

O Centro de Dia como mais valia para o idoso de hoje

Ana Pereira

Dissertação de Mestrado em Gerontologia

Orientação: Doutor Arthur Neto e Doutora Luísa Reis Lima

Março, 2013



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada foi importante sentir o apoio e o carinho de todos.

Agradeço às instituições que permitiram a recolha de dados junto dos idosos e dos seus técnicos.

Aos docentes que partilharam o seu saber, permitindo assim o meu crescimento pessoal e profissional, agradeço.

O meu agradecimento, à Doutora Luísa e ao Doutor Arthur pelos seus ensinamentos, dedicação, disponibilidade, exigência e compreensão.

À Carmina e ao David que me ajudaram na revisão do texto e no tratamento de dados, respetivamente.

Aos meus pais e ao meu irmão que sempre me apoiaram.

Ao meu marido Miguel, pela paciência, por estar sempre ao meu lado, por me incentivar e nunca me deixar desistir.

Ao meu filho Lucas que, por vezes, não teve a atenção que merecia.

RESUMO

O envelhecimento demográfico é um processo que atinge Portugal mas também a maior parte dos países da Europa e dos países desenvolvidos em geral.

Vivendo as pessoas cada vez mais tempo, naturalmente, as suas capacidades vão ficando mais limitadas, necessitando de maior apoio. Surgem várias respostas sociais, sendo as mais comuns: o Lar de idosos, o Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D.) e o Centro de Dia (C.D.). Em grande parte dos casos, os idosos mostram resistência a deixar definitivamente a sua casa / família.

O C.D. é uma resposta intermédia entre o estar em casa, dia e noite, e a institucionalização permanente.

Com este estudo pretende-se compreender em que medida os C.D. constituem uma resposta adequada às necessidades e motivações dos idosos, na atualidade.

A recolha de dados foi efetuada em instituições do concelho de Guimarães. Aos utentes foi administrado o “Questionário do Utente” pertencente ao protocolo de avaliação de Centros de Dia, desenvolvido por Conrad. Os diretores técnicos foram entrevistados tendo por base um guião semi-estruturado.

Verificamos que os C.D. apresentam boas condições físicas e estruturais. As instituições cumprem o que é exigido pela Segurança Social e fazem um esforço para satisfazer o maior número de necessidades dos seus clientes.

Palavras-chave: Cuidados, Centro de Dia, idosos, respostas sociais.

ABSTRACT

Population ageing is a process that affects not only Portugal but also most European countries and the developed countries in general.

The longer the people live, the more limited their capabilities become, thus requiring more support. Several social responses arise, the most common being the Retirement Home, the Home Support Service (HSS) and the Day Centre (DC).

In most cases, the elderly show resistance to definitely leave their homes / families. The DC provides an intermediate response between constantly being at home and the permanent institutionalization.

This paper aims to understand to what extent the day centres provide an appropriate response to the needs and motivations of the elderly today.

The data for this study was collected in the institutions of the municipality of Guimarães. The clients of the institutions were asked to fulfil a users questionnaire that is a constituent part of the evaluation protocol of day centres, developed by Conrad. The technical directors were interviewed based on a semi-structured guide.

It was concluded that the DCs have good physical and structural conditions. The institutions fulfil the requirements of Social Security services and make an effort to meet as many needs of its customers as possible.

Keywords: welfare, day care centre, elderly, social responses

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	9
INDICE DE GRÁFICOS.....	10
INDICE DE ILUSTRAÇÕES.....	11
INDICE DE TABELAS	11
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
CAPITULO 1.....	13
1. Envelhecimento demográfico	13
2. Envelhecimento bio-psico-social	15
3. A família	20
4. A fadiga dos cuidadores.....	23
5. Respostas sociais destinadas aos idosos	25
6. Os centros de dia	29
7. A animação como necessidade.....	34
PARTE 2 – ESTUDO METODOLÓGICO.....	39
CAPITULO 2 – CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO	39
1. Justificação do estudo.....	39
2. Pergunta de partida / Objetivos/ Hipóteses	40
3. Tipo de estudo.....	41
4. Recolha de dados / Instrumentos de investigação	42
4.1. Questionário do utente	42
4.2. Entrevista semiestruturada	44
CAPITULO 3 – ANÁLISE EXPLORATÓRIA	45
ANÁLISE DE DADOS PROVENIENTES DOS INQUÉRITOS	45
1. Caraterização da amostra	45
2. Escala Ambiente Social	49
2.1. Subescala “Comunicação”	49
2.2. Subescala “Cuidados prestados pelos colaboradores”	50
2.3. Subescala “Interação utentes/ funcionários”	52
2.4. Subescala “Colaboradores”	54

2.5. Subescala “Ambiente moral geral”	56
3. Escala do Ambiente Interior/ Estrutura	60
4. Escala de Serviços e Atividades	62
5. Escala de Satisfação Global	65
6. Escala de Características Estruturais.....	66
7. Características dos utentes	68
ANÁLISE DE DADOS PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS	70
CAPITULO 4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	74
1. Associação entre variáveis.....	76
2. Testes de comparação entre variáveis.....	78
CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS	90

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A.B.V.D. – Atividades básicas da vida diária

C – Concordo

C.D. – Centro de Dia

CM – Concordo muito

D - Discordo

DM – Discordo muito

DP – Desvio padrão

D.T. – Diretor(a) Técnico(a)

Idem – Mesma obra

INE – Instituto Nacional de Estatística

O.M.S. - Organização Mundial de Saúde

Org. - Organizador

p. – Página

pp. - Páginas

S.A.D. – Serviço de Apoio Domiciliário

\bar{x} - média amostral

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Os utentes falam acerca dos seus diversos problemas	49
Gráfico 2: Os utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais	49
Gráfico 3: Os utentes às vezes conversam acerca da doença e morte	50
Gráfico 4: Os utentes falam muito acerca dos seus medos.....	50
Gráfico 5: As informações acerca do centro são difundidas por todos	50
Gráfico 6: Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.....	51
Gráfico 7: Os utentes recebem muita atenção individual	51
Gráfico 8: As atividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.....	51
Gráfico 9: Os funcionários passam muito tempo com os utentes	52
Gráfico 10: Os utentes recebem muita atenção individual	52
Gráfico 11: Os utentes sabem sempre quando os funcionários estão por perto.....	52
Gráfico 12: Os funcionários passam muito tempo com os utentes	53
Gráfico 13: As atividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.....	53
Gráfico 14: Os colaboradores passam muito tempo com os utentes.....	53
Gráfico 15: Muitas vezes os colaboradores fazem sugestões uns aos outros	54
Gráfico 16: Os colaboradores trabalham como uma equipa.....	54
Gráfico 17: Os colaboradores têm dificuldades em dar-se bem uns com os outros.....	54
Gráfico 18: Os colaboradores trabalham bem juntos	55
Gráfico 19: Aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias.....	55
Gráfico 20: As coisas aqui parecem que estão sempre a mudar	55
Gráfico 21: Os utentes queixam-se muito	56
Gráfico 22: Os utentes por vezes começam discussões	56
Gráfico 23: Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros.....	56
Gráfico 24: As pessoas aqui estão sempre a mudar de opinião	57
Gráfico 25: Os utentes criticam-se muito uns aos outros	57
Gráfico 26: Muitos dos utentes parece que apenas vem para aqui para passar o tempo	57
Gráfico 27: Os funcionários criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância ...	58
Gráfico 28: Áreas com janelas.....	60
Gráfico 29: Luz.....	60
Gráfico 30: Local agradável	60
Gráfico 31: Cheiros.....	61
Gráfico 32: Limpeza das paredes e chão.....	61
Gráfico 33: Sabor da comida	66
Gráfico 34: Estado de saúde no último mês	68

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Pirâmide de Maslow.....	35
Ilustração 2: Mapa de Portugal – Mapa do concelho de Guimarães	45

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estrutura do "Questionário do Utente"	43
Tabela 2: Caraterização socio demográfica da amostra	46
Tabela 3: O que procura no centro?	48
Tabela 4: Escala de Ambiente Social.....	58
Tabela 5: Escala de Serviços e Atividades	62
Tabela 6: Escala de Satisfação Global	65
Tabela 7: Ementas.....	66
Tabela 8: Atividades básicas de vida diária.....	68
Tabela 9: Matriz de coeficiente de correlação de SPEARMAN's	76
Tabela 10: Síntese de hipóteses – Comparação das escalas com “Género”	78
Tabela 11: Síntese de hipóteses - Comparação das escalas com “Estado Civil”	79
Tabela 12: Síntese de hipóteses - Comparação das escalas com “Grau de Ensino”	80
Tabela 13: Síntese de hipóteses - Comparação das escalas com “Agregado Familiar”	81

INTRODUÇÃO

Face a um leque tão diversificado de assuntos que se podem abordar na área da Gerontologia, optou-se por um estudo que, em termos práticos, forneça algum conhecimento útil à sociedade.

Tendo por base o tema escolhido para a investigação: “***O Centro de Dia como mais valia para o idoso de hoje***” pretende-se compreender em que medida a resposta social de Centro de Dia está a ter o máximo de rendimento em termos de qualidade de serviços. Ao conseguir atingir este objetivo julga-se ter conseguido responder à pergunta de partida: **Qual a importância do Centro de Dia na vida dos idosos?**

Existem poucos trabalhos desenvolvidos em torno da temática de C.D. tornando assim, este um estudo pertinente.

O presente trabalho divide-se em duas partes.

A primeira parte tem um capítulo que corresponde à revisão da literatura e aborda vários aspetos do envelhecimento assim como outros assuntos relacionados com este tema: a família, a fadiga dos cuidadores e respostas sociais, dando ênfase à resposta social de C.D..

A segunda parte contém três capítulos divididos em concetualização do estudo, análise exploratória e análise estatística. Na concetualização do estudo apresentou-se o estudo em questão assim como os instrumentos utilizados na recolha de dados. Na análise exploratória encontramos o tratamento dos dados, questão a questão. Para a análise estatística recorreremos ao teste de *Spearman's* que nos dá o coeficiente de correlação entre variáveis, e aos testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* que permitem fazer a comparação entre grupos.

O tratamento de dados e o tratamento estatístico foi realizado com a utilização do *software S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 20. Recorreu-se também ao *Microsoft Office Excell 2007*. Foram aplicados a todos os dados recolhidos os procedimentos da estatística descritiva e indutiva.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1

1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população é uma característica que apresenta especial incidência nos países desenvolvidos, nomeadamente nos países da Europa.

Esta afirmação baseia-se na publicação da Organização Mundial de Saúde que refere: “o envelhecimento da população pode ser um dos maiores triunfos da humanidade, mas é, também, um dos seus maiores desafios (O.M.S., 2002)”.

Sequeira (2010, p.13) afirma que “à semelhança dos países desenvolvidos, o número de idosos em Portugal tem apresentado um aumento significativo.”

Azeredo (2011, p.16) refere:

“Na era moderna, o envelhecimento é, ..., a alteração na estrutura da população mais importante, constituindo um fenómeno único na humanidade que caracterizou o final do século XX (apesar de sempre terem existido pessoas idosas); este fenómeno continua, a verificar-se no século XXI.”

Conforme os relatórios provisórios dos Censos 2011 (INE, 2011, p. 5), aproximadamente 19% da população portuguesa, em 2011, estão com 65 ou mais anos de idade, caracterizando o agravamento do envelhecimento populacional da década passada.

O aumento da esperança média de vida em paralelo com o decréscimo da natalidade conduz ao envelhecimento demográfico (Azeredo, 2011, p.16).

“O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (INE, 2011, p.11).”

Para Rafart (2001) citado por Moura (2012, p.27), a este aumento da população idosa chamamos *transição demográfica*. Esta transição é caracterizada pela passagem de um modelo demográfico de natalidade e mortalidade elevados para um modelo em que a natalidade e a mortalidade caem significativamente.

O índice de envelhecimento da população é a relação entre o número de idosos (> 65 anos) por cada 100 crianças (0-14 anos). Em Portugal, o índice de envelhecimento, segundo os dados provisórios dos Censos 2011, é de 129, o que demonstra que o país tem uma população idosa superior à população jovem.

Os resultados pré-definitivos dos Censos 2011, publicados a 03 de Fevereiro de 2012, indicam que a população idosa, residente em Portugal, com 65 ou mais anos é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total.

À semelhança do que acontece em Portugal, prevê-se, a nível europeu, um alargamento no topo da pirâmide demográfica e um estreitamento na sua base. Estaremos perante uma pirâmide demográfica invertida. Devido à baixa taxa de natalidade, o número de pessoas ativas aspira a diminuir gradualmente, enquanto que o número de idosos e grandes idosos tende a aumentar. (Azeredo, 2011, p.24)

Com a redução da população ativa e o aumento da população dependente, o Estado de Providência inclina-se para a falência, pois não há uma reposição, em termos numéricos, da população.

“A sustentabilidade financeira do modelo social europeu tem vindo a ser colocada em questão, quer pelo acréscimo dos encargos relacionados ao aumento da longevidade, (...), como pela diminuição do volume da população contribuinte, devido à redução dos efetivos populacionais dos escalões etários ativos (Moura, 2012, p.29).”

Devem ser tomadas medidas para contrariar esta situação. Maiores incentivos à natalidade podem ser uma opção. O Eurostat (2010), cit. In Azeredo (2011, p. 24), questiona-se sobre a possibilidade de criar oportunidades de trabalho flexível que sejam do interesse dos idosos e ainda da possibilidade de aumentar a idade da reforma.

A par destas medidas deve-se apostar na prevenção da doença e na promoção da saúde.

2. Envelhecimento bio-psico-social

Paúl (2005), citando Schroots e Birren (1980), afirma que o envelhecimento é composto por três componentes: o envelhecimento biológico, o envelhecimento psicológico e o envelhecimento social.

Fonseca (2005) vai de encontro à citação de Paúl escrevendo: “ O envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano.”

O Homem é um ser biológico mas também psicológico e social. Os fatores biológicos e sociais influenciam, em larga medida, o Homem enquanto Ser Psicológico e são decisivos na percepção do próprio Homem para a sua qualidade de vida e longevidade na mesma vida.

Azeredo (2011, p. 47) afirma que “todos os acontecimentos de uma vida influenciarão e orientarão o desenrolar do envelhecimento.”

O tempo passa de forma diferente para todos e influencia e afeta de diferentes formas o envelhecimento de cada um. As alterações a que o Homem está sujeito podem-se verificar mais cedo ou mais tarde, em menor ou maior grau, de acordo com as características genéticas de cada um e, principalmente, de acordo com a forma de viver de cada um (Zimerman, 2000, p. 21).

O Homem/Idoso deve ser tratado como um ser individual, com características e uma história de vida únicas.

“À medida que as pessoas envelhecem, tendem a tornar-se cada vez menos semelhantes. A heterogeneidade aumenta com a idade – tendência, em conformidade com as vantagens e desvantagens acumuladas, a partir de períodos anteriores da vida (Moody, 2002, p.148). “

A nível biológico/ físico algumas das alterações mais visíveis com o avançar da idade são o aparecimento de manchas na pele uma vez que a produção de células novas diminui, o nariz pode-se alargar e os olhos ficarem mais húmidos. Adicionalmente, verifica-se um aumento da quantidade de pelos nas orelhas e no nariz, as veias destacam-se sob a pele dos membros e enfraquecem, há um encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral e uma diminuição da estatura pelo desgaste das vertebrae. Os ossos endurecem, os órgãos internos atrofiam-se reduzindo o seu

funcionamento, o cérebro perde neurónios e atrofia-se tornando-se menos eficiente, o metabolismo fica mais lento, a digestão é mais difícil, as insónias aumentam, a visão ao perto piora. Assiste-se a uma degeneração das células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos. Há ainda o endurecimento das artérias e seu entupimento o que provoca arteriosclerose e uma diminuição do olfato e do paladar (Zimerman, 2000, p. 22).

Deve-se salientar que o envelhecimento em si não é uma doença mas sim uma época em que o individuo fica mais frágil e, conseqüentemente, mais exposto às doenças.

De acordo com Zimerman (2000, p. 25), para além das mudanças ao nível físico, o envelhecimento também provoca alterações psicológicas: dificuldade em adaptar-se a novos papéis, falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, alterações psíquicas que exigem tratamento, depressão, hipocondria, somatização, paranoia, baixa auto-imagem e baixa auto-estima.

Carvalho, in Moura (2012, p.70), refere que o equilíbrio psicológico do idoso depende de dois fatores essenciais: um funcionamento cerebral normal e uma capacidade de adaptação e aceitação da realidade que o rodeia.

Neri (2001) citada por Silva Neto (2010) afirma que no início do século passado, a Gerontologia considerava que havia um paradoxo entre o desenvolvimento e o envelhecimento, como se o processo de envelhecimento fosse incompatível com o desenvolvimento humano. Julgava-se que quem envelhecia não podia continuar a desenvolver-se.

Alguns estudiosos, inclusive Freud e Piaget, defendiam que a partir da idade adulta a vida do ser humano se caracterizava por uma progressiva perda de faculdades e por isso não incluíram estas fases nos seus estudos, considerando-as menores.

Esta visão negativa do envelhecimento foi contestada por vários autores que defendem que durante a vida adulta e na terceira idade, desenvolvem-se algumas dimensões da inteligência e do eu compensando as que poderão manifestar algum decréscimo, por estarem mais dependentes da componente biológica (Marchand, 2005, p.9).

Erikson desenvolve uma teoria contrária à vigente na época. Defende oito estádios do desenvolvimento psicossocial através dos quais o Homem, em desenvolvimento saudável, deveria passar. Em cada estádio, cada Homem confronta-se,

e de preferência supera, novos desafios ou conflitos. Desde a altura do nascimento até ao momento da morte todas as etapas tem a sua importância e possuem significados diferentes. Cada estágio/ fase do desenvolvimento é importante e deve ser bem resolvida para que a próxima fase possa ser superada sem problemas. A forma como envelhecemos é influenciada pela forma como nos desenvolvemos.

Fontaine (2000), realça três fatores essenciais a uma velhice bem sucedida: saúde, manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico, e manutenção da participação social, mesmo depois da reforma.

Baltes e Baltes, em 1990, propuseram uma teoria de desenvolvimento e envelhecimento bem sucedidos. Esta teoria ficou conhecida como teoria SOC – seleção, otimização e compensação. Os seniores devem proceder a uma seleção de objetivos, para não desperdiçar tempo, energia e motivação, face a recursos limitados. Devem fazer uma otimização do investimento nos objetivos selecionados e uma compensação face à diminuição de recursos, através da substituição de processos para a manutenção do nível de funcionamento.

“Face a um corpo que muda e vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais, é necessário uma adaptação constante, na busca de novos equilíbrios internos e externos (Fonseca, 2005).”

O homem é um ser social. A sociedade é composta por homens que interagem e se relacionam entre si. A relação que o idoso tem, com o meio que o rodeia, é de grande importância para o seu bem-estar. A dimensão social contribui, em grande medida, para o bem-estar do idoso.

Do ponto de vista social, quando é que o Homem é considerado idoso? Com a passagem à reforma um ciclo se fecha e outro novo se abre.

Segundo Carvalho (2012, p.73), “o trabalho concede um sentimento de valor, prestígio, poder ou identidade social que contribui para o equilíbrio do Homem”. Azeredo (2011, p.47) afirma que a reforma representa uma perda importante de papéis enquanto que Zimerman (2000, p. 24) defende uma adaptação dos papéis sociais.

Na atualidade, pressupõe-se que quando uma pessoa passa à reforma, ainda tem muitos anos de vida. De acordo com o Eurostat (2010), citado in Azeredo (2011, p. 24), e Silva Neto (2012, p. 145) há uma urgente necessidade de rever a idade da reforma. Com a transição da vida ativa para a reforma, o ser humano deve adaptar-se quer na família quer na sociedade.

As redes de relações vão-se alterando. A pessoa idosa vai perdendo alguns familiares, amigos, colegas de trabalho mas, em compensação, a sua família ganha novas gerações através dos netos, bisnetos.

O idoso deve procurar formas de preencher o seu tempo, a fim de continuar a sentir-se útil, não cair no isolamento e conseqüente depressão.

Simões (2006, p. 81) defende que a reforma pode assumir diversos significados. Para algumas pessoas a passagem à reforma significa tempo para lazer, para outros pode significar a oportunidade de se dedicarem ao serviço voluntário, ou ainda cuidarem dos seus familiares mais pequenos (netos) ou então dos mais envelhecidos e dependentes (pais).

Carvalho (2012, p.73) defende quatro fatores essenciais para o equilíbrio do idoso: contato social suficiente, uma ocupação com significado, uma adequada segurança social e um estado de saúde satisfatório.

A O.M.S. classifica de idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

Paúl (2005) considera que o critério da idade (65 anos), usualmente utilizado, deixou de constituir um indicador fiável do início da velhice.

De acordo com Fernandes (2002) a idade pode ser classificada em quatro grupos:

- a idade cronológica que corresponde à verdadeira idade em número de anos;
- a idade biológica que muitas vezes difere da cronológica e está ligada com o estado do nosso organismo;
- a idade social relacionada com os hábitos sociais do indivíduo;
- a idade psicológica que diz respeito à capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Stuart-Hamilton (2002) alerta quanto à classificação de ser idoso. O autor refere: “a) não existe um ponto determinado, único, em que a pessoa fica “velha”; b) a idade cronológica sempre é uma medida arbitrária e não muito exacta, de modo que o uso de um número único para o limiar lhe daria um status enganadoramente objectivo.”

De acordo com Simões, citado por Lima (2006) “a idade é uma variável vazia”, pois apenas representa a passagem do tempo a partir do nascimento de cada um.

Assume maior importância do que a idade, o meio sociocultural em que cada um está inserido e a história de vida do mesmo.

Azeredo (2011) considera que a idade cronológica indica apenas o período histórico em que o indivíduo viveu mas não fornece informações precisas sobre o estado de evolução do mesmo.

Barreto (2005) define envelhecimento como o conjunto das modificações que decorrem do avançar na idade para além da fase da maturidade.

Simões (2006) defende que o envelhecimento é um processo contínuo, desde a concepção até à morte.

Neste processo devemos distinguir senescência e senilidade. Estes conceitos estão associados ao envelhecimento normal e ao envelhecimento patológico, respetivamente.

A senescência está relacionada com o decorrer normal dos anos, é o processo natural do envelhecimento e caracteriza-se pelas primeiras perdas devido ao passar da idade.

A senilidade está associada à patologia, à doença e implica que uma terceira pessoa lhe preste cuidados.

Geralmente, associamos senescência ao envelhecimento primário e senilidade ao envelhecimento secundário (e terciário, dependendo dos autores).

Para além do envelhecimento primário e envelhecimento secundário que Barreto (2005) caracteriza da mesma forma que Berger (2003), Birren e Cunningham (cit. In Paúl, 1997) defendem que existe um outro tipo de envelhecimento - o envelhecimento terciário.

O envelhecimento primário é natural, progressivo e biológico. Pode-se considerar universal, nenhum ser humano que passa a fase da maturidade pode fugir dele. O envelhecimento secundário é frequente na maioria dos idosos e é influenciado por fatores externos como a atividade laboral, os cuidados alimentares, os cuidados de saúde de entre outros. O envelhecimento terciário é uma fase relativamente curta que corresponde à etapa final da vida, ao estado terminal.

Enfim, já que não conseguimos evitar o envelhecimento, que possamos optar, o mais cedo possível, por envelhecer dignamente e com qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 7).

3. A família

“Numa perspectiva histórica a família existe desde os primórdios da humanidade, porém o seu conceito não é o mesmo em todas as épocas e culturas (Azeredo, 2011, p.88).”

Fazendo uma análise superficial ao último século, em termos de constituição das famílias, podemos concluir que no período pós guerra prevalecem as famílias numerosas devido à elevada taxa de natalidade. Por esta altura, a esperança média de vida era muito baixa (comparando com a atualidade) e os ascendentes morriam bastante cedo devido à ausência de condições higiénico-sanitários e de políticas e cuidados de saúde eficazes (Pimentel, 2005, p.35).

Na década de 80 surgem mudanças aos mais vários níveis: toma-se consciência do fenómeno do envelhecimento e realiza-se a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Outro fator a ter em conta é a evolução do padrão sociológico da família.

A Mulher passa de uma postura coletiva, em que pensa primeiro no bem geral da família para uma visão individual onde ela e a sua carreira estão em primeiro plano. Esta mudança de atitude, em simultâneo com a independência financeira, levaram a Mulher a libertar-se da clausura a que até então estava convertida. A Mulher deixa a profissão de “Mãe Doméstica” que cuida dos seus descendentes e ascendentes, e passa a integrar o mercado de trabalho, deixando de ter a mesma disponibilidade para prestar os cuidados necessários aos seus familiares envelhecidos.

Os divórcios aumentam. Surgem novos tipos de famílias: monoparentais, reconstruídas e unitárias ou unipessoais.

De acordo com os relatórios provisórios dos Censos 2011, divulgados a 7 de Dezembro de 2011, as famílias maiores têm vindo a perder representatividade na sociedade. Em 2011, as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5% enquanto que em 2001 esse valor era de 9,5% e em 1991 de 15,4%. Em sentido oposto, aumentou a importância das famílias de menor dimensão. A dimensão média das famílias em 2011 é de 2,6, enquanto que em 2001 era de 2,8. (INE, Censos 2011).

Com o passar do tempo verifica-se um alongamento da estrutura familiar. O aumento da esperança média de vida leva à existência de várias gerações na mesma família. Apesar de coexistirem várias gerações na mesma família, cada geração vive na

sua habitação, muitas vezes em cidades ou países diferentes, tudo por causa da procura de oportunidades de uma vida melhor: procura de bens materiais e de ascensão socioprofissional (Pimentel, 2005, p.21). O fluxo migratório leva ao fenómeno da litoralização e à concentração da população ativa junto das grandes cidades. A emigração é outro fenómeno a ter em conta. Consequentemente, a maior parte dos municípios do interior português perdeu população e cada vez tornam-se mais envelhecidos.

Os resultados pré-definitivos dos Censos 2011, divulgados a 03 de Fevereiro de 2012, indicam que nos últimos dez anos, o número de pessoas idosas a viver sós ou a residir unicamente com outras pessoas idosas aumentou cerca de 28%. Assim, atualmente, existem cerca de 400 mil idosos a viver sós e 804 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas.

Viver só pode ser um percalço da vida mas também pode ser uma opção que pode ser vista como uma “forma de viver independente. Viver sozinho não é sinónimo de estar sozinho nem de solidão” e “nem todos os que vivem sozinhos estão isolados, mas a maior parte dos isolados vivem sós” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, pp. 39-40).”

A rede social pela qual cada idoso está cercado pode ser, dependendo dos casos, tão ou mais importante do que a família (Silva Neto, 2012, p.422).

“Também o tipo de família se tem vindo a alterar. Assim nos pós guerra predominava a família tradicional alargada que lentamente foi cedendo lugar à família nuclear, embora os laços com ascendentes se mantivessem, mas à distância, sem co-habitação (Azeredo, 2011, p.90).”

Ao contrário do que muitas vezes se pensa sobre o desinteresse das famílias da atualidade em relação aos seus idosos, Pimentel (2005, p.14-15), baseado em vários estudos sociológicos, afirma que as famílias atuais, não estão isoladas das suas redes de parentesco. Elas assumem, um papel de extrema importância como instituição de suporte e referência na vida dos idosos, continuando, de um modo geral, a ser a principal fonte de apoio aos idosos nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais.

Muitas famílias, mesmo estando distantes dos seus idosos, aceitam dar-lhes apoio deslocando-se ao fim de semana para casa destes e ajudando nos afazeres

domésticos e orientando a casa para o resto da semana. Por vezes, isso implica um desdobramento pois os familiares de ambos os elementos do casal podem estar em situação de dependência.

“Se existe harmonia, coesão, afectividade e comunicação esta situação pode ser mantida (apesar da fadiga dos cuidadores), mas noutras circunstancias pode-se dar a ruptura familiar, ou, então, a decisão é de institucionalizar o(s) idoso(s) (Azeredo (2011, p.92).”

Tendo em conta todas as mudanças referidas, surgiram vários equipamentos sociais de apoio ao idoso: centros de dia, centros de convívio, serviço de apoio domiciliário e lares de idosos que auxiliam o idoso na sua vida diária. Segundo dados dos Censos (INE, 2011), tais equipamentos aumentaram em torno de 24, 7%.

Existem várias respostas sociais que dão apoio ao idoso e às suas famílias sem os separarem, mantendo-os no seu contexto habitacional/ familiar.

Barreto, citado in Sequeira (2010), refere que a família constitui, um recurso essencial à prestação de cuidados às pessoas em situação de dependência, que complementa e ou substitui as redes formais de apoio, permitindo que estas permaneçam no seu domicílio pelo maior período de tempo possível e não sofram as consequências da institucionalização precoce ou indesejada.

Martins (2006, p.131) afirma: “A família é uma célula elementar, enquanto lugar privilegiado de trocas entre gerações.”

4. A fadiga dos cuidadores

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, no Artigo 25 refere que a saúde é um direito de todos. A Carta de *Ottawa* foi apresentada em 1986, na 1.^a Conferência internacional sobre promoção da saúde. É uma carta de intenções que defende a promoção da saúde como fator fundamental para a qualidade de vida do Homem. O mesmo documento refere que a promoção da saúde é da responsabilidade de todos: indivíduos, famílias, profissionais de saúde, instituições e governo.

Além da necessidade de equipamentos, ajudas técnicas e outros recursos materiais (Azeredo, 2011), torna-se necessária a formação contínua dos profissionais de saúde, objetivando o desenvolvimento de competências e especialidades, que os tornem capazes de atuar preventivamente. Só assim, serão evitadas incapacidades precoces e gastos acrescidos, possibilitando ao mesmo tempo a promoção da qualidade de vida do indivíduo (Idem, 2011, p.13)

Os cuidadores, formais ou informais, também podem ser considerados agentes de saúde. É de extrema importância a sua formação, mesmo que seja informal, de forma a prevenir mais dependências do idoso. Por outro lado, a fadiga dos cuidadores, no caso de ser extrema vai requerer apoio médico e conseqüentemente, gerar mais despesas.

A este estado de fadiga, desgaste, exaustão física e emocional, provocado pela devoção a uma causa, chamou-se *burnout*.

Burnout é considerado uma síndrome uma vez que se encontra associado a um conjunto de sintomas, que variam de acordo com o tempo e com a pessoa.

De acordo com Costa (2011), os sintomas desta síndrome são diversos, podendo ser agrupados em quatro categorias: físicos, psíquicos, emocionais e comportamentais.

A constante sensação de fadiga a par de perturbações do sono, dores musculares, perturbações gastrointestinais, baixa resistência imunológica, cefaleias e transtornos cardiovasculares são sintomas de ordem física.

Os sintomas a nível psíquico podem passar por diminuição da memória, falta de atenção e concentração que levam à diminuição da capacidade de tomar decisões. As ideias fixas e a obsessão por determinados problemas assim como ideias fantasiosas ou delírios de perseguição, sentimento de alienação e impaciência também são transtornos psicológicos relacionados com a síndrome de *burnout*.

A nível emocional os indivíduos afetados com *burnout* podem sofrer de desânimo perdendo o entusiasmo e a alegria, ansiedade, depressão, irritação, pessimismo e baixa autoestima.

Em termos de comportamento o isolamento, a perda de interesse pelo trabalho ou atividades de lazer, comportamento menos flexível, perda de iniciativa, lentidão no desempenho das funções, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e até mesmo drogas ilícitas que levam ao aumento da agressividade são algumas características dos doentes de *burnout*.

É importante salientar-se que nem todos estes sintomas estão necessariamente presentes em todos os casos. Cada pessoa é única e o meio em que está e a fase da doença irá influenciar os sintomas.

Caldas (2003) citado in Azeredo (2011, p.21) afirma:

“A solução do problema representado pelo envelhecimento (...) inclui o delineamento de uma política que envolva todos os setores da sociedade, e, não apenas o governo e programas que atendam aos idosos independentes, a fim de prevenir a dependência... devendo isto também fazer parte de programas de prevenção de doença e promoção da saúde.”

5. Respostas sociais destinadas aos idosos

Até ao fim da década de 1960 não houve preocupação em dar resposta às reais necessidades dos idosos. A revolução do 25 de Abril de 1974 vem alterar esta situação e os governantes políticos passam a ter mais atenção a esta faixa da população.

O aumento da população idosa dependente e a escassez de instituições que apoiem os idosos, levou a que surgissem novas respostas sociais.

De acordo com a Carta Social e o Despacho do Secretário de Estado da Segurança Social de 19/01/2006 existem sete tipologias de respostas sociais de apoio à pessoa idosa, sendo elas: centro de dia (C.D.), serviço de apoio domiciliário (S.A.D), centro de convívio, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, residência e lar de idosos.

Qualquer resposta social deve apoiar o idoso de um modo apropriado, contribuindo para a estabilização e retardamento do seu envelhecimento. Devem contribuir para a inclusão dos idosos na sociedade; a manutenção das relações entre o idoso e a família e devem assegurar que sejam prestados os serviços adequados ao idoso enquanto ser único que tem expetativas.

Expetativa provem do latim *expectatum* que significa “aguardado” ou “em vista”. O termo expetativa está associado à esperança de conseguir ou de realizar algo e à possibilidade razoável de que algo venha a acontecer. Para que haja expetativas, deve haver algo que as sustente como conhecimento sobre o assunto em questão.

A expetativa é aquilo que se considera mais provável de vir a acontecer.

É a expetativa do cliente em relação à qualidade que vai definir a sua perceção aquando da prestação do serviço. Se a expetativa que o cliente tinha antes da prestação efetiva do serviço foi frustrada, este irá percecionar um baixo nível de qualidade, mas se, pelo contrário, a expectativa inicial for inferior àquela com a qual o cliente se deparou no momento da prestação, este irá percecionar o serviço como de boa qualidade.

Em conclusão, se a expetativa não se cumprir, a pessoa terá uma desilusão, enquanto que se a realidade superar as expetativas, a pessoa sentirá alegria pela surpresa.

O C.D. caracteriza-se pela prestação de um conjunto de serviços que visam a manutenção do idoso no seu meio sociofamiliar.

Neste tipo de serviço o idoso tem acompanhamento durante o dia mas, à noite, regressa à sua habitação. Os idosos que frequentam este serviço recebem o apoio necessário sem terem de se despedir, definitivamente, da sua casa e das suas memórias. O C.D. também pode funcionar como um apoio aos cuidadores informais, que a maior parte das vezes tem uma vida ativa na sociedade e se sentem sobrecarregados.

Segundo dados da Carta Social, em Portugal continental, existem 1997 C.D. com capacidade para 63166 clientes. No concelho de Guimarães, distrito de Braga existem 23 equipamentos com capacidade para 506 clientes, no entanto só estão ocupados 487 lugares.

O S.A.D. é uma resposta social que tem por base um equipamento mas desenvolve-se em casa de cada cliente. Consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados quando o idoso não é capaz de assegurar a satisfação das suas necessidades básicas. A vantagem deste serviço em relação aos outros é que o idoso nunca é retirado da sua casa e do seu meio social, fator muito importante para a maioria dos idosos. De acordo com Jacob (2002) este tipo de apoio fica sete vezes mais barato do que a institucionalização permanente.

A capacidade do S.A.D. em Portugal continental é de 92971 lugares divididos por 2519 organizações. Em Guimarães existem 28 equipamentos que prestam apoio a 656 idosos, no entanto a capacidade total é de 666 lugares.

O centro de convívio funciona a nível local, em equipamento, e tem como objetivo dar apoio a atividades recreativas, culturais e sociais que as pessoas idosas, que frequentam o centro, queiram desenvolver. A Carta Social não facultou números totais, no entanto refere que em Guimarães há 4 equipamentos com capacidade total de 175 pessoas, no entanto encontram-se vagos 42 lugares.

O centro de noite tem por finalidade acolher, durante a noite, pessoas idosas, autónomas mas sem retaguarda familiar. São pessoas que vivem na solidão, em isolamento e por isso necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite. Esta resposta social não está enraizada no nosso país. Em Guimarães não existe nenhum

equipamento deste género. No distrito de Braga existe um centro de noite com capacidade para 12 pessoas, estando a sua capacidade lotada.

O acolhimento familiar para pessoas idosas consiste nos idosos serem acolhidos em casas de famílias consideradas idóneas. Este acolhimento pode ser temporário ou permanente, de acordo com a necessidade do idoso e disponibilidade das famílias. Não existem dados numéricos on-line sobre esta resposta social. Não é do conhecimento publico quantos idosos em Portugal integram esta resposta social nem quantas famílias existem dispostas a acolher estes idosos. Costa (2011, p. 44) afirma que esta iniciativa não ganhou grande representatividade em Portugal devido à dificuldade em encontrar famílias com os predicados necessários.

A residência caracteriza-se por ser um conjunto de habitações independentes com espaços de utilização comum. Este tipo de resposta social destina-se a idosos com um elevado grau de autonomia.

Em Guimarães existem duas organizações que oferecem esta resposta social a 12 clientes, estando estas longe de atingir a sua capacidade total que é de 53 utentes.

O lar de idosos é uma resposta social desenvolvida em equipamento e destina-se ao alojamento coletivo de pessoas idosas que se encontrem em risco devido ao seu grau de dependência e à ausência de retaguarda familiar.

De acordo com Jacob (2002), a institucionalização permanente é o processo mais traumatizante e o menos favorável à vivência da última fase da vida de maneira saudável e ativa, no entanto, é por ordem decrescente a terceira resposta social com mais peso (20%) entre as várias valências, reconhecidas pela Segurança Social.

Perlini, Leite & Furini (2007), citados por Marques et al (2010, p. 103) referem que a intenção da família ao optar pela institucionalização permanente de um idoso, é proporcionar a este condições de cuidado e conforto melhores que aquelas oferecidas pela própria família, no entanto é em casa que o idoso se sente orientado pois o espaço e os objetos trazem-lhe à memória o passado cheio de carga afetiva. A institucionalização permanente pode funcionar no sentido oposto, ao pretendido pela família, e deixar o idoso sem rumo.

Em Portugal continental existem 1972 lares de idosos com uma capacidade 74851 clientes. No concelho de Guimarães existem 18 equipamentos com capacidade para 754 clientes. A capacidade está lotada e o número de clientes já atinge os 761 idosos.

No que respeita aos idosos não existem respostas sociais perfeitas. Todos os serviços referidos apresentam vantagens e desvantagens. Como cada idoso tem as suas características, este e a sua família devem escolher o que mais se adequa a si e às suas necessidades.

De acordo com o Relatório 2010 – Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, as respostas sociais dirigidas a idosos registam uma taxa de crescimento ao nível da capacidade instalada de 68 %.

O S.A.D. é a valência que tem apresentado um desenvolvimento maior (138 % por referência a 1998). Estes dados revelam a importância deste serviço junto da população mais envelhecida. As respostas residência e lar de idosos registam um aumento na ordem dos 35 % enquanto que o C.D. apresenta um crescimento de 45%.

6. Os centros de dia

“O Centro de Dia torna-se útil na medida em que fornece resposta a pessoas que, por motivos de saúde, começaram 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).”

Em Portugal, após o 25 de Abril de 1974, são extintos os denominados asilos e procuram-se soluções para o cuidado ao idoso. Surgem assim várias respostas sociais, entre as quais os primeiros C.D..

Este tipo de resposta foi pensada para os meios urbanos e quando é implementada em meios rurais, grande parte das vezes não atinge as metas propostas para os objetivos (Rodríguez, 2010, p.10).

De acordo com a Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (2009), entre os anos de 1998 e 2009, a resposta social de centro de dia cresceu 44,4%.

Os C.D. surgem para colmatar o espaço que existe entre a resposta social de lar e de serviço de apoio domiciliário (S.A.D.).

O lar retira por completo os idosos da sua habitação, passando estes a ser tratados apenas por cuidadores formais, enquanto o S.A.D. deixa o idoso no domicílio e visita-o para lhe prestar cuidados básicos como a alimentação e a higiene pessoal.

Os C.D. foram a resposta encontrada para prestar mais cuidados que o S.A.D., sem recorrer à institucionalização permanente, mantendo assim o idoso junto da sua família.

Os C.D. conjugam os cuidados formais dos técnicos especializados com os cuidados informais dos familiares.

“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 domiciliário (Sancho, 1999 cit. In Teixeira, 2008, p. 28).”

De acordo com Bonfim (1996) e com o guião para os C.D. da Direcção Geral da Acção Social (1996, p.8) o C.D. pode organizar-se como um serviço autónomo ou um serviço integrado.

Os C.D. que funcionam com um serviço autónomo possuem um espaço próprio e funcionamento independente enquanto que os C.D. com serviço integrado partilham uma estrutura com outras respostas sociais, nomeadamente lar de idosos de entre outras possíveis.

Benet (2003) afirma que muitas vezes a família prefere um C.D. integrado e utiliza-o como forma de inclusão na estrutura residencial.

Arrazola (2003) defende que os C.D. devem ser pensados e organizados de forma a evitar a institucionalização definitiva do utente.

Para além de autónomos ou integrados, os C.D. podem ainda ser diferenciados entre centros de dia mistos e centros de dia especializados psicogeriatricos. O primeiro destina-se a qualquer tipo de idosos que precisem de apoio. O segundo já é mais especializado e dirigido a idosos com alguma demência, nomeadamente alzheimer (Arrazola, 2003, p.27).

Foi na década de oitenta que começaram a surgir as primeiras associações para ajuda a doentes com demência. A Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson surgiu em 1984 enquanto que a Associação Portuguesa de Amigos e Familiares de Doentes de Alzheimer, APFADA, mais conhecida como Alzheimer Portugal iniciou a sua atividade em 1988. A Alzheimer Portugal é a única organização no nosso país, especificamente constituída para promover a qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus familiares e prestadores de cuidados. (Costa, 2011)

Em Portugal, os centros de dia especializados são muito poucos face às reais necessidades. Esta realidade não afeta somente os idosos, mas também os seus familiares que, muitas vezes, têm de deixar as suas ocupações, como o emprego, para cuidarem do idoso com demência.

O guião para os C.D. da Direcção Geral da Acção Social (1996, p.7) indica que os objetivos desta resposta social são: prestar de serviços que satisfaçam necessidades básicas; prestar apoio psico-social; fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Para além do serviço de transporte e alimentação que a maioria, se não a totalidade dos C.D. disponibiliza, estes devem esforçar-se para ter serviços de animação, apoio psico-social, cuidados de higiene, cuidados de imagem e cuidados de saúde.

Segundo Rodríguez (2010, p. 4) a missão dos centros de dia é oferecer durante o dia serviços de estimulação e atenção integral às pessoas idosas em situação de fragilidade psicossocial ou dependência, assim como oferecer apoio e orientação às famílias desses idosos. O propósito é aumentar o bem-estar do idoso e permitir que este continue a viver em contexto familiar.

Ferreiro (2003, p.5), in Centros de Dia – Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y com deterioro cognitivo, afirma que os C.D. são um equipamento de grande importância uma vez que potenciam a autonomia do idoso, mantem o idoso no domicílio e apoiam os cuidadores informais.

Os equipamentos para idosos devem-se caracterizar pela flexibilidade uma vez que os seus utilizadores podem ter características e necessidades diferentes. Tendo em conta essas mesmas características, a instituição deve esforçar-se por prestar o maior número de cuidados individualizados. A primeira etapa para oferecer um bom serviço a cada utente, é conhecer melhor esse mesmo utente, fazendo a sua avaliação em todos os domínios possíveis uma vez que estes se influenciam uns aos outros.

Existem vários perfis de utilizadores traçados, que podem conviver no mesmo centro, desde que sejam criadas condições para tal. Bermejo (2009) citada em Rodríguez (2010, p.6) enumera quatro perfis de pessoas utilizadoras de C.D..

No grupo A, estão os idosos em situação de dependência física mas em bom estado cognitivo e com total autonomia para tomar decisões.

O grupo B, integra os idosos em situação de fragilidade ou leve dependência. Estes idosos necessitam de um ligeiro apoio na realização das A.B.V.D. e apesar de manterem um desempenho cognitivo aceitável necessitam de algum apoio na tomada de decisões.

O grupo C, é composto por idosos com um elevado défice cognitivo. Estes idosos podem estar bem fisicamente ou apresentar limitações. Cognitivamente apresentam um défice moderado a muito grave. Necessitam de acompanhamento e supervisão na realização das suas tarefas diárias devido ao seu estado mental.

No grupo D, encontram-se pessoas adultas com patologia mental ou em processo de envelhecimento precoce. Tal como no grupo C estas pessoas podem estar bem fisicamente ou apresentar limitações. Necessitam de acompanhamento e supervisão na realização das suas tarefas diárias, variando este acompanhamento na medida do seu grau de dependência. Este grupo está a aumentar. As pessoas estão a ser integradas em

C.D. destinados a idosos pois não há, na prática, respostas sociais que acolham e apoiem estas pessoas assim como as suas famílias.

Nos grandes centros urbanos como a procura dos C.D. é grande, estes podem-se especializar na prestação de serviços a um dos grupos atrás referidos. Em meios mais pequenos, onde há menos instituições, a mesma instituição recebe pessoas pertencentes aos vários grupos. A nível legal não existe nenhum impedimento, no entanto, o serviço prestado não será tão especializado pois tem de dar resposta a pessoas com características muito diferentes em termos físicos/ cognitivos.

Todos os equipamentos de apoio social, nomeadamente os C.D., saem beneficiados quando o trabalho é feito em equipa. É neste sentido que surgem as equipas multidisciplinares.

A qualidade dos serviços num C.D. depende, essencialmente, dos recursos humanos que lhe estão afetos.

A equipa multidisciplinar é composta por profissionais de diversas áreas que trabalham com um objetivo comum: o bem estar do idoso. O olhar sobre vários ângulos permite avaliar melhor as necessidades do idoso e dos seus familiares, ter intervenções precoces, preservando a autonomia e retardando as consequências do envelhecimento. As equipas multidisciplinares podem ser constituídas por ajudantes de ação direta, médico(a), enfermeiro(a), fisioterapeuta, animador(a) sociocultural, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, gerontólogo(a), assistente social, psicólogo(a), de entre outros.

Em C.D. para pessoas com um grau elevado de dependência o rácio funcionário/utente é maior, para permitir um acompanhamento mais próximo e assim, diminuir a sobrecarga dos prestadores de cuidados.

O conceito de qualidade surge, numa fase inicial, relacionado com bens materiais.

Este conceito torna-se mais difícil de definir quando está associado a um serviço. Nos serviços, o que é avaliado é não só o resultado final em si, mas sim todo o processo que envolve o resultado final. No caso de prestação de serviços em C.D. contribuirá para uma boa avaliação: as instalações, as acessibilidades, a qualidade dos transportes, o profissionalismo na prestação dos cuidados, a aparência e simpatia dos colaboradores, entre outros aspetos.

Ao avaliar a qualidade o cliente é influenciado por alguns fatores que vão condicionar a sua opinião. O cliente tem uma ideia pré-definida daquilo que será a qualidade do serviço, baseado na *Expetativa* que tem em relação ao mesmo.

De acordo com o Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de Junho, “qualidade é o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade.”

7. A animação como necessidade

A institucionalização surge para colmatar a ausência e carência das redes de apoio informal. Nesta perspetiva assistimos a um gradual aumento de instituições que prestam apoio aos idosos.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2011, p.1113) necessidade é algo de que se precisa mesmo; carácter do que é indispensável ou imprescindível.

Para o filósofo Aristóteles, necessidade é algo que tem de ser assim e não pode ser de outra maneira. Para ele, necessidade é algo imprescindível à vida; condição de alcançar o bem e evitar o mal; e o que é imposto ao Homem sem a sua vontade (Infopédia, 2003-2012).

De acordo com *Maslow* e a teoria das necessidades humanas, o Homem tem diferentes tipos de necessidades, podendo estas serem organizadas graficamente, em pirâmide para uma mais fácil compreensão. Na base da pirâmide estão as necessidades elementares/ primárias à sobrevivência do Homem enquanto que, caminhando para o topo vão-se encontrando necessidades secundárias.

As necessidades primárias, como a própria designação indica, referem-se a necessidades básicas. Dentro das necessidades primárias, *Maslow* ainda subdivide em necessidades fisiológicas e necessidades de segurança. A alimentação, a higiene, a habitação, os cuidados de saúde fazem parte das necessidades fisiológicas. A segurança é outra das necessidades primárias. Só após a satisfação destas necessidades é que o Homem pensa em satisfazer as necessidades do nível secundário.

As necessidades sociais, de estima e de auto-realização pertencem ao nível secundário. O Homem tem necessidade de se relacionar com outros, pertencer a grupos, ter amizades, acreditar em si e sentir-se realizado.

Estas necessidades estão patentes no Homem adulto mas também no Homem idoso.

De acordo com a pirâmide das necessidades de *Maslow*, as instituições de apoio aos idosos satisfazem, em primeiro lugar, as necessidades primárias dos seus clientes mas, cada vez com maior frequência, preocupam-se com as necessidades secundárias.



Ilustração 1: Pirâmide de Maslow

Neste âmbito, as instituições apostam, cada vez mais, nas atividades socioculturais como forma de dar qualidade de vida e satisfazer o maior número de necessidades dos seus clientes. Estas tomaram consciência de quão importante é a animação e de como esta pode contribuir para a qualidade de vida do cliente, quando, devidamente, inserida no projeto de vida da instituição. Assim sendo, a animação sociocultural direcionada para seniores, mais do que lutar contra a monotonia, que por vezes se impõe na instituição pretende criar dinamismo no “coração” da organização, melhorando assim a qualidade de vida dos clientes e facilitando a adaptação a uma vida social e comunitária imposta pelo facto de se estar institucionalizado.

Em instituição, a animação deve funcionar como um facilitador para que o cliente tenha acesso a uma vida mais ativa e autónoma, sendo um estímulo para a sua vida mental, física e afetiva.

“A Animação sociocultural é um conjunto de práticas sociais que tem como finalidade estimular a iniciativa, bem como a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento e na dinâmica global da vida sócio-política em que estão integrado. (UNESCO, 2009).”

Jacob (2007) afirma que a animação deve pedir a participação dos seniores e torná-los mais ativos e participativos fazendo com que “eles se sintam mais úteis e pessoas de pleno direito.”

Em termos gerais, a animação sociocultural tem como objetivos fomentar a inserção do cliente, na Instituição; proporcionar momentos de descontração e lazer ao cliente; estimular a melhoria da autoimagem e autoestima do cliente; melhorar as

relações sociais, impedindo o isolamento; envolver as famílias nas atividades desenvolvidas, fomentando a sua participação.

Antes e durante a implementação de um projeto de animação deve-se proceder à motivação do grupo. Sem motivação é impossível seguir com o projeto em frente, sem motivação não se consegue fazer nada.

Jacob (2007) define os seguintes princípios para a motivação de grupos:

“- O ser humano é motivado quando tem a possibilidade de realizar as suas próprias ideias.

- O ser humano é motivado sempre que seu comportamento é avaliado por apreciações (positivas ou negativas) merecidas.

- Para que um indivíduo se motive de forma durável, ele tem que ser estimulado diversas vezes.

- Uma apreciação negativa do indivíduo ou de um comportamento que ele não pode ou não sabe como modificar faz com que ele perca a motivação.

- A maior fonte de motivação para o ser humano é o conseguir atingir, com esforço, um objectivo que ele se fixou a si próprio.”

O Dicionário da Língua Portuguesa (2011, p.1094) define motivação como o “ato de motivar; ato de despertar o interesse para algo; conjunto de fatores que determinam a conduta de alguém; processo que desencadeia uma atividade consciente”.

Queiroz (2008) define motivação como uma energia psicológica que estimula o Homem para realizar uma determinada ação, é aquilo que liga o ato aos motivos que o impulsionam. A motivação processa-se no interior de cada um, é um impulso ou uma tendência diretiva que se processa no interior do organismo. As motivações variam desde os impulsos ou necessidades fisiológicas, que não são aprendidas, até aos sistemas de ideias altamente organizados.

A Infopédia (2003- 2012) define motivação como uma espécie de força interna que regula e sustenta, todas as importantes ações humanas dirigidas para a concretização de um fim ou objetivo. Todos temos objetivos e podemos atingi-los de diferentes formas. Há uma orientação de condutas para atingir uma meta, com vista à satisfação de uma necessidade.

O comportamento motivado ou ciclo motivacional é constituído por cinco elementos: a necessidade; o impulso; a resposta; o objetivo; e o alívio.

Pelo facto de existirem inúmeros motivos, e de eles interferirem reciprocamente uns sobre os outros, torna difícil a tarefa de definir e de classificar, de uma forma exata,

as diferentes motivações. Contudo, de um modo geral, as classificações existentes apontam uma diferenciação entre motivações inatas (primárias, fisiológicas, intrínsecas ou individuais) e motivações adquiridas (secundárias, psicológicas, extrínsecas ou sociais). Na prática, é difícil discriminar numa conduta, onde acaba o inato e começa o adquirido ou, ainda, o que é de natureza individual ou um reflexo social.

É natural que num plano de atividades nem todas as atividades agradem à totalidade do grupo. Por vezes, o idoso mostra-se desanimado e contrariado na participação de atividades de determinados géneros. Neste sentido, o idoso não deve ser pressionado a participar em tudo mas deve ter espaço para escolher, optar por aquilo que lhe agrada mais ou que lhe é mais conveniente naquele momento, criando espaços e meios que estimulem o poder de decisão.

As atividades físicas, desportivas e de ar livre favorecem, fundamentalmente, a continuidade da destreza física e corporal, permitindo manter um estado de maior equilíbrio ao nível psicomotor.

As atividades artísticas pretendem proporcionar a expressão e a criatividade do sénior, de forma a que este expresse o mundo das suas ideias e valores, para além de demonstrar a sua forma de ver e interpretar as coisas.

As atividades práticas ou do quotidiano (cuidar de um animal ou de uma planta) ajudam os clientes a sentirem-se válidos e pode ser uma ótima terapia e uma excelente forma de se sentirem vivos e úteis.

A atividade “passar o saber” é o exemplo de uma atividade intelectual/ cultural. Pretende valorizar o saber, as vivências e recordações de cada um. É objetivo que o idoso consiga partilhar com o técnico a sua história de vida, bem como partilhar a sua experiência e saberes tradicionais com o resto do grupo.

Atividades a nível social têm como objetivo levar a uma mobilização e participação coletiva das pessoas para que dediquem o seu tempo a outros, ou seja, a todo o grupo. Este tipo de atividade visa ser uma forma de integração no grupo, mas também uma forma do utente afirmar a sua identidade.

Ao nível cultural podemos referir atividades como cinema, teatro, exposições, de entre outros. Todos os seres humanos tem o direito a desfrutar de bens culturais. Deve-se facilitar aos idosos a possibilidade de conhecer, apreciar e compreender o património

histórico-cultural, nomeadamente com visitas a museus, monumentos e a participação em atividades como teatro e cinema...

Respeitando as diferenças a nível religioso, devem-se criar condições para que cada sénior possa viver as suas crenças da forma que achar mais adequada.

PARTE 2 – ESTUDO METODOLÓGICO

CAPITULO 2 – CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO

“Naturalmente que para haver investigação é necessário antes de mais, um problema que mereça e possa ser investigado (Salgueiro, 1994, cit In Marques, 2007, p. 52).”

A metodologia é entendida como a forma de organização de um trabalho em função dos objetivos a atingir. Para chegar à investigação do problema é necessário que se faça a observação da realidade, que se dê importância a investigações anteriores bem como teorias existentes, para podermos ver se se adaptam a determinado (s) fenómeno(s) pois a investigação é uma pesquisa baseada em conhecimentos científicos com objetivo de abordar a realidade.

O resultado dos trabalhos de investigação está diretamente ligado com as metodologias adotadas pelo investigador. As metodologias bem aplicadas são a base da produção de novo conhecimento.

1. Justificação do estudo

“As características demográficas da população revelam que se agravou o envelhecimento da população na última década. Em 2011, Portugal tem cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade (INE, 2011, p.5).”

Face a uma população envelhecida, há a necessidade de encontrar formas de apoio válidas.

De acordo com a Carta Social e o Despacho do Secretário de Estado da Segurança Social de 19/01/2006, existem sete tipologias de respostas sociais de apoio à pessoa idosa, sendo elas: centro de dia (C.D.), serviço de apoio domiciliário (S.A.D), centro de convívio, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, residência e lar de idosos.

Devem ser valorizadas as respostas sociais que mantem o idoso no domicilio. O C.D. é um exemplo.

Para além dos C.D. serem uma resposta bastante mais económica em relação à resposta social de Lar de idosos é importante demonstrar à população em geral as vantagens do idoso não ser retirado abruptamente do seio da sua família/ domicilio. O regresso a casa, todos os dias, dá ao idoso o sentimento de pertença e contribui para o seu bem-estar. Vários autores defendem a permanência do idoso em casa, junto dos seus familiares ou com o apoio destes.

Não existem muitos estudos que abordem esta resposta social. Conrad (1993) desenvolveu um estudo nos Estados Unidos. Em 2007, Martin et al. afirma que apesar do crescimento dos C.D., a importância desta resposta social permanece por avaliar. Em Portugal, no ano de 2008, Teixeira abordou o tema dos Centros de dia fazendo uma comparação entre o rural e o urbano. Já em 2011, Silva aborda a qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos C.D..

2. Pergunta de partida / Objetivos/ Hipóteses

Numa época em que a população se encontra tão envelhecida e a necessitar de apoio consideramos pertinente a questão:

“Em que medida, os C.D. constituem uma resposta adequada às necessidades e motivações dos idosos, na atualidade?”

Na sequência da pergunta de partida elaboramos o seguinte objetivo geral:

- Analisar o Centro de Dia em termos de qualidade de serviços.

Como objetivos específicos consideramos importante:

- Identificar as principais expectativas e motivações dos idosos em relação ao C.D.;

- Verificar se o idoso necessita de outro tipo de cuidados para além dos disponíveis nos C.D.;

- Avaliar a satisfação dos idosos relativamente aos C.D. em geral.

Hipóteses:

- Os C.D. respondem, adequadamente, às expetativas dos idosos mas não respondem à totalidade das suas necessidades.
- Os C.D. respondem, adequadamente, às necessidades dos idosos mas não respondem às suas expetativas.
- Os C.D. respondem, parcialmente, às necessidades e expetativas dos idosos.
- Os C.D. respondem, na totalidade, às necessidades e expetativas dos idosos.

3. Tipo de estudo

Segundo Silva & Menezes (2001), o estudo em questão, quanto à sua natureza enquadra-se numa investigação aplicada pois tem uma aplicação prática e envolve verdades e conhecimentos locais.

De acordo com o método geral de abordagem dos problemas, as investigações podem ser qualificadas em quantitativas, qualitativas e mistas ou combinadas.

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo misto ou combinado pois possui características dos dois primeiros. Trabalhar-se-á com dados estruturados e com recurso à quantificação de dados mas ao mesmo tempo existe um protocolo aberto de pesquisa e o recurso à perceção da qualidade resultando numa análise aprofundada do fenómeno.

Gil (1991), citado por Silva & Menezes (2001), classifica, de acordo com os objetivos primários, os estudos em exploratórios, descritivos e explicativos.

Este estudo dedica-se à identificação de causas, tratando de as explicar, assim sendo é um estudo explicativo.

Tendo em consideração o protocolo de investigação social (Vieytes, 2004) é essencial uma construção lógica e completa do nosso objeto / estudo.

Assim pretendemos compreender qual a importância do C.D. na vida dos idosos e se esta resposta social está a ter o máximo de rendimento em termos de qualidade de serviços prestados aos idosos.

4. Recolha de dados / Instrumentos de investigação

Para este estudo consideramos que o melhor método de recolha de dados seria os questionários para os seniores e a entrevista semiestruturada para os D.T..

4.1. Questionário do utente

Aos seniores, inicialmente, foi aplicado o Mini- mental. Este é um dos testes mais aplicado em todo o mundo, pois permite uma avaliação rápida da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Apenas os seniores que não apresentaram defeito cognitivo (de acordo com a escala do Mini- mental) prosseguiram no estudo e pertencem, efetivamente, à amostra.

Posteriormente, foi aplicado o “Questionário do utente” que faz parte do protocolo de avaliação dos CD, elaborado pela primeira vez em 1984 mas que tem sido objeto de várias atualizações com o decorrer do tempo.

Este protocolo é composto por quatro instrumentos de avaliação, aplicados aos diferentes intervenientes dos CD. São eles: o “Questionário do administrador”, o “Questionário do colaborador”, o “Questionário do cuidador informal” e o “Questionário do utente”.

Este último foi utilizado na nossa investigação e permite avaliar a satisfação do utente face aos serviços e programas que o CD disponibiliza.

Uma vez que a versão portuguesa dos questionários já tinha sido validada por Teixeira (2008), estes não foram alvo de nenhum teste.

Antes de decorrerem as entrevistas/questionários foram efetuados os devidos esclarecimentos sobre o estudo e a importância da colaboração dos entrevistados.

O questionário que apresentamos foi preenchido pelo inquiridor, pois uma parte significativa da nossa amostra é analfabeta. A este método chama-se “administração indireta” pois é preenchido pelo inquiridor a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido. Julgamos que este método foi o mais indicado para a recolha dos dados, uma vez que Quivy e Campenhoudt (1992, p.190) referem que a “administração direta” é um “processo que merece pouca confiança e só excepcionalmente é utilizado na

investigação social, dado que as perguntas são muitas vezes mal interpretadas e que o numero de respostas é geralmente demasiado fraco”.

A estrutura do questionário apresenta-se de seguida.

Tabela 1: Estrutura do "Questionário do Utente"

Tipos de grupos	Caraterização dos grupos	Exemplo
Escalas:		
Escala do Ambiente Social	Constituída por 5 subescalas: 1. Comunicação; 2. Cuidados prestados pelos colaboradores; 3. Interação utente/ funcionários; 4. Colaboradores; 5. Ambiente moral.	
Escala de Serviços e Atividades	Subdividida em 4 subescalas: 1. Serviços de saúde; 2. Serviços de reabilitação; 3. Serviços de animação; 4. Serviços de aconselhamento.	As subescalas, de Ambiente social, por exemplo, são constituídas por cinco questões tipo <i>Likert</i> .
Escala de Satisfação Global	Constituída por uma subescala de utentes composta por 6 itens em que os itens 2 e 6 são invertidos.	As opções de resposta são apresentadas do seguinte modo:
Escala ABVD	Avaliar a capacidade funcional para a realização destas atividades.	1- Discordo muito 2- Discordo 3- Concordo 4- Concordo Muito
Escala de Transporte	Analisa o modo de deslocação do utilizador do Centro de Dia.	
Escala de Ambiente/ Estrutura	Constituída pelos itens: - Áreas com janelas; - Luz; - Local agradável, pretendendo avaliar a agradabilidade do ambiente.	
Perguntas abertas	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?

4.2. Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada tem como característica o contato direto entre o investigador e os seus entrevistados, fator importante numa investigação de carácter humano. Existe um guião previamente preparado que serve como ponto orientador de toda a entrevista, no entanto este tem a vantagem de se adaptar ao entrevistado, não exigindo uma ordem rígida das questões.

As entrevistas foram gravadas em áudio, após a autorização dos entrevistados. Numa fase posterior as mesmas entrevistas foram transcritas e tratadas através da análise de conteúdo. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1992), a análise de conteúdo é uma técnica que tem vindo a adquirir uma importância crescente na investigação social, na medida em que permite tratar de forma metódica testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade.

- Guião da entrevista aos D.T.

- Formação D.T.
- Respostas sociais que compõem a instituição/ capacidade de cada resposta social
- Equipa multidisciplinar composta por quem
- Serviços disponibilizados no C.D. (alimentação, higiene, transporte, animação, médico, enfermagem, fisioterapia, cabeleireiro, manicura...)
- Motivações dos idosos para frequentarem um C.D.
- Assiduidade dos idosos
- Taxa de desistência
- Motivos que levam os idosos a saírem do C.D.
- Postura dos familiares dos idosos

A amostra é constituída por dois grupos: profissionais (diretores técnicos) e idosos.

O critério relativo aos D.T. é estar afeto aos C.D. selecionados.

Os critérios de seleção relativos aos idosos são: estar integrado num C.D.; idade ≥ 65 anos; não ter défice cognitivo associado.

A amostra é não probabilística, uma vez que nem todos têm a possibilidade de participar como inquiridos. O investigador foca o seu interesse em determinadas pessoas que possuem determinadas características.

Tabela 2: Caraterização socio demográfica da amostra

		N	(%)
Género	Masculino	13	25,49%
	Feminino	38	74,51%
Total		51	100,00%

	Total	Género	
		Masculino	Feminino
		x (DP)	x (DP)
Idade	79,24 (6,464)	77,92 (7,029)	79,68 (6,295)
Frequência escolar (anos)	1,94 (1,848)	2,15 (1,573)	1,87 (1,948)
Tempo frequência C.D. (meses)	21,51 (22,189)	16,23 (13,039)	23,32 (24,434)
Frequência semanal (dias)	5,02 (0,140)	5 (0)	5,03 (0,162)

	Total	Género	
		Masculino	Feminino
		N (%)	N (%)*
Escolaridade			
Não frequentou	20 (39,2%)	4 (30,8%)	16 (42,1%)

O Centro de Dia como mais valia para o idoso de hoje

Sabe ler/ escrever	19 (37,3%)	6 (46,2%)	13 (34,2%)
1.º Ciclo	9 (17,6%)	3 (23,1%)	6 (15,8%)
2.º Ciclo	3 (5,9%)	0 (0%)	3 (7,9%)
Estado Civil			
Solteiro (a)	8 (15,7%)	3 (23,1%)	5 (13,2%)
Casado (a)	6 (11,8%)	4 (30,8%)	2 (5,3%)
Viúvo (a)	37 (72,5%)	6 (46,2%)	31 (81,6%)
Com quem vive			
Com membros da família	24 (47,1%)	6 (46,2%)	18 (47,4%)
Com um amigo	2 (3,9%)	0 (0%)	2 (5,3%)
Sozinho (a)	25 (49%)	7 (53,8%)	18 (47,4%)

* Total sobre o género.

A amostra é constituída por 51 indivíduos (N =51), sendo 25,49% do género masculino e 74,51% do género feminino.

Pode-se dizer que a média de idades de idosos sem défice cognitivo associado - amostra é elevada (\bar{x} =79,24; DP=6,464). A média de idades do género feminino (\bar{x} =79,68; DP=6,295) é mais elevada que a do género masculino (\bar{x} =77,92 ; DP=7,029).

Nos C.D. visitados, o tempo de frequência (em meses) dos clientes é bastante heterogéneo (\bar{x} =21,51; DP= 22,189). De uma forma generalista, o género feminino frequenta por mais tempo (\bar{x} = 23,32; DP= 24,434) os C.D. em comparação com o género masculino (\bar{x} = 16,23; DP= 13,039).

Os clientes dos C.D. são assíduos e frequentam o centro todos os dias (5) que está aberto e com todos os serviços em funcionamento.

Relativamente à escolaridade, temos um número elevado de clientes que nunca foi à escola (N= 20; 39,2%). Alguns frequentaram a escola mas só até aprender ler/escrever (N= 19; 37,3%), não chegando a completar nenhum ciclo. O 1.º ciclo foi terminado por 9 elementos (17,6%), enquanto que o 2.º ciclo só foi concluído por 3 indivíduos (5,9%).

A maior parte dos utilizadores de C.D. são viúvos (N= 37; 72,5%). Os solteiros representam 15,7% (N= 8) da amostra e os casados correspondem a 11,8% (N=6).

Os utilizadores dos C.D. vivem maioritariamente acompanhados, quer por familiares (N=24; 47,1%) quer por amigos (N= 2; 3,9%). Os restantes 49% (N= 25) vivem só.

Em conclusão, a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres. O estado civil predominante é a viuvez. O analfabetismo e a baixa escolaridade são uma característica de toda a amostra.

Tabela 3: O que procura no centro?

	N (%)
Alimentação	4 (7.84%)
Apoio	37 (72.55%)
Carinho	4 (7.84%)
Companhia	34 (66.67%)
Outros	4 (7.84%)

Nesta questão aberta, os inquiridos podiam referir até três razões para frequentar os C.D.. Alimentação, apoio, carinho e companhia foram as mais referidas pelos inquiridos.

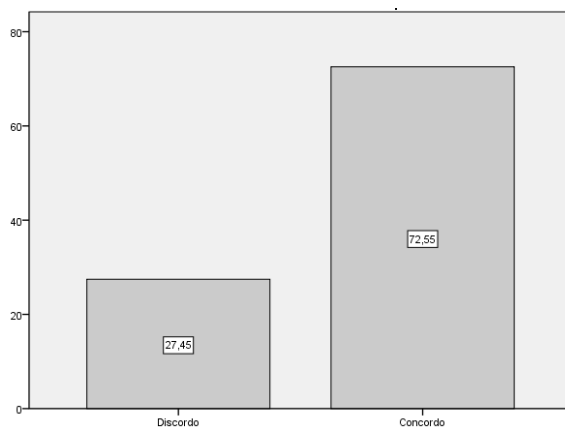
2. Escala Ambiente Social

Neste item vão ser apresentados os resultados da opinião dos inquiridos sobre o “ambiente social” vivido no C.D. que frequentam.

Numa primeira fase iremos apresentar os dados em gráficos, questão a questão. No final encontraremos uma tabela com todos os dados sintetizados, seguidos de algumas observações.

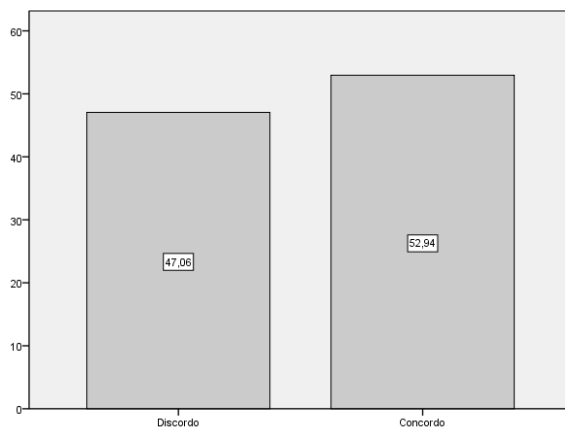
2.1. Subescala “Comunicação”

Gráfico 1: Os utentes falam acerca dos seus diversos problemas



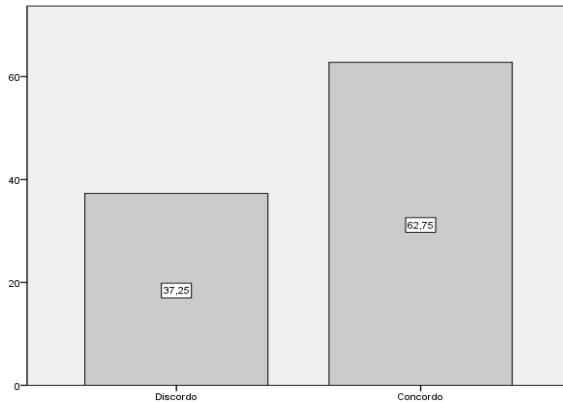
Neste gráfico podemos observar que a maioria dos inquiridos – 72,55% - concordam com “os utentes falam acerca dos seus diversos problemas.” Os restantes 27,45% discordam com a afirmação.

Gráfico 2: Os utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais



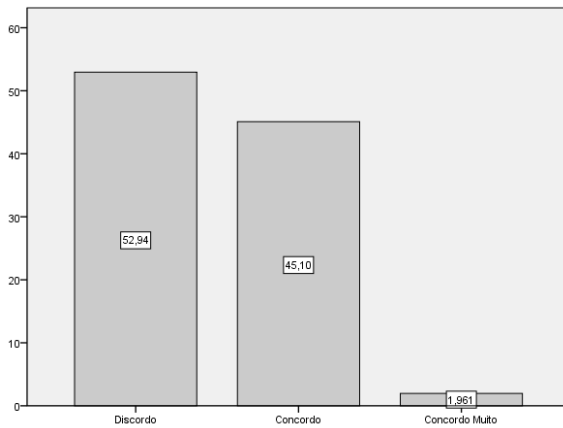
A opinião sobre “os utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais” encontra-se bastante dividida. Assim, 47,06% discordam da afirmação enquanto que 52,94% concordam com a afirmação.

Gráfico 3: Os utentes às vezes conversam acerca da doença e morte



37,25% dos inquiridos discordam da afirmação “os utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte” enquanto que a maioria – 62,75% concordam com a afirmação.

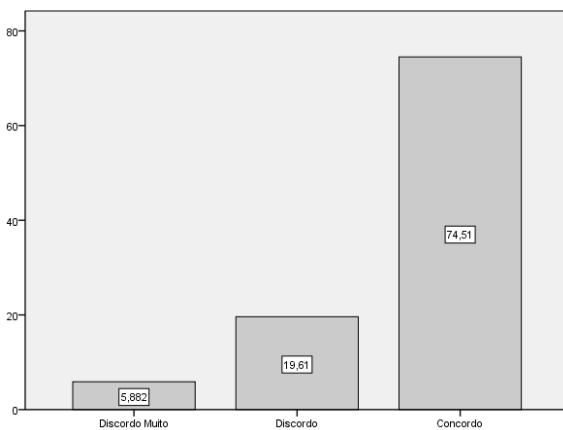
Gráfico 4: Os utentes falam muito acerca dos seus medos



No presente gráfico podemos observar que as respostas estão divididas por três opções. 52,94% discordam que “os utentes falam muito acerca dos seus medos”, 45,10% concordam e 1,96% concordam muito com a afirmação.

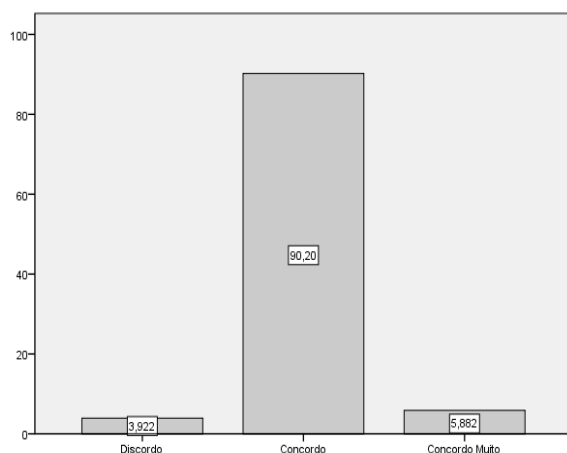
2.2. Subescala “Cuidados prestados pelos colaboradores”

Gráfico 5: As informações acerca do centro são difundidas por todos



No presente gráfico podemos observar que as respostas estão divididas por três opções. 5,88% discordam muito que “as informações acerca do centro são difundidas por todos”, 19,61% discordam e 74,51% concordam com a afirmação.

Gráfico 6: Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.



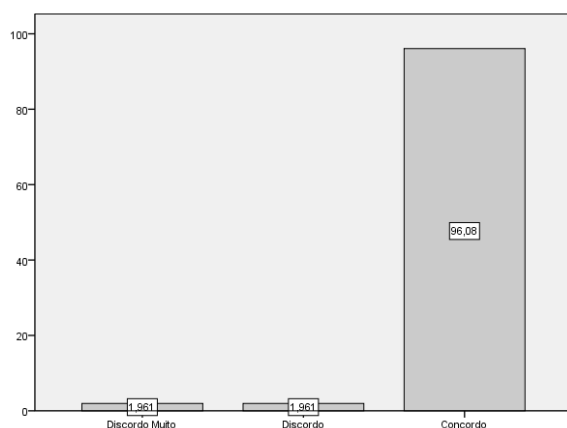
Este gráfico mostra-nos que a maioria dos inquiridos concorda (90,20%) ou concorda muito (5,88%) com a afirmação “quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato”. Uma parte reduzida dos inquiridos – 3,92% - discordam da afirmação.

Gráfico 7: Os utentes recebem muita atenção individual



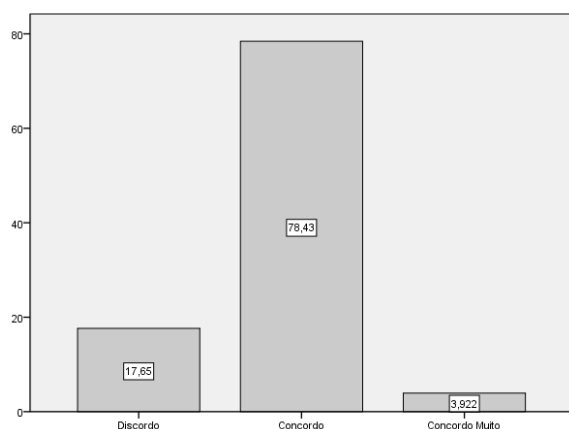
88,24% dos inquiridos consideram que recebem muita atenção individual. 11,76% discordam.

Gráfico 8: As atividades para os utentes são cuidadosamente planeadas



Grande maioria – 96,08% - considera que as atividades para os utentes são cuidadosamente planeadas. 1,96% discordam que as atividades sejam cuidadosamente planeadas e outros 1,96% discordam muito.

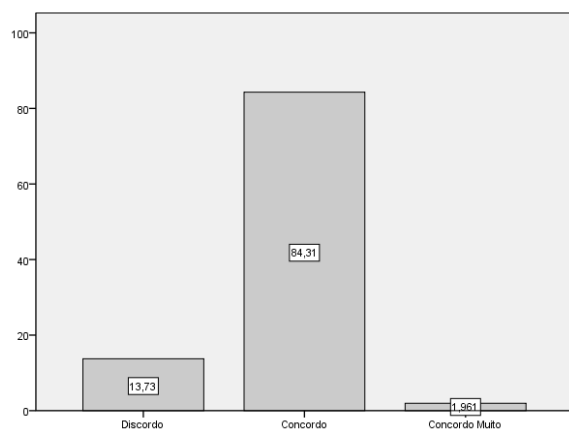
Gráfico 9: Os funcionários passam muito tempo com os utentes



No presente gráfico podemos observar que as respostas estão divididas por três opções. 17,65% discordam que “os funcionários passam muito tempo com os utentes”, 78,43% concordam e 3,92% concordam muito com a afirmação.

2.3. Subescala “Interação utentes/ funcionários”

Gráfico 10: Os utentes recebem muita atenção individual



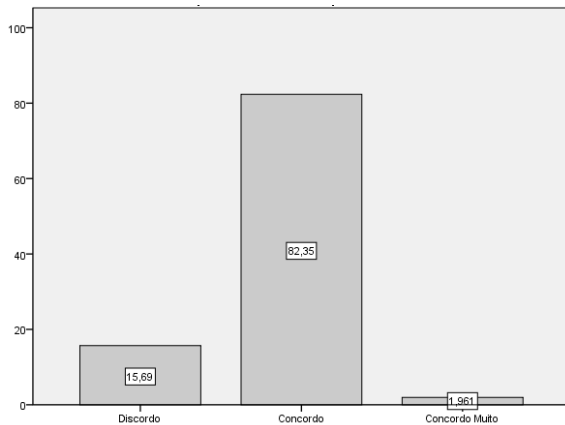
84,31% dos inquiridos concordam que “os utentes recebem muita atenção individual” e 1,96% concordam muito. Em sentido oposto encontram-se 13,73% dos inquiridos que responderam “Discordo”.

Gráfico 11: Os utentes sabem sempre quando os funcionários estão por perto



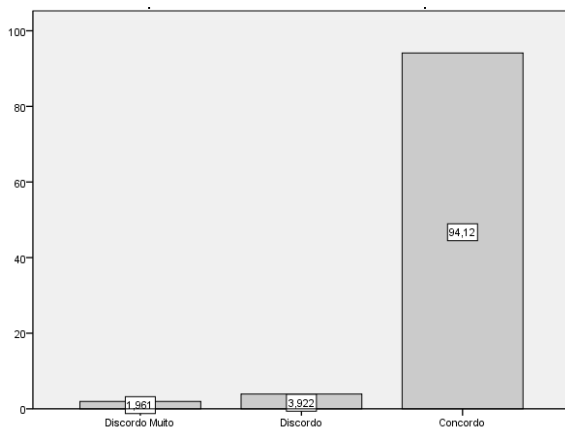
Grande maioria dos inquiridos – 92,16% - concorda com a afirmação “os utentes sabem sempre quando os funcionários estão por perto”. 1,96% concorda muito. Já 5,88% discordam da afirmação.

Gráfico 12: Os funcionários passam muito tempo com os utentes



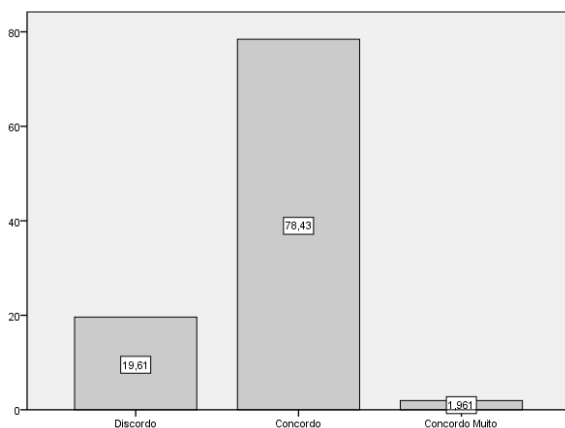
Neste gráfico podemos observar que 82,35% - concordam com “os funcionários passam muito tempo com os utentes.” 15,69% discordam e 1,96% concordam muito.

Gráfico 13: As atividades para os utentes são cuidadosamente planeadas



O presente gráfico demonstra que a maioria dos inquiridos – 94,12% - concorda que as atividades para os utentes são cuidadosamente planeadas. Uma pequena parte – 3,92% discorda da afirmação e 1,96% discorda muito.

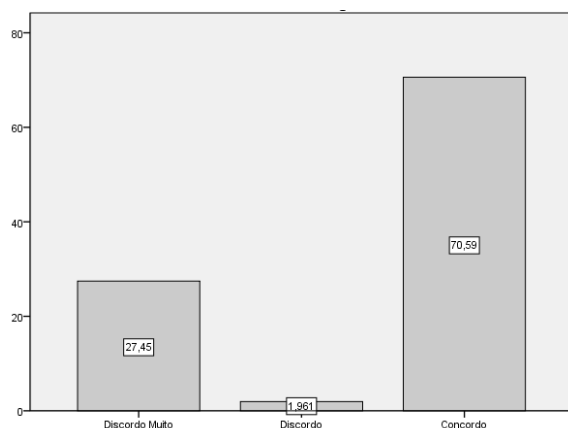
Gráfico 14: Os colaboradores passam muito tempo com os utentes



No presente gráfico podemos observar que as respostas estão divididas por três opções. 19,61% dos inquiridos discordam que “os colaboradores passam muito tempo com os utentes”, 78,43% concordam e 1,96% concordam muito com a afirmação.

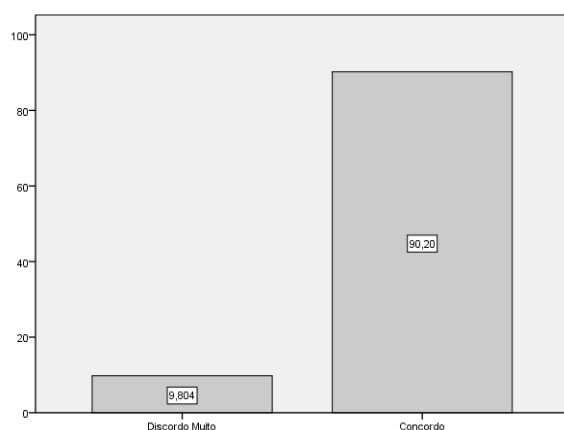
2.4. Subescala “Colaboradores”

Gráfico 15: Muitas vezes os colaboradores fazem sugestões uns aos outros



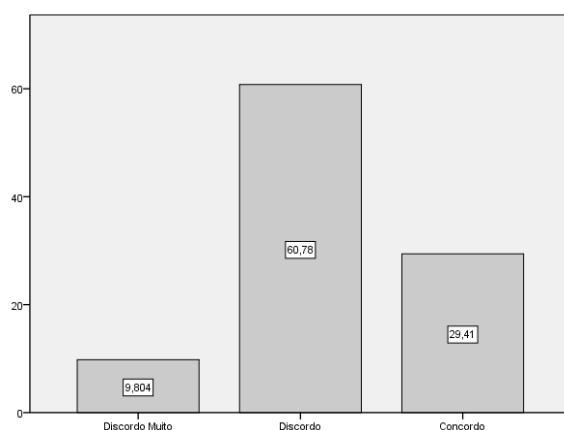
Neste gráfico podemos observar que 82,35% - concordam com “os funcionários passam muito tempo com os utentes.” 15,69% discordam e 1,96% concordam muito.

Gráfico 16: Os colaboradores trabalham como uma equipa



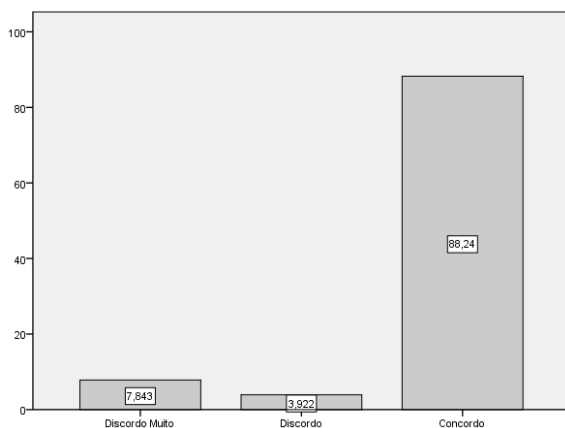
Grande parte dos inquiridos - 90,20% concorda que “os colaboradores trabalham como uma equipa”. A minoria – 9,80% discorda muito da afirmação.

Gráfico 17: Os colaboradores têm dificuldades em dar-se bem uns com os outros



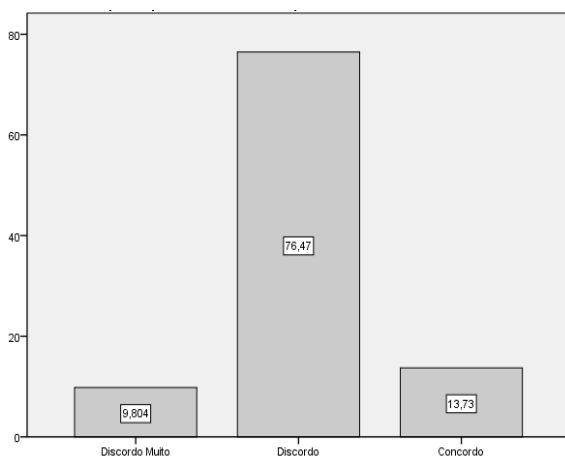
A propósito da afirmação “ os colaboradores tem dificuldades em dar-se bem uns com os outros” as opiniões dos inquiridos dividem-se em “Discordo muito” (9,80%), “Discordo” (60,78%) e “Concordo” (29,41).

Gráfico 18: Os colaboradores trabalham bem juntos



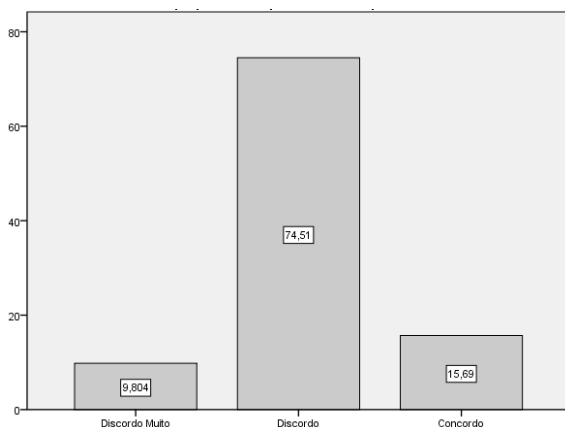
Grande parte dos inquiridos - 88,24% concorda que “os colaboradores trabalham bem juntos”. A minoria – 3,92% discorda e 7,84% discorda muito da afirmação.

Gráfico 19: Aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias



No presente gráfico podemos observar que as respostas estão divididas por três opções. 13,73% dos inquiridos concordam que “aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias”. Com opinião oposta encontram-se 86,27% dos inquiridos, dos quais 76,47% responderam “discordo” e 9,80% “discordo muito”.

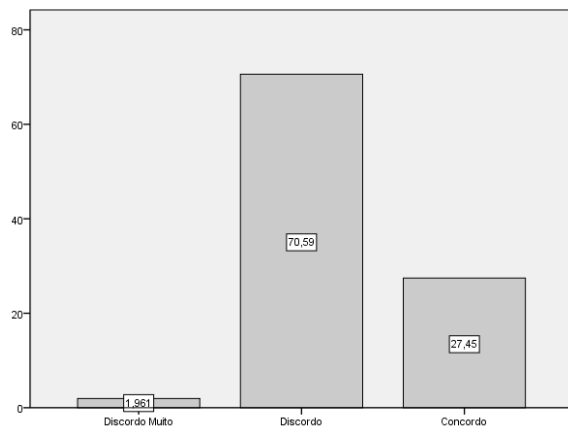
Gráfico 20: As coisas aqui parecem que estão sempre a mudar



O resultado desta questão foi muito semelhante ao da questão anterior. 15,69% dos inquiridos concordam que “as coisas aqui parecem que estão sempre a mudar”. Com opinião oposta encontram-se 84,31% dos inquiridos, dos quais 74,51% responderam “discordo” e 9,80% “discordo muito”.

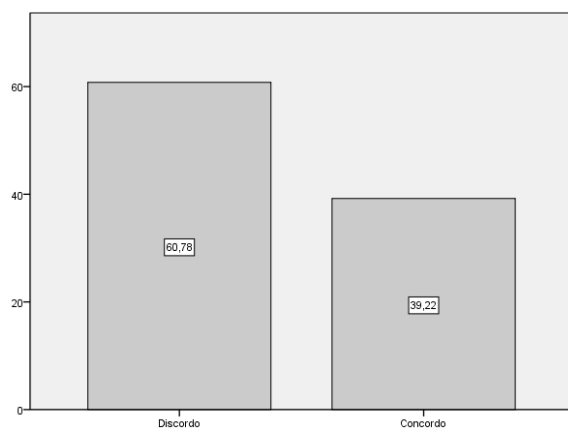
2.5. Subescala “Ambiente moral geral”

Gráfico 21: Os utentes queixam-se muito



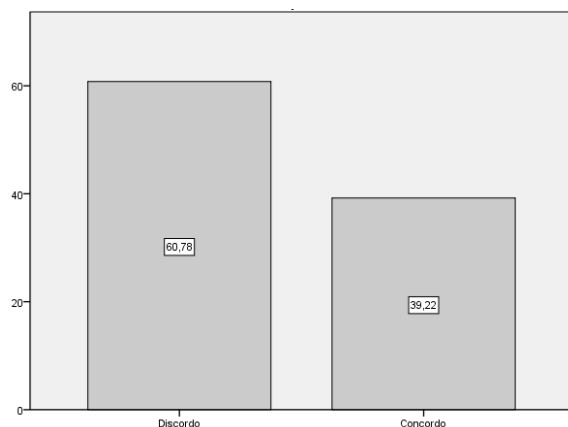
A propósito da afirmação “ os utentes queixam-se muito” as opiniões dos inquiridos dividem-se em “Discordo muito” (1,96%), “Discordo” (70,59%) e “Concordo” (27,45%).

Gráfico 22: Os utentes por vezes começam discussões



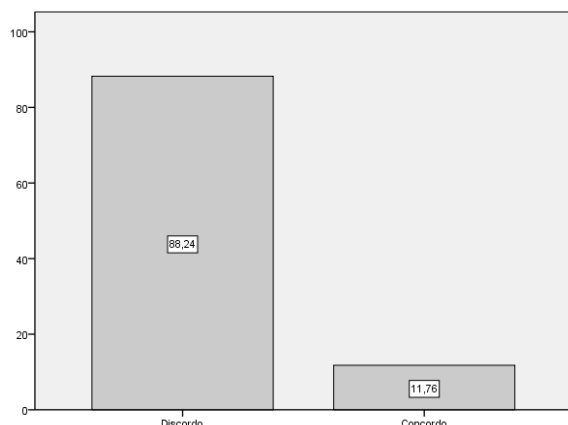
Neste gráfico podemos observar que a maioria dos inquiridos – 60,78% - discordam com “os utentes por vezes começam discussões.” Os restantes 39,22% concordam com a afirmação.

Gráfico 23: Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros



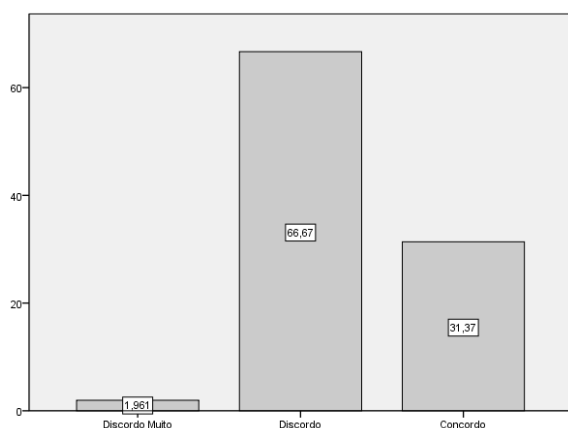
Quando questionados sobre a concordância ou não da seguinte afirmação : “os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros”, 60,78% dos inquiridos discordam enquanto que 39,22% concordam com a afirmação.

Gráfico 24: As pessoas aqui estão sempre a mudar de opinião



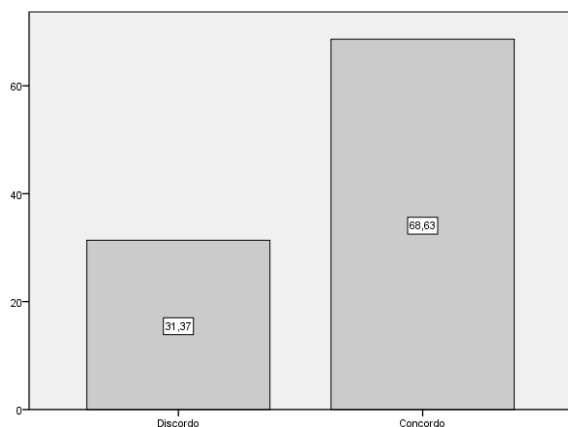
Neste gráfico podemos observar que a maior parte dos inquiridos (88,24%) discorda da afirmação “as pessoas aqui estão sempre a mudar de opinião”. Uma pequena parte (11,76%) concorda com a afirmação anterior.

Gráfico 25: Os utentes criticam-se muito uns aos outros



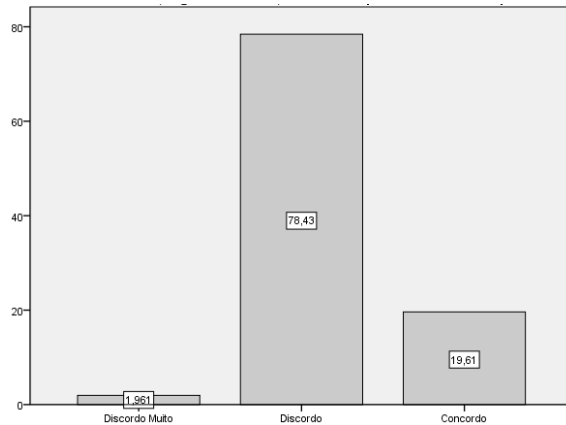
À afirmação “os utentes criticam-se muito” foram dadas três respostas diferentes. Uns concordam com a afirmação (31,37%), outros discordam (66,67%) e outros ainda, discordam muito (1,96%).

Gráfico 26: Muitos dos utentes parece que apenas vem para aqui para passar o tempo



A maioria dos inquiridos - 68,63% - concorda que “muitos dos utentes parece que apenas vem para aqui para passar o tempo”. Em sentido oposto responderam os 31,37% dos inquiridos que discordam.

Gráfico 27: Os funcionários criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância



Uma pequena parte dos inquiridos – 19,61% - concorda com “os funcionários criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância”. Os restantes inquiridos discordam (78,43%) ou discordam muito (1,96%) da afirmação.

Tabela 4: Escala de Ambiente Social

	DM	D	C	CM
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Subescala COMUNICAÇÃO				
1.Falar acerca dos seus diversos problemas	-	14 (27,5%)	37 (72,5%)	-
2. Falar problemas pessoais	-	24 (47,1%)	27 (52,9%)	-
3. Falar doença e morte	-	19 (37,3%)	32 (62,7%)	-
4. Falar sobre os seus medos	-	27 (52,9%)	23 (45,1%)	1 (2%)
Subescala CUID. PREST. COLABORADORES				
1. Informações difundidas por todos utentes	3 (5,9%)	10 (19,6%)	38 (74,5%)	-
2. Pedido ajuda a funcionários, atendidos de imediato	-	2 (3,9%)	46 (90,2%)	3 (5,9%)
3.Muita atenção individual	-	6 (11,8%)	45 (88,2%)	-
4. Atividades cuidadosamente planeadas	1 (2%)	1 (2%)	49 (96%)	-
5.Funcionário passam muito tempo c/ utentes	-	9 (17,6%)	40 (78,4%)	2 (3,9%)
Subescala INTERAÇÃO UTENT./ FUNC.				
1. Muita atenção individual	-	7 (13,7%)	43 (84,3%)	1 (2%)
2. Sabem quando funcionários estão por perto	-	3 (5,9%)	47(92,2%)	1 (2%)
3. Funcionários passam muito tempo c/ utentes	-	8 (15,7%)	42 (82,4%)	1 (2%)
4. Atividades cuidadosamente planeadas	1 (2%)	2 (3,9%)	48 (94,1%)	-
5. Colaboradores passam muito tempo c/ utentes	-	10 (19,6%)	40 (78,4%)	1 (2%)

Subescala COLABORADORES

1. Fazem sugestões uns aos outros	14 (27,5%)	1 (2%)	36 (70,6%)	-
2. Trabalham como equipa	5 (9,8%)	-	46 (90,2%)	-
3. Tem dificuldades em dar-se bem uns c/ os outros	5 (9,8%)	31 (60,8%)	15 (29,4%)	-
4. Trabalham bem juntos	4 (7,8%)	2 (3,9%)	45 (88,2%)	-
5. Estão sempre a mudar de ideias	5 (9,8%)	39 (76,5%)	7 (13,7%)	-
6. As coisas estão sempre a mudar	5 (9,8%)	38 (74,5%)	8 (15,7%)	-

Subescala AMBIENTE MORAL GERAL

1. Utentes queixam-se muito	1 (2%)	36 (70,6%)	14 (27,5%)	-
2. Utentes começam discussões	-	31 (60,8%)	20 (39,2%)	-
3. Utentes impacientes uns c/ os outros	-	31 (60,8%)	20 (39,2%)	-
4. Pessoas sempre a mudar de opinião	-	45 (88,2%)	6 (11,8%)	-
5. Utentes criticam-se uns aos outros	1 (2%)	34 (66,7%)	16 (31,4%)	-
6. Utentes apenas passam o tempo	-	16 (31,4%)	35 (68,6%)	-
7. Funcionários criticam utentes	1 (2%)	40 (78,4%)	10 (19,6%)	-

Na subescala “Comunicação” os utentes expressam a opinião sobre si e sobre o à-vontade que tem de falar acerca de assuntos pessoais e outros temas que podem ser inibidores como a doença, a morte e os medos de cada um. Os resultados apresentam uma tendência positiva, no entanto podem-se considerar equilibrados.

Relativamente à subescala “Cuidados prestados pelos colaboradores” os resultados obtidos são bastante positivos. A maior parte dos inquiridos considera que os colaboradores têm um bom desempenho no seu trabalho.

Na subescala “Interação utentes/funcionários” é avaliada a relação entre os utentes e os colaboradores. Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos inquiridos se encontra satisfeita.

A subescala “Colaboradores” avalia as relações dos colaboradores, segundo o ponto de vista dos inquiridos. As opiniões dividem-se.

Por fim, na subescala “Ambiente moral geral” foi avaliado o estado moral de cada individuo e do grupo. É nesta subescala que os inquiridos se encontram mais divididos, fato que se pode explicar pela perceção que cada um tem de si e do que o rodeia.

Em conclusão, os resultados obtidos ao longo das diversas subescalas são positivos e refletem o bom funcionamento e o bom ambiente vivido nos C.D.

3. Escala do Ambiente Interior/ Estrutura

Este item reflete a opinião que os inquiridos têm sobre as condições físicas dos C.D. que frequentam.

Gráfico 28: Áreas com janelas

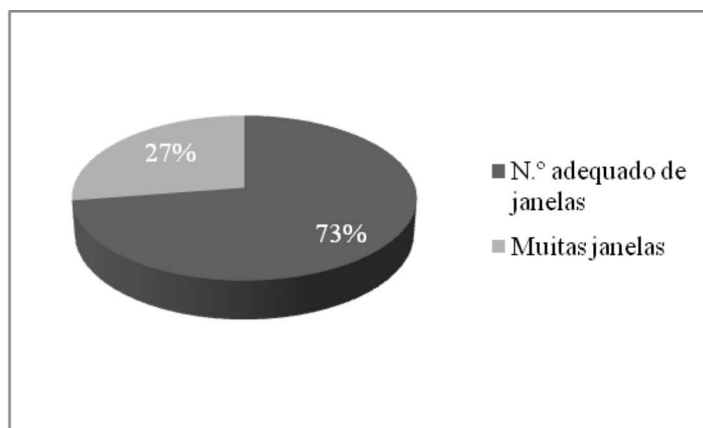


Gráfico 29: Luz

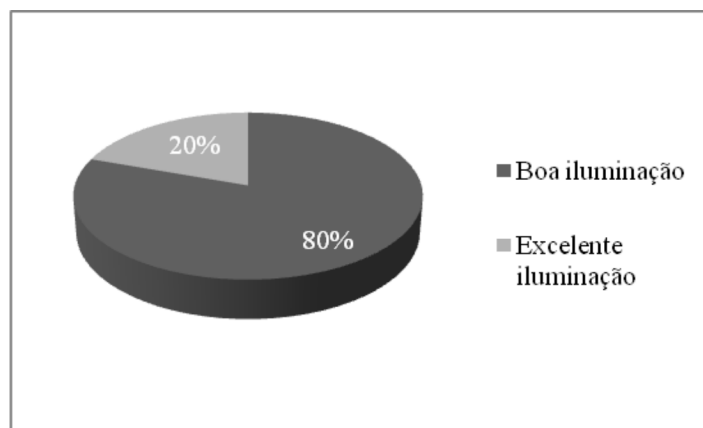


Gráfico 30: Local agradável

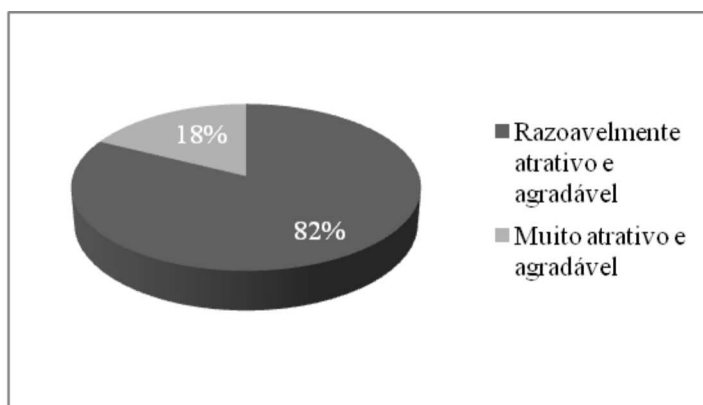


Gráfico 31: Cheiros

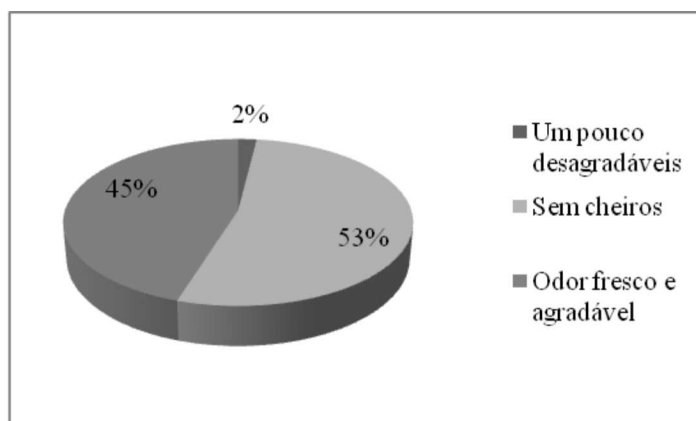
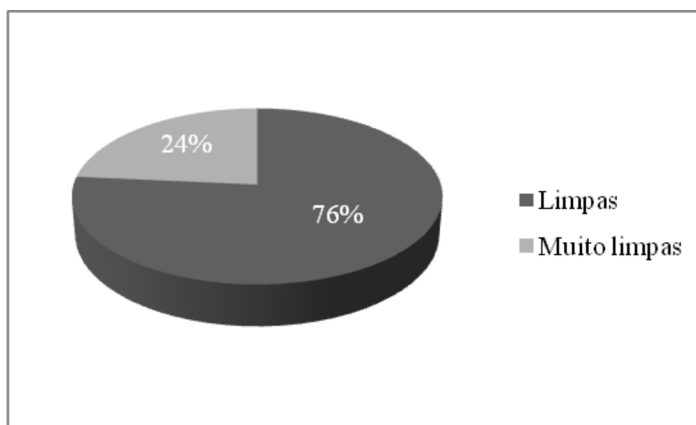


Gráfico 32: Limpeza das paredes e chão



De uma forma geral, os inquiridos são unânimes em considerar que os C.D. possuem boas condições físicas e de limpeza. Dada a unanimidade dos inquiridos, este grupo de questões não será alvo de nenhuma análise mais aprofundada.

4. Escala de Serviços e Atividades

Tabela 5: Escala de Serviços e Atividades

	Este serviço ou atividade existem no Centro?		Já usou este serviço ou atividade?				Se sim, qual o nível de satisfação?			
	Sim	Não	Sim	Não, não preciso	Não, não gosto	Não, outra razão	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sub-Escala Serviços de Saúde										
1. Exames à visão	0 (0%)	49 (96,1%)	2 (3,9%)	-	-	-	-	-	-	-
2. Exames auditivos	0 (0%)	49 (96,1%)	2 (3,9%)	-	-	-	-	-	-	-
3. Consultas regulares marcadas com o médico	49 (96,1%)	0%	2 (3,9%)	6 (12,2%)	-	4 (8,2%)	-	-	30 (76,9%)	9 (23,1%)
4. Dentista	0 (0%)	49 (96,1%)	2 (3,9%)	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Escala Serviços de Reabilitação										
1. Fisioterapia	0 (0%)	51 (100%)	0 (0%)	-	-	-	-	-	-	-
2. Terapia da fala	0 (0%)	49 (96,1%)	2 (3,9%)	-	-	-	-	-	-	-
3. Terapia ocupacional	2 (3,9%)	47 (92,2%)	2 (3,9%)	1 (50%)	-	1 (50%)	-	-	1 (100%)	-
Sub-Escala Serviços de Animação Social										
1. Artes e ofícios	44 (86,3%)	7 (13,7%)	-	37 (84,1%)	5 (11,4%)	2 (4,5%)	-	-	35 (94,6%)	2 (5,4%)
2. Festas	50 (98%)	-	1 (2%)	48 (96%)	-	2 (4%)	-	-	43 (89,6%)	5 (10,4%)
3. Atividade física	51 (100%)	-	-	48 (94,1%)	1 (2%)	2 (3,9%)	-	-	44 (91,7%)	4 (8,3%)
4. Programas educacionais	1 (2%)	48 (94,1%)	2 (3,9%)	-	1 (100%)	-	-	-	-	-
5. Entretenimento	51 (100%)	-	-	45 (88,2%)	6 (11,8%)	-	-	-	45 (100%)	-

O Centro de Dia como mais valia para o idoso de hoje

6. Serviços religiosos/ Missas	46 (90,2%)	5 (9,8%)	-	39 (84,8%)	-	3 (6,5%)	4 (8,7%)	-	38 (97,4%)	1 (2,6%)
7. Discussões em grupo	5 (9,8%)	44 (86,3%)	2 (3,9%)	3 (60%)	-	2 (40%)	-	-	3 (100%)	-
8. Saídas ao exterior	50 (98%)	-	1 (2%)	46 (90,2%)	-	-	5 (9,8%)	-	30 (65,2%)	16 (34,8%)
9. Atividades com crianças	43 (84,3%)	5 (9,8%)	3 (5,9%)	42 (97,7%)	-	1 (2,3%)	-	-	36 (85,7%)	6 (14,3%)
10. Grupos de canto/ Coro	38 (74,5%)	10 (19,6%)	3 (5,9%)	24 (63,2%)	-	13 (34,2%)	1 (2,6%)	-	20 (83,3%)	3 (12,5%)
11. Filmes/ Cinema	40 (78,4%)	11 (21,6%)	-	34 (85%)	-	6 (15%)	-	-	34 (100%)	-
Sub-Escala Serviços de Aconselhamento										
1. Terapia de grupo	-	48 (94,1%)	3 (5,9%)	-	-	-	-	-	-	-
2. Aconselhamento individual	1 (2%)	47 (92,2%)	3 (5,9%)	1 (100%)	-	-	-	-	1 (100%)	-

Nesta escala de serviços e atividades é visível que os C.D., de uma maneira geral, oferecem aos seus utilizadores atividades de animação social e no campo da saúde consulta médica.

Dentro dos serviços de animação social, destaca-se de forma positiva a prática de atividade física em todas as instituições assim como atividades de entretenimento. A adesão a estas atividades é elevada e o nível de satisfação bom. As restantes áreas de animação variam de instituição para instituição.

Verificou-se que quando o inquirido é questionado sobre a existência de determinados serviços e responde “não sei” frequenta o centro há pouco tempo. Poderá ainda não ter assimilado toda a informação ou, mais grave, não lhe terem prestado toda a informação.

De uma forma generalista, podemos afirmar que apesar da satisfação dos utilizadores, a oferta de serviços deve melhorar. Cada instituição deve planear as suas atividades de acordo com as características e interesses dos seus utentes. Deve haver uma maior flexibilidade dos serviços e uma adaptação dos serviços aos clientes e não dos clientes ao serviço.

Os centros devem ser alvo de uma melhoria continua, estes devem ouvir os seus clientes.

A título de exemplo, a gestão dos C.D. pode ser orientada pelo Modelo de Avaliação da Qualidade proposto pelo Instituto de Segurança Social ou pela norma ISO 9001-2008. O seguimento destes modelos de gestão irá abonar para serviços de qualidade, adequados às necessidades dos clientes.

Este tipo de modelos tem por base o envolvimento e empenho de todos os colaboradores. O seguimento deste modelo de trabalho permitirá aos C.D. estarem em constante avaliação, permitindo detetar em pouco tempo os pontos negativos e solucioná-los, o mais rápido possível.

No seguimento deste pensamento será importante a realização de reuniões periódicas com toda a equipa de trabalho.

Outro ponto-chave para a avaliação do projeto é medir a satisfação dos clientes e dos familiares/ responsáveis, através da aplicação de inquéritos de satisfação.

Os inquéritos deverão ser tratados e daí surgir um relatório final com a análise e as conclusões a que se chegaram. Nesta análise, podem surgir pontos negativos que devem ser tratados como não conformidades e sugestões que devem ser tratadas como oportunidades de melhoria.

5. Escala de Satisfação Global

A escala de satisfação global, como o próprio nome indica, pretende avaliar a satisfação dos utentes, de uma forma geral.

Tabela 6: Escala de Satisfação Global

	DM N (%)	D N (%)	C N (%)	CM N (%)
1. Vir para este centro faz-me sentir bem.	-	-	47 (92,2%)	4 (7,8%)
2. Alguns serviços neste centro podiam ser melhorados.	-	20 (39,2%)	30 (58,8%)	1 (2%)
3. Os cuidados que recebo são bons.	-	-	51 (100%)	-
4. Gosto da maioria das atividades neste centro.	-	2 (3,9%)	47 (92,2%)	2 (3,9%)
5. Estou satisfeito (a) com os cuidados que recebo aqui.	-	-	48 (94,1%)	3 (5,9%)
6. Há alguns aspetos nos cuidados que recebo aqui que podiam ser melhores.	-	29 (56,9%)	22 (43,1%)	-

Toda a amostra concorda que frequentar o centro lhes faz sentir bem e que os cuidados recebidos, de uma maneira geral, são bons. As questões 1, 3 e 4 complementam-se e apontam no caminho da satisfação do utente que é comprovada pelos resultados obtidos na questão 5. A totalidade da amostra está satisfeita com os cuidados que recebe.

Os bons resultados obtidos nas questões já referidas, não nos devem fazer esquecer de analisar os itens 2 e 6. Na questão 2 - 60,8% dos inquiridos, considera que alguns serviços dos centros podem melhorar. Quanto à afirmação “Há alguns aspetos nos cuidados que recebo aqui que podiam ser melhores” as opiniões dividem-se. 56,9% discorda da afirmação enquanto que 43,1% concorda. Apesar dos resultados obtidos nestas questões, os inquiridos, quando foram questionados (pergunta aberta) sobre o que podia tornar a presença deles no centro mais agradável, não referiram nenhum aspeto.

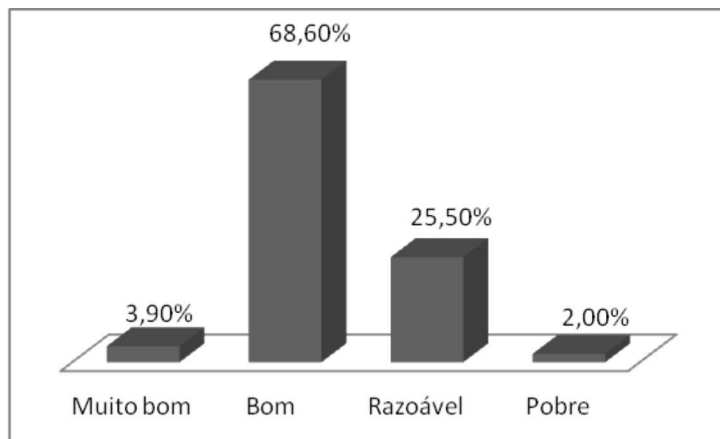
6. Escala de Características Estruturais

Esta escala aborda o serviço de alimentação sob o ponto de vista das obrigatoriedades legais.

Tabela 7: Ementas

	Sim N (%)	Não N (%)
1. O almoço é fornecido a todos os utentes?	51 (100%)	-
2. A ementa é afixada nas instalações ou é-lhe fornecida com antecedência?	26 (51%)	25 (49%)
3. Os lanches são fornecidos todos os dias?	51 (100%)	-
4. A ementa é suficientemente variada?	51 (100%)	-

Gráfico 33: Sabor da comida



Todos os inquiridos são unânimes em afirmar que o almoço e lanches são fornecidos a todos assim como a ementa ser suficientemente variada.

Na questão sobre a afixação das ementas ou fornecimento da mesma antecipadamente, as respostas encontram-se bastante divididas. Não é possível verificar se os inquiridos que responderam “não” pertencem à mesma instituição e isso indicaria que nem todas as instituições divulgam as suas ementas. Outra possibilidade é as

ementas serem afixadas em local desconhecido para os utentes (isso indicaria falta de informação e comunicação com o cliente).

Relativamente ao sabor da comida, apenas 2% consideram “pobre”. Cerca de ¼ dos inquiridos (25,50%) consideram o sabor razoável. A maior parte dos utilizadores – 68,60% - consideraram o sabor das refeições “bom” e 3,90% afirmam mesmo que o sabor da comida é “muito bom”.

Apesar dos resultados obtidos serem satisfatórios, julga-se importante referir que nas instituições as refeições são preparadas tendo em atenção bons hábitos alimentares e o estado de saúde de cada utente.

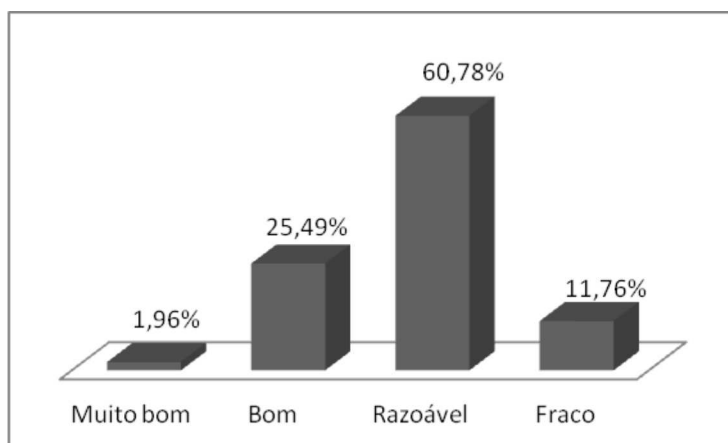
O padrão alimentar português vai contra esses bons hábitos e é habitual, em casa, cozinharemos com sal a mais, abusaremos nas bebidas alcoólicas, consumo excessivo de doces e de comida em geral, consumo insuficiente de leite e derivados assim como de produtos hortícolas e fruta.

Quando são confrontados com os bons hábitos instituídos nos C.D. por vezes não gostam, daí os resultados obtidos neste grupo não serem ainda melhores.

7. Características dos utentes

Neste item vamos perceber qual a perceção que cada inquirido tem sobre o seu estado de saúde e sobre a sua capacidade para a realização das A.B.V.D.

Gráfico 34: Estado de saúde no último mês



No gráfico 7 podemos observar que apenas 11,76% consideram o seu estado de saúde fraco. A grande maioria vê o seu estado de saúde como “razoável”. Os restantes encaram a vida de forma mais positiva e afirma que o seu estado de saúde foi “bom” (25,40%) ou “muito bom” (1,96%).

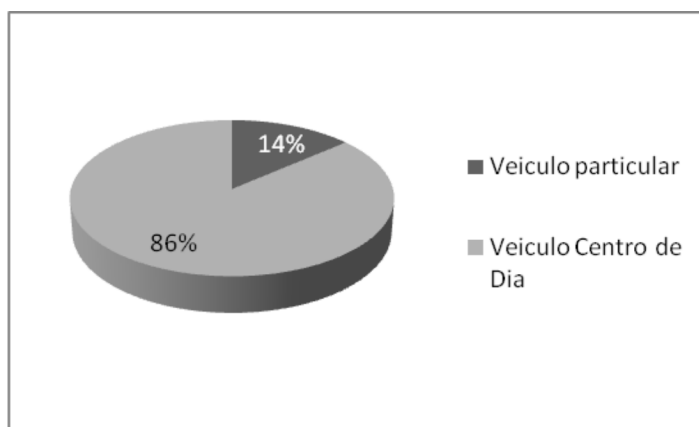
Os inquiridos do género masculino afirmam que, no último mês, estiveram doentes, sem conseguir realizar as suas atividades diárias normais, em média 0,38 dias (DP= 0,266). As senhoras estiveram doentes 1,08 dias (DP= 0,31).

Tabela 8: Atividades básicas de vida diária

	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Não consegue fazer
	N (%)	N (%)	N (%)
É capaz de ...			
1. Vestir-se e despir-se	36 (70,6%)	15 (29,4%)	-
2. Tomar banho ou duche	14 (27,5%)	31 (60,8%)	6 (11,8%)
3. Ir à casa d banho	37 (72,5%)	14 (27,5%)	-
4. Comer	50 (98%)	-	1 (2%)

De uma maneira geral, os utilizadores de C.D. tem uma boa autonomia no que respeita a A.B.V.D. Apenas 11,8% não consegue tomar banho ou duche e 2% não consegue alimentar-se, necessitando de ajuda permanente.

Gráfico 8: Transporte C.D. - Casa (vice-versa)



Na maioria, os utentes utilizam como transporte para a deslocação “casa - C.D.”, as carrinhas disponibilizadas pelos centros. Uma parte mais reduzida opta por veículo particular.

ANÁLISE DE DADOS PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS

Neste tópico faremos a análise às entrevistas realizadas aos D.T. dos C.D. selecionados.

Os dados recolhidos através das entrevistas semiestruturadas foram tratados recorrendo à análise de conteúdo dos aspetos que nos pareceram mais significativos e referidos várias vezes.

A análise de conteúdo é uma técnica comum na investigação em ciências sociais. Tem vindo a adquirir uma importância crescente, na medida em que possibilita tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Através desta análise de conteúdo pretendemos compreender melhor o que nos foi transmitido e encontrar as similaridades entre as opiniões recolhidas em diferentes profissionais.

1. Todos os entrevistados possuem formação na área das ciências sociais: mestrado em psicologia, licenciatura em psicologia ou licenciatura em educação social.
2. As instituições visitadas dão apoio à infância e à terceira idade. Algumas delas desenvolvem outras atividades.
3. A capacidade das instituições varia bastante.

“O nosso C.D. tem capacidade para 60 clientes e o S.A.D. tem capacidade para 40 clientes.”

“O Lar tem 10 clientes assim como o centro de dia, enquanto que o SAD tem 20 clientes.”

“O SAD apoia 25 utentes e o C.D. apoia 20 utentes.”

4. A constituição das equipas multidisciplinares varia de instituição para instituição. Em comum tem os D.T. formados na área das ciências sociais, as ajudantes de ação direta e o médico.
-

“A equipa multidisciplinar desta instituição, na área de apoio ao idoso, é composta pelas ajudantes de ação direta, educadora social (D.T.), animadora sociocultural, a diretora geral formada em relações internacionais e a tirar uma pós graduação na área da psicologia, podologista, professor de ginástica e enfermeiro.”

“Na área de apoio ao idoso, a equipa multidisciplinar desta instituição, é composta pela D.T. e ajudantes de ação direta. Depois a nível externo temos professores de ginástica, música, psicóloga, nutricionista e médico (semanal).”

“Aqui na instituição a equipa multidisciplinar é composta pelas ajudantes de ação direta, enfermeira, médico, animadora e a D.T. cuja formação de base é psicologia.”

5. As rotinas diárias das instituições são semelhantes. Começam com a recolha dos clientes, nas suas casas, pequeno-almoço, higiene, atividades, almoço, atividades, lanche, transporte para o domicílio.
6. Tendo em conta os recursos de cada instituição, estas tentam adaptar-se às necessidades dos seus clientes.
-

“A fisioterapia é da responsabilidade dos utentes/ familiares. É realizada fora da instituição mas disponibilizamos o transporte.”

“Ainda relativamente à medicação, é feita a preparação da medicação para o fim-de-semana, para os utentes que não tem retaguarda familiar. Os que são capazes de fazer as tomas de forma independente, fazem-no. Aos que não tem essa capacidade, a equipa SAD visita-os nas suas casas, supervisiona as tomas e por vezes ainda lhes leva a alimentação e presta outros serviços que se considerem necessários.”

“Este C.D. funciona de segunda a sexta-feira. Em alguns casos, quando a família assegura o transporte, o idoso também pode frequentar o C.D. ao sábado. Noutros casos, o S.A.D. dá apoio ao fim semana, aos idosos do C.D..”

7. De acordo com a opinião das nossas entrevistadas, as principais motivações para os idosos frequentarem um C.D. prendem-se com a procura de apoio e companhia.

“Podemos referir o isolamento social, muitos idosos **sentem-se sozinhos em casa** e resolvem procurar este tipo de resposta. Para além de se sentirem sós, cada vez mais, há idosos com medo de ficar sós em casa, porque podem sentir-se mal ou serem vítimas de assaltos.”

“As motivações dos idosos para frequentar o C.D. são a procura de **apoio permanente**. A maior parte dos idosos que frequentam este C.D. vieram, inicialmente, contrariados. Foram inscritos por filhos(as) que estavam preocupados por o pai/ mãe passarem o dia inteiro sozinho, porque já trocam a medicação, porque não tem uma alimentação cuidada... “

“As motivações dos idosos para frequentar o C.D. são **a procura de companhia** (combater o isolamento) e a busca por **ajuda nas atividades básicas** (alimentação, higiene, acompanhamento médico e de enfermagem).”

8. Quando questionadas pela assiduidade dos clientes, todas foram unânimes em referir que os utentes só faltam por motivo de força maior: doença ou consulta médica.
9. Apesar de não nos terem sido facultados números concretos a nível de desistências, foi-nos dito que a taxa é muito reduzida.

“ Nos poucos casos de desistência existentes na instituição, esta deveu-se à **morte** do utente em alguns casos e noutros ao **agravamento do estado de saúde** que impedia a deslocação diária para as instalações do Centro.”

“A taxa de desistência dos idosos é praticamente nula. Tivemos um caso de desistência porque a **saúde da senhora piorou**, morava num 1.º andar com escadas muito íngremes e estreitas e era impossível retirar a senhora de casa, diariamente. Outro por **falecimento** e ainda alguns para **entrada em Lar**.”

10. Apesar de não constar do guião de entrevista, todos os D.T. acabaram por falar da preferência por C.D. integrados em Lares de idosos.

“No caso de haver duas candidaturas empatadas, para serviço de Lar, e uma ser de **um utente que já frequenta o Centro de Dia, esta tem prioridade sobre a outra**. O facto de já estar a ser acompanhado pela instituição funciona como elemento de desempate, no entanto, à que salientar que o facto de já estar a frequentar uma valência da instituição não significa entrada direta para o serviço de Lar.”

“**Acredito que o fato de o C.D. estar associado a um lar influencia na escolha**. Aconselho sempre a procurar várias instituições para conhecerem várias realidades e depois escolher. Quase sempre ouço dos familiares a questão se também tem lar e vejo a desilusão dos familiares quando recebem a resposta negativa. Já houve alguns casos de utentes que saíram deste CD e disseram que iam para o lar, quando na realidade foram para outros CD integrados, à espera de vaga para o lar.”

11. Quando questionadas sobre a postura das famílias relativamente aos seus idosos podemos perceber que não é possível generalizar. Existem famílias muito atentas e disponíveis e outras que não querem saber dos seus familiares envelhecidos.

“A família é o problema atual dos idosos, não só de CD, mas também de Lar e SAD. A instituição faz uma “vigilância”, acompanhamento à postura das famílias. Na grande maioria dos casos, os idosos afetos à instituição são viúvos. Quem deve fazer o seu acompanhamento são os filhos, mas mais de 50% não acompanha os pais como deve ser. “

“Por vezes verificamos o desleixo da família quando levamos/ buscamos os idosos ao seu domicílio e verificamos que a casa está toda desarrumada, suja... Ao fim de semana temos o cuidado de enviar a medicação em caixas individuais, devidamente identificadas, mas muitas vezes, a medicação regressa à instituição, à segunda-feira, intata. Por vezes, o aspeto descuidado do idoso também é motivo de alerta. “

“Grande parte dos nossos utentes foram inscritos por filhos(as) que estavam preocupados por o pai/ mãe passarem o dia inteiro sozinho, porque já trocam a medicação, porque não tem uma alimentação cuidada... “

“Após a entrada dos idosos no CD há famílias que se desresponsabilizam mas outras mantem-se muito presentes e preocupadas. A realidade da instituição é sensivelmente 50% - 50%. Temos familiares que se o pai/ mãe passa mal a noite ou está adoentado ligam para cá várias vezes ao dia para se irem mantendo a par. Tentamos reunir com os familiares pelo menos duas vezes no ano. É importante o contato com as famílias.”

CAPITULO 4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Depois de, no capítulo anterior, fazer uma análise individual a cada variável, neste capítulo iremos analisar o cruzamento de algumas variáveis.

Existem vários testes que nos permitem fazer a comparação de parâmetros populacionais. Estes testes estão agrupados em dois tipos distintos: os testes paramétricos e os testes não paramétricos.

Os testes paramétricos requerem geralmente variáveis quantitativas. Idealmente estas devem ser teoricamente conhecidas (normal) e com variância homogénea.

De acordo com Pestana e Gageiro (1998, p.245) “os testes não paramétricos ou de distribuição livre, usam-se como alternativa aos testes paramétricos quando não se verificam os pressupostos destes últimos.”

De acordo com Maroco (2007, p. 43), o coeficiente de correlação de *Spearman* é uma medida de associação não paramétrica e utiliza-se em substituição do coeficiente de correlação de Pearson. Este último mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas.

Segundo Pestana e Gageiro (1998, p.141), este coeficiente varia entre -1 e 1, quanto mais próximo estiver dos valores extremos tanto maior é a associação linear. A associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, isto é, se os aumentos de uma variável estão associados a diminuições da outra; ou pode ser positiva, se a variação das variáveis for no mesmo sentido.

Os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* pertencem ao tipo de testes não paramétricos e utilizam-se, em substituição dos testes *T-Student* e *ANOVA*, respetivamente. Segundo Maroco (2007, p.213), utilizam-se, geralmente, “para amostras de pequenas e diferentes dimensões e onde as variáveis sobre estudo não verificam os pressupostos dos métodos paramétricos.”

O teste de *Mann-Whitney* compara o centro de localização de dois grupos, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes (Pestana e Gageiro, 1998, p.245). As hipóteses, a aferir, neste teste são:

$-H_0$: as duas populações são iguais em tendência central;

$-H_1$: as duas populações não são iguais em tendência central (idem,p.246).

O teste de Kruskal-Wallis é utilizado para testar a hipótese de igualdade em localização de três ou mais grupos. As hipóteses a testar são:

- H_0 : as K distribuições têm o mesmo parâmetro de localização;
- H_1 : Pelo menos uma das K populações tem um parâmetro de localização superior ou inferior ao das outras (idem, p.262).

Todos os testes estatísticos são aplicados com um nível de significância de 5%.

Nota: Em estatística todas as variáveis apresentam-se com letra maiúscula.

1. Associação entre variáveis

Neste item, iremos analisar a associação linear entre as variáveis satisfação global, comunicação, cuidados prestados, interação utentes/ funcionários, colaboradores, ambiente moral geral, serviços e atividades e ABVD.

Tabela 9: Matriz de coeficiente de correlação de SPEARMAN's

	Satisfação global T	Comunicação T	Cuidados prestados T	Interação utentes/ func. T	Colaboradores	Ambiente moral geral T	Serviços e atividades T	ABVD T
Satisfação global T	1							
Comunicação T	-0,058	1						
Cuidados prestados T	-0,097	0,427*	1					
Interação utentes/ func. T	-0,159	0,306*	0,812*	1				
Colaboradores	0,190	0,020	-0,191	0,269	1			
Ambiente moral geral T	0,190	0,020	-0,191	-0,269	1,000*	1		
Serviços e atividades T	-0,081	-0,022	0,020	0,004	0,041	0,041	1	
ABVD T	-0,046	0,105	0,208	0,030	-0,160	-0,160	0,078	1

* Correlação linear significativa para um nível de significância de 5%.

Verifica-se através da análise da tabela 9 que existe correlação linear significativa entre algumas variáveis, tendo em conta o nível de significância de 5%. São elas: cuidados prestados e comunicação, interação utentes/ funcionários e comunicação, interação utentes/ funcionários e cuidados prestados e entre o ambiente moral geral e os colaboradores.

Estas variáveis são correlacionadas positivamente, isto é, oscilam no mesmo sentido, quer dizer, respostas positivas numa variável levam a respostas positivas na variável associada e o mesmo acontece com respostas negativas numa variável levam a respostas negativas na variável que lhe está associada.

Podemos dizer que a associação é positiva, perfeita entre o ambiente moral geral e os colaboradores.

Entre os restantes pares de associações verifica-se que não existe correlação linear significativa, logo as variáveis não estão associadas linearmente.

2. Testes de comparação entre variáveis

Neste item, vamos testar se existem diferenças, estatisticamente significativas, nas várias escalas do questionário tendo por base o Género, o Estado Civil, o Grau de Ensino e o Agregado Familiar.

Tabela 10: Síntese de hipóteses – Comparação das escalas com “Género”

	Hipótese nula	Teste	Significância	Decisão
1	A distribuição da " Satisfação Global " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,273	Aceita-se a hipótese nula
2	A distribuição da " Comunicação T " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,672	Aceita-se a hipótese nula
3	A distribuição da " Cuidados Prestados T " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,718	Aceita-se a hipótese nula
4	A distribuição da " Interação utentes/func. T " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,545	Aceita-se a hipótese nula
5	A distribuição da " Colaboradores T " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,552	Aceita-se a hipótese nula
6	A distribuição da " Ambiente T " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,552	Aceita-se a hipótese nula
7	A distribuição da " Serviços e Animação T " é a mesma comparando com o " Género ".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,859	Aceita-se a hipótese nula

8	A distribuição da "ABVD T" é a mesma comparando com o "Género".	Independentes <i>Mann-Whitney Test</i>	0,282	Aceita-se a hipótese nula
---	---	---	-------	---------------------------

Tendo em conta a tabela 10, que compara as respostas entre o Género nas diferentes Escalas, verifica-se que, recorrendo ao teste de *Mann-Witney*, não existe diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino, isto porque os valores da significância do teste, para cada escala, estão acima do nível de significância de 5% (0.05).

Tabela 11: Síntese de hipóteses - Comparação das escalas com "Estado Civil"

	Hipótese nula	Teste	Significância	Decisão
1	A distribuição da "Satisfação Global" é a mesma comparando com o "Estado Civil".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,212	Aceita-se a hipótese nula
2	A distribuição da "Comunicação T" é a mesma comparando com o "Estado Civil".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,203	Aceita-se a hipótese nula
3	A distribuição da "Cuidados Prestados T" é a mesma comparando com o "Estado Civil".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,784	Aceita-se a hipótese nula
4	A distribuição da "Interação utentes/func. T" é a mesma comparando com o "Estado Civil".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,829	Aceita-se a hipótese nula
5	A distribuição da "Colaboradores T" é a mesma comparando com o "Estado Civil".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,64	Aceita-se a hipótese nula
6	A distribuição da "Ambiente T" é a mesma comparando com o "Estado Civil".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,64	Aceita-se a hipótese nula

7	A distribuição da " Serviços e Animação T " é a mesma comparando com o " Estado Civil ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,908	Aceita-se a hipótese nula
8	A distribuição da " ABVD T " é a mesma comparando com o " Estado Civil ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,109	Aceita-se a hipótese nula

Tendo em conta a tabela 11, que compara as respostas entre o Estado Civil nas diferentes Escalas, verifica-se que, recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis*, não existe diferenças estatisticamente significativas entre os vários estados civil, isto porque os valores da significância do teste, para cada escala, estão acima do nível de significância de 5% (0.05).

Tabela 12: Síntese de hipóteses - Comparação das escalas com "Grau de Ensino"

	Hipótese nula	Teste	Significância	Decisão
1	A distribuição da " Satisfação Global " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,516	Aceita-se a hipótese nula
2	A distribuição da " Comunicação T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,942	Aceita-se a hipótese nula
3	A distribuição da " Cuidados Prestados T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,958	Aceita-se a hipótese nula
4	A distribuição da " Interação utentes/func. T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,439	Aceita-se a hipótese nula
5	A distribuição da " Colaboradores T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,073	Aceita-se a hipótese nula

6	A distribuição da " Ambiente T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,073	Aceita-se a hipótese nula
7	A distribuição da " Serviços e Animação T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,792	Aceita-se a hipótese nula
8	A distribuição da " ABVD T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,862	Aceita-se a hipótese nula

Tendo em conta a tabela 12, que compara as respostas entre o Grau de Ensino nas diferentes Escalas, verifica-se que, recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis*, não existe diferenças estatisticamente significativas entre o grau de ensino, isto porque os valores da significância do teste, para cada escala, estão acima do nível de significância de 5% (0.05).

Tabela 13: Síntese de hipóteses - Comparação das escalas com "Agregado Familiar"

	Hipótese nula	Teste	Significância	Decisão
1	A distribuição da " Satisfação Global " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,188	Aceita-se a hipótese nula
2	A distribuição da " Comunicação T " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,567	Aceita-se a hipótese nula
3	A distribuição da " Cuidados Prestados T " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,145	Aceita-se a hipótese nula
4	A distribuição da " Interação utentes/func. T " é a mesma comparando com o " Grau de Ensino ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,077	Aceita-se a hipótese nula

5	A distribuição da " Colaboradores T " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,27	Aceita-se a hipótese nula
6	A distribuição da " Ambiente T " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,27	Aceita-se a hipótese nula
7	A distribuição da " Serviços e Animação T " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,727	Aceita-se a hipótese nula
8	A distribuição da " ABVD T " é a mesma comparando com o " Agregado Familiar ".	Independentes <i>Kruskal-Wallis Test</i>	0,602	Aceita-se a hipótese nula

Tendo em conta a tabela 13, que compara as respostas entre o Agregado Familiar nas diferentes Escalas, verifica-se que, recorrendo ao teste de *Kruskal-Wallis*, não existe diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de agregado familiar, isto porque os valores da significância do teste, para cada escala, estão acima do nível de significância de 5% (0.05).

Ao longo dos testes realizados (Tabelas 10, 11, 12 e 13) podemos verificar que todas as variáveis são independentes e que a distribuição dos resultados é a mesma, seja qual for o grupo que se compara.

CONCLUSÕES

Tal como nos indicava a bibliografia consultada, no decorrer deste estudo, podemos verificar que existem famílias em que é bom envelhecer, que são presentes e atentas e estão preocupadas com o bem-estar dos seus idosos e outras que se tentam desresponsabilizar.

Para as famílias que querem viver a velhice com os seus familiares, a resposta social de C.D. é uma ótima solução. Permite que toda a família continue com a sua rotina diária, como escola ou trabalho, enquanto o idoso tem companhia e apoio nas suas atividades diárias. À noite regressa ao convívio familiar. O principal objetivo de qualquer C.D. deve ser oferecer apoio aos idosos, fomentando a autonomia e a permanência em contexto domiciliário.

De uma maneira geral, podemos concluir que os C.D. têm boas condições físicas e estruturais. Os cuidados prestados respeitam as boas práticas. As instituições cumprem o que é recomendado pela Segurança Social e apesar dos recursos humanos serem limitados tentam satisfazer o maior número de necessidades dos seus clientes.

No entanto, o esforço e a boa vontade não colmatam todas as necessidades. Na análise à tabela 5: escala de serviços e atividades, podemos verificar que os serviços de saúde nestas instituições são escassos e os de reabilitação e aconselhamento são inexistentes. Existem atividades de animação que são bastante frequentadas pelos clientes e o nível de satisfação é bom.

Curiosamente, no quadro de pessoal recomendado pelo ministério da tutela, constam os animadores (é recomendado que exista um animador por cada 30 utentes) e temos, efetivamente atividades de animação. Se por ventura, no quadro de pessoal constassem os fisioterapeutas ou os terapeutas da fala, de entre outros, possivelmente também teríamos esse tipo de atividades nas instituições.

Considera-se necessário alargar o âmbito dos serviços e atividades para que o grau de satisfação dos clientes seja cada vez maior. A monitorização desta satisfação deve ser feita para que possa haver uma melhoria continua.

Tendo em consideração a pergunta de partida: “Em que medida, os C.D. constituem uma resposta adequada às necessidades e motivações dos idosos, na

atualidade?”. Podemos responder que os C.D. dão resposta às principais necessidades e motivações dos idosos que os frequentam. Estes quando questionados disseram que procuravam alimentação, apoio, carinho e companhia (Tabela 3: O que procura no centro?) o que realmente recebem, tendo por base os resultados obtidos ao longo do “Questionário do Utente”.

Como objetivo geral propúnhamo-nos a analisar o C.D. em termos de qualidade de serviços e adesão. Através da escala de satisfação global (tabela 5) podemos observar que, genericamente, os clientes se encontram satisfeitos e consideram que a instituição lhe presta serviços de qualidade.

Viu-se confirmada a primeira hipótese “os C.D. respondem, adequadamente, às expectativas dos idosos mas não respondem à totalidade das suas necessidades”. Como podemos verificar ao longo do trabalho, os serviços existentes nas instituições são limitados. Os idosos encontram-se satisfeitos, talvez por serem pouco exigentes.

Para estudos futuros, sugerimos uma análise mais profunda aos Centros de Dia e aos seus utilizadores. Julgamos ser pertinente averiguar, efetivamente, a existência de Centros de Dia direcionados para utilizadores com demências.

A ser utilizado de novo o “Questionário do utente”, sugerimos a reformulação deste, uma vez que no decorrer do trabalho verificamos que nem todas as questões estão formuladas na mesma direção, o que leva a uma heterogeneidade das perguntas dentro do mesmo grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander-Egg, E. (1997) *Metodología y práctica de la animación sócio-cultural*, Buenos Aires: Editorial Lumen/Humanitas.
- Arrazola, F.; Méndez, A. & Lezaun, 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.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo...* Viseu: Psicossoma.
- Baltes, P. B.; & Baltes, M. M. (1990). «Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation». In: P.B.Baltes & M.M.Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp.1-34); Cambridge: Cambridge University Press.
- Barreto, J. (2005). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*. Revista Faculdade de Letras: Sociologia I. Porto: UP.
- Benet, A. S. (2003) *Los centros de dia para personas mayores*. Edicions de la Universitat de Lleida.
- Berger, K. (2003) *O desenvolvimento da pessoa: da infância à terceira idade*. Rio de Janeiro: LTC.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996) *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.
- Carvalho, P.S. (2012). Etapas do Processo de Envelhecimento. In: Cláudia Moura (2012) (Org.) *Processos e Estratégias do Envelhecimento: Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Vila Nova de Gaia: Eu Edito, pp. 65-74).
- Carmona, F. (1995) Idosos. *Psiquiatria Clínica* nº 16 (2): pp. 117-125.
- Conrad, K. J. & Guttman, R. (1991) Characteristics of Alzheimer's versus Non-Alzheimer's Adult Day Care Centers. *Journal of Research on Aging*. vol. 131: pp.96-116. Sage Publications, Inc.
- 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*, vol.48, nº 3: pp. 112-122.

- Constança, P. (2005). «Envelhecimento activo e redes de suporte social». In: *Sociologia* . (pp. 275-287) Vol. 15; Porto : UP.
- Costa, L.P.D. (2011). *Memórias enclausuradas: A institucionalização de doentes de Alzheimer em respostas sociais não específicas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais – Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Portugal.
- Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de Junho. Diário da República n.º 134 Série I-A. Ministério da Economia.
- *Dicionário da Língua Portuguesa* (2011) (p.1094) Porto: Porto Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*; Coimbra: Quarteto.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000) *Gerontología Social*; Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000) *Psicologia do Envelhecimento*; Trad. José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006) *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2006*. Lisboa.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2010) *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2010*. Lisboa.
- Galvão, C. (2006). Actividades Preventivas no Idoso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 22: pp.731-737.
- Gouveia, V. (2003) A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. *Estudos de Psicologia*, Brasil: Universidade Federal da Paraíba. (pp. 431-443).
- Instituto Nacional de Estatística (2012) *Censos 2011 – Resultados pré definitivos*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011) *Censos 2011 – Resultados provisórios*. Lisboa: INE.

- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos* (2.^a ed.). Porto: Ambar.
- Lima, M. (2006) *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*; Porto: Ambar.
- Marchand, H. (2005) *A Idade da Sabedoria – Maturidade e Envelhecimento*; Porto: Ambar.
- Maroco, J. (2007) *Análise Estatística – Com utilização do SPSS* (3.^a ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, I. et al (2007) *Políticas Sociais para a Terceira Idade. In Osório (Ed.) As pessoas idosas - Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos.
- Martin, I. et al (2007). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos (UNIFAI).
- Marques, F. et al . (2009-2010) *Apoio Social em idosos institucionalizados. Gestão e Desenvolvimento*, Viseu: Universidade Católica Portuguesa – Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais: pp. 99-121.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação Ciência e Tecnologia*, nº 32: pp.126-140.
- Moura, C. (2012) (Org.). *Processos e estratégias do envelhecimento - Intervenções para um Envelhecimento Ativo*. Vila Nova de Gaia: Eu Editó..
- Neri, A. (2006) «O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento» in *Temas em psicologia, vol.14, n.1* (pp. 17-34); Brasil.
- Oliveira, B. (2008) *Psicologia do Idoso – Temas complementares*; Porto: Livpsic.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde e Envelhecimento: o envelhecimento activo*; Assembleia Mundial de Madrid: Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais.
- .
- Paúl, C. (1997) *Lá para o fim da vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*; Coimbra: Edições Almedina.
- Paúl, C. (2005). «Envelhecimento activo e redes de suporte social». In: *Sociologia*. (pp. 275-287) Vol. 15; Porto : UP.

- Pestana, M.; Gageiro, J. (1998). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Pimentel, L. M. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Ed. Quarteto.
- Pinto, A. M. (2001). Envelhecimento: Das teorias à fisiopatologia. In Pinto A. M., *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Queiroz, T. (2008). *Dicionário Prático de Pedagogia* (2.^a Edição). S. Paulo: Editora Rideel.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rodríguez, T. M. (2010). *Centros de Atención Diurna para Personas Mayores – Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Ribeiro, O.; Paúl, C. (coord.) (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silva, E. L. da., & Menezes, E. M. (2001). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. (3^a ed.). Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC.
- Silva, F. (2011). *Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos Centros de Dia (Uma perspectiva do utente)*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior d Educação Almeida Garrett, Lisboa, Portugal.
- Silva Neto, A. M. (2010). *Da vida laboral à reforma – Expectativas de ocupação*. Dissertação de Doutoramento, Departamento de Ciências da educação e do património, Universidade Portucalense, Porto, Portugal.
- Silva Neto, A. M. (2012). Adaptar a Idade da Reforma ao Prolongamento da Vida. In Moura, C. (2012) (Org.) *Processos e Estratégias do Envelhecimento: Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Vila Nova de Gaia: Eu Edito (pp. 145-154).

- Silva Neto, A. M. (2012). Velhice: Dentro ou fora de casa? Eis a questão. In Silva Alves, J. e Silva Neto, A. M. (2012) (Org.) *Decisão – Percursos e Contextos*. Porto: JSAMED – Medicina e formação, Lda, (pp. 421-428)
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família – Os cuidados familiares na velhice* (2.^a ed.). Porto: Ambar.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento* (3.^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Teixeira, M. (2008). *Centro de dia na perspectiva do utente*. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências da Saúde - Universidade de Aveiro, Portugal.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. Buenos Aires: Editorial de las Ciências.
- Yanguas, J.; Leturia, J.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998); *Intervención Psicosocial em Gerontología: Manual Prático*; Madrid: Cáritas Española.
- Zimerman, G. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais* (2.^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Sites consultados:

http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=03&cod_concelho=08&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2103&nome=&localpostal=&temCert=false (Consultado a 11-10-2011)

motivação. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2012. [Consult. 2012-01-21]. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$motivacao](http://www.infopedia.pt/$motivacao)>.

necessidade. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2012. [Consult. 2012-01-21]. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$necessidade](http://www.infopedia.pt/$necessidade)>.

<http://conceito.de/expectativa> (Consultado a 2012-10-16)

<http://www.cartasocial.pt/conceitos.php?img=4#cj18>

- Jacob, L. (2002). O idoso e a comunidade - respostas sociais. [Em linha]. Disponível em <http://www.portaldoavo.com.pt/artigosa.php?id=2>. [consultado em 17/02/2011].

ANEXOS

Protocolo de consentimento informado

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Ana Maria de Oliveira Pereira, aluna do Mestrado em Gerontologia da Universidade Portucalense.

Foram-me explicados e percebo os objetivos principais deste estudo:

- Compreender em que medida a resposta social de Centro de Dia está a ter o máximo de rendimento em termos de qualidade de serviços.

Sei que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área gerontológica, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Assinatura _____

Data ___/___/___

QUESTIONÁRIO DO UTENTE

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

ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL

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:

1 = DM <Discordo Muito

2 = D <Discordo

3 = C <Concordo

4 = CM <Concordo Muito

Sub - escala COMUNICAÇÃO	DM	D	C	CM
1. Os Utentes falam acerca dos seus diversos problemas.	1	2	3	4
2. Os Utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais.	1	2	3	4
3. Os Utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte.	1	2	3	4
4. Os Utentes falam muito acerca dos seus medos.	1	2	3	4

Sub - escala CUIDADOS PRESTADOS PELOS COLABORADORES	DM	D	C	CM
1- não respondeu				
1. As informações acerca do centro são difundidas por todos.	1	2	3	4
2. Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.	1	2	3	4
3. Os Uteses recebem muita atenção individual.	1	2	3	4
4. As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.	1	2	3	4
5. Os funcionários passam muito tempo com os utentes.	1	2	3	4
Sub – escala INTERACÇÃO UTENTES/FUNCIÓNÁRIOS				
1. Os utentes recebem muita atenção individual.	1	2	3	4
2. Os utentes sabem sempre quando os funcionários estão por perto.	1	2	3	4
3. Os funcionários passam muito tempo com os utentes.	1	2	3	4
4. As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.	1	2	3	4
5. Os colaboradores passam muito tempo com os utentes.	1	2	3	4
Sub – escala COLABORADORES				
	1- não respondeu			
1. Muitas vezes os colaboradores fazem sugestões uns aos outros.	1	2	3	4
2. Os colaboradores trabalham como uma equipa.	1	2	3	4
3. Os colaboradores têm dificuldades em dar-se bem uns com os outros.	1	2	3	4
4. Os colaboradores trabalham bem juntos.	1	2	3	4
5. Aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias.	1	2	3	4
6. As coisas aqui parecem que estão sempre a mudar.	1	2	3	4
Sub – escala AMBIENTE MORAL GERAL				
1. Os utentes queixam-se muito.	1	2	3	4
2. Os utentes por vezes começam discussões.	1	2	3	4
3. Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros.	1	2	3	4
4. As pessoas aqui estão sempre a mudar a sua opinião.	1	2	3	4
5. Os utentes criticam-se muito uns aos outros.	1	2	3	4
6. Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui para passar o tempo.	1	2	3	4
7. Os funcionários criticam algumas vezes os utentes por coisas sem importância.	1	2	3	4

ESCALA DO AMBIENTE INTERIOR /ESTRUTURA

Por favor descreva as principais salas onde se desenrolam as actividades, de acordo com as seguintes áreas.

Indique apenas a resposta mais apropriada para cada item.

1. Áreas com janelas	
Muitas Janelas.	4
Número adequado de Janelas.	3
Poucas Janelas.	2
Sem Janelas.	1
2. Luz	
Excelente iluminação.	4
Boa iluminação.	3
Um pouco inadequada.	2
Muito inadequada.	1
3. Local Agradável	
Muito atractivo e agradável.	4
Razoavelmente atractivo e agradável.	3
Pouco atractivo e desconfortável.	2
Nada atractivo e muito desconfortável.	1
AMBIENTE INTERIOR / ESTRUTURA [Indicadores discretos: itens sem escala]	
1. Cheiros	
Odor fresco e agradável.	4
Sem cheiros.	3
Um pouco desagradáveis.	2
Muito desagradáveis.	1
2. Limpeza das paredes e chão [ou tapetes]	
Muito limpas.	4
Limpas.	3
Um pouco sujas.	2
Muito sujas.	1

ESCALA DE SERVIÇOS E ACTIVIDADES

Esta primeira secção é acerca dos serviços e das actividades. Por favor, diga se os seguintes serviços e actividades são proporcionados neste centro e se já os utilizou.

Depois diga qual o seu nível de satisfação acerca dos mesmos [muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito ou muito satisfeito].

Serviço ou Actividade	Este serviço ou actividade existem no Centro?			Já usou este serviço/ actividade?	Se sim, qual o nível de satisfação?
	Sim	Não	Não sei		
Sub-Escala SERVIÇOS DE SAÚDE					
1. Exames à visão.	1	2	3		
2. Exames auditivos.	1	2	3		
3. Consultas regulares marcadas com Médico.	1	2	3		
4. Dentista.	1	2	3		
Sub-Escala SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO					
1. Fisioterapia.	1	2	3		
2. Terapia da Fala.	1	2	3		
3. Terapia Ocupacional.	1	2	3		
Sub-Escala SERVIÇOS DE ANIMAÇÃO SOCIAL					
1. Artes e Ofícios [ex renda].	1	2	3		
2. Festas.	1	2	3		
3. Actividade Física.	1	2	3		
4. Programas Educacionais.	1	2	3		
5. Entretenimento [ex ver televisão].	1	2	3		
6. Serviços Religiosos/ Missas.	1	2	3		
7. Discussões em grupo.	1	2	3		
8. Saídas ao exterior.	1	2	3		
9. Actividades c/ crianças.	1	2	3		
10. Grupos de canto / Coro.	1	2	3		
11. Filmes /Cinema.	1	2	3		
Sub-Escala SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO					
1. Terapia de Grupo.	1	2	3		
2. Aconselhamento Individual.	1	2	3		

ESCALA DE SATISFAÇÃO GLOBAL

Vou ler-lhe algumas frases para as quais gostaria que indicasse se “discorda muito; discorda; concorda ou concorda muito”

Discordo Muito > DM = 1

Discordo > D = 2

Concordo > C = 3

Concordo Muito > CM = 4

Sub - escala UTENTES [cont.]	DM	D	C	CM
1. Vir para este centro faz-me sentir bem.	1	2	3	4
2. Alguns serviços neste centro podiam ser melhorados.	1	2	3	4
3. Os cuidados que recebo são bons.	1	2	3	4
4. Gosto da maioria das actividades neste centro.	1	2	3	4
5. Estou satisfeito[a] com os cuidados que recebo aqui.	1	2	3	4
6. Há alguns aspectos nos cuidados que recebo aqui que podiam ser melhores.	1	2	3	4

ESCALA DE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS

As próximas questões são acerca da alimentação servida neste centro. Por favor responda as questões que se seguem com um “sim” ou um “não”

Ementas [Indicadores discretos: itens sem escala]	Sim	Não
1. O almoço é fornecido a todos os utentes?	1	2
2. A ementa é afixada nas instalações ou é-lhe fornecida com antecedência?	1	2
3. Os lanches são fornecidos todos os dias?	1	2
4. A ementa é suficientemente variada?	1	2
5. Em geral, como é que considera o sabor da comida [leia as respostas]?		
Muito Bom		4
Bom		3
Razoável		2
Pobre		1

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
3. 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

6. Qual é a sua idade? _____ Anos

7. Quantos anos andou na escola? _____ Anos

Não frequentou.

Ensino Básico [1º, 2º, 3º Ciclo].	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
---------------------------------	----

8. Qual é o seu estado civil?

Casado[a].	1
------------	---

Separado[a].	2
--------------	---

Divorciado[a].	3
----------------	---

Viúvo[a].	
-----------	--

Solteiro[a].	5
--------------	---

9. [Fazer um círculo à volta do sexo do utente].

Masculino 1	Feminino 2
-------------	------------

10. 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!

ENTREVISTADOR – Se deixou alguma secção ou pergunta por fazer, por favor lembre-se de voltar atrás e completar o questionário [a não ser que o utente esteja muito cansado].

Protocolo Inválido por:

- a) Falta de capacidade de percepção das perguntas..... 1
- b) Problemas sensoriais..... 2
- c) Recusa por parte do utente..... 3
- d) Outras [especifique] 4