. *Revista Crítica das Ciências Sociais*. Lousã. nº23: 75-82.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. 2ª edição, Formasau. Coimbra.

Instituto Nacional de Estatística. (1999). *As Gerações mais idosas*. Lisboa. Série Estudos ISSN 0373-3162.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Página Oficial do Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 26 de Abril de 2011, em: www.ine.pt.

Lehr, U.(1988). *Psicología de la senectud-proceso Y aprendizaje del envejecimiento*. 2ª edição, Hernder. Barcelona.

Leitner, M.J.; Leitner, S. F. (1995). *Senior Day Care Centers- Cap. 3*- Haworth Press, 7.

Manchola, E.A. (2000) Recursos sociosanitarios - el Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10, nº2: 115-123.

Martin, I., Gonçalves, D., Paúl, C. e Pinto, F. (2007). *Políticas Sociais para a Terceira Idade*. In Osório. *As pessoas idosas - Contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa.

Martin, I., Neves, R., Pires, C. e Portugal, J. (2007). Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade_2006. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos (UNIFAI). Porto.

Martin, E.; Junod, J.P. (1977). *Abrégé de gérontologie*, 2ª ed.. Masson, Paris.

Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação Ciência e Tecnologia*, nº 32:126-140.

Mazo, G., Lopes, M. e Benedetti, T. (2004). *Actividade física e o idoso – concepção Gerontológica*. Sulina. Porto.

Morato, M.J.X. (1986). Teorias acerca do envelhecimento. *O Médico*. Lisboa. **115**: 176-182.

Neves, C.F.S. (2000). Qualidade de vida de pessoas com diabetes tipo I. *Referência*. Coimbra. **Nº4**: 47-52.

OMS (1985). *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. MS. Departamento de Estudos e Planeamento. Lisboa.

OMS, Divisão de Saúde Mental (1998). Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Acedido em 18 de Janeiro de 2010, em: www.ufrgs.br/psiq/whogol1.html.

Organización Mundial de la Salud - Programa sobre Envejecimiento y Salud. (1998) *Envejecimiento Saludable - el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Ginebra.

Pacheco, A., Lucas, J.C. (1999). Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional - idosos com 80 e mais anos. *Revista Geriatria*. Lisboa. **12, Nº12**: 17-20.

Paschoal, S.M.P. (2000). Epidemiologia do envelhecimento. *Em*: Netto, M.P., *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, Editora Atheneu. S. Paulo.

Pimentel, L. (2005). *Lugar do Idoso na Família - Contexto e Trajectória*. Quarteto Editora. Coimbra.

Reis, J. (1980). Aspectos Gerais e históricos da geriatria. *Gerontologia*. Lisboa. **2, nº6**: 29-43.

Reis, J. (1996). O envelhecimento. *Revista Geriatria*. Lisboa. **9, nº83**: 14-28.

Renaud, I.C.R. (2000). Saúde e vulnerabilidade. *Cadernos de Bioética*. Coimbra. **nº24**: 67-73.

Ribeiro, J.L.P (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. "Análise Psicológica". Lisboa.vol.12. **nº2-3**: 179-191.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento - factos e teorias*. Instituto Piaget. Lisboa.

Rodriguez, P. (1996). Los Centros de Día: un servicio de respiro para la familia cuidadora. Em: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

Santos, P.F.C. (2000). *A depressão no idoso*. Quarteto Editora. Coimbra.

Saura Hernández, S., Sangüesa Giménez, M.R. (2000). *Promoción de la salud en los mayores*. Los sistemas y programas de salud. Madrid.

Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Revista Ciência & Saúde Colectiva* 10 . pp: 243-253.

Sousa, S.M.R. (1993). Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. *Revista Geriatria*. Lisboa. nº56: 23-30.

Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. *Envelhecer em família Os cuidadores familiares na velhice*. Âmbar. Porto.

Staab, A.S., Hodges, L.C. (1997). *Enfermeria gerontológica*. McGraw-Hill interamericana. México.

Stevens, M.K. (1976). *Nursing du troisième âge*. Québec:HRW.

Timiras, P.S. (1997). *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatria*. 2ª edição, Masson. Barcelona.

Trinidad, D. (1996). Programas de saúde física. Em: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

Varanda, E., Freitas, O. (1998). Qualidade de vida em idosos residentes em lar. *Sinais Vitais*. Coimbra. n^o17: 39-43.

Wacker, Robbyn R.; Robert, Karen A.; Piper, Linda E. (2002) *Community resources for older Adults: Programs and services in a Era of Change*. 2nd edition, Sage Publications. USA.

Yuaso, D. e Sguizzato, G. (1996). Fisioterapia em Pacientes Idosos. *Em: Netto, M. P., Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, Editora Atheneu. S. Paulo.

Zimerman, G.I. (2000). *A velhice: aspectos biopsicossociais*. Artes Médicas. Porto Alegre.

Anexos

Anexo 1

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CENTROS DE DIA
(VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO ADAPTADA)

QUESTIONÁRIO DO UTENTE

Data: _____ / _____ / _____

O objectivo deste questionário é recolher informação acerca do estado actual dos Centros de Dia para Idosos. Para além disto, gostaríamos de saber quais os aspectos mais importantes para si a nível de cuidados e o seu grau de satisfação com os cuidados que recebe neste centro.

Esperamos que esta informação nos permita elaborar melhores programas e que sejam mais satisfatórios para si. Toda a informação fornecida neste questionário é confidencial e não porá em causa os serviços que lhe são prestados.

Por favor responda a estas perguntas de forma aberta e honesta.

Agradecemos-lhe pela sua disponibilidade e paciência.

1- Há quantos **meses** frequenta este Centro? _____

2- Quantos **dias** por semana é que costuma vir para este Centro? _____

3. O que pensava dos centros de dia antes de vir para este?

4- Quando decidiu vir para aqui, qual foi a coisa mais importante que esperava receber?

Agora vou ler-lhe uma lista de frases e gostava que escolhesse a resposta mais adequada para cada uma delas de acordo com aquilo que pensa aplicar-se ao programa deste Centro. Por favor responda apenas uma das hipóteses seguintes:

CT = Concordo totalmente

C = Concordo

ND/NC= Nem discordo, Nem concordo

DT= Discordo totalmente

D = Discordo

ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL

Sub-escala COMUNICAÇÃO	5 CT	4 C	3 ND/NC	2 DT	1 D
1. Os Utentes falam acerca dos seus diversos problemas.					
2. Os Utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais.					
3. Os Utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte .					
4. Os Utentes falam muito acerca dos seus medos.					
5. Os utentes convivem neste centro com várias gerações.					

Sub - escala CUIDADOS PRESTADOS PELOS COLABORADORES	5 CT	4 C	3 ND/NC	2 DT	1 D
1. As informações acerca do centro são difundidas por todos.					
2. Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.					
3. Os Utentes recebem muita atenção individual.					
4. As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.					
5. Os funcionários passam muito tempo com os utentes.					

Sub – escala AMBIENTE MORAL GERAL	5 CT	4 C	3 ND/NC	2 DT	1 D
1. Os utentes queixam-se muito.					
2. Os utentes por vezes começam discussões.					
3. Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros.					
4. As pessoas aqui estão sempre a mudar a sua opinião.					
5. Os utentes criticam-se muito uns aos outros.					
6. Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui para passar o tempo.					
7. Os funcionários criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância.					

ESCALA DE ACTIVIDADES

Sub – escala SERVIÇOS DE ANIMAÇÃO SOCIAL	5 CT	4 C	3 ND/NC	2 DT	1 D
1. Os utentes realizam artes e ofícios [ex: renda].					
2. Os utentes participam em Festas.					
3. Os utentes aderem às actividades físicas.					
4. O exercício físico praticado de uma forma equilibrada é essencial para uma boa saúde.					
5. Os utentes têm entretenimento [ex: ver televisão, ouvir rádio] .					
6. Os utentes têm serviços religiosos [ex: ir à missa, o terço.]					

7. As saídas ao exterior são frequentes.					
8. Promove-se discussões de grupo.					
9. Os utentes realizam actividades com crianças (dinâmicas intergerações).					
10. Ocorre a promoção de cânticos e danças.					

ESCALA DE SATISFAÇÃO GLOBAL

Sub - escala dos utentes	5	4	3	2	1
	CT	C	ND/NC	DT	D
1. Vir para este centro faz-me sentir bem.					
2. Alguns serviços neste centro podiam ser melhorados.					
3. Os cuidados que recebo são bons.					
4. Gosto da maioria das actividades neste centro.					
5. Estou satisfeito [a] com os cuidados que recebo aqui.					

CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES

Por último, gostava de lhe fazer algumas perguntas acerca de si. As suas respostas serão confidenciais.

1. Durante o último mês como classificaria o seu estado de saúde [leia as respostas]?			
Muito Bom			1
Bom			2
Razoável			3
Fraco			4
Muito Fraco			5
2. Durante o último mês quantos dias esteve doente de forma a não conseguir realizar as suas actividades diárias habituais? _____			
3. As questões que se seguem referem-se às actividades habituais que fazem parte da nossa rotina diária. Gostaria de saber se consegue fazer estas actividades sem nenhuma ajuda, ou se, necessita de alguma ajuda para as realizar, ou se não as consegue simplesmente fazer. [Certificar-se de que lê todas as hipóteses de resposta ao utente]			
É capaz de ...	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Não consegue fazer
a) Vestir-se e Despir-se	3	2	1
b) Tomar Banho ou Duche	3	2	1
c) Ir à casa de banho	3	2	1
d) Comer	3	2	1
4. Com quem vive?			
Com membros da família			1
Com um[a] amigo[a]			2
Sozinho[a]			3
Em lares especiais para idosos			4
5. Qual é o meio de transporte que habitualmente usa para vir para o Centro?			
Em veículo particular			1
Transportes públicos, sem incluir carrinhas especiais ou autocarros para idosos			2
Carrinhas ou autocarros para idosos financiados [não sendo propriedade do centro de dia]			3
Veículo do Centro de dia			4

7. Qual é a sua idade? _____ anos									
8. Quantos anos andou na escola? _____									
Não frequentou									0
Ensino Básico [1º, 2º, 3º Cido]	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ensino Secundário							10	11	12
Universidade						13	14	15	16
Alguns anos na Universidade									17
Grau académico ou Profissional									18
9. Qual é o seu estado civil?									
Casado[a]							1		
Separado[a]							2		
Divorciado[a]							3		
Viúvo[a]							4		
Solteiro[a]							5		
10. [Fazer um círculo à volta do sexo do utente]									
Masculino 1					Feminino 2				

11. Por fim gostaria de saber o que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de dia mais agradável?

Muito Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO 2**Direitos dos idosos****Princípios das Nações Unidas para o idoso****Resolução 46/91 Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991*****INDEPENDÊNCIA***

1. Ter acesso à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde, a apoio familiar e comunitário.
2. Ter oportunidade de trabalhar ou ter acesso a outras formas de geração de rendimentos.
3. Poder determinar em que momento se deve afastar do mercado de trabalho.
4. Ter acesso à educação permanente e a programas de qualificação e requalificação profissional.
5. Poder viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudanças.
6. Poder viver em sua casa pelo tempo que for viável.

PARTICIPAÇÃO

7. Permanecer integrado na sociedade, participar activamente na formulação e implementação de políticas que afectam directamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades.
8. Aproveitar as oportunidades para prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com seus interesses e capacidades.
9. Poder formar movimentos ou associações de idosos.

ASSISTÊNCIA

10. Beneficiar da assistência e protecção da família e da comunidade, de acordo com os seus valores culturais.
11. Ter acesso à assistência médica para manter ou adquirir o bem-estar físico, mental e emocional, prevenindo a incidência de doenças.
12. Ter acesso a meios apropriados de atenção institucional que lhe proporcionem protecção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social, num ambiente humano e seguro.
13. Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe assegurem melhores níveis de autonomia, protecção e assistência
14. Desfrutar os direitos e liberdades fundamentais, quando residente em instituições que lhe proporcionem os cuidados necessários, respeitando-o na sua dignidade, crença e intimidade. Deve desfrutar ainda do direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade da sua vida.

AUTO-REALIZAÇÃO

15. Aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades.
16. Ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade.

DIGNIDADE

17. Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objecto de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais.
18. Ser tratado com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros factores.

