

PATRÍCIA ALEXANDRA DOS SANTOS GIL COSTA

**Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em
Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso -**

Orientadora: Professora Doutora Carla Sofia Rocha Silva

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de serviço social**

**Lisboa
2017**

PATRÍCIA ALEXANDRA DOS SANTOS GIL COSTA

**Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em
Centro de Dia**

- Entre a satisfação e a motivação do idoso -

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social em Gestão de Unidades Sociais de Bem-Estar conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 24 de Maio de 2018, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 181/2018, de 26 de Abril de 2018, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof.^a Doutora Carla Marina da Cunha Ribeirinho

Arguente:

Prof.^a Doutora Aida Lopes Bento Esteves Ferreira

Orientadora:

Prof.^a Doutora Carla Sofia Rocha Silva

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de serviço social**

Lisboa

2017

Epígrafe

*Ninguém poderá jamais aperfeiçoar-se,
se não tiver o mundo como mestre.
A experiência se adquire na prática.*

(William Shakespeare)

Dedicatória

Dedico o presente trabalho aos meus pais, Donzília e Acácio, pelo amor e o apoio e por me terem dado a oportunidade de evoluir no meu percurso académico.

Ao meu marido, Carlos, pela força, amor e companheirismo.

E aos meus colegas e amigos pela persistência, força e incentivo.

Agradecimentos

O presente trabalho não seria possível sem a disponibilidade de todos aqueles que ao longo destes últimos dois anos contribuíram, direta ou indiretamente, para a sua construção.

Nomear todos seria difícil e correria o risco de me trair na importância de cada um, não obstante, há alguns cuja presença se manifesta com maior intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual, neste sentido, expresso o meu agradecimento especial:

À Professora Doutora Carla Silva, minha orientadora, pelo apoio metodológico, pela colaboração e disponibilidade prestada ao longo desta investigação e aos demais Professores do curso de Mestrado sem nunca esquecer os que até aqui me conduziram.

Aos seniores que aceitaram participar neste estudo, pela forma simpática, afável e disponível como me receberam.

Agradeço aos Centros de Dia, são eles: Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe, Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira e Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo por me terem recebido e ajudado a concretizar este estudo, sem eles este estudo não era possível.

Aos meus pais, que lhes devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional dado em mais uma etapa da minha vida, por nunca terem desistido de mim e por sempre me encorajarem à conclusão deste trabalho.

Ao meu marido, por todo o estímulo, apoio e otimismo dado ao longo deste percurso.

A todos os meus colegas e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para o acabamento deste trabalho.

Resumo

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

A integração dos idosos nos centros de dia tornou-se uma alternativa à institucionalização, permitindo esta que o idoso possa continuar a habitar a sua casa, a manter o seu relacionamento com pessoas significativas, criando-se assim condições para a sua participação na vida da comunidade em que está inserido.

Assim, no âmbito deste estudo, pretendeu-se analisar a Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia. Os dados foram obtidos por inquérito por questionário através do qual procurámos saber o grau de satisfação dos idosos que frequentam o Centro de Dia.

A investigação incidiu sobre uma amostra de idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, sendo 6 de género masculino e 24 do género feminino dos Centros de Dia: Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe, Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira e Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo.

No âmbito desta investigação foi elaborado como instrumento de recolha de dados, o Questionário aos seniores nesses Centros de Dia, o qual constitui uma oportunidade de reflexão sobre o papel da resposta social.

Os resultados demonstram que a oferta de serviços da Instituição é adequada à promoção da QdV dos idosos com mais de 65 anos a frequentarem o Centro de Dia.

O presente estudo revelou também que, para este grupo de idosos em CD a resposta da Instituição é percebida como promotora de QdV.

Verificou-se que a QdV é uma dimensão essencialmente subjetiva, que tende a depender mais da perceção que o indivíduo possui acerca da mesma, do que de indicadores objetivos, tais como a saúde física e aspetos de natureza social.

PALAVRAS-CHAVE: Centro de Dia, Envelhecimento Ativo, Gestão, Idosos e Qualidade de vida

Abstract

As a result of demographic changes in the last decades, it shows that there is a double aging: the base and the top, hence the need for social responses.

The integration of the elderly in day centers has become an alternative to institutionalization, allowing the elderly to continue living in their homes, maintaining the relationship with significant people thereby creating conditions for their participation in the community life where they are placed.

The purpose of this study was to analyze the quality of life management of the elderly in day centers. The data were collected by questionnaire survey through which we look into to know the degree of satisfaction of the elderly who attend the day center.

The research was focused on a sample between the ages of 65 and 95, which 6 people were male and 24 were female, and 3 different day centers: Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe, Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira e Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo.

As part of this research I designed as a data collection tool a questionnaire to these senior on these day centers. The data obtained provide an opportunity to reflect the role of the social response of the day center.

The final result shows that the service offered by the institution is adequate to promote the QoF of elderly over 65 years old attending the day center. This study also shows that for this group of 65 years old in day centers, the institution's response is perceived as a promotor of QoF.

It has been verified that QoF is an essential subjective dimension, which tends to depend more of the individual perception about it rather than objective indicators such as physical health and social aspects.

KEYWORDS: Active aging, Day center, Elderly, Management and Quality of life

Índice de Siglas

AVD - Atividades de Vida Diária

CAD - Centro de Apoio a Dependentes

CD - Centro de Dia

CNAPTI - Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade

CSI - Complemento Solidário para Idosos

DGS - Direção Geral de Saúde

EA - Envelhecimento Ativo

FORHUM - Formação de Recursos Humanos

GUSBE – Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISO - International Organization for Standardization

MSESS - Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

NRAU - Novo Regime de Arrendamento Urbano

NU - Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

PARES - Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PNAI - Plano Nacional de Ação para a Inclusão

QDV - Qualidade de Vida

RSI - Rendimento Social de Inserção

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UE - União Europeia

Índice Geral

Epígrafe	III
Dedicatória	IV
Agradecimentos	V
Resumo.....	VI
Abstract	VII
Índice de Siglas	VIII
Índice Geral	IX
Índice de Figuras	XI
INTRODUÇÃO	1
1. Contextualização da Investigação	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Objeto da Investigação.....	1
1.3 Problemática	1
1.4 Metodologia da Investigação	2
1.5 Razões de Escolha do Tema	3
1.6 Percurso e Organização do Trabalho	4
CAPÍTULO I	5
1. ASPETOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO	5
1.1 Envelhecimento demográfico	5
1.2 Envelhecimento do ser Humano	8
1.2.1 Algumas Referências Históricas	8
1.3 A Situação do Envelhecimento Demográfico em Portugal	13
1.4 Envelhecimento Demográfico no Concelho de Lisboa.....	16
1.5 Dados Demográficos do Concelho de Lisboa	17
CAPÍTULO II	27
2. POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO PARA A POPULAÇÃO IDOSA	27
2.1 Envelhecimento Ativo	27
2.2. Políticas Sociais e Serviços de Apoio aos Idosos em Portugal.....	30
CAPÍTULO III	43
3. QUALIDADE DE VIDA	43
3.1 Perspetiva Histórica da Qualidade de Vida	43
3.2 Conceito (s) de Qualidade de Vida	44

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

3.3 Qualidade de Vida na População Idosa.....	46
3.4 Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida	50
CAPITULO IV	53
4. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE	53
4.1 Normas de Gestão da Qualidade	55
4.2 Gestão e Liderança	59
4.3 A Gestão da Qualidade nas Instituições.....	62
CAPITULO V	65
5. REDES DE SUPORTE FORMAL: O CENTRO DE DIA	65
5.1 Perspetiva Histórica dos Centros de Dia	65
5.2 Conceito de Centro de Dia	67
5.3 Motivação para a Utilização desta Resposta Social	69
CAPITULO VI	72
6. OBJETIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	72
6.1 Metodologia	72
6.2 Instrumentos de Investigação	73
6.3 População e Amostra	73
6.4 Estudo Psicométrico e Viabilidade do Questionário	74
6.5 Procedimentos de Investigação e Tratamento de Dados	77
CAPITULO VII	83
7. RESULTADOS DA PESQUISA.....	83
7.1 Apresentação e Interpretação dos Resultados	83
8. CONCLUSÕES FINAIS	93
8.1 Conclusões.....	93
8.2 Implicações, Limitações e Perspetivas do Estudo	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	97
APÊNDICES	I

Índice de Figuras

Figura 1 - População Ativa em Portugal, 2011	13
Figura 2 - Evolução da população residente em Portugal	14
Figura 3 - Densidade populacional por município	15
Figura 4 - Estrutura da população residente em Portugal	15
Figura 5 - Variação da população residente por NUTS II	16
Figura 6 - Índice de envelhecimento por NUTS II em 2011	17
Figura 7 – Mapa do concelho de Lisboa, 2017	18
Figura 8 – População residente com mais 65 anos por freguesia	19
Figura 9 – Número de idosos por Freguesia.	20
Figura 10 – Densidade populacional de idosos, por freguesia	21
Figura 11 – Índice de Envelhecimento, por freguesia	22
Figura 12 – Índice de Dependência de Idosos, por freguesia	23
Figura 13 – Distribuição equipamentos sociais para idosos	24
Figura 14 – Número médio utentes das valências SAD e CD/Convívio.	25
Figura 15 – Número médio de utentes de SAD, por freguesia	26
Figura 16 - Modelo de Qualidade de Vida de Lawton	49
Figura 17 - Determinantes do Envelhecimento Ativo	51
Figura 18 - Sistema Aberto	53
Figura 19 - Modelo de um SGQ baseado em Processos.	58
Figura 20 - Ciclo de Deming, PDCA “Plan-Do-Check-Act”	59
Figura 21 – Análise dos valores próprios, por screen plot	75
Figura 22 – Rotação e aplicação dos componentes principais	76
Figura 23 - Chi-Square Tests	81
Figura 24 - Satisfação vs Tempo de estadia do idoso no Centro de Dia	81
Figura 25 - Distribuição dos inquiridos por freguesia - Feminino	83
Figura 26 - Distribuição dos inquiridos por freguesia - Masculino	84
Figura 27 - Distribuição dos inquiridos por sexo	84
Figura 28 - Distribuição dos inquiridos por faixa etária	85
Figura 29 - Distribuição dos inquiridos por estado civil	85
Figura 30 - Distribuição dos inquiridos por nível de instrução	86
Figura 31 - Distribuição dos inquiridos por tempo de frequência de CD	86
Figura 32 - Distribuição dos inquiridos por motivos de frequência de CD	87
Figura 33 - Distribuição dos inquiridos por satisfação das Instalações do CD	87
Figura 34 – Distribuição dos inquiridos por classificação de Pessoal e Serviço - M	88
Figura 35 – Distribuição dos inquiridos por classificação de Pessoal e Serviço - F	89
Figura 36 - Distribuição dos inquiridos por classificação do Centro de Dia	90
Figura 37 - Distribuição dos inquiridos por atividades das Atividades - M	90

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

Figura 38 - Distribuição dos inquiridos por atividades das Atividades - F	91
Figura 39 - Distribuição dos inquiridos por atividades ainda a realizar	92

INTRODUÇÃO

1. Contextualização da Investigação

1.1 Tema

Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia vem dar título à presente Dissertação de Mestrado em Serviço Social – Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar.

1.2 Objeto da Investigação

Pretende-se perceber nesta investigação de cariz exploratório a existência da satisfação/motivação e a influência na Gestão da Qualidade de Vida na satisfação do idoso em Centro de Dia.

1.3 Problemática

O envelhecimento tem sido analisado sob duas grandes perspetivas: a individual e a demográfica. A nível individual, o envelhecimento assenta na longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Subjacente a este conceito está o envelhecimento biológico, que na comunidade médica geralmente se define como, a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo conduzido, conseqüentemente, a um aumento gradual de determinadas patologias crónico-degenerativas, que podem precipitar a incapacidade ou a fim da vida.

Ainda neste contexto, podem verificar-se alterações a nível psicológico, dado que os idosos estão também sujeitos a problemas externos, podendo estes desencadear perturbações mentais ou comportamentais.

O envelhecimento demográfico, por seu turno, entendido como o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), as projeções das Nações Unidas (NU) para a população mundial referem que, a proporção de jovens continua a diminuir alcançando os 21% do total da população em 2050. Contrariamente, a proporção da população com 65 anos ou mais tende a crescer, aumentando para os 15,6% no mesmo ano. Este aumento resulta da transição demográfica, definida como passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevadas, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da

base da pirâmide de ideias, com redução dos efetivos populacionais jovens, e do alargamento do topo, com o aparecimento de efetivos populacionais idosos.

“O crescimento populacional dos idosos é decorrente das conquistas tecnológicas e da medicina moderna, que produziram ao longo dos últimos anos, meios que tornaram possível prevenir, diagnosticar e curar muitas patologias fatais no passado, aumentando assim a esperança de vida, e consequentemente, reduzir a taxa de mortalidade verificada na maioria dos países, principalmente daqueles considerados subdesenvolvidos. Aliado a este fator temos a redução das taxas de natalidade e a queda da mortalidade infantil, conduzindo a um aumento da proporção de adultos” (Imaginário, 2008, p10).

O crescimento do número de idosos “sobretudo nos países desenvolvidos pôs em evidência a problemática relacionada com a velhice, tanto do ponto de vista médico, quanto socioeconómico” (Idem, p11). A questão ganhou assim, nova relevância entre as preocupações dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos, aparecendo como um dos desafios mais importantes do século XXI. Atendendo a esta pertinência, este tema tem vindo nos últimos anos a tornar-se um grande problema social, em grande medida, devido à evolução sociodemográfica, a que se assiste no mundo ocidental. Parece importante estudar o envelhecimento e a sua influência na qualidade de vida (QDV), contribuindo para uma avaliação das políticas sociais e da atuação junto dos idosos, no campo da gerontologia social em ordem a um envelhecimento bem-sucedido.

1.4 Metodologia da Investigação

A definição da metodologia encontra-se diretamente relacionada com a questão orientadora e com os objetivos da investigação, neste sentido optou-se por um estudo Quantitativo de base compreensiva, onde se privilegia o contato direto com os idosos em CD, por meio de questionários, que serão o grande mote para a execução e pesquisa que pretendemos efectuar. A estratégia metodológica, consistiu primeiramente numa pesquisa exploratória acerca da temática, permitindo deste modo ampliar o conhecimento.

Neste âmbito, foi crucial o levantamento de dados em fontes secundárias, nomeadamente recorrendo a literatura específica relativa ao tema de pesquisa e através de pesquisa na internet. Com base em todos esses elementos, foi possível iniciar a investigação e identificar um conjunto de hipóteses que agora apresentamos:

H1: A satisfação do idoso é influenciada pelas atividades do CD;

H2: A satisfação em relação as instalações é influenciada pelo seu nível de instrução;

H3: O tempo do idoso na Instituição esta relacionado com a satisfação do idoso.

A utilização dos questionários incide sobre a QDV do idoso em Centro de Dia no Concelho de Lisboa. Este estudo foi realizado em Portugal, no distrito de Lisboa: a qualidade de vida do Idoso em Centro de Dia. Para a concretização deste trabalho foi selecionado das 25 Freguesias, ou seja, 68 Centros de Dia do Concelho de Lisboa e após várias tentativas, tanto pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, como por fora da misericórdia de Lisboa, apenas se conseguiu obter resposta positiva 3 Centros de Dia, são eles: Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe, Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira e Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo.

A população do estudo tem idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, sendo 6 de género masculino e 24 do género feminino. Neste caso tratou-se de uma amostra não probabilística, uma vez que foi utilizada uma amostra de conveniência.

Previamente à aplicação dos instrumentos, todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a natureza e os objetivos da investigação, métodos e meios pelos quais seria conduzida, confidencialidade e anonimato dos dados, solicitando a sua participação no estudo.

1.5 Razões de Escolha do Tema

A escolha surgiu pelas experiencias anteriores no âmbito da Licenciatura em Serviço Social e profissionalmente ser uma área que quero prosseguir de futuro.

A sua pertinência deve-se a consequência direta do envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos em geral, e em Portugal, de modo particular, transformando num problema social impossível de camuflar. Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais.

A nível académico e científico a presente investigação pretende aumentar o conhecimento, compreender e conhecer melhor o fenómeno do envelhecimento em particular, a importância do CD como resposta à promoção da Qdv da população idosa.

1.6 Percurso e Organização do Trabalho

A organização do trabalho apresenta uma estrutura de 7 capítulos, que se pretende que seja o mais esclarecedora possível.

Esta investigação surge no âmbito do Mestrado de Serviço Social de GUSBE tendo como suporte inicial as unidades curriculares e os respetivos trabalhos de avaliação bem como o projeto de investigação.

A pesquisa de autores fundamentais relativamente aos temas abordados neste trabalho foi sendo realizada paralelamente às disciplinas curriculares.

Assim, o primeiro capítulo consiste numa abordagem aos conceitos e à temática do envelhecimento da população e são também referidas as projeções demográficas em Portugal, algumas referências históricas e a situação do envelhecimento demográfico no Concelho de Lisboa.

No segundo, terceiro, quarto e quinto capítulo, resultado da revisão bibliográfica levada a cabo, apresentamos cinco grandes temas, a saber: Envelhecimento Ativo; Políticas sociais e serviços de apoio aos idosos em Portugal (II); Qualidade de Vida (III); Sistemas de Gestão da Qualidade (IV); Redes de Suporte Formal: O Centro de Dia (V), estes constituem e suportam o presente estudo, constituindo desta forma a sua fundamentação teórica.

No sexto capítulo, apresentamos os aspetos metodológicos do presente trabalho. Fazemos a descrição e caracterização da metodologia utilizada, procedemos à delimitação do universo e seleção da amostra em estudo e por fim, descrevemos os instrumentos utilizados.

No Sétimo e último capítulo apresenta os resultados da análise do campo empírico em estudo, realizada do material recolhido, articulando-a com uma síntese explicativa. Por fim, apresenta-se as conclusões do estudo que integra as seções de considerações finais, limitações da investigação e sugestões para investigação futura.

CAPITULO I

Na primeira parte deste trabalho consiste numa abordagem aos conceitos e à temática do envelhecimento da população e são também referidas as projeções demográficas em Portugal, algumas referências históricas e a situação do envelhecimento demográfico no Concelho de Lisboa.

1. ASPETOS DEMOGRÁFICOS DO ENVELHECIMENTO

1.1 Envelhecimento demográfico

Segundo Carrilho o envelhecimento demográfico define-se “a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas” (Carrilho, 2007, p. 24).

Neste âmbito, o envelhecimento está associado ao declínio da fertilidade, à diminuição da natalidade e ao aumento da longevidade, e à consequente modificação da estrutura da população jovem, adulta e idosa.

Enquanto abordagem teórica, o envelhecimento demográfico, defende Carrilho, “assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos” (Carrilho, 2007, p. 24). O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento do número de pessoas idosas com 65 e mais anos no total da população. O fenómeno do envelhecimento demográfico ou populacional atinge atualmente todos os países.

Envelhecimento Mundial

A nível mundial surge como um dos grandes desafios do século XXI. No entanto, foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que as sociedades, principalmente as europeias, começaram a confrontar-se com o que classificamos de “duplo envelhecimento” (na “base” e no “topo” da pirâmide etária) (Nazareth, 1988; Fernandes, 1997). Contudo, o envelhecimento demográfico depressa adquiriu uma dimensão de proporções mundiais, embora com intensidades diferentes consoante as regiões e os países. O problema coloca-se

de forma mais urgente nos países desenvolvidos, mas atingirá também os países emergentes por volta de meados do presente século. Segundo dados disponibilizados pelas Nações Unidas, a idade média da população no mundo e na Europa passou respetivamente de 24 anos e 30 anos, em meados do século XX, para 29 anos e 40 anos, em 2010, podendo atingir, em 2050, os 38 anos no mundo e 47 anos na Europa. No caso de Portugal, essa evolução foi ainda mais significativa do que na Europa, passando a idade média da população de 26 anos, em 1950, para 38 anos, em 2000, situando-se atualmente, em termos globais, nos 41,8 anos, contra os 39 de 2001. Segundo previsões das Nações Unidas a idade média da população pode chegar aos 50 anos em 2050. O Instituto Nacional de Estatística (INE) registou igualmente um decréscimo para os 15% da população jovem, sendo que, numa década, se perdeu população em todos os grupos etários até aos 29 anos e que, no grupo entre os 0 e 14 anos de idade, os valores registados são ligeiramente superiores a 1,5 milhões de habitantes. Segundo ainda projeções do INE, em 2060 a proporção de jovens (menos de 15 anos) reduzir-se-á dos atuais 15% para 11,9% da população, enquanto a proporção das pessoas com mais de 65 anos passará de 17,4% para 32,3% da população total. Estas tendências são praticamente irreversíveis e os fluxos migratórios¹ são somente uma solução de curto prazo que não altera, de forma substancial, este processo.

Envelhecimento em Portugal

Partindo de uma população menos envelhecida do que a média da UE27 ainda nos anos 80, Portugal é, atualmente, um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal do mundo. Estas alterações profundas do perfil etário da população deram-se fundamentalmente nas décadas mais recentes, pelo que a distância que separa a população portuguesa de hoje do que foi há cinco décadas é colossal.

Em vez de um aumento da longevidade humana, o que se verifica é que são cada vez mais as pessoas que conseguem atingir as idades avançadas, levando ao reforço do número de pessoas idosas. As estatísticas evidenciam que, no início dos anos 40, menos de metade (46%) dos indivíduos atingiam, em Portugal, os 65 anos, atualmente, a quase totalidade (87%) atinge essa idade. Dados definitivos dos Censos 2011 revelam que quase 20% da população residente em Portugal é idosa, ou seja, existem mais de dois milhões de pessoas com 65 anos ou mais a viver no país.

¹ Saída de jovens à procura de melhores condições de vida, ficando os mais idosos para trás e por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem.

Como se pode observar, o design social tem vindo a alterar emergindo uma nova realidade social. Esta está diretamente relacionada em termos demográficos, com o envelhecimento populacional, no qual os indivíduos estão numa curva descendente do seu desenvolvimento.

A longevidade remete-nos para uma problemática que impera perante toda a comunidade científica e política, no sentido de otimizar o envelhecimento humano, de forma a ser encarado como positivo, ativo e de qualidade.

O crescente número de pessoas com mais de 65 anos (consideradas seniores) é um fenómeno à escala global, sobretudo nos países mais desenvolvidos, fruto dos constantes avanços na medicina, da tecnologia e das condições de vida de trabalho.

É um fenómeno de duplo envelhecimento, onde a par do crescimento do número de pessoas idosas e a viver até mais tarde, assiste-se ao decréscimo da taxa de natalidade, refletido nos resultados dos Censos 2011 (INE, 2011). Há 30 anos, em 1981, cerca de $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11.4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com mais de 65 anos). 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 (Paúl & Ribeiro, 2012).

Na última década de intervalo entre os dois grandes estudos da população portuguesa, 2001 e 2011, assiste-se a uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem na idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5.1% e 22.5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19.4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5.3%.

Portugal não é caso único, dados estatísticos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) informam que na Europa, no ano 2025, as pessoas idosas constituirão previsivelmente cerca de 25% do total da população.

1.2 Envelhecimento do ser Humano

1.2.1 Algumas Referências Históricas

O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão do ser humano. Desde o início da civilização, que o processo de envelhecimento é uma das preocupações da humanidade.

Ao longo do tempo, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante o idoso têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de conhecimento sobre fisiologia e anatomia humana e, por outro, a cultura e as relações sociais de cada época.

Nos tempos pré-históricos, o número de indivíduos idosos não era elevado. Com o surgimento da sedentarização, o aparecimento da agricultura, o desenvolvimento das cidades e das sociedades estruturadas, o número de idosos aumentou significativamente.

As lutas, a fome por carência, as doenças e o modo de vida dos caçadores recolectores não favoreciam a longevidade dos indivíduos daquela época, isto porque, os sistemas de defesa contra os animais, e mesmo contra as condições ambientais, eram bastante reduzidos. Consequências disso, os indivíduos de idade avançada, cujos reflexos e a rapidez de reação se encontravam em declínio, não sobreviviam. Assim sendo, as sociedades sedentárias favoreciam os idosos.

A escassez de idosos era um facto, e os que chegavam a atingir a velhice, por serem poucos, tinham um valor especial, um triunfo sobre os seus congéneres por conseguirem viver tanto tempo. Este fenómeno era considerado sobrenatural, e obtido por proteção divina.

No século XVI começaram a aparecer os primeiros trabalhos científicos acerca do envelhecimento humano, com representantes como Bacon, Descartes e Benjamim Franklin que acreditavam ser apenas o desenvolvimento de métodos científicos eficaz para ‘vencer’ as transformações da velhice.²

Durante a Idade Média e até ao século XVIII, os idosos eram diminutos em relação aos jovens. Só os nobres e os sacerdotes tinham uma maior longevidade, já que viviam dentro dos mosteiros, protegidos do mundo e com um nível de vida superior ao resto dos homens, que viviam em condições de vida muitas vezes precárias e apresentavam fragilidades perante as doenças.

² Francis Bacon (1561-1626) escreveu “A História Natural da Vida e da Morte e a Prolongação da Vida”, defendendo a ideia de que um espírito jovem inserido em um corpo velho faria regredir a evolução da natureza. Benjamim (1745-1813) por sua vez é o primeiro a dizer que são as doenças responsáveis pela morte e não o envelhecimento – que não é doença. (Azevedo citado por Araújo & Carvalho, 2005).

Durante o Renascimento e a Idade Moderna a situação dos idosos melhorou, mantendo-se a relação situação social e a riqueza acumulada.

Com o início do capitalismo e século XIX, durante a Revolução Industrial, o idoso fica sujeito a cuidados da família e igreja.

A transição do século XIX para o século XX caracterizou-se por grandes progressos na ciência. Relativamente ao estudo sobre o envelhecimento, este foi efetuado já no período pós-guerra nos Estados Unidos e na Europa. Mas é na década de 20, e de acordo com Ramos (2001), que surge a primeira preocupação com a temática do envelhecimento, através dos trabalhos de Miles, na Universidade de Stanford, na Califórnia, os quais consistiam na investigação fundamental sobre a performance motora.

É durante os anos 40, num contexto de pós-guerra e de reconstrução económica, que se verifica na Inglaterra um interesse crescente pelo estudo do envelhecimento.

O século XX marcou definitivamente a importância deste estudo, fruto da natural tendência de crescimento, do interesse nas pesquisas e estudos sobre a temática, ou seja, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento deste campo.

Foi também neste século, que surgiu uma nova especialidade, a gerontologia, “denominação obtida a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo)” com o sucessor de Pasteur, Eli Metchnikoff. (Netto, 2006, p.2). Este autor previu que esta área de estudo seria um dos ramos mais importantes da ciência, em virtude das modificações que ocorrem do decurso do último período de vida humana.

O envelhecimento tornou-se então o fenómeno mais relevante do século XXI, e um dos principais problemas das sociedades contemporâneas, pois os países, quer desenvolvidos quer em desenvolvimento têm vindo a deparar com este problema. O número de idosos tem vindo a aumentar substancialmente.

De acordo com Vargas (1983), o processo de envelhecimento tem sobretudo uma dimensão existencial e, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história, revestindo-se não só de características bio-psíquicas, como também, sociais e culturais.

O envelhecimento começa logo desde a fecundação, dado que aí se dá a morte de inúmeras células. Trata-se de uma parte natural do ciclo de vida, por enquanto inevitável. É programado geneticamente e comum a todos os seres vivos, porém não ocorre no organismo de forma

homogénea. Há sistemas e funções que degeneram rapidamente, enquanto outros, se mantêm estabilizados. É, portanto, um fenómeno intrínseco.

O envelhecimento faz assim parte da lei universal de vida, na qual se insere o ciclo biológico do nascimento, crescimento/desenvolvimento e morte. Podemos defini-lo como um processo de diminuição orgânica e funcional, não resultante de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significa isto que, o envelhecimento não é em si uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela. O envelhecimento não deve ser observado como algo estático ou compartimentado, mas encarado como resultado de um jogo de forças em que o Homem, unidade mente/corpo, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais.

Vários pensadores, ao longo dos tempos, definiam o conceito em múltiplas perspetivas.

Na definição de Robert Ladislav, o envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manterem num estado funcional igual e inalterado, e define-o (“...”) como a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente” (Ladislav, 1995, p.31).

Berger (1995) porém considera que o envelhecimento não deve ser sinónimo de doença, embora possa ser agravado e acelerado ou até estar associado a ela.

O envelhecimento é tido como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, reduzindo a capacidade de fazer frente ao *stress* do meio ambiente e, portanto, aumenta a sua possibilidade de morte. Perante esta definição, o envelhecimento pode ser entendido como um processo lento, progressivo, universal caracterizado por uma hipofuncionalidade somática, que atinge as estruturas do organismo e limita progressivamente a atividade do ser humano, tornando o indivíduo menos capaz de desenvolver por si só todas as atividades de vida diária (AVD), mas que varia de indivíduo para indivíduo, e de meio para meio. A perda de memória para acontecimentos recentes e para a aprendizagem de novas tarefas é refletida por grande parte dos idosos, enquanto a capacidade verbal declina geralmente mais lentamente.

No dizer de Fonseca (2006), o envelhecimento é um processo bio-psico-social de cariz individual e único, mesmo que as necessidades básicas sejam idênticas. Logo, o envelhecimento nunca poderá ser explicado, sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhes estão inerentes.

De acordo com Birren & Schroots³ menciona que o processo de envelhecimento é composto por três componentes:

- “uma componente *biológica*, também designada de Senescência, que reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer”, nesta verifica-se também uma diminuição da capacidade de regeneração celular, o que conduz ao envelhecimento dos tecidos,
- “uma componente *social*, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade, para este nível etário,
- uma componente *psicológica*, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência” (Fonseca, 2006, p.55-56).

O processo de envelhecimento pode apresentar diferentes características, dada a essência individual e única, processando-se de maneira diferente de indivíduo para indivíduo, de célula para célula, de tecido para tecido, de órgão para órgão e de aparelho para aparelho. É variável de sociedade para sociedade, de época para época, estando, portanto, ligado a um momento histórico, ou seja, é variável nas formas, nos ritmos, nos efeitos, nas reações que provoca.

O envelhecimento pode ser encarado de modo diferente, apresentando aspetos positivos e negativos, de acordo com a personalidade do indivíduo.

Apesar de ser um processo normal, o envelhecimento nem sempre foi bem compreendido, como refere Cavanaugh⁴ citado por Fonseca (2006). Ao longo do tempo têm surgido mitos a ele associados, tais como, muitas crenças e falsas concepções. Muitos mitos continuam a sobreviver, nomeadamente os que associam os idosos a seres incompetentes, decrepitos e assexuados. Estes mitos acerca do envelhecimento conduziram à formação de estereótipos negativos das pessoas idosas, podendo resultar em idadismo, uma forma de discriminação das pessoas, baseada simplesmente na idade que apresentam.

Os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação social, unicamente pela sua idade cronológica, que é definida apenas pela idade e não pelas capacidades pessoais de cada indivíduo. O idadismo “(...) começa em casa, no seio da família, na forma como os mais velhos vão sendo “codificados”, mais ou menos conscientemente, pelos familiares mais novos (“até o avô pode ir...), estendendo-se a toda a sociedade, umas vezes através do preconceito (feito de estereótipos), outras vezes através da discriminação (atitude mais grave, carregada de hostilidade)” (Cavanaugh, 1997, citado por Fonseca, 2006).

³ (Birren & Schroots, 1996, citado por Fonseca, 2006, p.55-56.

⁴ Cavanaugh, 1997, citado por Fonseca, 2006.

Convém não confundir envelhecimento com velhice. A velhice caracteriza-se de um modo diáfano e a partir de uma certa idade. Determinadas características são muito gerais (a evolução das células e a dificuldade crescente de adaptação) e outras dizem respeito a cada um dos órgãos do corpo – olhos, coração, rim e todos os outros. Todavia, não é tanto o estado de cada órgão que é preciso ter em consideração, mas sobretudo, o funcionamento geral, o modo como utilizamos o nosso corpo, mais importante que a qualidade deste.

A velhice faz parte do destino biológico do ser humano, embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início. O conceito de velhice, para alguns autores, é o fruto da civilização contemporânea, e definiram-no como sendo um processo desfavorável e progressivo de mudança, de um modo geral associado à passagem do tempo, o que se torna perceptível depois da maturidade e conclui-se, invariavelmente, com a morte.

O significado social da velhice é então definido a nível cultural e histórico, de acordo com uma determinada conjuntura. Podemos dizer que, o envelhecimento é um problema social e não um “problema dos velhos”.

1.3 A Situação do Envelhecimento Demográfico em Portugal

Os resultados provisórios dos Censos 2011, referenciados ao dia 21 de março de 2011, indicaram que a população residente em Portugal era de 10 561 614 habitantes, o que significa que, nos últimos dez anos, a população aumentou cerca de 2%. O crescimento demográfico registado nesta década foi, todavia, inferior ao da década passada, que foi de cerca de 5% (INE, 2011)

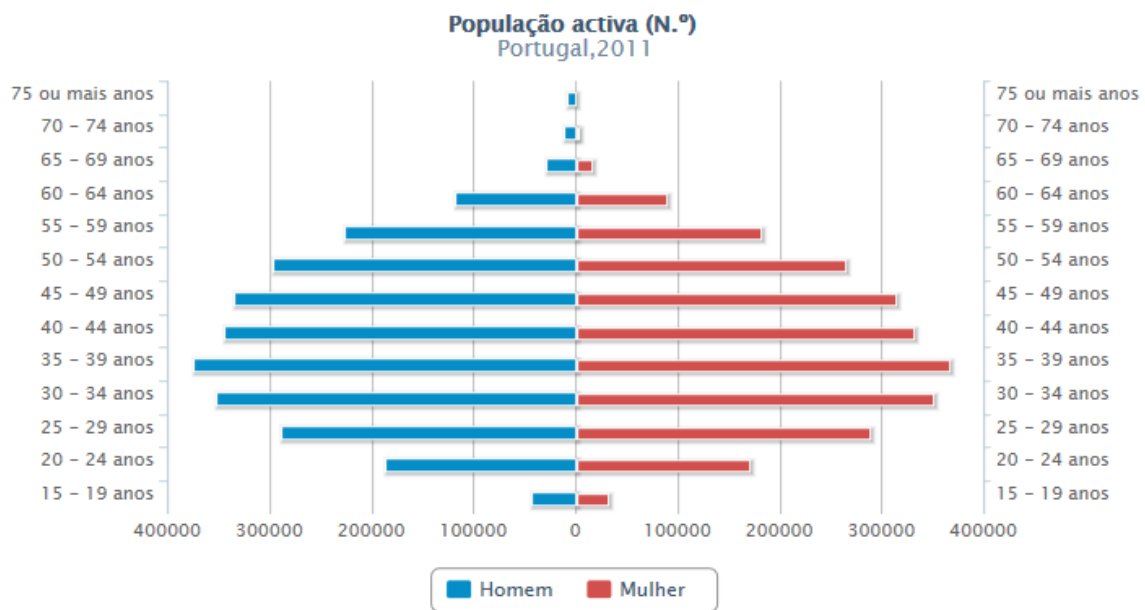


Figura 1 – População Ativa em Portugal, 2011.
Fonte – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011

Em Portugal a pirâmide etária confirma o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa).

Como podemos verificar na figura da evolução da população com uma estimativa até os anos 2100, a população em Portugal vai diminuir, contudo a população idosa continuara a ser em maior número. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa. Portugal perdeu população em todos os grupos etários (quinquenais) entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26%.

Evolução da população residente em Portugal, 1981-2011

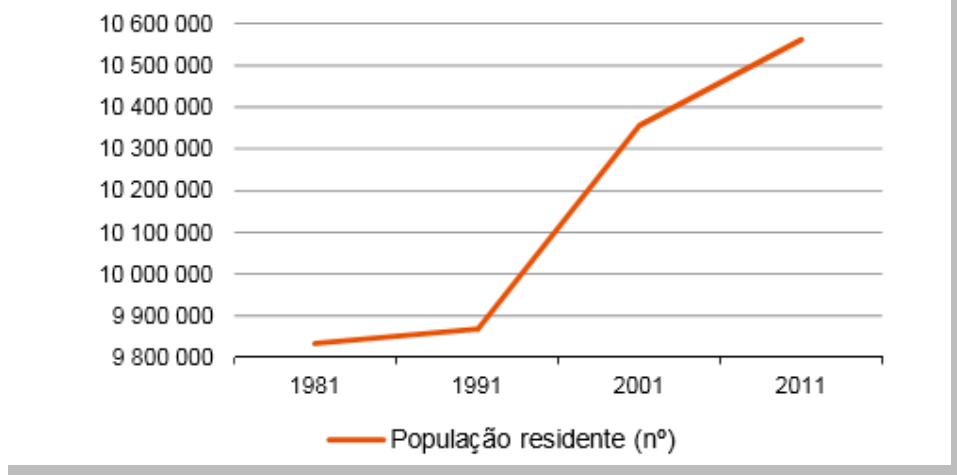


Figura 2 - Evolução da população residente em Portugal, 1981-2011.
Fonte – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011, adaptado

Ao analisarmos os dados com maior rigor verificamos que o Alentejo e a região centro registaram um decréscimo no número de habitantes, a região Norte mantém a mesma população da última década e as restantes regiões, onde se destacam o Algarve e a região autónoma da Madeira registaram um maior acréscimo na população.

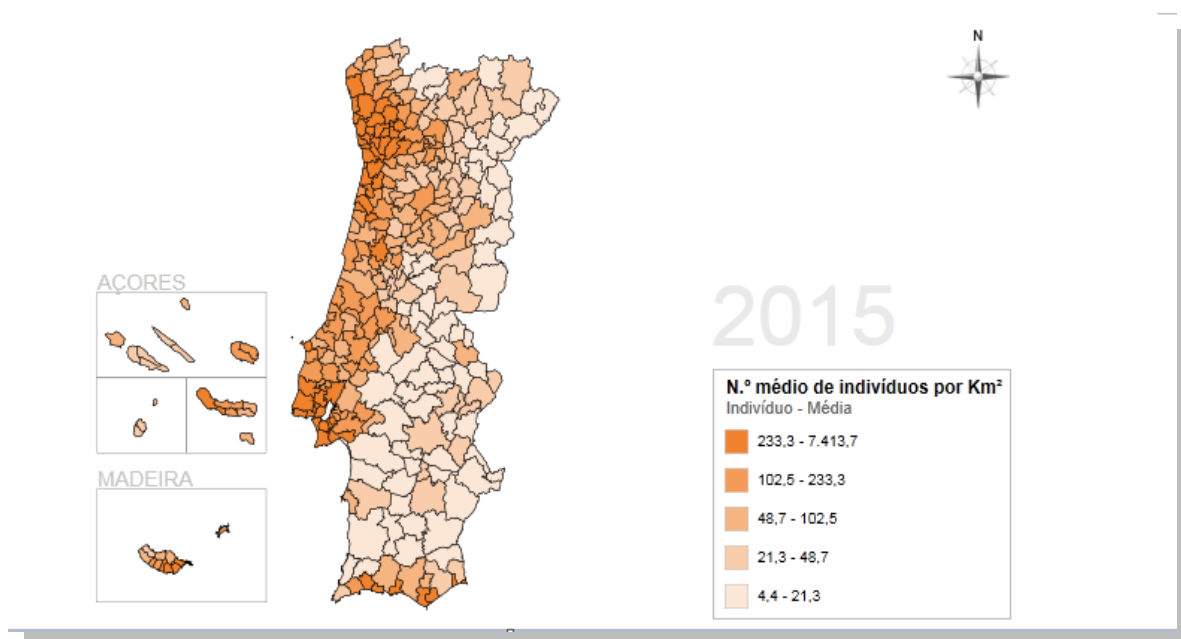


Figura 3 - Densidade populacional por município
Fonte – Segundo os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011, adaptado

É ainda possível apurar que os concelhos do interior continuam a perder população em detrimento dos concelhos do litoral. Podemos constatar também que em 2001, 171 municípios perderam população e em 2011 este valor sobe para 198 municípios, de referir ainda que em 2013 a alteração da configuração territorial decorrente da reorganização administrativa do território das freguesias que resultou na criação da freguesia do Parque das Nações no município de Lisboa, sendo uma parte do território proveniente do município de Loures.

Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011

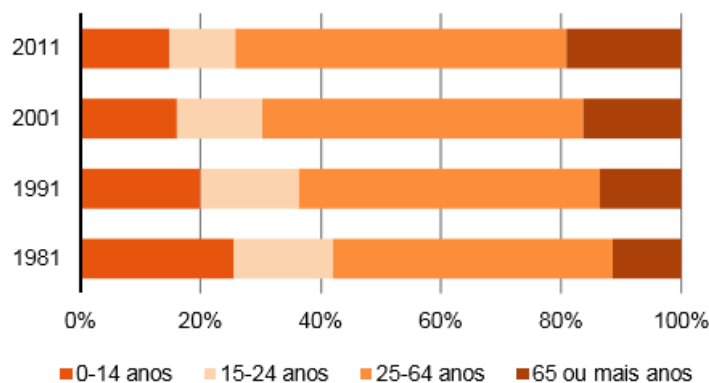


Figura 4 - Estrutura da população residente em Portugal, por grupos etários, em 1981, 1991, 2001, 2011.
Fonte – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011, adaptado

1.4 Envelhecimento Demográfico no Concelho de Lisboa

O êxodo rural para os centros urbanos, em busca de melhores condições de vida e a ocupação dos solos predominantemente agrícolas levou, em grande parte, ao aumento da população residente no Concelho de Lisboa.

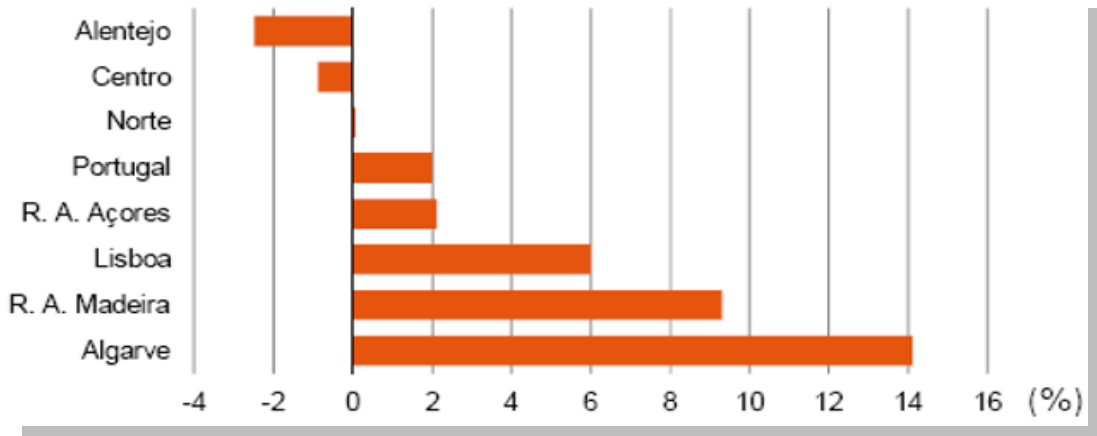


Figura 5 - Variação da população residente por NUTS II, 2001 – 2011.
Fonte – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011, adaptado

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio – económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida.

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior.

O índice de envelhecimento⁵ da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45.

⁵ Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos

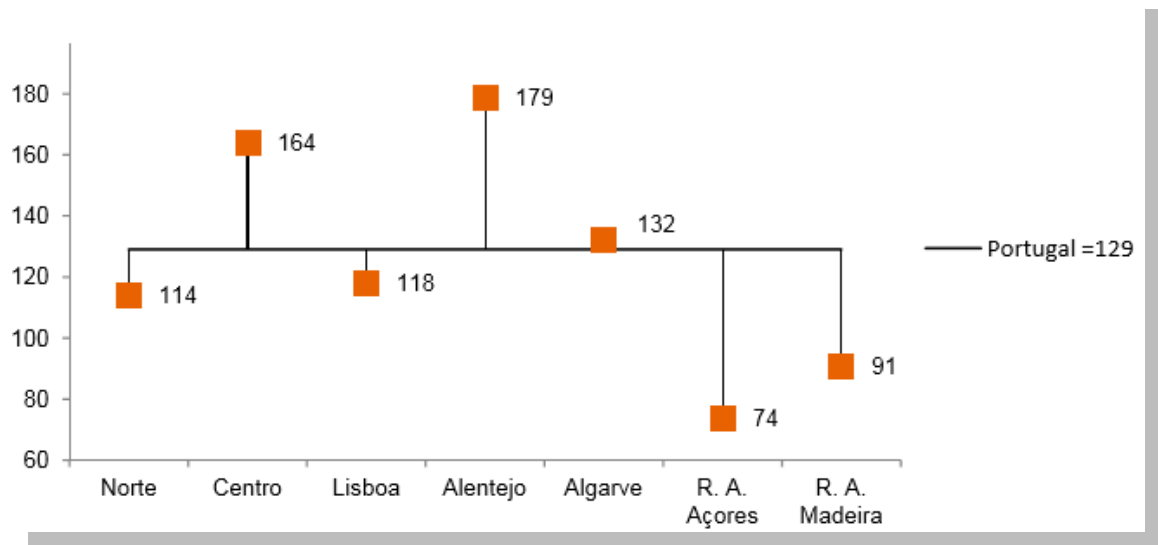


Figura 6 - Índice de envelhecimento por NUTS II em 2011
Fonte – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011, adaptado

O peso da população envelhecida, na estrutura etária da região, tem vindo a acentuar-se ao longo da última década, em consequência do aumento da esperança média de vida e da manutenção de níveis de fecundidade, abaixo do limiar de substituição de gerações.

1.5 Dados Demográficos do Concelho de Lisboa

De acordo com a informação disponível acerca da distribuição e caracterização da população idosa na cidade de Lisboa no decénio 2001-2011 assistir-se-á a uma redução do efetivo populacional de idosos, acompanhando a tendência de decréscimo da população geral, registada no Concelho nas duas décadas anteriores. Esta situação de decréscimo da população idosa poderá vir a assumir uma importância relativa maior nas freguesias da área Centro-Sul da Cidade. (Censos, 2011)



Figura 7 – Mapa do concelho de Lisboa, 2017 –
Fonte: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2017, adaptado

Segundo a Câmara Municipal de Lisboa e o Diagnóstico Social do Concelho, Lisboa está dividida em 24 Freguesias, são elas: Ajuda - Alcântara - Alvalade - Areeiro - Arroios - Avenidas Novas - Beato - Belém - Benfica - Campo de Ourique - Campolide - Carnide - Estrela - Lumiar - Marvila - Misericórdia - Olivaís - Parque das Nações - Penha de França - Santa Clara - Santa Maria Maior - Santo António - São Domingos de Benfica - São Vicente.

A Área do concelho é de 100,05 km², N^o de Habitantes: 547 733 (2011) sendo 45,82% do sexo masculino e 54,18% do sexo feminino. As cerca de 244.271 famílias espalham-se por 323.981 alojamentos. Relativamente a população idosa, são um total de 18,4% e tendo vindo sempre a aumentar desde 1981.⁶

⁶ Fonte – Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011.

População Residente com 65 e mais anos, por freguesia, 2011

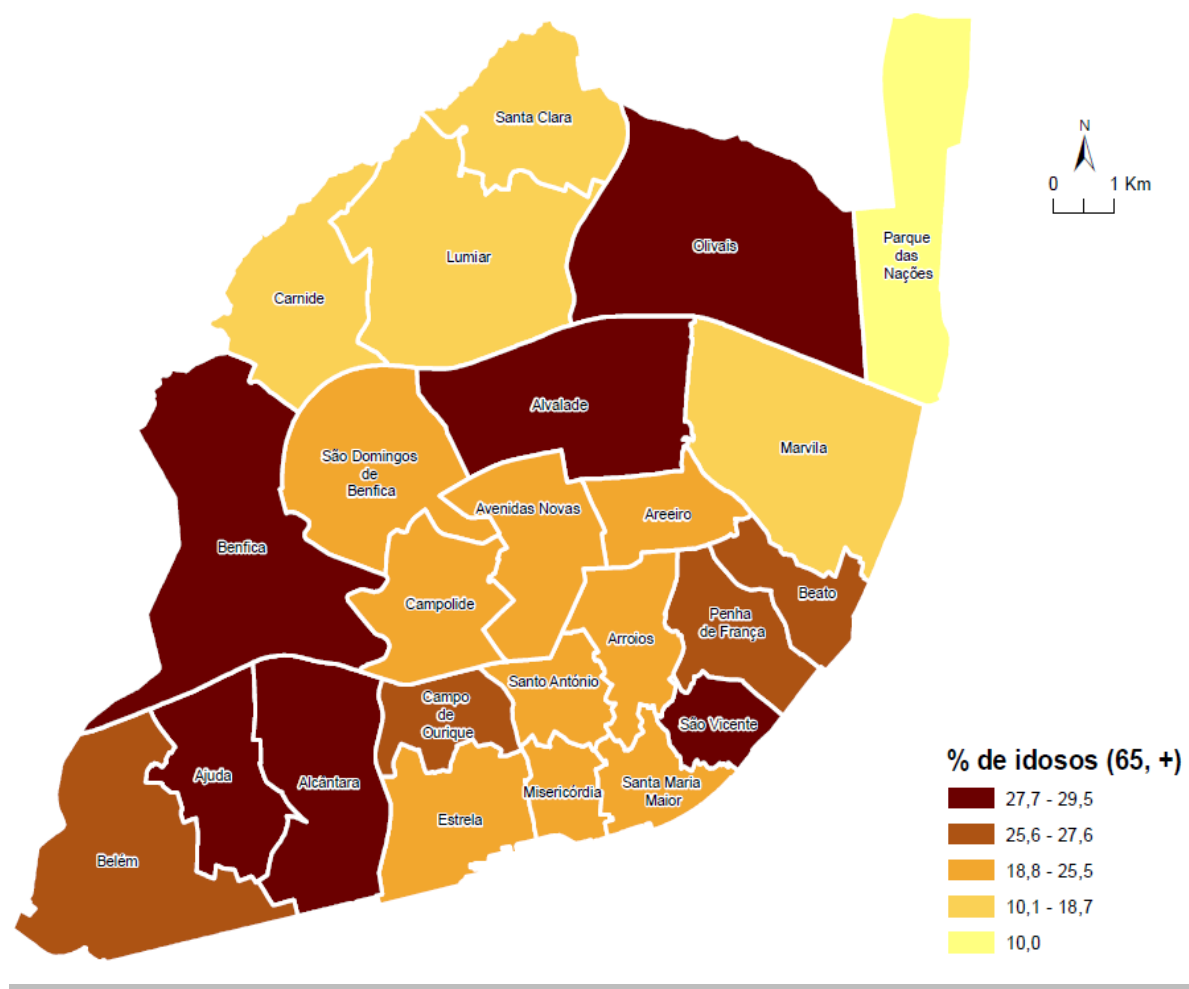


Figura 8 – População Residente com 65 e mais anos, por freguesia, 2011
Fonte: INE, Censos Gerais da População e da Habitação - resultados definitivos, 2011.

Número de idosos face ao total de população residente (expresso em %) e relativamente a População Residente com 65 e mais anos verifica-se que existe maior percentagem nas freguesias de Ajuda, Alcântara, Alvalade, Benfica, São Vicente e Olivaís.

Número de idosos, por freguesia, 2011

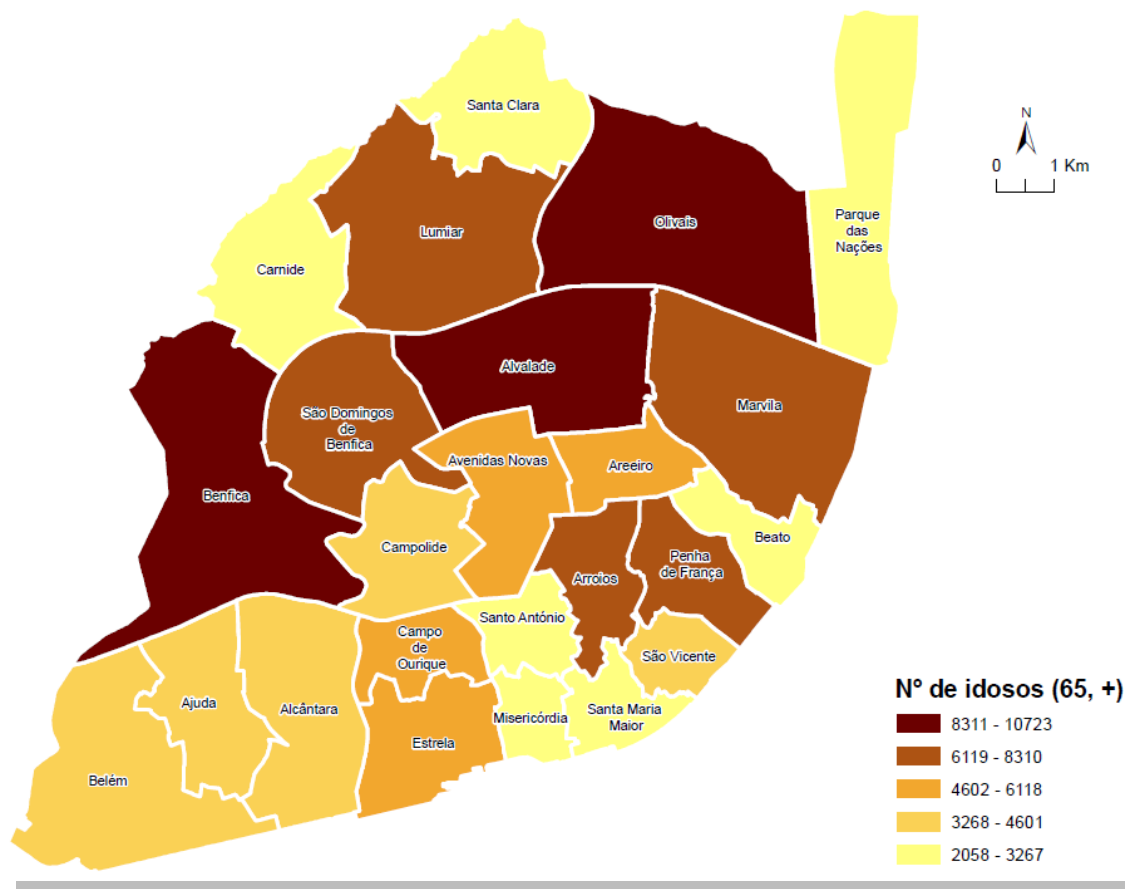


Figura 9 – Número de idosos, por freguesia, 2011
Fonte: INE, Censos Gerais da População e da Habitação - resultados definitivos, 2011.

O maior número de idosos é entre 8311 e 10723 e existe nas freguesias de Alvalade, Benfica e Olivais.

Densidade Populacional de idosos, por freguesia, 2011

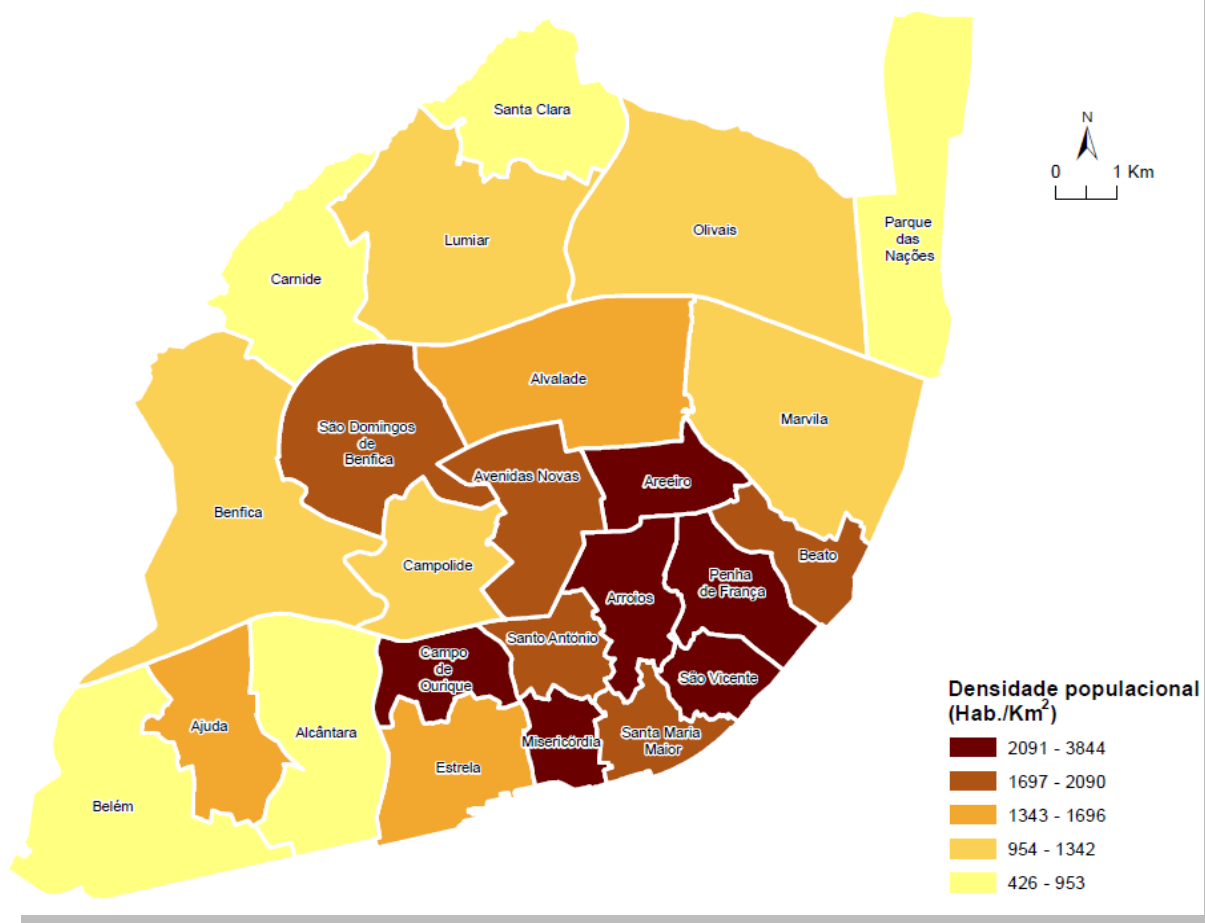


Figura 10 – Densidade Populacional de idosos, por freguesia, 2011
Fonte: INE, Censos Gerais da População e da Habitação - resultados definitivos, 2011.

O N° de idosos por km2 verifica-se mais acentuado nas freguesias de Areeiro, Arroios, Campo de Ourique, Misericórdia, Penha de França e São Vicente e daí existir uma maior densidade populacional de idosos nessas freguesias.

Índice de envelhecimento, por freguesia, 2011

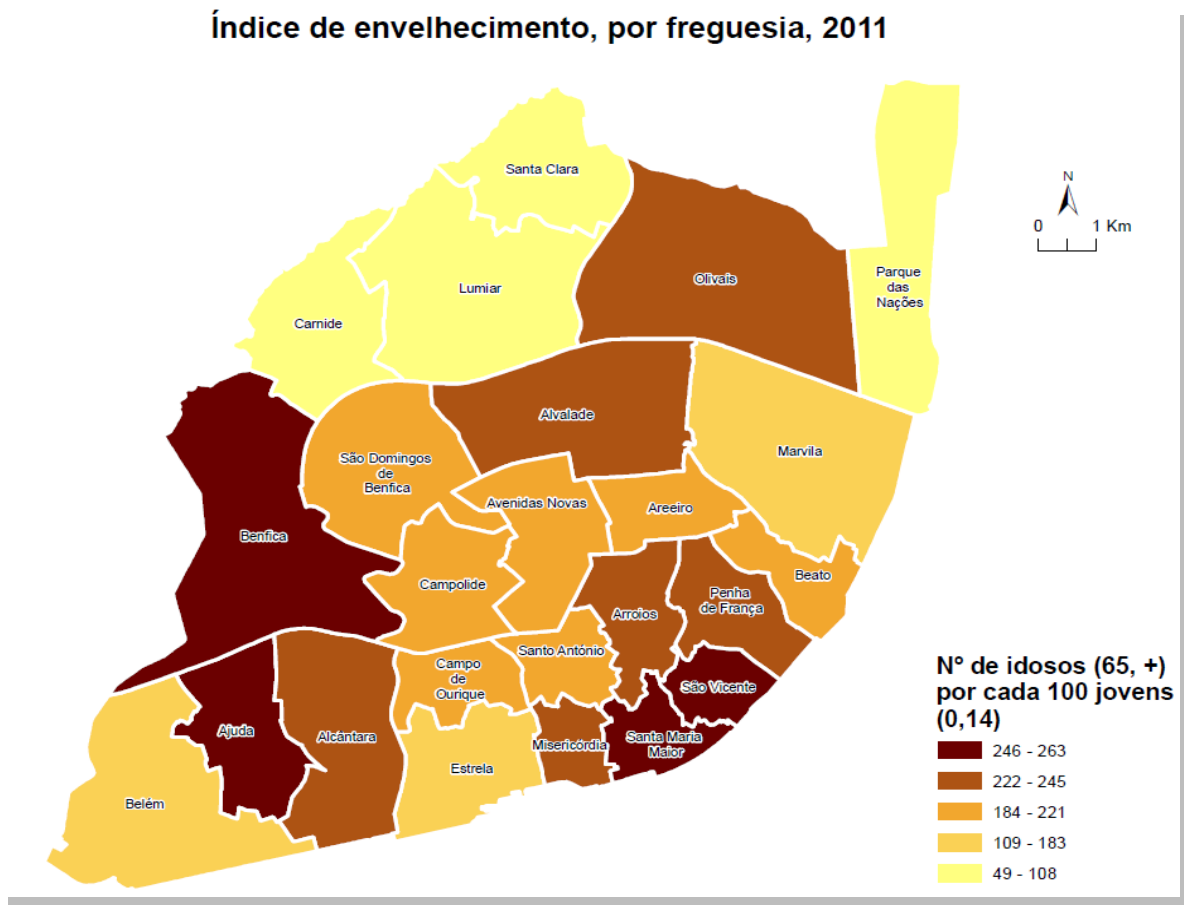


Figura 11 – Índice de Envelhecimento, por freguesia, 2011
Fonte: INE, Censos Gerais da População e da Habitação - resultados definitivos, 2011.

A relação entre a população idosa (65 ou mais anos) e o total de jovens (0 aos 14) verifica-se que é maior nas freguesias da Ajuda, Benfica, Santa Maria Maior e São Vicente.

Índice de Dependência de idosos, por freguesia, 2011

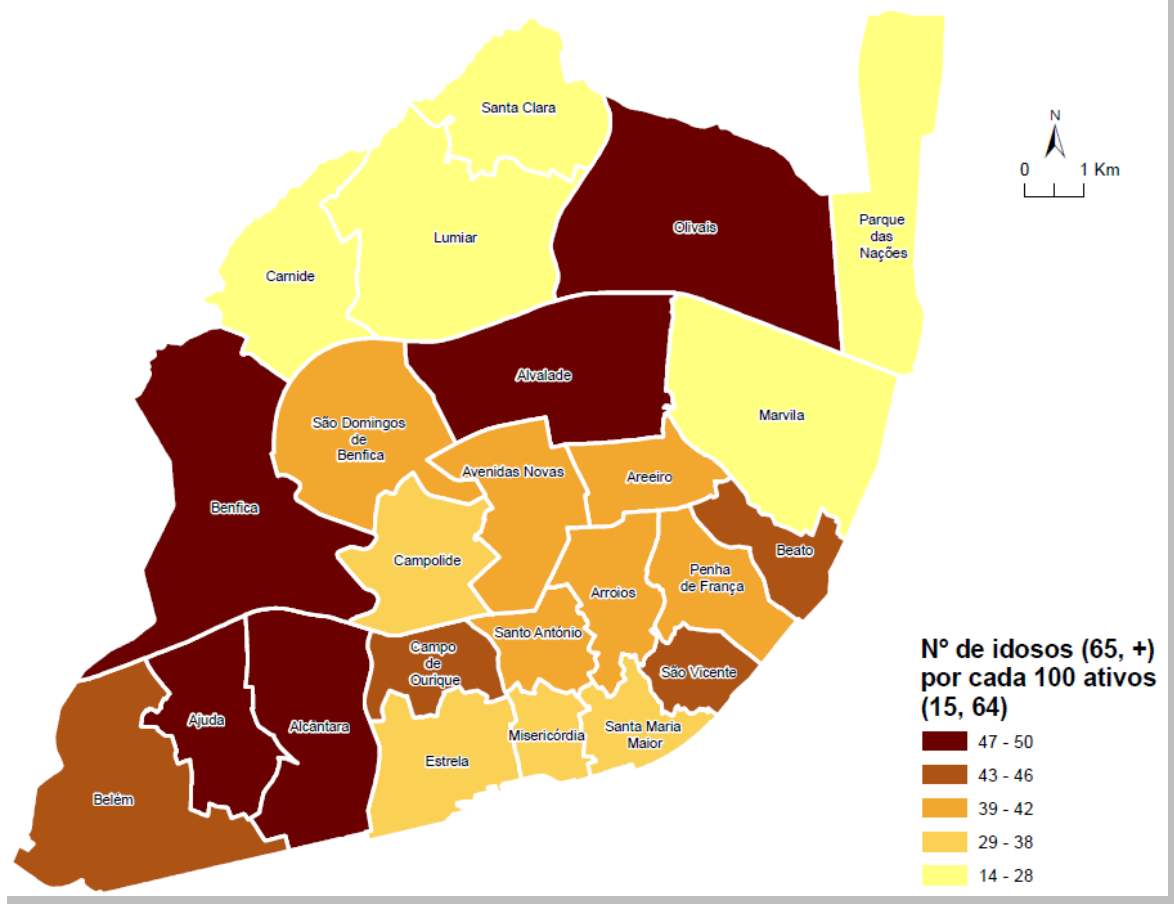


Figura 12 – Índice de Dependência de idosos, por freguesia, 2011
Fonte: INE, Censos Gerais da População e da Habitação - resultados definitivos, 2011.

A relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente pelo nº de idosos por cada 100 ativos) esse índice de dependência de idosos é mais expressivo e entre 47-50 nas freguesias de Ajuda, Alcântara, Alvalade, Benfica e Olivaís.

Distribuição de equipamentos sociais para idosos no concelho de Lisboa, por freguesia, 2012

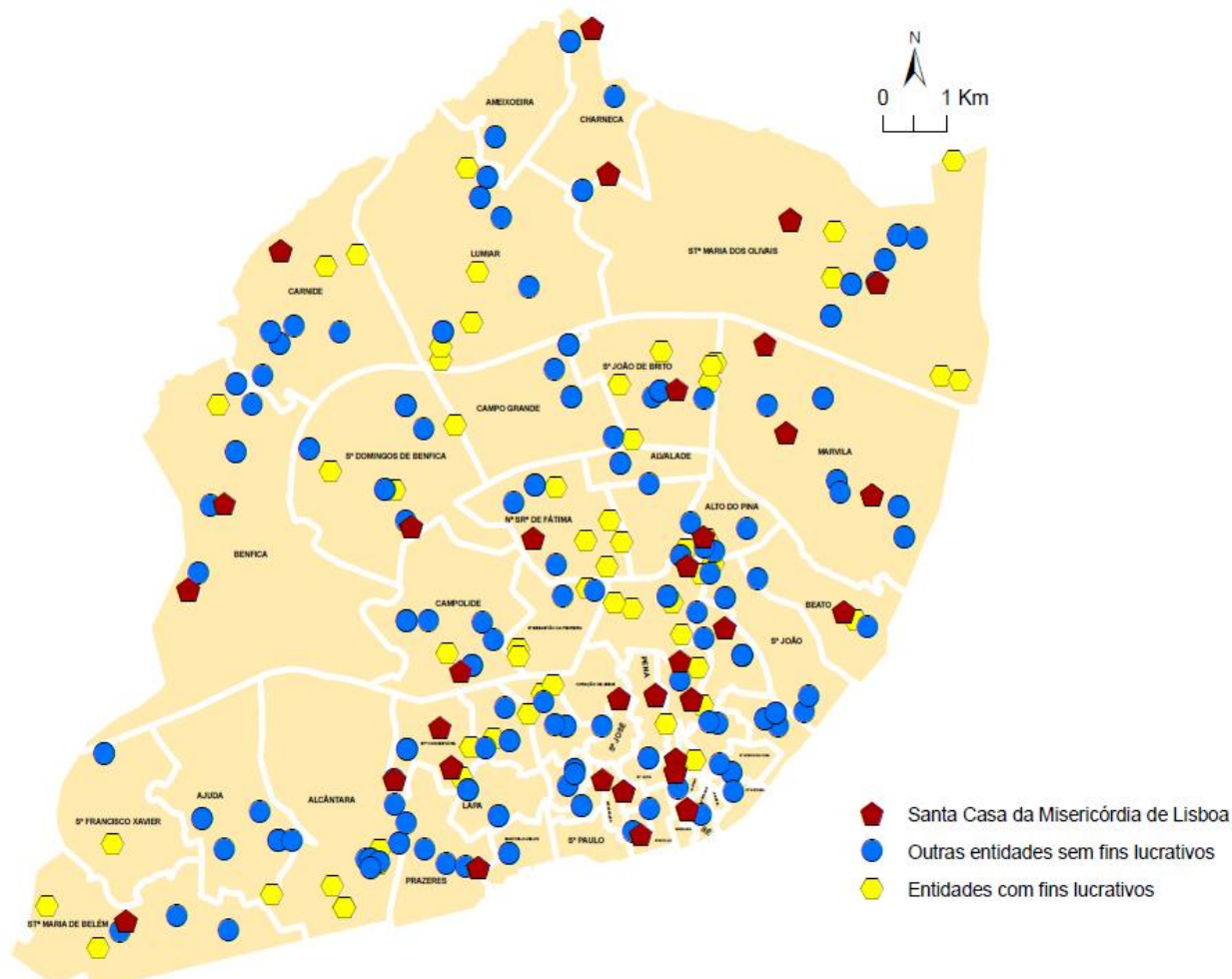


Figura 13 – Distribuição de Equipamentos Sociais para idosos no Concelho de Lisboa, por freguesia, 2012
Fonte: MTSS/GEP, Sítio da Carta Social, Outubro de 2012.

Na Figura 13 podemos verificar a distribuição de equipamentos sociais para idosos no Concelho de Lisboa, por freguesias e verificamos que existem mais entidades sem fins lucrativos a apoiar esses idosos, relativamente a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa abrange um pouco da área toda de Lisboa.

Número médio de utentes das valências de Apoio Domiciliário e de Centro de Dia/Convívio, por freguesia de residência.

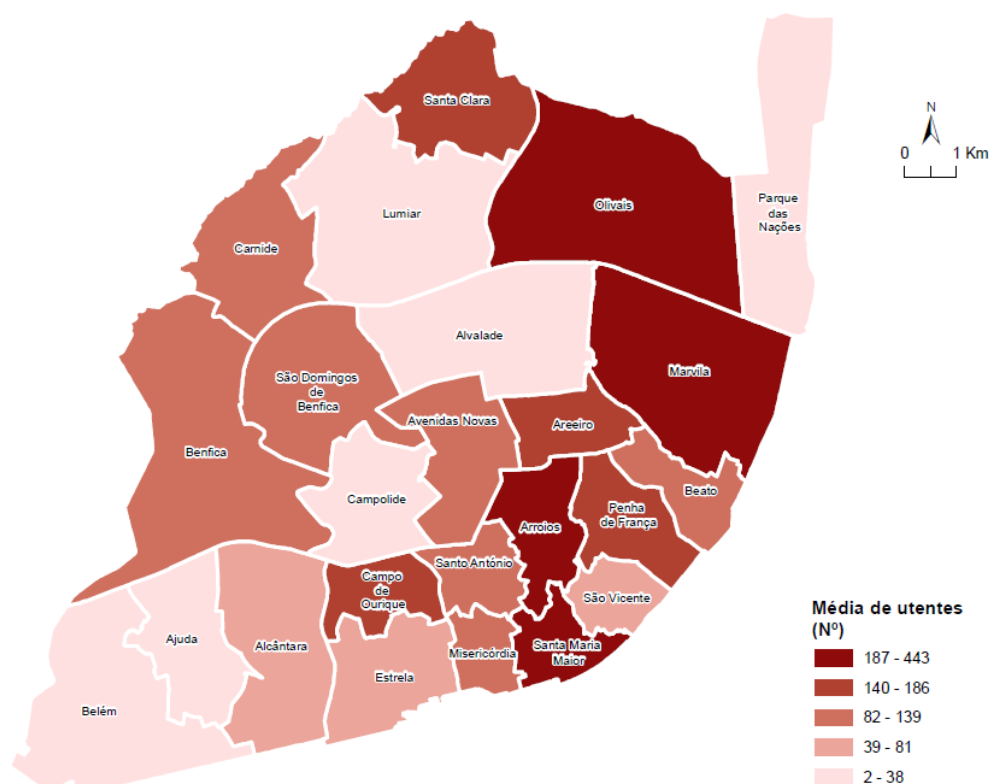
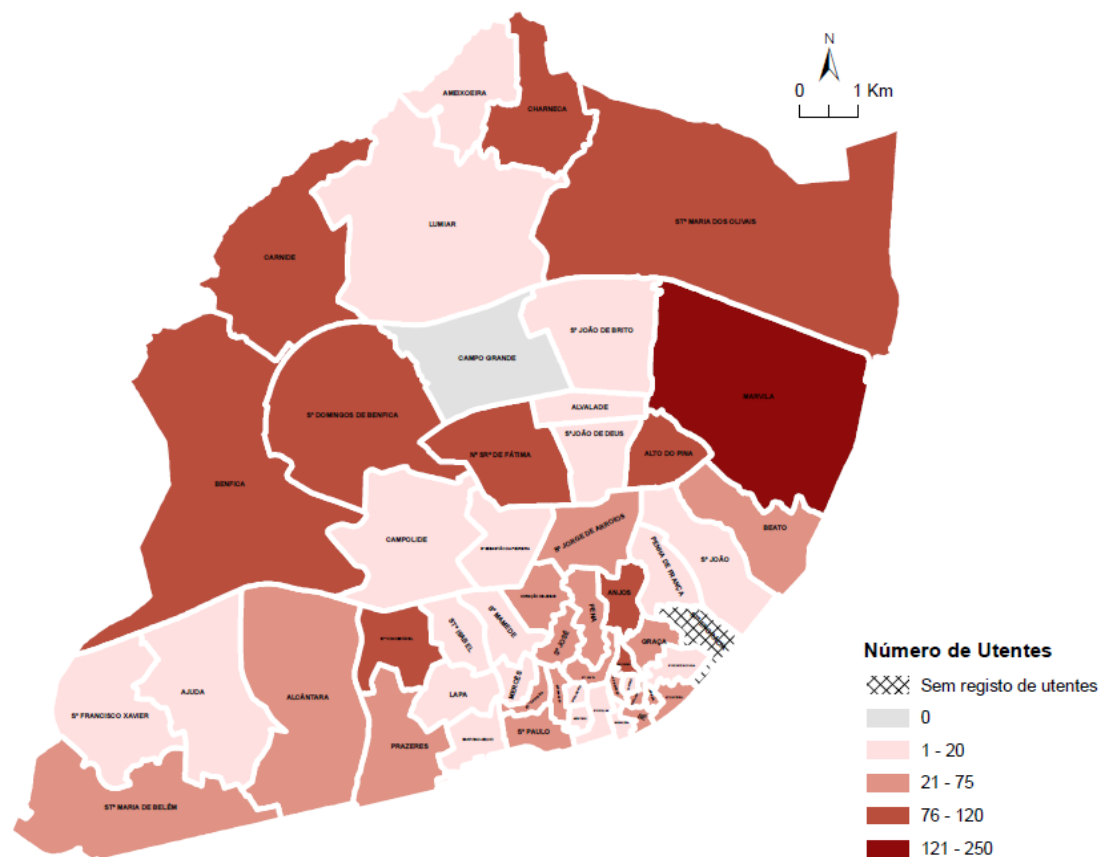


Figura 14 – Nº Médio de utentes das valências de Apoio Domiciliário e de Centro de Dia/Convívio, por freguesia de residência

Fonte: Ficheiro de Utentes, Equipamentos e Serviços da SCML, 1º semestre de 2013.

Em relação a média de utentes das valências de Apoio Domiciliário e de Centro de Dia verificou-se que as freguesias de Arroios, Marvila, Olivais e Santa Maria Maior têm a maior média de utentes sendo de 187- 443 utentes, por isso nessas freguesias sentir-se a necessidade de um maior número de respostas.

Número médio de utentes de Centro de Dia por freguesia de residência



Nota Metodológica: Com o objectivo de permitir comparação directa entre cartogramas referentes a diferentes períodos, os intervalos entre classes são os mesmos independentemente da amostra.

Figura 15 – Nº Médio de utentes de Centro de Dia por freguesia de residência
Fonte: Ficheiro de Utentes, Equipamentos e Serviços da SCML, 1º semestre de 2011.

O total de utentes corresponde à média mensal de utentes por freguesia de residência na valência para idosos, Centro de Dia.

Os limites de intervalo entre classes não correspondem forçosamente a valores de uma das freguesias sendo padronizados de forma a permitir comparações entre cartogramas.

Com esta figura percebe-se que a freguesia de Marvila é a que tem mais idosos sendo de 121 – 250 em Centro de Dia.

CAPITULO II

O presente capítulo é o resultado da revisão bibliográfica levada a cabo sobre o Envelhecimento Ativo e as Políticas sociais e serviços de apoio aos idosos em Portugal.

2. POLÍTICA DE ENVELHECIMENTO ATIVO PARA A POPULAÇÃO IDOSA

2.1 Envelhecimento Ativo

O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa (OMS, 2005). Para esta organização há três pilares basilares em que se apoia o envelhecimento ativo: saúde, segurança e participação (OMS, 2005). Mencionando que a Saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. É importante manter os níveis baixos os fatores de risco que interferem no aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional. Por sua vez quando os fatores de proteção são elevados, as pessoas beneficiam de uma melhor qualidade de vida, são capazes de cuidar de si, mantendo-se mais saudáveis. À medida que vão envelhecendo as pessoas idosas precisam de tratamentos médicos constantes e de serviços assistenciais, por vezes onerosas.

A segurança que as políticas e os programas abordam diz respeito às necessidades e aos direitos das pessoas idosas à segurança social, física e financeira. Ficam assim, asseguradas a proteção, a dignidade e o auxílio às pessoas idosas que não se podem sustentar e proteger (OMS, 2005).

A participação está relacionada com a educação, as políticas sociais de saúde e os programas que apoiam a participação na íntegra em atividades sociais, culturais e espirituais, de acordo com os direitos humanos, as capacidades, as necessidades e vontades das pessoas contribuem para que continuem a ter um desempenho na sociedade com atividades não remuneradas enquanto envelhecem (OMS, 2005).

É importante salientar que a OMS (2005) associa o termo “ativo” não somente à capacidade de estar fisicamente ativo. Assim, o envelhecimento ativo tem como objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas” que se encontram neste processo (OMS, 2005, p. 13).

Por isso, a OMS (2005) advoga que os projetos de envelhecimento ativo, os programas e as políticas que promovam a saúde mental e relações sociais são tão importantes como as atividades que melhoram as condições físicas de saúde. O envelhecimento ativo também

preconiza que as pessoas idosas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Para além disto, também propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005).

Para Ribeiro e Paúl (2011) a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento. Estes autores salientam ainda que os cuidados com a alimentação, o consumo de álcool e de tabaco podem ser considerados como medidas preventivas e como atuação positiva na saúde.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) a segurança está associada ao local de residência do idoso, ao meio ambiente e, essencialmente, aos climas sociais de não-violência na sua comunidade. Já a participação, envolve os grupos sociais onde as pessoas idosas estão inseridas. Por isso, para um envelhecimento bem-sucedido é essencial a presença da família e dos amigos, assim como o envolvimento no exercício da cidadania e uma participação ativa nos diferentes contextos sociais (Ribeiro e Paúl, 2011).

Como refere Ferreira (2009) o envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando deste modo a participação ativa das pessoas idosas, nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas.

O envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações que segundo a OMS (2005) são determinantes:

- 1- Transversais;
- 2- Relacionados com os serviços de saúde e sociais;
- 3- Comportamentais;
- 4- Relacionados com aspetos pessoais;
- 5- Relacionados com ambiente físico;
- 6- Sociais;
- 7- Económicos.

Relativamente aos determinantes transversais eles são a cultura e o género, eles são essenciais para compreender o envelhecimento ativo, pois envolvem todos os outros determinantes. A cultura engloba todos os indivíduos e populações e determina, de certa forma, o envelhecimento das pessoas. As tradições enraizadas, as atitudes, assim como os valores culturais moldam as sociedades no modo de aceitar o processo de envelhecimento e influenciam na procura de comportamentos saudáveis (OMS, 2002).

Os determinantes relacionados com os serviços de saúde e o serviço social englobam: a promoção da saúde e prevenção de doenças; serviços curativos; cuidados a longo prazo e serviços de saúde mental, é essencial que os sistemas de saúde tenham uma perspetiva de vida dos indivíduos que proponha a promoção da saúde, prevenção de doenças, acesso equitativo a cuidados primários de qualidade e a tratamentos a longo prazo como promotores do envelhecimento ativo.

Considerando a promoção da saúde como um processo que permite aos indivíduos controlarem a sua saúde e melhorá-la e que a prevenção de doenças engloba a prevenção e o tratamento das mesmas.

Os determinantes comportamentais estão associados aos estilos de vida saudáveis e ao cuidar da saúde como bem essencial ao longo de todo o ciclo de vida. Compreendem: o consumo do tabaco; a atividade física; a alimentação saudável, a saúde oral; o álcool e a gestão do regime medicamentoso (OMS, 2005).

Estes determinantes são cruciais para um envelhecimento ativo, pois a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa dos indivíduos nos seus próprios cuidados são muito importantes em todas as fases do ciclo vital. A adoção destes comportamentos podem prevenir doenças, prolongar a vida e a qualidade de vida das pessoas (OMS, 2005).

A atividade física se for regular e moderada pode trazer grandes benefícios à saúde de todos os indivíduos e pode retardar o declínio funcional. É muito importante, nomeadamente na vida da pessoa idosa, pois além de se sentirem úteis na sociedade adquirem mais autonomia nas suas atividades de vida diárias (OMS, 2002). A atividade física é também considerada uma mais-valia para as pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido.

Os determinantes relacionados com aspetos pessoais englobam a biologia e a genética, componentes com grande influência no processo do envelhecimento, visto este resultar de um conjunto de processos geneticamente determinados. O envelhecimento consiste numa “deterioração funcional progressiva e generalizada,” que resulta da perda de algumas “faculdades” e do aumento do risco de doenças relacionadas com as pessoas idosas (Kirkwood, 1996 cit por OMS, 2002).

Relativamente aos fatores relacionados com o ambiente físico, estes podem marcar a diferença entre a independência e a dependência das pessoas idosas. As existências de inúmeras barreiras arquitetónicas contribuem para maior predisposição ao isolamento social, à depressão, à redução da resistência física e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. As quedas, os acidentes rodoviários, os acidentes domésticos, as catástrofes

naturais podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes na pessoa idosa. É fundamental estar atento a estes fatores, pois são muito importantes para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa, porque lhes transmite segurança para viver o seu processo de envelhecimento. Para as pessoas idosas a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros é muito importante para promover interação social (OMS, 2002).

Os determinantes sociais que incluem o apoio social, a aprendizagem permanente, as oportunidades de educação, a paz e a proteção contra a violência e os maus tratos são conceitos chave para que a pessoa idosa tenha um processo de envelhecimento saudável. A falta deste tipo de apoios pode levar ao isolamento social e, conseqüentemente provocar a sua morte (OMS, 2002).

Os determinantes económicos englobam três aspetos relevantes para o envelhecimento ativo: o rendimento, a proteção social e o trabalho. O rendimento para as pessoas idosas é um problema, pois a maioria tem reformas muito pequenas que não lhes permite pagar as várias despesas e por vezes, também não possuem bens ou poupanças para fazer face a esta problemática. Isto contribui para a falta de acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde e conseqüentemente as pessoas idosas têm maior risco de desenvolver patologias tornando-os mais vulneráveis (OMS, 2002).

A proteção social é essencial para todas as pessoas idosas.

2.2. Políticas Sociais e Serviços de Apoio aos Idosos em Portugal

O fenómeno de envelhecimento demográfico manifestado nas últimas décadas em vários países, entre os quais Portugal, traz consigo uma extensão de ocorrências com relevância política, social e económica. A situação presente e evolução futura implicam uma reunião de objetivos e medidas intersectoriais nos domínios da saúde, da segurança social, do emprego, da participação, do desenvolvimento pessoal, da habitação, etc.

O quadro das preocupações nacionais e internacionais resultantes dos problemas do envelhecimento assume um carácter relativamente recente (Maia, 1984; Fernandes, 1997). A proteção social não era extensível a todos os cidadãos e quando existia tomava uma forma ineficaz e insuficiente. As prioridades dos poderes públicos concentravam-se nos grupos de idades da infância, juventude e da população ativa. A família constituía o grande máximo da satisfação das necessidades dos idosos, quer por uma questão de força da tradição quer pela menor proporção dos idosos no conjunto da população (Maia, 1984). Vivia-se um modelo assistencialista, onde as respostas do sistema público apenas se revestiam de um carácter

meticuloso, visando a supressão de graves situações de privação social e económica (Quaresma, 1999).

Entre o final dos anos 60 e 1974 são desenvolvidas algumas ações com vista à melhoria de assistência social aos idosos. O direito à proteção social na velhice viria a ser consagrado na Constituição da República de 1976 – artigo 63º⁷.

Com a consagração deste direito, procurou-se garantir a todos os cidadãos o acesso à reforma e a outras prestações, no âmbito dos regimes de Segurança Social, sendo também desenvolvidos serviços sociais complementares na área da Ação Social, os primeiros regimes nacionais de pensões para idosos surgiram na década de 80 do século XIX. A necessidade de garantir ajustada proteção nas eventualidades de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho levou a que um crescente número de países tivesse instituído regimes de pensões no quadro dos respetivos sistemas de segurança social (Maia, 1984).

Embora os princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas⁸ se encontrassem assegurados em Portugal, sentiu-se a necessidade de uma atualização do Direito, enquanto emendador das desigualdades sociais respeitantes aos idosos. Foi este o contexto que originou o aparecimento do artigo 72º da Constituição da República Portuguesa, que evidencia os direitos dos idosos na vertente social. De acordo com o referido artigo, “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem o seu isolamento ou a marginalização social; a política de terceira idade engloba medidas de carácter económica, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade⁹.” Em finais dos anos 80 é criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI), órgão político de elaboração de políticas sociais de velhice.

A implementação de medidas políticas no âmbito da ação social¹⁰ respeitantes a população idosa acontece dado o crescente aumento quantitativo da população referida, a par com a

⁷ Constituição da República Portuguesa, Capítulo II – Direitos e Deveres Sociais in <http://www.portugal.gov.pt/>

⁸ Através da Resolução nº 41/91, a Assembleia Geral das Nações Unidas veio estabelecer os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, que constituem uma sistematização de direitos básicos que devem ser garantidos a todos os idosos. Os princípios referidos englobam cinco áreas distintas designadamente: Dignidade; Autonomia; Desenvolvimento Pessoal; Acesso a cuidados e participação (Quaresma et al, 1999).

⁹ Artigo 72º (Terceira Idade) Constituição da República Portuguesa, Capítulo II – Direitos e Deveres Sociais, in <http://www.portugal.gov.pt/>

¹⁰ A CNAPTI foi criada pelo Conselho de Ministros 15/88, de 23-4, tendo como atribuições “a definição e proposta de medidas de política social articuladas e adequadas à resolução dos problemas das pessoas idosas, em especial as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e, ainda, de conciliar para o efeito o apoio e a colaboração dos serviços do Estado, das autarquias, das instituições particulares de solidariedade social, das

evolução da consagração dos seus direitos sociais. Estas medidas visam contribuir para a garantia da qualidade de vida dos idosos, criando condições conducentes à satisfação das suas necessidades básicas e à prestação de cuidados em situação de necessidade económica, social e de saúde. Para Quaresma et al, (1999) considerando a realidade vivida por muitos idosos em Portugal, salientaram-se os seguintes direitos que merecem proteção na ordem jurídica portuguesa: direito a formar e exprimir a sua opinião relativamente ao seu plano de vida; direito à autodeterminação e à gestão livre da sua pessoa e bens; direito à privacidade e à reserva da sua vida privada; direito a um rendimento que garanta a sobrevivência em dignidade; direito à proteção jurídica e assistência judiciária. Com efeito, permitem uma redução das desigualdades sociais que afetam um número significativo do grupo das pessoas idosas.

Finalmente, após 1995, continuam as orientações anteriores e definem-se novas formas de intervenção, designadamente em termos de intersectorialidade e de multidisciplinaridade, a partir do desenvolvimento de projetos experimentais no âmbito das respostas às situações de dependência; incrementa-se o apoio aos prestadores de cuidados informais e incentiva-se o desenvolvimento dos Serviços de Apoio Domiciliário.

Hoje em dia, constituem-se como grandes objetivos das medidas de política na área social o melhoramento da qualidade de vida dos idosos, a manutenção do ambiente sociofamiliar dos mesmos e a oferta de respostas atempadas e adequadas à satisfação das suas necessidades em situações específicas.

Na concretização de alguns objetivos estratégicos assistimos à criação de serviços facilitadores da satisfação das necessidades básicas e do desenvolvimento pessoal, nomeadamente: Centros de Dia, Centros de Convívio, Centros de Férias e Lazer e Serviços de Apoio Domiciliário. Presenciamos a criação de equipamentos residenciais substitutos temporários ou permanentes do alojamento individual como os lares e residenciais. Notámos o desenvolvimento de medidas alternativas ao alojamento residencial, dispostas a recriar o ambiente familiar, designadamente o Acolhimento Familiar para pessoas idosas. Para além destas medidas, foram criadas estruturas de proximidade que procuram garantir o atendimento adequado em situações de grande dependência ou isolamento, por exemplo o Serviço de Apoio Domiciliário Integrado e Centro de Noite que tem como finalidade o acolhimento

organizações não-governamentais e de outras entidades.” (in Gil, 1998:13) Este órgão viria a ser extinto em 1996 pelo despacho nº 204, passando as suas funções consultivas a ser exercidas pela Direcção-Geral da Ação Social (Gil, 1998), órgão também responsável pela gestão do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), o qual será abordado mais à frente.

noturno prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que por vivenciarem situações de isolamento, solidão ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite. Definiu-se o perfil e funções do pessoal para este sector, de forma a garantir a promoção da qualidade dos serviços, em termos de adequação dos mesmos aos problemas dos idosos. Implementaram-se ainda ações de informação e formação aos prestadores de cuidados informais (Quaresma, 1999).

2.2.1 - Desenvolvimento de medidas e competências

Integradas no âmbito das competências do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, as anunciadas medidas de proteção social/ação social não são consideradas suficientes para promover respostas adequadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos bem como à evolução dos seus problemas. Por essa razão, foram implementadas medidas em parceria com outros Ministérios e Instituições.

No âmbito dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho e da Solidariedade, foi criado o PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos¹¹. Financiado por 1,7% dos resultados líquidos dos jogos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, este programa desenvolve-se através de projetos de apoio a idosos e famílias, entre os quais: o Serviço de Apoio Domiciliário – SAD, o Centro de Apoio a Dependentes – CAD e o projeto de Formação de Recursos Humanos – FORHUM.

O SAD, Serviço de Apoio Domiciliário têm lugar em vários países, para além de Portugal. É notório o crescimento de programas de iniciativa pública ou de instituições privadas neste âmbito. O objetivo dominante destes programas assenta na promoção da integração social e independência dos idosos evitando o seu isolamento e favorecendo a dignificação das condições de existência dos mesmos. Nestes programas são oferecidas diversas atividades de apoio no domicílio ou fora dele, nomeadamente: visitas periódicas, preparação de refeições e organização de cantinas; tratamento de roupas e outros trabalhos domésticos; cuidados de enfermagem; de higiene; organização de atividades recreativas e culturais; acompanhamento e apoio no acesso a serviços de saúde e outros, etc. (Maia, 1984). Visa a promoção da

¹¹ Criado por despacho conjunto de 1 de Julho de 1994, dos ministros da Saúde e do Emprego e Segurança Social, este programa tem como objetivos: assegurar a oferta de cuidados, que visem primordialmente manter a autonomia da pessoa idosa no domicílio; estabelecer medidas destinadas a assegurar a mobilidade das pessoas idosas e a acessibilidade a benefícios e serviços; implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas dependentes, especialmente idosos; promover medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência, assim como contribuir para a solidariedade entre gerações. O PAII estabelece parcerias com Serviços de Saúde, Centros Distritais, da Segurança Social, IPSS, ONG, PT entre outras organizações. In <http://www.seg-social.pt/>

autonomia dos idosos e manutenção destes no seu meio habitual de vida, junto da família, amigos e vizinhos. Assim sendo, os projetos desenvolvem-se tendo em conta o alargamento da cobertura existente, a extensão do apoio à totalidade das 24 horas, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas.

Os CAD são centros de recursos locais, abertos à comunidade, para apoio temporário, que procuram a prevenção e a reabilitação de pessoas dependentes. Desenvolvidos a partir de estruturas já existentes, asseguram apoio e cuidados diversificados na perspetiva da promoção da maior autonomia possível. Esta resposta permite um possível internamento, desenvolvido em pequenas unidades, de cariz familiar e humanizado, com forte ligação ao SAD, criando condições para a participação familiar e para o retorno ao ambiente habitual de vida, o mais rapidamente possível.

Quanto ao projeto FORHUM, este destina-se prioritariamente a familiares, vizinhos e voluntários, assim como a profissionais das áreas de ação social e da saúde. A preocupação deste projeto é habilitar os seus destinatários para a prestação de cuidados formais e informais.

Através do despacho conjunto 407/98, de 18 de junho¹², foram estabelecidas as “orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência” (Quaresma, 1999:6.9). Constituem-se como objetivos destas orientações: a criação de condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da ação social dirigida às pessoas em situação de dependência; a instituição de um modelo de intervenção articulada que promova: a autonomia das pessoas em situação de dependência, o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com estas situações, a prestação de cuidados no domicílio e o recurso ao internamento em unidades residenciais, sempre que se mostre necessário ao processo de reabilitação com vista ao retorno ao domicílio.

No âmbito do referido despacho implementaram-se novas respostas, designadamente o já mencionado Serviço de Apoio Domiciliário Integrado e Unidade de Apoio Integrado. O primeiro materializa-se através de um conjunto de ações e cuidados de apoio social e de saúde a prestar no domicílio. O segundo propõe-se prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podem manter-se apoiadas no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar (Quaresma,

¹² Diário da Republica, I Série, nº 138, 18-06-98

1999). Cada plano de cuidados integrados é conduzido por uma equipa devidamente qualificada e é implementado com colaboração das pessoas com dependência, dos seus familiares e das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Misericórdias.

Perante o desenvolvimento da geriatria, há também que notar o aumento de serviços de cuidados médicos especialmente vocacionados para pessoas idosas. Em países mais desenvolvidos, como a Suécia, conhecem-se desde há vários anos, autênticos hospitais geriátricos constituídos por equipas multidisciplinares – médicos, assistentes sociais e psicólogos que atuam em colaboração com médicos de família e com serviços de apoio domiciliário.

No âmbito da cooperação com varias entidades e instituições, foram implementadas no nosso país medidas políticas da responsabilidade de áreas como saúde, a habitação, os transportes, a comunicação e cultura. Visando essencialmente melhorar as condições de vida dos idosos, designadamente no acesso a bens e serviços essenciais, assim como fomentar a participação a nível sociocultural, destacam-se dentro destas medidas: o acesso a ajudas técnicas, este tipo de ajudas foi também implementado noutros países como a Suécia. São exemplos de ajudas técnicas verificadas em Portugal ou na Suécia: adaptações em casa, por ex. na casa de banho, elevadores, extensões telefónicas, instalações de serviços de alarme, etc. (Kraan, 1991).

Este é um projeto financiado pelo PAII e gerido pelo INATEL, que permite à população idosa com menores recursos financeiros o acesso a tratamentos termais (prescritos pelo médico de família), o contacto com um meio social diferente e simultaneamente a prevenção do isolamento social; a isenção do pagamento de taxas moderadoras, no âmbito do Serviço Nacional de saúde; a bonificação na comparticipação para aquisição de medicamentos, segundo condições de recursos; medidas de saúde e Termalismo Sénior (permite à população idosa com menores recursos financeiros o acesso a tratamentos termais (prescritos pelo medico de família), o contacto com um meio social diferente e simultaneamente a prevenção do isolamento social); garantia de impossibilidade de denúncia do contrato de arrendamento quando o arrendatário ou cônjuge sobrevivente tiver 65 e mais anos; apoio à melhoria de habitação própria. Os baixos rendimentos dos idosos, fielmente representados no nosso país, constituem um entrave à compra de habitação e à manutenção de encargos com a mesma (ex. rendas). Para além desta questão, os constrangimentos arquitetónicos que as casas antigas apresentam à mobilidade dos idosos com problemas de locomoção e o isolamento a que estes estão sujeitos, fruto do “abandono natural” dos filhos para uma casa própria constitui graves problemas sociais. Algumas das soluções adotadas em vários países têm sido a concessão de

apoios financeiros para as despesas com a manutenção das casas, ou por exemplo programas como o Acolhimento Familiar para Idosos; facilidade de acesso a transportes públicos e privados (passes sociais; ou passes de Terceira Idade¹³ nas redes urbanas e suburbanas de Lisboa e Porto) no território nacional, com descontos a pessoas com 65 anos ou mais; bonificação no âmbito das telecomunicações sob condição de recursos; instalação da resposta social complementar, designada de Serviços Telealarme - STA¹⁴; facilidade de acesso a atividades culturais e recreativas, bem como no acesso a bens e serviços – cartão 65.

Algumas das medidas anunciadas foram implementadas no abrigo do PAII. Para além deste nobre programa, existe um outro também de âmbito nacional, com carácter preventivo e integrado designado Recriar o Futuro. Destinado às entidades empregadoras do sector público, privado e social, assim como aos representantes dos trabalhadores e a outras entidades com responsabilidade formativa, este programa assume como princípios o envelhecimento ativo (empowerment) e a aprendizagem e desenvolvimento ao longo da vida. São beneficiários das ações deste programa pessoas na fase final da carreira, pessoas em situação de reforma e restante população em geral. Pretende-se com o Recriar o Futuro promover o desenvolvimento pessoal, social e empresarial através da criação de projetos para a preparação da reforma facilitar a transição do trabalhador e promover a adaptação a nova etapa de vida que é a reforma; disponibilizar documentação técnica e informação que promovam a participação e inclusão social, entre outros objetivos¹⁵.

2.2.1.1 - Plano Nacional de Ação para a Inclusão

O plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI) constitui outro programa governamental de âmbito nacional. Trata-se essencialmente de um instrumento de planeamento de coordenação estratégica e operacional das políticas que permitem prevenir a reprodução de desigualdades e situações de exclusão que atingem grupos e territórios específicos e combater as situações de pobreza com que o nosso país ainda se confronta.

¹³ Os passes de Terceira Idade não existem somente em Portugal, países como a Holanda também adotaram esta medida – “Pas 65” (Kraan et al, 1991).

¹⁴ Esta medida desenvolve-se no âmbito de uma parceria entre o PAII, a Cruz Vermelha – CVP e a Portugal Telecom – PT. A partir de um sistema inovador de telecomunicações nacionais, esta resposta permite acionando um botão de alarme, contactar rapidamente a rede social de apoio de cada pessoa, respondendo de forma mais eficaz à necessidade de ajuda. In <http://www.seg-social.pt/>

¹⁵ In <http://www.seg-social.pt/>

Em termos de medidas políticas novas ou a criar respeitantes aos idosos o PNAI¹⁶ apresenta as seguintes: Rede de Cuidados Continuados (pretende promover a oferta de serviços de: internamento de curta duração alternativo ao hospital; internamento a longo prazo para idosos e pessoas com dependência; unidades de dia, promovendo uma vida autónoma na sociedade); Subsídios de Renda (esta medida tem como beneficiários os arrendatários com arrendamentos habitacionais anteriores a 1990, visando assegurar a proteção social dos arrendatários de fracos recursos, face à atualização de rendas prevista no Novo Regime de Arrendamento Urbano (NRAU)); Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES); Criação de uma rede nacional de Voluntariado; Projeto-piloto de Requalificação Habitacional da Pessoa Idosa; Complemento Solidário para Idosos (CSI) e ainda, tratando-se de uma medida transversal à população em geral, mas que muito beneficia a população idosa, o Rendimento Social de Inserção (RSI).

Também ao nível regional encontramos respostas de apoio social. Inscrita no Plano Regional de Emprego do Alentejo, a rede AJUDA constitui uma medida inovadora que pretende incentivar ações de formação para prestadores de serviço às famílias, através de apoios financeiros e outros para a criação de iniciativas empresariais neste domínio (São José, Wall e Correia, 2002).

Em Portugal o caminho percorrido no sentido de recuperar a atenção negada no passado aos idosos é indiscutível, como se conclui pelos instrumentos que temos vindo a descrever. Contudo, muito permanece ainda por realizar e o apoio social extensível às famílias cuidadoras tem evoluído timidamente.

O Estado providência português apresenta características significativamente diferentes dos Estados de países industrializados do resto da Europa, concretamente no que diz respeito a despesas públicas em políticas sociais e em relação à implementação dessas políticas (São José e Wall, 2001 seguindo Santos, 1993;1987;1985 in Kroger, 2001). De acordo com os autores citados, a Sociedade providência vem colmatar ou compensar a fraca posição do Estado. Em relação ao caso português a “vitalidade da sociedade providência constitui uma força social compensadora dos défices de cobertura estatal” (Gil, 1998).

Valorizando e visando a manutenção dos idosos na comunidade de origem, as novas políticas sociais têm como lema o incentivo ao comunitário, à mobilização da sociedade (Gil, 1998). Segundo Colen (2000:54), “a questão da partilha de responsabilidades entre as solidariedades públicas e privadas está claramente na ordem da agenda política de todos os países”, direção

¹⁶ PNAI de 2006/2008.

esta para a qual se orienta a generalidade das análises, por exemplo na Holanda assiste-se à chamada “política de substituição” no cuidado aos mais idosos. Esta política visa essencialmente reduzir as despesas públicas. Para tal, o cuidado institucional passa a ser um cuidado em casa, i.e., dos hospitais para os lares, dos lares para as residências e do cuidado formal para o cuidado informal (Kraan, 1991).

Mas, em Portugal, o renovado interesse pelas solidariedades familiares não surge acompanhado por um ajustado apoio às famílias em termos económicos por parte da Segurança Social e também em termos de serviços sociais e outros benefícios (São José e Wall, 2001, in Kroger, 2001).

Assim, apesar dos esforços realizados até ao momento, a nível nacional a rede de apoios formais continua inadequada para responder satisfatoriamente às necessidades das famílias portuguesas com idosos dependentes a cargo.

A título ilustrativo, o apoio domiciliário foi considerado por vários cuidadores familiares como a solução adequada para os idosos, mas não suficiente para eles próprios (São José, Wall e Correia, 2002). A solução ideal apontada pelos cuidadores seria, por exemplo, dispor de apoio domiciliário a tempo inteiro, inclusive no fim-de-semana. Contudo, a oferta de SAD a tempo inteiro encontra-se sobretudo no privado, a custos que dificultam o acesso a estes serviços. Pese embora o facto de a oferta de equipamentos e serviços como Lares, Centros de Dia, Centros de Noite, entre outros, ter vindo a aumentar, a procura continua a ser maior que a oferta (São José, Wall e Correia, 2002).

Em termos de benefícios sociais, os cuidadores de familiares ascendentes estão claramente em desvantagem perante os cuidadores de descendentes. Em Portugal não existe flexibilidade no emprego para os familiares cuidadores dos seus idosos, as faltas para prestar assistência a um familiar ascendente não são remuneradas e o direito de requerer um horário de trabalho em regime de tempo parcial ou de jornada continua, essencial para estes cuidadores, cabe apenas a trabalhadores com descendentes a cargo (São José, Wall e Correia, 2002). A lei existente em relação aos ascendentes e seus cuidadores é omissa, acabando por ser discriminatória relativamente ao público e ao privado (Gil, 1998), em 1994 a CNAPTI sugere um conjunto de medidas como: “criar incentivos fiscais para as famílias com idosos a cargo; facilitar a ausência do serviço quando o familiar idoso se encontra doente, sem perda de salário e outras regalias até um mês...” (CNAPTI, 1994:83 in Gil, 1998:15) Estas medidas nunca chegaram a ser legisladas.

2.2.2 - Outras Respostas Sociais na Europa

Nos aspetos referidos, Portugal não constitui exceção. Só para mencionar alguns exemplos, também na Holanda ou Inglaterra não se conhecem licenças para cuidar, a não ser no caso da maternidade. E a remuneração do cuidado informal é praticamente inexistente na Holanda, sendo difícil de obter na Inglaterra, pois na Inglaterra existe um subsídio oferecido aos cuidadores que deixaram o trabalho a tempo inteiro para poderem prestar cuidados a idosos dependentes – *Invalid Care Allowance*. Introduzido em 1976, este benefício era inicialmente atribuído apenas a homens e a mulheres solteiros. As mulheres casadas eram excluídas, partindo-se do princípio que o seu papel de cuidadoras não envolvia uma “privação de ganhos”. Se os idosos não tiverem ninguém que lhes possa prestar cuidados, podem pedir ao invés do *Invalid Care Allowance*, um *Disability Premium* (Kraan et al, 1991). Estes subsídios são, no entanto, difíceis de obter e assumem baixos valores.

O caso da Suécia é um exemplo diametralmente diferente do caso português ou holandês, entre muitos outros, sendo o cuidador informal familiar apoiado de diversas maneiras. Neste país, existem saídas do emprego negociadas entre empregadores e empregados para cuidar, que não deixam de ser pagas; se as necessidades de cuidado forem mais permanentes o cuidador familiar tem a possibilidade de pedir apoio económico ao município, estando este previsto tendo em conta a avaliação de cuidados necessários ao idoso. Em casos especiais o cuidador pode ser empregado como um cuidador pessoal. Esta situação implica um abandono do emprego, sem quaisquer garantias da sua retoma, a não ser que se consiga conciliar um part-time como cuidador com outro trabalho também em regime de tempo parcial. O salário deste cuidador equivale ao de um ajudante familiar. Enquanto cuidador familiar profissionalizado, este tem direito a seguro de saúde, férias, etc. (Kraan, 1991).

Por outro lado, os subsídios para idosos dependentes de terceiros são ainda moderados no nosso país. O complemento por Dependência, anteriormente designado Subsídio por Assistência a Terceira Pessoa, o agora Complemento por Dependência destina-se a pensionistas de invalidez, de velhice ou de sobrevivência, mesmo que se encontrem a beneficiar de assistência em estabelecimentos de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos cujo funcionamento seja financiado pelo Estado ou por outras pessoas coletivas de direito público ou privado e utilidade pública, o que antes não acontecia relativamente ao Subsídio por Assistência a Terceira Pessoa, em vigor a partir de 1999, atribuído de acordo com o grau de dependência do idoso (ou adulto) correspondia para o ano de 2000 a 90% da

pensão social de invalidez e velhice (valor máximo) do regime não contributivo¹⁷ (São José, Wall e Correia, 2002).

Para além do referido complemento, existe um outro complemento no PNAI e recentemente implementado no nosso país, designado Complemento Solidário para Idosos (CSI), destinado a cidadãos com baixos recursos que recebam uma pensão de velhice, sobrevivência ou equiparada ou um subsídio mensal vitalício ou ainda que não reúnam as condições de atribuição da pensão social. O CSI é uma prestação do subsistema de solidariedade para pensionistas com 65 e mais anos. Assume um perfil de complemento aos rendimentos preexistentes, sendo o valor atribuído definido por referência a um limiar fixado anualmente e a sua atribuição diferenciada segundo a situação concreta do pensionista que requer. Este complemento regulamentado pelo Governo em Fevereiro de 2006 está longe de definir todas as candidaturas, apesar de cerca de 140 mil pessoas já terem procurado informações sobre esta prestação, apenas 20 mil estão a receber. É metade do que o ministro do Trabalho e da Solidariedade Social tinha previsto. Atualmente podem candidatar-se a este complemento idosos isolados com idade mínima de 70 anos (quando foi pela primeira vez implementado a idade mínima era de 80 anos) e com o rendimento inferior a 4338,6 euros por ano [no caso dum casal o montante mínimo é de 7592,5 euros por ano]. Os rendimentos analisados para efeito deste complemento são: rendimentos sujeitos a IRS, prestações sociais, participações da segurança social, valores patrimoniais, solidariedade familiar (determina a partir dos rendimentos dos filhos do requerente, quer coabitem com ele ou não). “Há em Portugal um milhão de pessoas com menos de 300 euros de pensão; calcula-se que 300 mil estão em risco de pobreza. O Governo tinha estimado, quando lançou o CSI, que quando este estivesse disponível para pessoas com mais de 65 anos, o que acontecera já em 2008, os beneficiários chegassem aos 30 mil.”¹⁸. Segundo o ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, as principais razões para o indeferimento das candidaturas são: o facto de os rendimentos fixos serem superiores ao limiar que se tinha fixado e as outras condições de recursos não estarem plenamente verificadas, i.e., as pessoas possuírem valores patrimoniais, ou outras fontes de rendimentos, ou apoios familiares significativos¹⁹.

¹⁷ Decreto-Lei 309-A/2000, de 30 de Novembro. Entenda-se como inseridos num regime não contributivo todos os que se encontram em situação de carência social e económica, exceto trabalhadores assalariados e independentes.

¹⁸ Jornal Público, 6 de Fev. de 2007

¹⁹ Entrevista com o ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, Viera da Silva, in Jornal Público, 6 de Fev. de 2007.

A disponibilidade de subsídios para o idoso e de subsídios adicionais para o seu cuidador aliada à existência ou não de uma rede social do idoso pode indicar a preferência por um cuidador informal ou formal (Pacolet, 1990). As diferenças e semelhanças na organização do cuidado são variadas. Na Finlândia por exemplo o pacote de serviços formais é reduzido quando existe a possibilidade do cuidado informal “entrar em ação”. Neste país os casais recebem uma pensão mais pequena do que os pensionistas que vivem sozinhos. Em França, é prestada alguma ajuda quando o cônjuge é incapaz de cuidar do seu (sua) parceiro(a). Em Espanha o acesso a serviços de saúde está no geral dependente de circunstâncias familiares. No caso da Irlanda o envolvimento de um cônjuge reduz a probabilidade da provisão de alguns serviços públicos, particularmente serviços de ajuda doméstica. Na Noruega os casais muitas vezes recebem menos apoio formal que os solteiros. Neste país os membros familiares (além do cônjuge) não têm obrigação formal de prestar ajuda económica e de cuidado. No Luxemburgo, Finlândia, Irlanda, Suécia, Noruega, existem subsídios (maiores ou menores) para os cuidadores.

As diferenças na proteção social dos pensionistas com ou sem rede social são mínimas ou quase inexistentes. Contudo, podem influenciar a decisão do próprio idoso para um cuidador institucional ou comunitário, o nível de desenvolvimento de certas formas de cuidado institucional é muito baixo nos países mediterrâneos. Em países com um nível elevado de cuidado institucional aparecem níveis baixos de disponibilidade de cuidado comunitário (exemplo da Áustria, Bélgica e Holanda). Para além da disponibilidade também o nível de financiamento público e pagamentos feitos pelos utilizadores dos serviços são importantes para descrever o grau de proteção social (Pacolet, 1990).

Segundo Kroger (2001), têm-se registado variações significativas no nível institucional de cuidado entre os países da UE, sendo que a Suécia é o país onde se verifica a percentagem mais elevada deste tipo de cuidado, cobrindo apenas 8,9% do total de população idosa com mais de 65 anos. Com efeito, a “ideologia da desinstitucionalização” de que fala o autor é uma realidade que veio para ficar.

Em suma, é incontestável a importância do cuidado comunitário, e dentro deste sobretudo a família que tem tido no cuidado aos idosos. No entanto, as mudanças no contexto familiar, designadamente o aumento das famílias monoparentais; aumento dos divórcios; a não coabitação entre intergerações, contrariamente ao que se verificava no passado; o aumento dos idosos que vivem sós; o desenvolvimento de novos modelos de convivência e de interajuda, a “coabitação à distância” (Quaresma, 1999); a crescente profissionalização da

mulher, principal prestadora de cuidados e, entre várias outras, a falta de condições económicas e habitacionais, são fenómenos responsáveis pela possível e também progressiva “demissão” por parte da família das suas tradicionais funções protetoras, visíveis sobretudo em relação aos idosos (Colen, 2000).

O fraco desenvolvimento das políticas sociais de apoio, ainda em fase de expansão, ao idoso e sua família (São José, Wall e Correia, 2002), aliado às novas formas de organização familiar, faz que se imponham renovadas políticas sociais da velhice. A gestão de uma política social não deve impedir que se tenha “o olhar permanentemente sobre a realidade e se seja capaz de compreender as mudanças que estão permanentemente a ocorrer.” (Bruto da Costa, 1999:6.15).

Quaresma (2003) aponta para uma inevitável e desejável evolução das políticas de velhice versus políticas de envelhecimento que considerem o continuum de existência dos indivíduos. Esta perspetiva supõe, como referem os princípios da OCDE (2000, cit. In Quaresma, 2003), a articulação dos quatro seguintes eixos: a prevenção; deteção precoce de problemas, com atenção especial às fases críticas da existência; maior liberdade de escolha e maior responsabilização de cada um face ao seu próprio futuro; e a implementação de serviços de melhor qualidade.

CAPITULO III

Neste capítulo iremos abordar a importância da qualidade de vida e do bem-estar, bem como as medidas adotadas para garantir e favorecer a qualidade dos serviços prestados à população idosa.

3. QUALIDADE DE VIDA

3.1 Perspetiva Histórica da Qualidade de Vida

A QdV é uma das dimensões da vida humana que tem sido objeto de investigação em diversas áreas de estudo e conhecimento nas últimas décadas, com o objetivo de superação da ambiguidade e subjetividade que este conceito encerra.

Genericamente, podemos considerar dois importantes períodos que marcam o desenvolvimento deste conceito: um primeiro período, que se inicia nos finais do século XVIII até 1960 e um segundo, desde 1960 até à atualidade.

Segundo Pais Ribeiro (1994) até ao século XX, políticos, filósofos e académicos consideravam a QdV, como sendo o resultado da capacidade do homem para fazer uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas no contexto em que se insere, visando o desenvolvimento equilibrado da sociedade e o rigoroso respeito pelo direito universal à vida.

Porém, historicamente, só no século XX, principalmente a partir de finais de 1960, é que a expressão QdV é utilizada de forma cada vez mais frequente, muito pelo fato de profissionais e responsáveis pelo campo sanitário e social mostrarem um interesse crescente pela avaliação da QdV.

Se na primeira metade do século XX, o interesse pela QdV surgiu igualmente ligado aos sistemas de indicadores sociais (Cummins, 2000; Rapley, 2003, apud Canavarro et al., 2006), em que prevalecia uma abordagem essencialmente economicista que analisava o crescimento económico das sociedades através da evolução do respetivo PIB (Produto Interno Bruto) ou do rendimento per capita. A partir da segunda metade do século XX, a evolução das democracias e o aumento da consciência das populações de que tinham o direito a participar ativamente na definição da sua vida levou à necessidade de encontrar outros indicadores que

expressassem melhor esta nova perspetiva, mas também, que os tornassem suscetíveis de avaliação pelo que, o argumento de que os indicadores económicos fossem indicadores de bem-estar, já não era plausível junto das populações.

Segundo Ribeiro (1994) o relatório da Comissão in National Goals, publicado em 1960 (período de desenvolvimento económico sem precedentes), da responsabilidade do Presidente Eisenhower, foi o grande impulsionador para o estudo e conceptualização da QdV. De acordo com o autor, este documento enunciava alguns indicadores sociais e ambientais (educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar).

Segundo Ribeiro (1994) é na década de 80 que a QdV se tornou (...) “[...] um conceito do interesse geral e do senso comum. Políticos, clérigos, economistas, ecologistas entre outros, utilizam a expressão para demonstrar o interesse pelo bem-estar das pessoas” (Ribeiro, 1994, p. 180).

De acordo com Lawton (1991) apud Fleck et al, (2008) a definição do conceito de QdV é recente e em saúde remonta a meados do século XX, o enfoque da QdV na velhice tem apenas alguns anos de evolução.

3.2 Conceito (s) de Qualidade de Vida

QdV é um conceito de difícil definição, pois o mesmo varia de pessoa para pessoa, de local para local e de época para época. Tal como refere Ribeiro (1994, p. 183) “[...] tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta”, o que faz com que, como refere McGuire (1991) “todos têm a sua própria ideia do que é a QdV, e é nisso que reside o problema” (apud Ribeiro, 1994, p. 183).

Assim, a QdV tem sido ao longo do tempo definida de vários modos. Para Churchman (1992) apud Ribeiro (1994), a QdV designa o juízo subjetivo do indivíduo, sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades, nos vários domínios de vida.

Cramer (1993;1994) define QdV como, “bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas a ausência de doença” (apud Ribeiro, 1994, p. 183), sendo esta, exatamente igual à definição de saúde proposta pela OMS. Ribeiro (1994), define QdV como, “a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal de bem-estar” (Ribeiro, 1994, p. 183).

Segundo Giovanni Pires et al. (1998) “Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolvem portanto

saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhe dizem respeito [...] (apud Pocinho et al. 2012, p. 151).

Segundo Jacob (2007) podemos definir o conceito de QdV através da formulação de cinco categorias gerais, a saber:

- A primeira categoria é a do bem-estar físico, cujos elementos são: a comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança;
- As relações interpessoais são a segunda categoria, que inclui as relações familiares, amigos e a participação na comunidade;
- A terceira categoria refere-se ao desenvolvimento pessoal, que representa as oportunidades de desenvolvimento intelectual e auto-expressão;
- As atividades recreativas compõem a quarta categoria que se subdivide em três partes: a socialização e o entretenimento quer passivo quer ativo;
- A última categoria inclui as atividades espirituais e transcendentais, que envolvem a atividade simbólica, religiosa e o autoconhecimento.

A dificuldade em definir QdV, levou a OMS a organizar o World Health Organization Quality of Life – Group (WHOQOL), que propôs a definição que melhor traduz a abrangência do conceito QdV. O grupo WHOQOL em 1994 define QdV como sendo “... a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, World Health Organization Quality of Life – Group, 1994, p. 28). Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspetiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da QdV individual (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998).

De acordo com Ribeiro (1997, p. 260) esta definição traduz que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente, biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para a definição de QdV.

A QdV não depende somente de saúde, bem-estar, mas também da capacidade de perceção dos obstáculos que rodeia um determinado indivíduo, de forma a poder-se defender, estando também este mesmo conceito associado à interajuda que se estabelece entre o meio onde o indivíduo se encontra. A QdV está assim relacionada com tudo o que possa satisfazer um determinado indivíduo, sendo um tema multidimensional e complexo, resultante da interação

de múltiplas influências objetivas e subjetivas, macro e micro, positivas e negativas (Walker, 2005).

3.3 Qualidade de Vida na População Idosa

A OMS (2002) define QdV no âmbito da população idosa como “a manutenção de saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspetos da vida humana; físico, social, psíquico e espiritual” (OMS, 2002, p. 14).

A saúde surge sistematicamente como aspeto mais importante na vida dos indivíduos, nomeadamente nos idosos, sendo uma das variáveis determinantes da QdV. De facto, a QdV relacionada com a saúde pode ser entendida como uma dimensão da QdV, embora se trate de um conceito mais estreito e específico, que pode ser delimitado pelas expectativas associadas ao estado de saúde de cada pessoa idosa e à assistência sócio-sanitária a que tem acesso. Pode ser assim percebida como uma conceção individual que implica uma auto-avaliação e uma mudança ao longo do tempo (Fernández-Mayoralas., 2007).

Nos últimos anos têm sido realizados alguns estudos sobre a avaliação da QdV na idade avançada, centrando-a na condição de saúde e funcionalidade. Existem particularidades a que se deve atender quando se analisa a QdV relacionada com a saúde na população idosa pois muitas pessoas idosas continuam saudáveis e funcionais. No entanto, existe uma maior complexidade dos problemas de saúde, sendo também necessário distinguir entre função física e capacidade de auto-cuidado, uma vez que esta exige capacidade mental para realizar tarefas complexas (por exemplo ir às compras, usar eletrodomésticos). Fernández-Mayoralas (2007) no seu estudo sobre o significado da saúde na QdV dos idosos, verificaram que esta é uma das 19 áreas da QdV identificadas pelas pessoas idosas, que influencia e é influenciada por outras dimensões como: rede familiar; situação económica; rede social e atividades de lazer. Os autores assinalam a importância da determinação dos aspetos referentes à QdV relacionada com a saúde para que se possam desenhar intervenções preventivas e corretivas orientadas para a manutenção e melhoria da percepção da saúde global das pessoas idosas.

A saúde é vital para manter o bem-estar e a QdV na idade avançada, sendo que na perspetiva de Rosa (2012) o aumento da esperança de vida é resultado de significativos progressos médicos, científicos e sociais entretanto ocorridos. Com efeito, entre as causas de morte que prevalecem nas idades superiores destacam-se as doenças crónicas e degenerativas. Observam-se cada vez mais pessoas com idade avançada, no entanto, esta pode estar marcada

por doenças crónicas e incapacitantes, que inviabilizam a preservação da autonomia e independência dos indivíduos (Rosa, 2012).

Como refere Rosa (2012) “ [...] com a idade avançada aumenta o risco das doenças crónicas não transmissíveis ou degenerativas (como tumores, diabetes, doenças cardiovasculares, Alzheimer) e aumentam as dificuldades de mobilidade, de visão e audição, problemas que, muitas vezes, se fazem acompanhar por uma perda progressiva de autonomia e por uma maior dependência do apoio exterior, familiar ou social” (Rosa, 2012, p. 34).

A nível psicológico e social, o idoso caracteriza-se muitas vezes pela solidão e pelo isolamento familiar. Conforme refere Rosa (2012) “Uma importante parcela dos agregados familiares, em Portugal, é constituída por uma única pessoa com 65 ou mais anos. À morte do cônjuge, ou de familiares e amigos, juntam-se, por vezes, as distâncias físicas entre membros de uma mesma família, fruto, por exemplo, da emigração dos mais jovens para as cidades, ou mesmo para outros países” (Rosa, 2012, p. 34-35).

A QdV segundo Ribeiro (1994) não pode depender exclusivamente da saúde, ao entender o Homem como um ser bio-psico-social. Ela vai depender também de outros domínios extremamente importantes para além da saúde, como o trabalho, a família e a ausência de dificuldades económicas, entre outros.

Segundo a OMS “A saúde é um estado completo, bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade” in Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde.

Imaginário (2008), refere que a dimensão social associada ao conceito de saúde contribui para reforçar a mudança, uma vez que, até então admitia-se que a saúde ou a doença dependia fundamentalmente da interação entre o indivíduo, com a sua carga genética e o meio ambiente, ou seja, fatores físicos e/ou biológicos.

Ainda o mesmo autor refere que perante este novo paradigma, as dimensões psicossociais e funcionais tornam-se elementos essenciais para a obtenção de boa saúde, o que pressupõe uma ótima QdV, “a saúde é um estado do ser que as pessoas definem em relação aos próprios valores” (Imaginário, 2008).

Esta conceptualização preconiza (ao contrário da anterior) a saúde numa perspetiva sistémica e holística, considerando os fatores bio-psico-sociais, em que, o conceito de QdV surge como fundamental. A saúde e doença passam a ser vistos num continuum e não em dois pólos opostos. O que se procura evidenciar é que cada vez mais se deve centralizar a saúde do ponto de vista da pessoa, isto é, o sentimento subjetivo de bem-estar.

Como refere Imaginário (2008), o estado de bem-estar não é estático, visto que os nossos sentimentos estão de forma continua a relacionar-se com o meio envolvente. Também os laços culturais têm uma influência determinante no conceito de bem-estar, sendo este influenciado pelos valores sociais vigentes e pelo ambiente envolvente. O bem-estar inclui variáveis físicas, psicológicas e sociais.

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

Ao verificar-se que a QdV se pode avaliar em muitos domínios, foi fundamental uma aproximação multidimensional do conceito de QdV relacionada com a saúde, pelo que se tem considerado pelo menos quatro dimensões na avaliação da mesma, a física, a funcional, a psicológica e a social. A dimensão física refere-se aos sintomas físicos, dolorosos ou não, derivados da doença ou do tratamento. A funcional tem a ver com a capacidade do indivíduo em se auto-cuidar, deambular, atividade física, assim como a capacidade para concretizar as tarefas familiares e laborais habituais. A dimensão psicológica focaliza-se no funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e a perceção global de saúde. Por último, a social centra-se na interação do sujeito doente com o seu ambiente, com os seus contactos sociais e com o estado de auto-estima pessoal face a uma doença crónica. Desta forma CarodArtal (1999) considera que “... duas pessoas com o mesmo estado objetivo de saúde podem ter qualidade de vida muito diferente” (apud Imaginário, 2008, p. 40).

Campos (1992) apud Amaral e Vicente (2000), afirmam que é fundamental efetuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos, pelo que, se requer não apenas uma abordagem biomédica, mas sobretudo uma abordagem holística. Esta abordagem, consiste na realização exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sócio familiar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os fatores que promovem a saúde. Esta perspetiva esclarece que não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a QdV ou o futuro

do idoso, mas sim a sua autonomia e independência. Os múltiplos, complexos e inter-relacionados problemas dos idosos requerem, uma abordagem bio-psico-social, com esta postura procuram-se determinados problemas que nos idosos constituem as causas mais frequentes de incapacidade. A obtenção de dados da esfera funcional, física e social é extremamente rica, uma vez que nos fornece contributos para o nível de assistência a proporcionar aos idosos.

Segundo Lawton (1991) apud Fleck et al, (2008) a QdV na velhice provém de uma avaliação multidimensional relacionando-se com critérios socionormativos e intrapessoais com referência a relações atuais e passadas e ao contexto. A QdV na velhice depende de múltiplos fatores em constante interação ao longo da vida. Um modelo de velhice de natureza multidimensional na literatura gerontológica internacional é o modelo de QdV de Lawton (1991) (Figura 16).

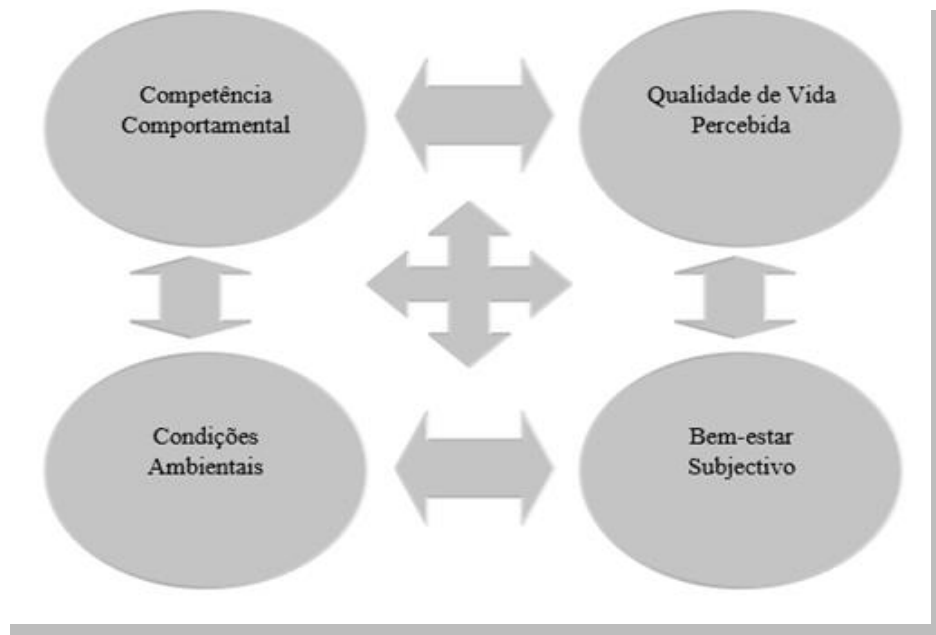


Figura 16 - Modelo de Qualidade de Vida
Fonte: Lawton (Silva et al., 2009, p. 164)

Neste modelo a competência comportamental traduz o desempenho face às diferentes situações de vida, representando a avaliação socionormativa do funcionamento do indivíduo. As condições ambientais referem-se ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo Homem, com influência nas competências adaptativas (emocional, cognitiva e comportamental). Esta dimensão está diretamente relacionada com a QdV na velhice, pois condições ambientais adequadas possibilitam aos idosos o desempenho de comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos, bem como tem estreita ligação com o bem-estar percebido. A QdV percebida incide na avaliação da própria vida, com influência dos valores que foram sendo adquiridos/construídos e pelas expectativas pessoais e sociais. Traduz a avaliação subjetiva que cada indivíduo efetua do seu funcionamento nos vários domínios das competências comportamentais. O bem-estar subjetivo evidencia a satisfação com a vida, satisfação global e satisfação específica em relação a alguns aspetos da vida.

Reproduz as relações entre condições objetivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria QdV, ou seja as três dimensões precedentes.

Com este modelo, o autor considera que a QdV na velhice pode ser definida como uma avaliação multidimensional dirigida por critérios socionormativos e intrapessoais, relacionando-se com relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu meio ambiente.

3.4 Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida

O EA constitui um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a QV das pessoas que envelhecem (OMS, 2002). A DGS (2004) preconiza que o EA depende de uma variedade de influências ou determinantes, que englobam os indivíduos, suas famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos esses fatores, assim como os que resultam da sua interação, constituam o referencial dos indicadores de qualidade de envelhecimento das pessoas e populações. Deste modo, apresenta-se o esquema representativo das determinantes do Envelhecimento Ativo (Figura 17).

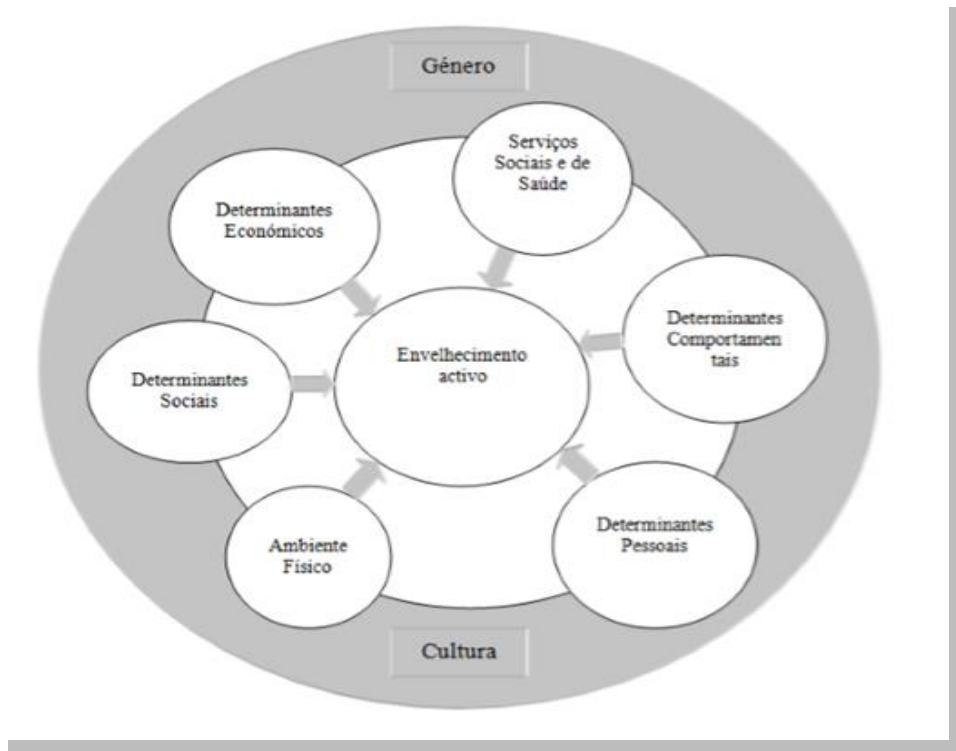


Figura 17 - Determinantes do Envelhecimento Activo
Fonte: OMS, 2002, p. 19, adaptado

A promoção do EA constitui um dos princípios estratégicos desenvolvidos pela OMS que visam uma nova perspetiva de desenvolvimento social. O EA comporta um conjunto de atitudes e ações que visam prevenir ou adiar as complicações inerentes ao processo de envelhecimento (Páscoa, 2008). Cada vez mais a ciência se debruça sobre o aumento da longevidade, no entanto, este aumento dos anos de vida deve ser sempre perspectivado em mais anos com QdV. No EA existem três áreas a considerar:

- a) O envelhecimento biológico, que pode ser adiado, mas é inevitável. A prática de medidas preventivas deve ser efetuada desde cedo, assim como a identificação de sinais que o corpo possa manifestar, para agir atempadamente e responder de forma eficaz aos “desequilíbrios” orgânicos e esperar ter uma velhice sem grandes complicações físicas;
- b) Ao nível intelectual, deve-se ter consciência da importância e necessidade de estimulação do intelecto, através da constante execução de exercícios de elevado grau de dificuldade, que sejam verdadeiros “desafios para a mente”;
- c) Ao nível emocional emerge a importância da motivação. Mesmo sabendo o que é melhor para nós, nem sempre conseguimos ter a motivação para seguir esses pressupostos.

Ser detentor de conhecimento acerca do EA e dos aspetos que podem nele interferir, é crucial para que os idosos possam desfrutar de um envelhecimento com QdV. As preocupações com o EA e a QdV têm sido um fator determinante para o desenvolvimento de respostas sociais que além de darem resposta às necessidades dos idosos lhe possibilitem viver com qualidade, estimulando o EA.

CAPITULO IV

O presente capítulo aborda a temática da gestão da qualidade em organizações sociais, abordam-se conceitos relacionados para uma melhor compreensão da problemática.

Apresenta-se a análise documental da ISO 9001 em Portugal e no Mundo. A norma ISO 9001 proporciona a melhoria contínua dos processos do Sistemas de Gestão de Qualidade, e pretende dotar as Organizações de conhecimentos e competências que permitem o desenvolvimento de uma estratégia de sustentabilidade integrada, facultando ferramentas práticas que possibilitam a sua operacionalização e monitorização, e a dimensão estatística dos certificados ISO 9001, no mundo.

4. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

A palavra sistema é hoje utilizada frequentemente, em vários campos do conhecimento: sistemas de gestão, sistemas de produção, sistemas de marketing, sistemas de informação.... Existe também uma teoria de sistemas e mesmo engenharia de sistemas.

Na perspetiva dos sistemas, as organizações podem ser vistas como sistemas abertos (interatuantes com a envolvente).

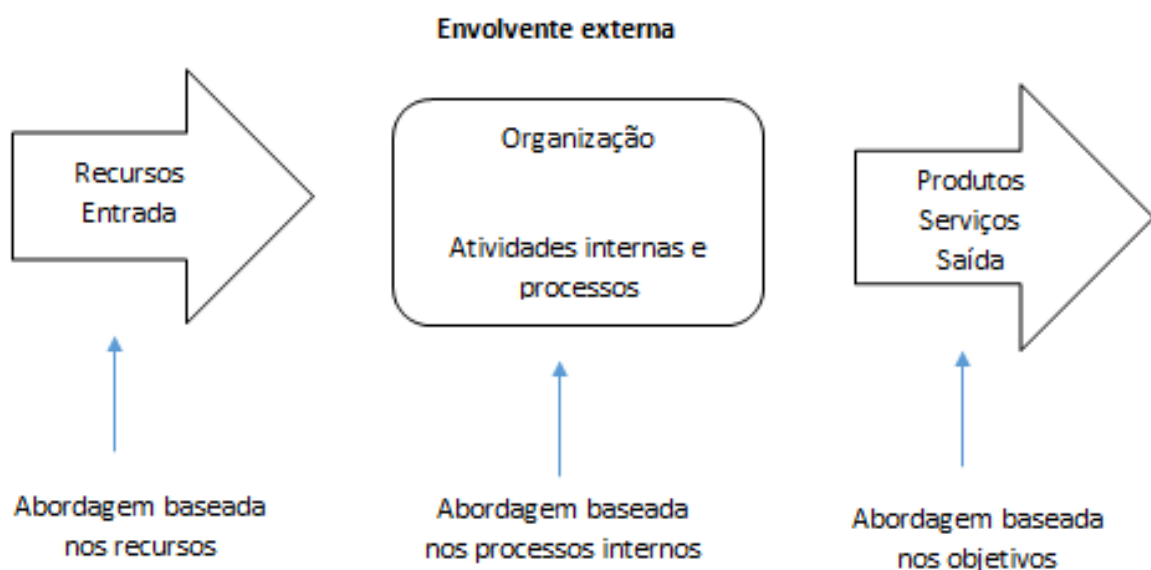


Figura 18 - Sistema Aberto
Fonte: Daft, 2001, p. 65, adaptado

Em termos genéricos, um sistema traduz a ideia de que vários componentes elementares, independentes, interatuam e formam um todo coerente com um objetivo comum. Por exemplo, um sistema de informação significa a regular e sistemática recolha de dados e o seu processamento sistemático: a entrada, o processamento e a saída acontecem de uma forma sistemática para servir um objetivo predeterminado.

Sempre que as interações acontecem de uma forma não sistemática o objetivo pode apenas ser alcançado de uma forma aleatória.

Qualquer sistema deve ter uma lógica inerente que se reflete em entradas ou saídas particulares e na sua relação recíproca. Os objetivos de um sistema influenciam e determinam até os princípios básicos segundo os quais o sistema é concebido e operado.

A gestão é um subsistema da organização. É composto de muitas partes interrelacionadas e que interatuam, nomeadamente personalidades e regulamentos. A saída mais típica é constituída por decisões e procedimentos. A entrada pode ser entendida como sendo os problemas de organização que exigem soluções. A ligação entre entrada e saída, ou seja, o processamento, pode ser visto como uma rede de processos.

A organização alcança os seus objetivos através de uma rede interligada de processos.

Por vezes, o termo sistema de gestão é utilizado com diferentes significados. Por exemplo é utilizado para descrever o sistema de autoridade e responsabilidade, ou para identificar estilos de gestão (gestão convencional, gestão moderna).

Quando aplicamos o conceito de sistema à qualidade, não se trata de um arranjo semântico, mas tem um significado concreto e tangível.

O sistema da qualidade é o conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está sendo alcançado ao mínimo custo.

O significado de sistema reside no facto de que ele orienta o pensamento e, portanto, a ação no sentido de alcançar eficaz e otimamente um objetivo.

O sistema da qualidade é um subsistema da gestão porque atribui sistematicamente recursos e responsabilidades de modo a que a organização para a qualidade se torne viável, efetiva e competitiva.

O ambiente cada vez mais competitivo e a sempre crescente complexidade dos fenómenos requerem decisões racionais e soluções baseadas numa abordagem científica (sistemática). Os sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho, os sistemas de gestão da qualidade e os sistemas de gestão ambiental, baseiam-se nos mesmos princípios de gestão, nomeadamente:

- Fornecer uma abordagem sistemática de todas as atividades que possam influenciar a segurança e saúde, a qualidade e/ou o ambiente;
- Privilegiar as atividades de prevenção em vez de confiar apenas nos resultados da inspeção/controlo/monitorização;
- Fornecer uma evidência objetiva de que a segurança, a saúde, a qualidade e/ou os objetivos e metas ambientais foram alcançados ao menor custo e de forma mais eficaz.

O conceito de sistemas tenderá para a solução ótima porque o problema não é apenas reconhecido, mas cuidadosamente analisado de acordo com procedimentos formais (abordagem sistemática) de modo a determinar o processo e a causa do problema. A abordagem sistemática, não só ajuda os gestores a clarificar, entender e gerir as suas responsabilidades e tarefas, mas ao mesmo tempo ajuda a ultrapassar não devem ser sentidos pelas pessoas como burocráticas ou difíceis de gerir, mas sim como ajuda e orientação para a resolução dos problemas.

4.1 Normas de Gestão da Qualidade

Com um número crescente de Organizações a implementarem sistemas de gestão da qualidade, tornou-se evidente a necessidade de padronização a nível mundial os aspetos relacionados com a qualidade, permitindo deste modo a adoção de um vocabulário comum entre as organizações, os seus clientes e fornecedores.

A International Organization for Standardization (ISO) é uma entidade não-governamental fundada em 1947 em Genebra, na Suíça, que congrega os organismos de normalização de 164 países e é responsável pela elaboração e publicação de normas internacionais em diversos campos técnicos. Estas normas internacionais são aprovadas através de consenso global e ajudam a quebrar as barreiras ao comércio internacional, indicando especificações de produtos e serviços, bem como as melhores práticas para tornar a indústria mais eficiente e eficaz (International Organization for Standardization [ISO], n.d.).

As normas da família ISO 9000, editadas pela ISO, abordam diferentes aspetos da gestão da qualidade. Pertencem a esta família os seguintes referenciais normativos (ISO, n.d.):

- ISO 9000:2005 – Sistema de Gestão da Qualidade (Fundamentos e Vocabulário) - documento que contém todos os termos utilizados no sistema;
- ISO 9001:2015 Evolução da ISO 9001:2008 – Sistema de Gestão da Qualidade (Requisitos) - explica os requisitos para obter a certificação, orientações sobre a qualidade dos projetos, bem como o seu desenvolvimento, produção, instalação e manutenção. É uma das normas mais específicas e mostra como deve ser cada processo da empresa. Ela envolve as normas 9002 e 9003;
- ISO 9004:2009 – Gestão para o Sucesso Sustentado de uma Organização (Uma abordagem de Gestão da Qualidade) - é um documento com instruções para implantar o Sistema de Gestão da Qualidade, estabelece as diretrizes para o sucesso sustentado - orientações básicas para a implantação do sistema de gestão da qualidade;
- ISO 19011:2011 – Estabelece diretrizes para a realização de auditorias aos Sistema de Gestão da Qualidade.

A ISO 9001:2008 constitui a norma de excelência para a implementação e certificação de SGQ nas organizações em geral, independentemente do seu tipo, dimensão ou sector de atividade. Originalmente publicada em 1987, a norma ISO 9001 sofreu alterações em 1994, 2000 e 2008, como consequência “da evolução do conceito da qualidade, do aumento de exigências e da diversificação dos requisitos dos consumidores” (Silva, 2009, p.26).

As alterações incluídas na versão de 2008, que constitui a versão atual da norma, permitiram uma maior facilidade de tradução, um melhor entendimento e interpretação do seu texto, bem como uma maior compatibilidade com a família das normas ISO 14000, relativa aos sistemas de gestão ambiental.

Tal como acontece com as demais normas da família ISO 9000, os requisitos da ISO 9001:2008 baseiam-se na aplicação de oito princípios da gestão da qualidade:

1. Focalização no cliente

“As organizações dependem dos seus clientes e, conseqüentemente, deverão compreender as suas necessidades, atuais e futuras, satisfazer os seus requisitos e esforçar-se por exceder as suas expectativas” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p.7).

2. Liderança

“Os líderes estabelecem unidade no propósito e na orientação da organização.

Deverão criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas para se atingirem os objetivos da organização” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p. 7).

3. Envolvimento das pessoas

“As pessoas, a todos os níveis, são a essência da organização e o seu pleno envolvimento permite que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da 2005, 2005, p. 7).

4. Abordagem por processos

“Um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente quando as atividades e recursos associados são geridos como um processo” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p. 7).

5. Abordagem sistémica para a gestão

“Identificar, compreender e gerir processos interrelacionados como um sistema, contribui para que a organização atinja os seus objetivos com eficiência e eficácia” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p. 8).

6. Melhoria Contínua

“A melhoria contínua do desempenho global da organização deverá ser um objetivo permanente dessa organização” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p. 8).

7. Abordagem fatural para a tomada de decisão

“As decisões eficazes são baseadas na análise de dados e de informações” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p. 8).

8. Relações benéficas com os fornecedores

“Uma organização e os seus fornecedores são interdependentes e uma relação de benefício mútuo potencia a aptidão de ambas as partes para criar valor” (NP EN ISO 9000 2005, 2005, p. 8).

Outra característica da ISO 9001:2008 é o facto da mesma adotar uma abordagem por processos e utilizar o ciclo PDCA no que diz respeito à melhoria contínua.

Segundo a NP EN ISO 9000 2005 (2005, p. 15), processo é “ todo o conjunto de atividades interrelacionadas ou interatuantes que transformam entradas em saídas”.

No modelo de um SGQ baseado em processos (Figura 19), os requisitos que os clientes esperam que os produtos ou serviços contenham, representam as entradas ou inputs do sistema. De forma a garantir que estes requisitos estão a ser cumpridos, a organização é responsável pela monitorização do grau de satisfação dos seus clientes e pela implementação de ações de melhoria.

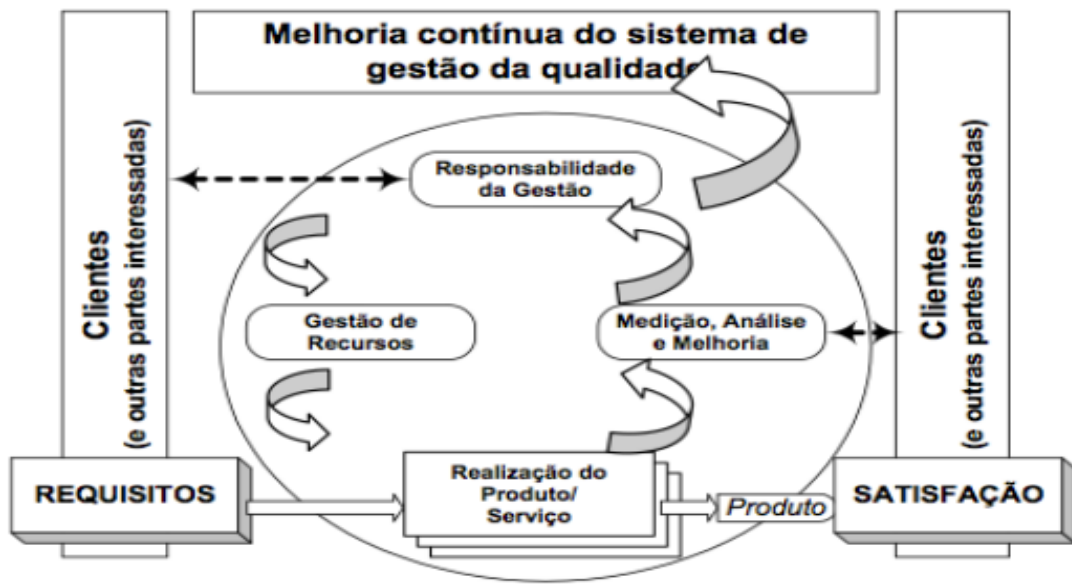


Figura 19 - Modelo de um SGQ baseado em Processos
Fonte: Marques, A. S., 2005, p. 105.

O modelo anterior segue a metodologia do chamado Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming (Figura 20), que apesar de ter sido idealizado por Shewart, acabou por ser divulgado e aplicado por Deming. As fases que este ciclo engloba são as seguintes (Silva, 2009, p. 20):

- **Planear:** estabelecer os objetivos e os processos necessários para apresentar resultados de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da organização.
- **Executar:** implementar os processos.
- **Verificar:** monitorizar e medir processos e produto em comparação com políticas, objetivos e requisitos para o produto e reportar os resultados.
- **Atuar/Implementar:** empreender ações para melhorar continuamente o desempenho dos processos.



Figura 20 - Ciclo de Deming, PDCA "Plan-Do-Check-Act"
Fonte: Marques, A. S., 2005, p. 101.

A certificação de SGQ de acordo com a ISO 9001:2008 reconhece o esforço da organização em assegurar a conformidade dos seus produtos ou serviços, a satisfação dos seus clientes e a melhoria contínua. Tal certificação é obtida por meio da realização de auditorias por parte de uma entidade certificadora devidamente acreditada, tendo como resultado a emissão de um certificado de conformidade que comprova que a organização tem em funcionamento um SGQ que cumpre com todos os requisitos da norma de referência (Mendes, 2007, p.15).

4.2 Gestão e Liderança

A liderança é um dos temas mais investigados, tornando esta variável cada vez mais importante nas organizações. O mundo organizacional requer líderes para a gestão seja bem-sucedida das organizações, é consensual que uma boa liderança representa a forma mais eficaz de impulsioná-las no rumo ao sucesso. No decurso dos últimos anos, desenvolveram-se um conjunto significativo de estudos empíricos sobre liderança, mas apesar disso, não foi possível identificar claramente e sem equívoco, o que distinguia os líderes dos não líderes, os líderes eficazes dos líderes ineficazes, e as organizações eficazes das não eficazes (Fachada, 2013) A liderança é um conceito difícil de definir, sendo que a evolução das suas teorias ao

longo dos anos, tem sido acompanhada pelo desenvolvimento das teorias organizacionais, constatando-se que o tema é complexo e que ainda há muito por saber. Neste contexto, as teorias ou abordagens sobre a liderança evoluíram segundo quatro perspetivas: a perspetiva dos traços, a perspetiva dos estilos ou comportamentos, a perspetiva contingencial e as perspetivas da nova liderança (Fachada,2013). Segundo o portal da gestão existem atualmente sete estilos de liderança que podem ser utilizados, dependendo de equipa com que se está a trabalhar: a liderança autocrática, a liderança carismática, a liderança transformacional, a liderança participativa, a liderança transacional, a liderança Laissez-faire e a liderança virada para as pessoas ou orientada para as relações.

1ª - Liderança autocrática - é uma forma extrema de liderança, onde o líder exerce um nível elevado de poder sobre os membros da equipa. As pessoas que compõem a equipa não têm muitas oportunidades para apresentar sugestões, mesmo que estas sejam do interesse da equipa ou da instituição. A maior parte das pessoas não gosta de ser tratada desta forma. Assim, este tipo de liderança tende a despoletar elevados níveis de absentismo e de insatisfação. Além disso, os resultados da equipa não recebem a criatividade e a experiência de todos os membros da equipa, pelo que se perdem muitos dos benefícios do trabalho de equipa. No entanto, no caso de alguns trabalhos de rotina ou sem exigência de qualificações, este estilo pode ser eficaz, se as vantagens do controlo se sobrepuserem às desvantagens.

2ª - Liderança carismática – o líder procede de forma a motivar a equipa. No entanto, um líder carismático pode ter tendência a acreditar mais em si próprio do que na equipa. Isto pode criar o risco de que um projeto, ou até mesmo a instituição, caia se o líder sair. A equipa acredita que o sucesso está associado à presença do líder. Esta liderança acarreta uma grande responsabilidade e requer um compromisso a longo prazo por parte do líder.

3ª - Liderança participativa - apesar de ser o líder a tomar a decisão final, a equipa é incentivada a contribuir no processo de decisão. Isto não só aumenta a satisfação no emprego, ao envolver os membros da equipa naquilo que se está a passar, na instituição como também ajuda a desenvolver as capacidades de todos. Os colaboradores sentem que controlam o próprio destino e sentem-se motivados para trabalhar com afinco por algo mais do que a mera compensação financeira.

4ª - Liderança transacional - começa com a premissa de que os membros da equipa concordam em obedecer completamente ao líder quando começam a trabalhar com ele: normalmente a transação constitui o pagamento aos membros da equipa em troca de esforço e obediência. Assim, o líder tem o direito de "punir" os membros da equipa se o trabalho realizado não corresponder aos padrões pré-determinados. Os membros da equipa pouco podem fazer para melhorar a satisfação com o emprego sob este tipo de liderança. O líder pode dar algum controlo aos membros da equipa em relação a salário, usando incentivos que encorajam padrões ainda mais elevados ou uma maior produtividade. Um líder transacional pode ainda exercer a "gestão por exceção", onde, em vez de recompensar o trabalho melhor, pode tomar ações corretivas se os padrões exigidos não tiverem sido cumpridos. Esta liderança é apenas uma forma de gestão e não um estilo de liderança puro, já que é dado mais ênfase a tarefas a curto prazo. Tem grandes limitações em termos de conhecimento ou de trabalho criativo, mas continua a ser um estilo comum a muitas organizações.

5ª - Liderança transformacional - é o líder que inspira a equipa com uma visão partilhada do futuro. Os líderes transformacionais são muito visíveis e passam muito tempo a comunicar. Não lideram necessariamente a partir da linha da frente, uma vez que tendem a delegar responsabilidade entre as equipas. Os líderes de transformação procuram iniciativas que acrescentam valor. Este estilo de liderança é, sem dúvida, o mais adequado a organizações dinâmicas e competitivas. Como a participação demora, este estilo pode fazer com que os processos se desenrolem mais lentamente do que quando se recorre a uma abordagem autocrata, mas o resultado tende a ser melhor. Pode ser mais adequado quando o trabalho de equipa é essencial e quando a qualidade é mais importante do que a velocidade do mercado ou da produtividade.

6ª - Liderança Laissez-faire - Esta expressão em francês significa "deixar andar" e é usada para descrever um líder que deixa os colegas prosseguir com o que fazem. Pode ser eficaz se o líder controlar o que é conseguido e der conhecimento disso à equipa de forma regular. Normalmente, a liderança Laissez-faire funciona em equipas onde os indivíduos têm muita experiência e espírito de iniciativa. Pode também resultar em situações em que os gestores não exercem controlo suficiente.

7ª - Liderança virada para as pessoas ou liderança orientada para as relações – o líder está completamente concentrado na organização, apoio e desenvolvimento das pessoas que lidera. Como um estilo participativo, tende a existir um trabalho de equipa positivo e colaboração criativa. No entanto, se levado a extremos, pode resultar no fracasso dos objetivos da equipa. Na prática, a maior parte dos líderes recorre quer a estilos orientados para as tarefas, quer a estilos orientados para as pessoas.

4.3 A Gestão da Qualidade nas Instituições

Atualmente o estado delega nas instituições do terceiro setor grande parte da ação social. O terceiro setor atua na prestação de serviços e na abordagem de problemas sociais de natureza pública e com interesse social. O estudo da gestão das instituições do terceiro sector permite perceber a natureza das forças a que estão sujeitas e as contradições da sociedade em que estão inseridas (Paulos, 2010). As atividades de apoio social a idosos podem ser desenvolvidas por estabelecimentos oficiais geridos por organismos públicos, central, regional ou local, estabelecimentos de caráter privado não lucrativo, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e estabelecimentos pertencentes a pessoas singulares, ou coletivas, que não se enquadrem nos dois tipos mencionados, ou seja, instituições de caráter privado lucrativo. As instituições estão condicionadas ao cumprimento de requisitos legais e regulamentares, que conferem direitos ao utente e regem a relação entre o utente e a instituição. Os utentes e a sua família têm expectativas ao nível financeiro, social e psicológico, em função das suas vivências anteriores, do estado de saúde e de autonomia e ainda das relações familiares. A implementação de sistemas da qualidade e a sua certificação parece ter colocado algumas reservas a algumas organizações, sobretudo, devido à linguagem técnica das normas. O primeiro esforço para diminuir as barreiras iniciais sentidas na implementação de sistemas da qualidade, surgiu com a publicação de guias interpretativos da norma a setores específicos. A necessidade de um sistema de reconhecimento da qualidade praticada, bem como o papel incentivador do efeito da sua demonstração são uma exigência nestas áreas de atividade. O desafio suscitado pelo Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS) – através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais – no sentido de as organizações com respostas sociais protocoladas com o Estado adotarem os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais e alcançarem um nível mínimo de qualidade (Nível C), veio despertar, junto das organizações, a necessidade para o desenvolvimento de processos de qualificação. A

inevitabilidade da qualificação destas organizações levou a que se passasse de um quase desconhecimento sobre a qualidade, os modelos e instrumentos existentes, para o atual sentido de urgência na obtenção de conhecimentos a este nível. De acordo com o DL 64/2007 de 14 de Março, os novos acordos de cooperação vão ser mais exigentes e vão depender da Certificação de Qualidade, que contempla três escalões de exigência: Nível C – Obrigatório, Nível B – Voluntário, Nível A – Boas Práticas a caminho da excelência. Segundo Paulos (2010) a qualidade é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo um caminho a percorrer por todo o tipo de organizações. As áreas sociais pretendem acompanhar este melhoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados. Os serviços na área social, públicos ou privados, são serviços em que a utilização dos processos de gestão da qualidade têm uma larga aplicação devido, essencialmente, à segurança das pessoas e bens que é crítica, aos custos das falhas que são muito elevados, ou mesmo irreparáveis, à prevenção que tem nesta área um valor inquestionável, à improvisação que causam erros e à elevada insatisfação do utente. A competência técnica, as normas de boa prática técnico-profissional são um bom princípio mas, por si só, podem não garantir a qualidade organizacional e a conformidade do serviço. A implementação de um sistema de gestão da qualidade assegura o cumprimento dos requisitos do serviço e a satisfação do utente, podendo evidenciá-los perante a sociedade. De acordo com a segurança social a gestão da qualidade tem por base um conceito de qualidade assente em realizar um trabalho com zero defeitos, fazer bem à primeira, melhoria contínua do serviço e superioridade e excelência na prestação de serviços. Para ser um serviço com qualidade tem que ser compreensível, sendo o seu processo administrativo claro, sensível e transparente para os utentes. Tem, também, que responder às necessidades dos cidadãos e atender às suas solicitações, o que implica conhecimento prévio das suas expectativas e reais necessidades. A instituição tem que ser acessível quanto a horários, informação e formas de comunicação. Os serviços a prestar devem ser fáceis de obter, cómodos de utilizar e de localizar e o tempo de espera o menos possível. Tem que ser participativo e dar aos colaboradores e aos utentes a oportunidade de contribuir com opiniões e sugestões para melhorar a qualidade dos serviços.

Para ter qualidade terá de ser um serviço credível, seguro e onde exista uma compreensão empática ou seja perceber bem a situação real do utente, no sentido de dar respostas adequadas e personalizadas. A qualidade está ainda patente na tangibilidade, igualdade, equidade e responsabilidade quanto ao serviço prestado e também na disponibilidade dos colaboradores que deverá ser orientada para as necessidades do utente. A gestão da qualidade,

centralização e avaliação contínua, integra três dimensões: A planificação, o controlo da qualidade e a melhoria da qualidade. A planificação visa determinar quais os utentes, projetar o serviço adequado às suas necessidades e intervir de forma a garantir a sua satisfação. O controlo da qualidade tem como finalidade a avaliação, comparando os objetivos definidos com os alcançados e corrigindo os desvios identificados. A melhoria de qualidade pretende, em função das correções dos devidos, ser sempre um aperfeiçoamento contínuo, objetivando a satisfação global do utente (Pires, 2004). Para se ser um bom gestor é necessário planificar, prever assuntos e delinear uma estratégia. É necessário organizar, analisar e agrupar tarefas para que sejam executadas com eficiência por outras pessoas. É necessária uma capacidade de coordenação com coerência e harmonização dos programas. É fundamental dirigir, propor metas e objetivos, saber tomar decisões, ter capacidade de diálogo e negociação e maturidade emocional. A integridade, a excelência, a inovação e o espírito de equipa, são valores fundamentais que um gestor deve possuir para implementar um sistema de qualidade numa instituição. A não qualidade dos serviços das instituições pode provocar uma ausência de cooperação, desconfiança e controlo excessivo, falta de persistência, postura desinteressada, falta de diálogo e de sintonia, falta de coordenação e a não otimização, ineficácia e amadorismo. Neste sentido, uma instituição necessita de um bom gestor, de um projeto definido com um bom planeamento estratégico e de colaboradores formados e motivados, para que o projeto de implementação se torne possível, credível e acrescente verdadeiro valor à instituição.

CAPITULO V

Este capítulo pretende apresentar a resposta social Centro de Dia, tendo em consideração a sua origem, os seus objetivos e público-alvo. Assim, vamos tentar aglutinar numa medida política uma estratégia de atuação e a sua dinâmica que responda às características da pessoa idosa.

Esta situação faz refletir sobre o quanto são importantes as atividades desenvolvidas no Centro Dia, pois elas acabam por favorecer as relações interpessoais, o convívio entre o grupo, ao mesmo tempo que mantem os idosos mais despertos e ativos.

5. REDES DE SUPORTE FORMAL: O CENTRO DE DIA

5.1 Perspetiva Histórica dos Centros de Dia

A fundação dos centros de dia remonta aos anos 20 do século XX, na Rússia, onde se iniciaram os primeiros programas de cuidados diurnos dirigidos a pessoas com doença mental, cujo principal objetivo terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar (Sancho Castiello, 1999). Ainda o mesmo autor refere que, a intervenção estava direcionada para os cuidados de saúde, tentando agregar os recursos hospitalares e comunitários no modelo de atenção geriátrica (Sancho Castiello, 1999).

É nos anos 60, período do movimento de “desinstitualização” que os Centros de Dia aumentam substancialmente e ganham relevância nos Estados Unidos passando a assumir a função de cuidados a longo prazo (Conrad., 1993).

No entanto, no resto da Europa, a aplicação deste tipo de programas e estruturas foi demorado e conceptualmente confuso, existindo em simultâneo programas estritamente direcionados para a reabilitação física enquanto outros detinham uma intervenção de carácter psicossocial (Sancho Castiello, 1999).

Segundo Jacob (2007) é nos finais dos anos 60 do século passado que surgem em Portugal “as primeiras valências de centros de dia, um equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e o internamento, e ao mesmo tempo, local de tratamento e de prevenção” (Jacob, 2007, p. 17).

Atualmente há um conjunto de propostas de políticas sociais baseadas na conceção de “cuidado comunitário” (Community Care), que aproximam a assistência institucional e a não-institucional, a formal e a informal, incluindo as redes de solidariedade primárias (parentesco, amigos, vizinhos) e o voluntariado. A proposta de “Community Care” surge na década de 70, na área da saúde mental, como uma vertente dissidente à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional (Clarke, 2001 apud Serapioni, 2005). Esta corrente possui raiz histórica nas atividades comunitárias desenvolvidas por voluntários que prestavam apoio aos mais necessitados (Sousa, 2004).

O modelo comunitário de intervenção advoga que a resolução das dificuldades do indivíduo deve desenvolver-se sem que este tenha que ser desenraizado do seu ambiente (Arrazola, 2003).

Assim, durante bastante tempo, o internamento definitivo do idoso foi, a única resposta de apoio formal existente, no entanto, a tomada de consciência dos custos excessivos, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, contribuíram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade (Pimentel, 2005; Martins, 2006).

Assiste-se, assim, à integração progressiva da ideologia da desinstitucionalização dos cuidados formais (Martins, 2006; Carvalho, 2009).

Este conceito favoreceu a implementação, ainda que progressiva, de novos serviços comunitários suportados pela crise do modelo tradicional de apoio e o surgimento de novas políticas direcionadas ao “envelhecer em casa” (Rodriguez, 1999; Martins, 2006).

O Centro de Dia surge como um recurso “intermédio”, que veio colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais (Arrazola, 2003).

5.2 Conceito de Centro de Dia

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

Para Conrad, (1993) os serviços comunitários são direcionados a adultos idosos que apresentem incapacidades aos níveis funcional, psíquico e social e fornecem, igualmente, apoio aos cuidadores informais. O objetivo é o acesso de ambos a uma adequada integração na comunidade, maior autonomia do idoso e uma melhoria da QdV.

Para Arrazola, (2003) as estruturas de apoio diurno, associadas ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas, constituem uma alternativa definitiva ou transitória ao internamento. A autora destaca como principal objetivo, deste programa, a melhoria da QdV dos seus utilizadores através de um acompanhamento particular e abrangente do indivíduo (Arrazola, 2003). Este modelo de intervenção impede a desintegração do seu contexto familiar, assim como, apoia a família ao nível da prestação de cuidados (Arrazola, 2003).

O CD define-se como recurso de apoio familiar que oferece durante o dia, a vigilância necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais de pessoas idosas com diferentes graus de dependência, com o objetivo de promover a sua autonomia e permanência no domicílio. Arrazola, (2003) define CD como um programa que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal, o objetivo geral da intervenção assenta no apoio integral e de qualidade aos idosos dependentes, sem necessidade de institucionalização.

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

O CD de forma genérica, pode definir-se como um serviço diurno multidisciplinar dirigido a utilizadores que apresentam um grau de problemática sócio-assistencial, configurado como uma estrutura que proporciona assistência continuada durante tempo indefinido e possibilita a vida laboral dos restantes elementos da família (Manchola, 2000).

Esta resposta social multidisciplinar (Manchola, 2000) é direcionada a pessoas que apresentem incapacidades a nível funcional (Conrad, 1993), bem como dificuldades ao nível sócio-assistencial (Manchola, 2000).

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

O objetivo básico de um CD é o de manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as atividades de vida diária e interação social (Conrad, 1993).

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

Sancho Castiello (1999) destaca, aprofundadamente, os principais objetivos deste tipo de estrutura de apoio comunitário, a saber: recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permitam as potencialidades do indivíduo; prevenir o desenvolvimento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras; ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e atividades sociais gratificantes para o sujeito; retardar a institucionalização precoce e indesejada; promover a permanência do indivíduo no seu meio; proporcionar a realização de atividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; e por último, melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças.

De um modo geral, os Centros de Dia favorecem condições de vida dignas às pessoas idosas e seus familiares, contribuindo para a manutenção e continuidade do seu modo de vida e maior nível de autonomia (Sancho Castiello, 1999).

5.3 Motivação para a Utilização desta Resposta Social

A iniciativa de procurar um CD pode ter origem em razões familiares, sociais, reabilitação física ou psíquica, solidão, entre outros. Segundo Montorio (1996), as pessoas idosas recorrem a esta estrutura para aí permanecerem várias horas durante o dia, por motivos sociais e/ou de saúde.

Num estudo realizado por Benet (2003) são elencadas as principais motivações que levam os idosos a procurarem este tipo de resposta. Em primeiro lugar, encontram-se as motivações ligadas à saúde, sendo que os CD disponibilizam acompanhamento e atenção para os utentes que apresentem problemas ao nível da saúde, fornecendo cobertura neste âmbito em regime diurno e a um custo inferior do que a prestação de cuidados ao domicílio ou internamento. Em segundo lugar as motivações emocionais, o estudo de Benet (2003) permitiu aferir que inúmeros idosos, que vivem sozinhos, não conseguem encontrar um sentido para a nova etapa do seu ciclo vital, necessitando de um projeto de vida motivador, sendo que, a inserção neste tipo de estrutura abre possibilidades de contactos sociais e integração. Em terceiro lugar, motivações familiares, em que as dificuldades dos familiares em cuidar do idoso poderão ser diversas e englobam quer razões de saúde, quer de trabalho, quer de sobrecarga. Segundo Benet (2003), a família utiliza, muitas vezes, o CD como passo prévio à integração do idoso numa estrutura de internamento definitivo. Esta preparação tenderá a desempenhar a função de mentalização da necessidade de internamento do familiar. Em quarto lugar, o autor destaca as motivações económicas, sendo que a assistência fornecida pelo CD cobre as necessidades básicas diárias dos utilizadores que vivem dependentes dos serviços sociais de atenção primária a um baixo custo; estes caracterizam-se, especialmente, por serem pessoas que vivem sozinhas e com escassos recursos económicos, não podendo usufruir de outros tipos de respostas mais dispendiosos. O autor salienta ainda como principais utilizadores da estrutura de CD, os idosos com problemas de autonomia funcional e/ou psicossocial e que, tal como é referido por Leitner (1995), pretendem manter o seu papel social na comunidade.

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

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

No sentido de colmatar as necessidades básicas da pessoa idosa, sem que seja necessário retirá-la do seu ambiente habitual, o CD torna-se útil na medida em que, fornece resposta ao idoso que, por motivos de saúde, começa a desenvolver problemas de dependência (Benet, 2003). A resposta empreende, entre outros serviços, satisfazer as necessidades diárias de alimentação e cuidado nutricional dos idosos de um modo controlado e baseado em critérios científicos, cujos principais objetivos assentam na diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral e, individualmente, de acordo com as suas patologias.

As pessoas idosas apresentam-se como um grupo bastante heterogéneo e, como tal, com necessidades distintas, procurando nas instituições respostas igualmente diferenciadas e diversificadas. Torna-se por isso fundamental, a implementação de uma multiplicidade de intervenções que permitam aos idosos eleger aquela ou aquelas que melhor se adaptam às suas necessidades (Benet, 2003).

Segundo o decreto-lei n.º 30/89, de 24 de Janeiro, artigo 6.º, n.º2, os centros de dia, são “estabelecimentos destinados à prestação de serviços a idosos residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu seio familiar e social”.

Atualizada pelo Ministério do Emprego e Segurança Social – Direção Geral da Ação Social os centros de dia definem-se como “resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar” (Portugal, 2011, p. 50).

Com a tendência demográfica atual, a maioria das respostas sociais existentes em Portugal são destinadas à população idosa representando 52,4 % do total²⁰. Segundo dados de Portugal (2011), existem no nosso país aproximadamente 1997 Centros de Dia, sendo que estes possuem capacidade aproximadamente para 63 166 utentes (Portugal, 2011).

²⁰ Desde 1998, o tipo de respostas sociais, que apresentaram mais crescimento foram as destinadas a pessoas idosas (+67%), enquanto as destinadas a crianças e jovens o aumento verificado foi de 26,5%.

Numa perspetiva preventiva do envelhecimento bem-sucedido, Paúl e Fonseca (2001) “salientam a importância de atuação sobre o estilo de vida das pessoas e sobre o contexto de vida do idoso”. Considerando” [...] que essas intervenções deverão assentar medidas diversificadas que tenham em consideração os aspetos psicossociais da saúde e do bem-estar” [...] que permitam o aumento da qualidade de vida neste estrato da população” [...]. “Estas inovadoras soluções de apoio que se impõem, deverão ter em atenção os fatores psicossociais de influência, pois são eles que moldam e mantêm o estilo de vida adotado pelos indivíduos, tão importante na construção de um envelhecimento bem-sucedido” (apud Xavier e Leal; 2006, p. 64).

Tal como referem Paúl e Fonseca (1999) viver numa sociedade com um elevado número de pessoas idosas requer estruturas sociais que consigam dar resposta às necessidades, desejos, interesses e reivindicações desse segmento populacional, em particular, e a sociedade em geral.

De acordo com Perista (1999) as estruturas sociais devem garantir aos idosos o direito de opção – isto é, o direito de optarem pelas formas de viverem a sua velhice que as tornem mais felizes e que lhes garantam as condições de exercício de uma cidadania plena.

Desta forma, a resposta social, CD deve igualmente promover a auto-suficiência, incrementando quer a autonomia funcional, quer o bem-estar dos seus utentes.

Confirmando-se essas situações na investigação em estudo, a sua grande maioria refere ser o Convívio/Isolamento/Solidão e Problemas de Saúde o grande motivo para a utilização da resposta Centro de Dia.

CAPITULO VI

Neste capítulo, apresenta-se os aspetos metodológicos do presente trabalho. Faz-se a descrição e caracterização da metodologia utilizada e à delimitação do universo e seleção da amostra em estudo e por fim, descrevemos os instrumentos utilizados.

6. OBJETIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

6.1 Metodologia

A metodologia refere-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para dar resposta às questões de investigação ou para verificar as hipóteses formuladas na fase conceptual (Fortin, 2006). Segundo esta autora, na fase conceptual estabelecem-se os fundamentos do estudo e na fase metodológica operacionaliza-se o estudo tendo em vista a realização da fase empírica. Assim, na fase metodológica determina-se um certo número de operações e estratégias, que indicam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que indicará o caminho a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2006).

No decorrer desta fase, o investigador foca a sua atenção, principalmente, no desenho de investigação, na escolha da população e da amostra, nos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin, 2006).

A partir do momento em que se nos tornou clara a problemática do estudo, tornou-se evidente que o método de pesquisa teria de refletir, de forma clara, a perspetiva dos idosos com 65 anos e mais, em CD, sobre a existência da satisfação/motivação e a influência na Gestão da Qualidade de Vida na satisfação do idoso em Centro de Dia.

A escolha do método a aplicar na investigação tem a ver com a posição paradigmática do investigador, conhecimentos que o mesmo possui acerca de uns e de outros métodos, o fenómeno/ situação a analisar e a disponibilidade temporal. Hoje é consensual a importância de uma abordagem plurimetodológica como estratégia eficaz no estudo dos fenómenos, “... as metodologias quantitativas ou qualitativas que as enquadram não se opõem, antes se complementam” (Lalanda citado por Imaginário, 2008). Também Triviños (1992) nos afirma que toda a pesquisa pode ser em simultânea quantitativa e qualitativa. Estes autores

consideram que a complementaridade dos métodos de investigação, quantitativo ou qualitativo, aumentam a fiabilidade dos resultados.

6.2 Instrumentos de Investigação

Considerando a natureza da investigação, será utilizada uma metodologia Quantitativa de base compreensiva, referente ao enquadramento teórico conceptual (apresentado anteriormente), regendo-se especialmente por pesquisa a fontes bibliográficas (recorrendo a vários instrumentos de pesquisa: Livros; Manuais da Segurança Social; Estudos e análise documental: consulta de legislação referente à Convenção Universal das Nações Unidas; União Europeia e Diário da República Portuguesa).

Podemos de forma muito resumida referir os instrumentos metodológicos utilizados no processo de recolha de informação:

- A observação;
- Pesquisa exploratória bibliográfica e respetiva revisão;
- Análise de elementos estatísticos (INE; PORDATA e EUROSTAT);
- Realização de Questionários;

6.3 População e Amostra

Identificado o objeto de estudo e a metodologia da pesquisa, segue-se um novo passo, a delimitação da população para este estudo, que foi o universo constituído por todos os idosos utilizadores da valência de CD dos Centros de Dia do Concelho de Lisboa.

Em Portugal Continental, segundo a Carta Social, existem 2.092 Centros de Dia, no Concelho de Lisboa 242 CD com capacidade para 11.307, num total de utentes de 8.478.

A população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999: 373).

A seleção da amostra foi realizada em duas etapas. Primeiramente foi escolhida as Instituições com a valência de Centro de Dia de Lisboa e enviado pedidos para realizar o estudo.

A escolha não foi aleatória, tendo-se escolhido as Instituições que deram autorização para esse efeito, primeiramente tentou-se fazer o estudo na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, tendo sido negado, foi realizado nos Centros de Dia fora dela que deram autorização.

A amostra deste estudo foi selecionada através do método não probabilístico de amostragem por seleção racional e incidiu sobre uma amostra de idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, sendo 6 de género masculino e 24 do género feminino dos Centros de Dia: Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo (Campolide), Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira (Santa Clara) e Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe (Marvila), que obedecem aos critérios de inclusão: idade 65 anos e mais, frequentadores deste equipamento, discurso coerente e orientação no tempo e no espaço, capacidade de expressar opiniões e mostrarem-se disponíveis para participar na investigação. “A amostragem por seleção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para construir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico...” (Fortin, 1999, p. 209).

6.4 Estudo Psicométrico e Viabilidade do Questionário

Um questionário é, diz-nos Silva (2017), por definição é um instrumento que deve ser rigorosamente standardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. Cada questão deverá ser interpretada e colocada a cada pessoa da mesma forma, de modo a que as respostas sejam objetivas não suscitando dúvidas.

O estudo das propriedades psicométricas do nosso instrumento, nomeadamente a consistência interna, foi calculado através da estimação da fiabilidade interna Alfa de Cronbach, entre os itens de cada dimensão e inter-itens da mesma dimensão. O alfa de Cronbach tem a importante vantagem de fornecer um resultado igual à média de todos os coeficientes de bipartição possíveis com um dado conjunto de itens. O valor de Alfa da totalidade do questionário foi de $\alpha = 0,251$ dos 12 itens analisados (Centro, Sexo, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Tempo, Satisfação, Motivo, Concordância, Estrelas, Consordância_2 e Passatempo).

No que diz respeito à validade de constructo utilizámos a análise fatorial por máxima verosimilhança, dado tratar-se de uma das técnicas mais usadas na identificação de constructos subjacentes aos resultados. A validade de constructo permite-nos saber, a partir dos resultados num instrumento, se é possível encontrarmos um ou mais constructos teóricos das variáveis que a escala pretende avaliar.

Sendo um dos critérios de adequação para a realização da análise em componentes principais, foi dado pelo teste de esfericidade de *Bartlett*, que nos permite saber se o conjunto das correlações na matriz era diferente de zero. O teste de *Bartlett* tem associado um nível de significância de inferior a $p < .05$, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações

na população ser a matriz identidade (com determinante igual a 1), mostrando que existem correlações entre as variáveis.

O *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), que compara correlações simples com correlações parciais observadas nas variáveis, apresenta um valor de 0,475 para o questionário realizado. O valor do teste de qui-quadrado é 87,528 para $p < .001$. A análise em componentes principais foi seguida de *rotação varimax*, um método usado quando se pretende alcançar uma estrutura simples, obtendo-se cinco fatores consideráveis (apêndice B).

O primeiro fator explica só por si, 20,5% da variância total, o segundo fator representa 18,7%, o terceiro 14,01%, o quarto representa 9,95 e o quinto representa 8,8% apresentando um valor de representativo da coerência interna dos itens que constituem cada fator.

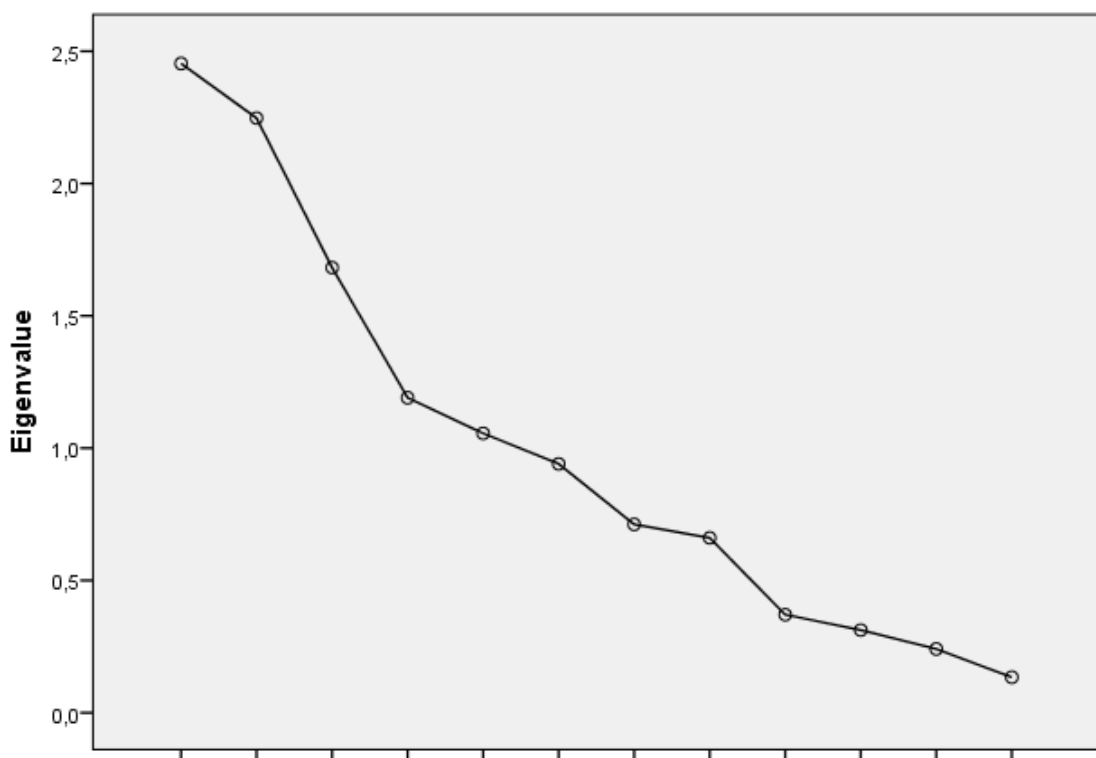


Figura 21 – Análise dos valores próprios, por screen plot

Podemos observar que depois de efetuada a rotação dos componentes principais, aparecem três componentes com uma diferente contribuição de variáveis.

Para a formação da dimensão 1, contribui o peso da variável “satisfação2 “passatempo “e “tempo”; na contribuição da dimensão 2 surge o peso da variável “estado civil”, “concordância” e “estrelas” e por fim na formação da dimensão 3, temos a contribuição da variável “idade”, “escolaridade”, “sexo” e concordância_2”.

Neste sentido preparamo-nos para elaborar uma análise baseada numa classificação, nas semelhanças e dissemelhanças das variáveis do constructo teórico (apêndice C).

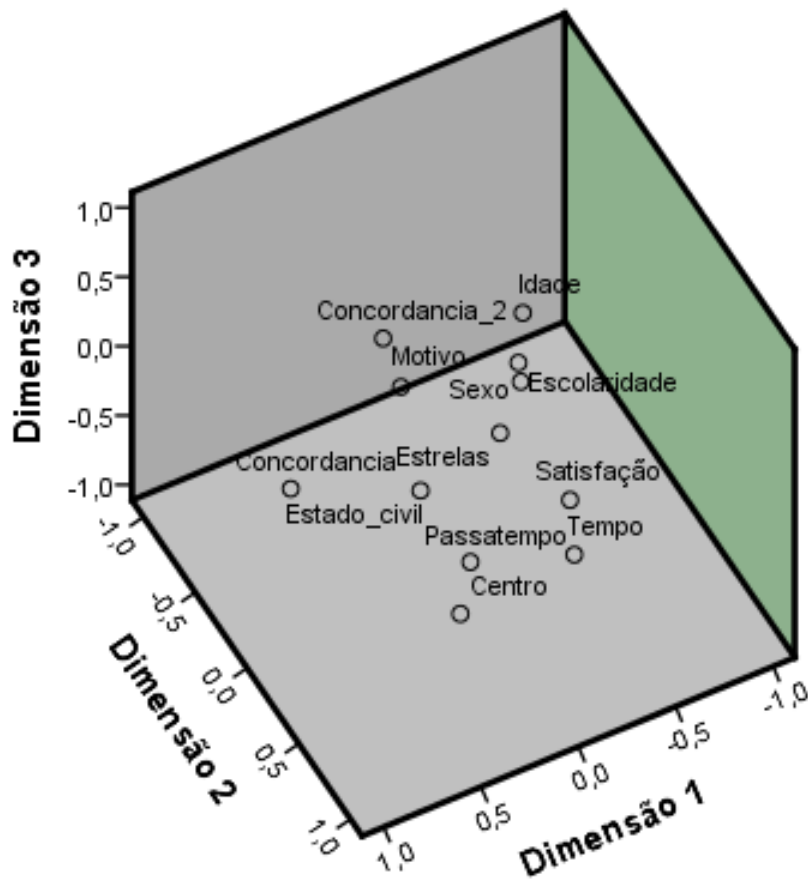


Figura 22 – Rotação e aplicação dos componentes principais

6.5 Procedimentos de Investigação e Tratamento de Dados

6.5.1 Objeto de Estudo

Pretende-se perceber nesta investigação de cariz exploratório a existência da satisfação/motivação e a influência na Gestão da Qualidade de Vida na satisfação do idoso em Centro de Dia.

A primeira fase deste estudo consistiu no pedido de autorização formal através de via eletrónica aos vários Centros de Dia do Concelho de Lisboa para a recolha dos dados e aplicação dos instrumentos, explicando-se a natureza do estudo e garantindo-se o respeito por todas as normas éticas e deontológicas no que se refere ao sigilo e à confidencialidade dos dados recolhidos.

Aquando da recolha da amostra, para uma adequada uniformização dos procedimentos, os instrumentos foram lidos pelo entrevistador, na mesma forma e no mesmo contexto, a todos os participantes selecionados.

Previamente à aplicação dos instrumentos, todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a natureza e os objetivos da investigação, métodos e meios pelos quais seria conduzida, confidencialidade e anonimato dos dados, solicitando a sua participação no estudo.

6.4.2 Problema

O envelhecimento demográfico, por seu turno, entendido como o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), as projeções das Nações Unidas (NU) para a população mundial referem que, a proporção de jovens continua a diminuir alcançando os 21% do total da população em 2050. Contrariamente, a proporção da população com 65 anos ou mais tende a crescer, aumentando para os 15,6% no mesmo ano. Este aumento resulta da transição demográfica, definida como passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevadas, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de ideias, com redução dos efetivos populacionais jovens, e do alargamento do topo, com o aparecimento de efetivos populacionais idosos.

“O crescimento populacional dos idosos é decorrente das conquistas tecnológicas e da medicina moderna, que produziram ao longo dos últimos anos, meios que tornaram possível prevenir, diagnosticar e curar muitas patologias fatais no passado, aumentando assim a esperança de vida, e consequentemente, reduzir a taxa de mortalidade verificada na maioria dos países, principalmente daqueles considerados subdesenvolvidos. Aliado a este fator temos a redução das taxas de natalidade e a queda da mortalidade infantil, conduzindo a um aumento da proporção de adultos” (Imagário, 2008, p10).

O crescimento do número de idosos “sobretudo nos países desenvolvidos pôs em evidência a problemática relacionada com a velhice, tanto do ponto de vista médico, quanto socioeconómico” (Idem, p11). A questão ganhou assim, nova relevância entre as preocupações dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos, aparecendo como um dos desafios mais importantes do século XXI. Atendendo a esta pertinência, este tema tem vindo nos últimos anos a tornar-se um grande problema social, em grande medida, devido à evolução sociodemográfica, a que se assiste no mundo ocidental. Parece importante estudar o envelhecimento e a sua influência na qualidade de vida (QDV), contribuindo para uma avaliação das políticas sociais e da atuação junto dos idosos, no campo da gerontologia social em ordem a um envelhecimento bem-sucedido.

Para tentar responder à problemática, neste estudo tornou-se pertinente a utilização da técnica de recolha de dados inquérito por questionário, uma vez que este permite ao investigador e de acordo com Quivy, (2008, p.188), [...] colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população[...] questões que são pertinentes ao seu estudo.

No que diz respeito ao tratamento dos dados, foi utilizado hipóteses, os testes de hipóteses são uma metodologia que nos permite fazer inferência sobre uma ou mais populações a partir do estudo de uma ou mais amostras.

6.4.3 Hipóteses

O objetivo de um teste de hipóteses é determinar se uma hipótese ou conjectura que fazemos acerca de um parâmetro de uma população é plausível, isto é, se tem razão de ser, com base na informação obtida a partir de uma amostra extraída dessa população.

Relativamente ao processo da sua formulação as hipóteses podem classificar-se em: dedutivas e indutivas (Almeida & Freire, 2000). As hipóteses dedutivas decorrem de um determinado campo teórico e procuram comprovar deduções implícitas das mesmas teorias. As hipóteses indutivas surgem da observação ou reflexão sobre a realidade.

Os mesmos autores, relativamente ao nível de concretização dividem as hipóteses em:

- a) Conceptuais (estabelecem uma relação entre variáveis ou entre teorias);
- b) Operativas (indicam as operações necessárias para a sua observação);
- c) Estatísticas (expressam a relação esperada em termos quantitativos).

“A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação” (Huot, 2002: 53).

Quando se formulam hipóteses estão-se a identificar variáveis e as suas relações, ou seja, está-se a definir o papel das variáveis na investigação. A explicitação das variáveis e das suas relações é essencial na definição de um modelo para a investigação que se pretende efetuar.

A rejeição ou não-rejeição de uma hipótese depende da probabilidade de erro admitida (nível de significância) para cada situação, que nas investigações no âmbito da educação é, geralmente, de 0,05.

A comparação, ao nível estatístico, dos resultados, tendo como orientação as seguintes hipóteses:

H1: Na amostra é possível verificar que as variáveis satisfação do idoso e atividades exercidas no CD têm uma relação direta

H2: O nível de instrução é uma variável que se relaciona diretamente com a variável satisfação do idoso

H3: O tempo que o idoso permanece na Instituição encontra-se relacionado com a sua satisfação

Operacionalizando-se em hipótese H1.1, hipótese H 2.1 e hipótese H3.1 respetivamente:

H₁: A satisfação do idoso é influenciada pelas atividades do CD

H₀ – A variável satisfação do idoso é independente das atividades do CD

H₁ – A variável satisfação do idoso é dependente das atividades do CD

Para a amostra existem evidências estatísticas que afirmam que a satisfação do idoso e as atividades realizadas não estão relacionados entre si, com $\chi^2(7) = 17,37$; p-value=0,136, como $\alpha \geq 0,05$, podemos aceitar a hipótese nula que reflete a independência das variáveis.

Aceita-se H₀. A variável satisfação do idoso é independente das atividades do CD

H₂: A satisfação em relação as instalações é influenciada pelo seu nível de instrução?

H₀ – A variável satisfação do idoso é independente do nível de instrução do idoso

H₁ – A variável satisfação do idoso é dependente do nível de instrução do idoso

Para a amostra existem evidências estatísticas que afirmam que a satisfação do idoso e o seu nível de instrução não estão relacionados entre si, com $\chi^2(1) = 12,364$; p-value=0,417, como $\alpha \geq 0,05$, podemos aceitar a hipótese nula que reflete a independência das variáveis.

Aceita-se H₀. A satisfação do idoso é independente do nível de instrução do idoso

H₃: Na amostra é possível relacionar a variável tempo na Instituição com a satisfação do idoso

H₀ – A variável satisfação do idoso não se relaciona com o tempo que o idoso permanece no CD

H₁ – A variável satisfação do idoso relaciona-se com o tempo que o idoso permanece no CD

Parece-nos importante neste ponto refletir um pouco sobre a possível influência que o tempo de estadia do idoso no Centro de Dia pode ou não influenciar a sua satisfação. Vamos tentar perceber se a variável tempo e a variável satisfação, são independentes. Para isto, aplica-se o teste de independência do Qui-quadrado.

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

hi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,496 ^a	9	,106
Likelihood Ratio	15,874	9	,070
Linear-by-Linear Association	9,401	1	,002
N of Valid Cases	29		

Figura 23 – Chi-Square Tests

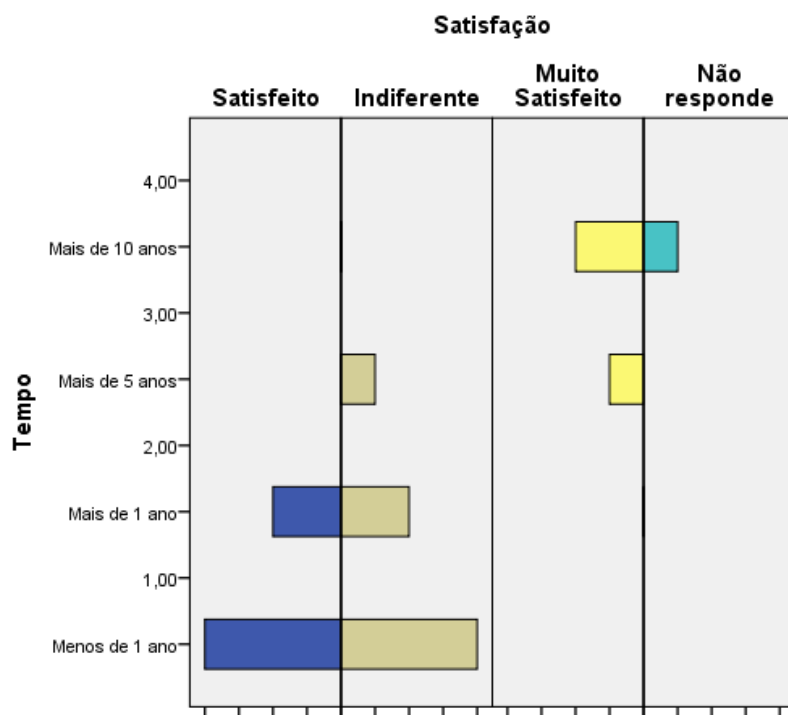


Figura 24 – Satisfação vs Tempo de estadia do idoso no Centro de Dia

Para um nível de significância de 0,05, existem evidências estatísticas para se afirmar que a satisfação e tempo estão relacionados²¹. Aplicamos também o teste de correlação não paramétrica de variáveis e determinamos que para um valor de *Kendall's tau_b Correlation coefficient* entre satisfação e tempo é de 0,471 para um p value<,001, podendo mesmo classificar de relação moderada e entre a variável tempo e passatempo o coeficiente é de

²¹ Como estamos perante uma amostra com $n > 20$, tomamos com valor o valor assintótico do p-value(valor aproximado), pois não é possível obter o valor exato da probabilidade de significância associada ao valor do teste do Qui-quadrado.

0,317 para um $p \text{ value} < 0,05$. Aceita-se H_1 – a satisfação do idoso está relacionada e é influenciada com o tempo que o idoso permanece no CD (apêndice B).

Verifica-se assim a aceitação da Hipótese 3 - é possível relacionar a variável tempo na Instituição com a satisfação do idoso.

No que diz respeito às implicações teóricas este estudo reforçou a evidência da influência do tempo dispensado na Instituição em que o idoso se inclui, e a relação entre os passatempos que a Instituição disponibiliza. Pois como nos referenciara Imaginário (2008), o estado de bem-estar não é estático, e os sentimentos estão de forma continua a relacionar-se com o meio envolvente. Influenciado pelos laços culturais sendo este influenciado pelos valores sociais vigentes e pelo ambiente envolvente. Como já defendido anteriormente, o bem-estar subjetivo evidencia a satisfação com a vida, satisfação global e satisfação específica em relação a alguns aspetos da vida.

Estas implicações pode até mostrar ou indagar a novas investigações se os Centros de Dia devem evoluir para uma liderança virada para as pessoas ou liderança orientada para as relações.

CAPITULO VII

No Sétimo e último capítulo são apresentados através de figuras os dados mais relevantes para o estudo, de forma a possibilitar uma melhor análise e compreensão dos resultados obtidos através do inquérito por questionário.

7. RESULTADOS DA PESQUISA

7.1 Apresentação e Interpretação dos Resultados

Os inquéritos foram realizados em três Centros de Dia do concelho de Lisboa, são eles: Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe, Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira e Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo) num total de 30 inquéritos.

Na Figura do Sexo Feminino, 50% (12 inquéritos) foram realizados no Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe, no Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo, foram 29% (7 inquéritos) e no Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira foram os restantes 21% (5 inquéritos).

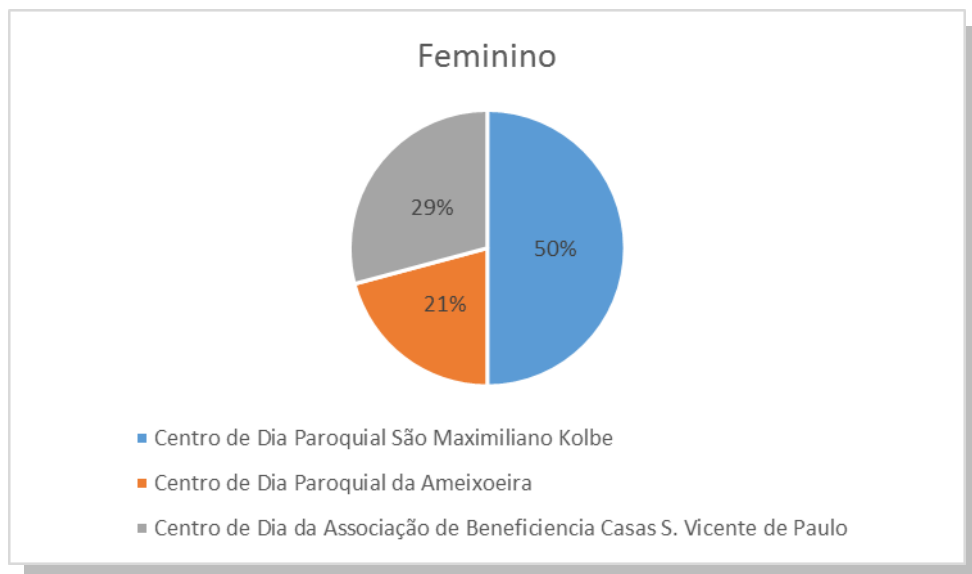


Figura 25- Distribuição dos inquiridos por freguesia – Feminino

Do Sexo Masculino destes, 50% (3 inquéritos) foram realizados no Centro de Dia da Associação de Beneficência Casas S. Vicente de Paulo, 33% (2 inquéritos) Centro de Dia Paroquial da Ameixoeira e os restantes 17% (1 inquérito) no Centro de Dia Paroquial São Maximiliano Kolbe.

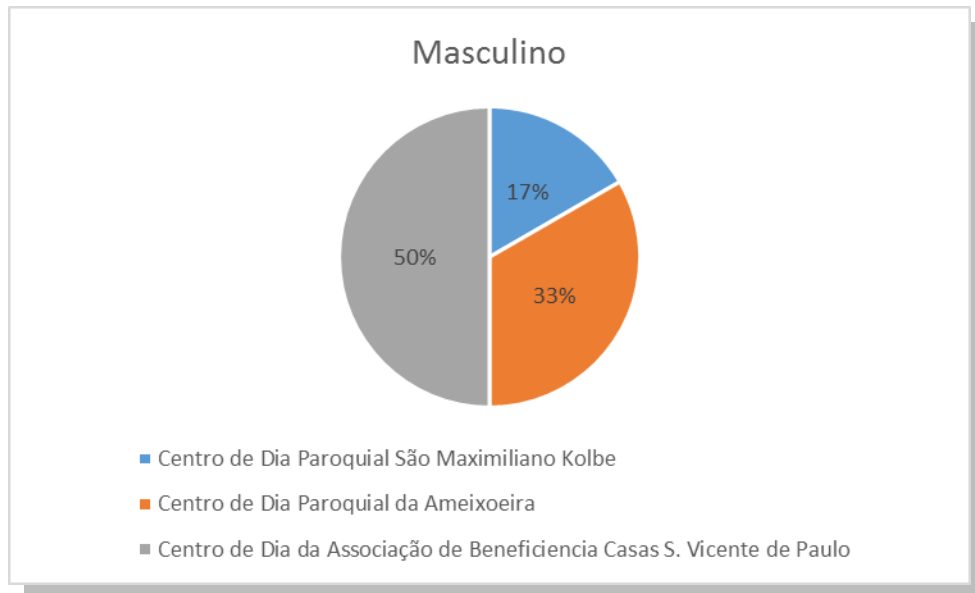


Figura 26 - Distribuição dos inquiridos por freguesia – Masculino

Em relação ao género das pessoas incluídas na amostra, verificamos, na figura 27, que 24 são mulheres e 6 são homens.

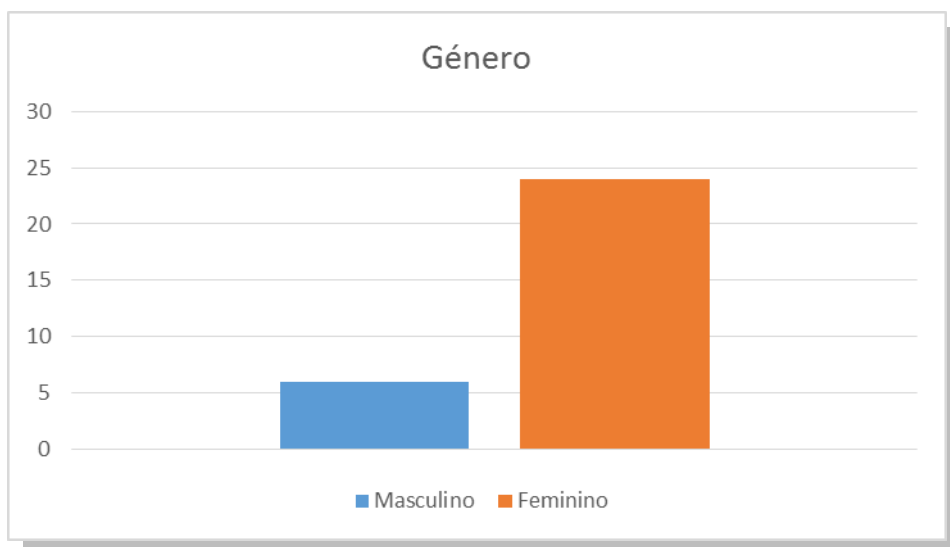


Figura 27 - Distribuição dos inquiridos por sexo

No que respeita à idade dos inquiridos, como o questionário só se aplicava a pessoas com 65 anos e mais não havendo limitação de idade, a distribuição foi a seguinte: 1 inquirido tem 65 anos, 7 inquiridos tem entre 66 e 75 anos, 16 inquiridos entre 76 e 85 anos e 6 inquiridos tem entre 86 e 95 anos.

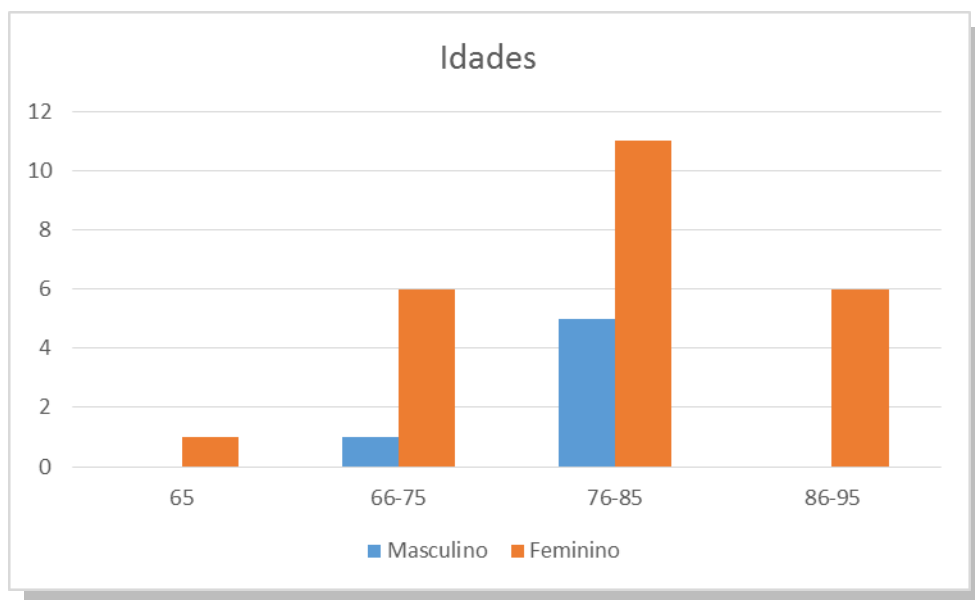


Figura 28 - Distribuição dos inquiridos por faixa etária

Relativamente ao estado civil aferimos que 2 pessoas são casadas ou vivem em união de facto, 21 pessoas são viúvas, 3 são solteiras e as restantes 3 são divorciadas ou separadas, apenas 1 não responde.

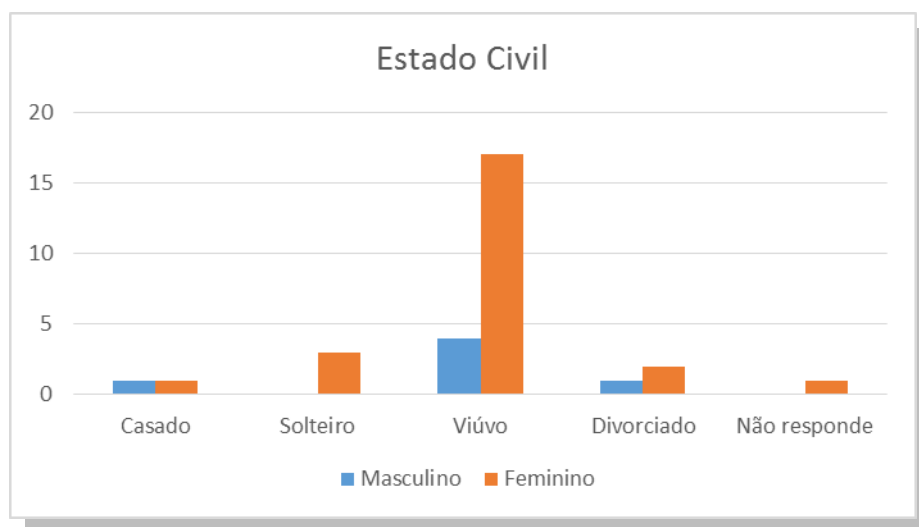


Figura 29 - Distribuição dos inquiridos por estado civil

Em relação ao nível de instrução de cada um dos inquiridos verificamos que o maior grupo, corresponde a 14 inquiridos com a 4ª Classe, 6 inquiridos com a 3ª Classe, 7 inquiridos não têm estudos e um inquirido não respondeu.

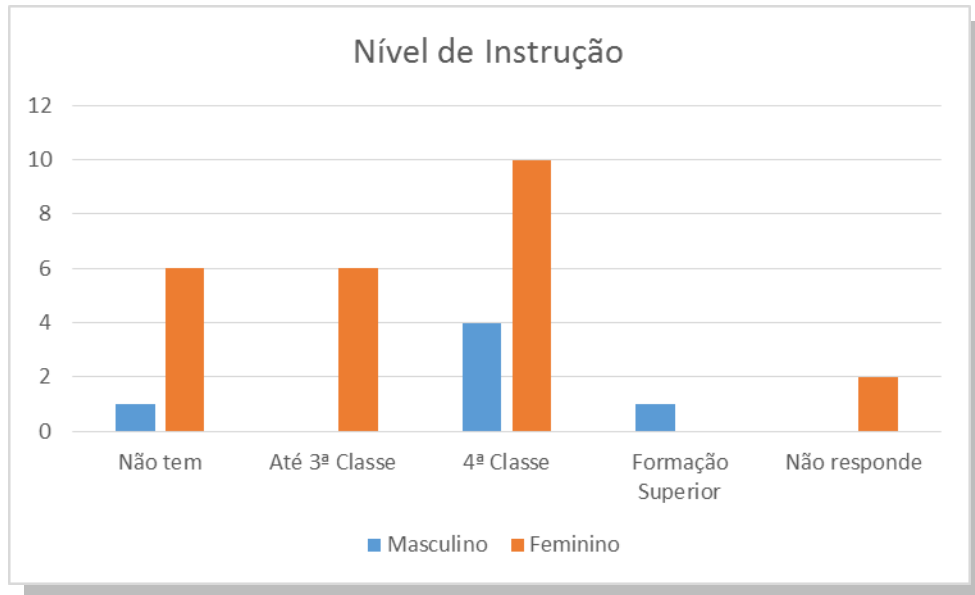


Figura 30 - Distribuição dos inquiridos por nível de instrução

Em relação a frequência no Centro de Dia de cada um dos inquiridos verificamos que 8 inquiridos estão há menos de 1 ano, 6 inquiridos há mais de 1 ano, 2 inquiridos há mais de 3 anos, 5 inquiridos há mais de 5 anos, 8 inquiridos há mais de 10 anos e um inquirido não respondeu.

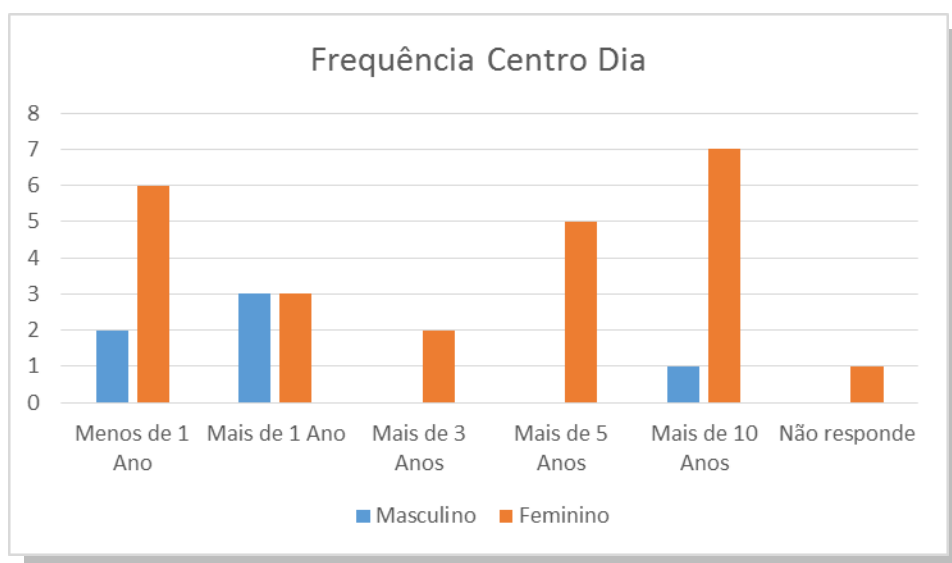


Figura 31 - Distribuição dos inquiridos por tempo de frequência de CD

O motivo pelo qual os inquiridos frequentam o Centro de Dia é de 23 inquiridos pelo Convívio/Isolamento/ Solidão, 1 inquirido por Conselho de amigos e familiares, 5 inquiridos pelos seus Problemas de Saúde e 1 inquirido não responde.

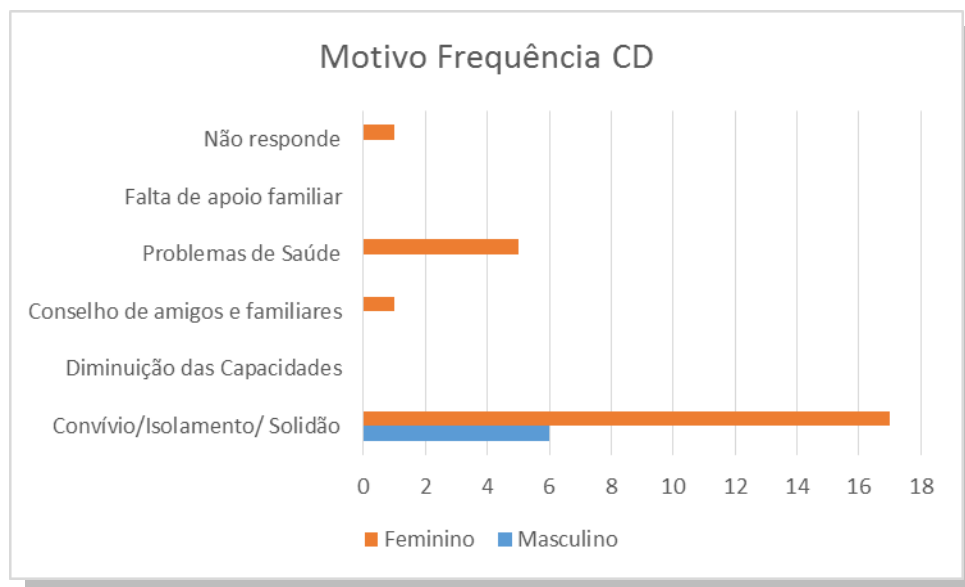


Figura 32 - Distribuição dos inquiridos por motivos de frequência de CD

Relativamente a satisfação dos inquiridos pelas instalações do Centro de Dia 11 inquiridos dizem estar Muito Satisfeitos, 16 inquiridos estão satisfeitos, 2 inquiridos são indiferentes e 1 inquirido não responde.

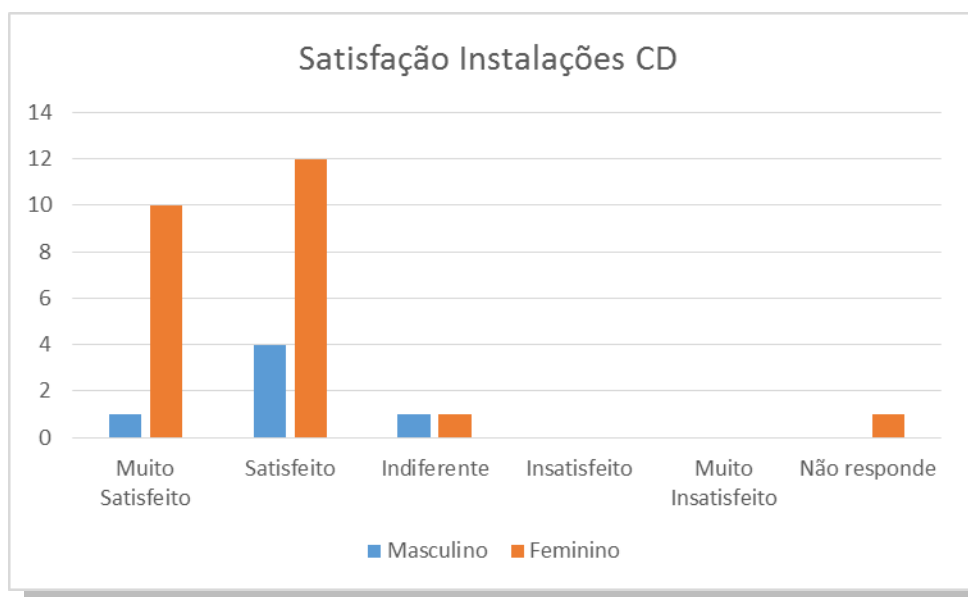


Figura 33 - Distribuição dos inquiridos por satisfação das Instalações do CD.

Do Sexo Masculino destes, 15% (6 inquéritos) concordam que os funcionários são sempre gentis e prestativos, que a Diretora/Assistente Social fazem sempre o seu melhor para cumprir as minhas necessidades individuais e que o centro de dia proporciona serviços de apoio para a sua autonomia, dizem que as atividades do Centro de Dia são fundamentais e existem dias de atividades com mais significado para eles, que cumprem sempre com as atividades que são colocadas e 10% (4 inquéritos) referem que a alimentação tem qualidade.

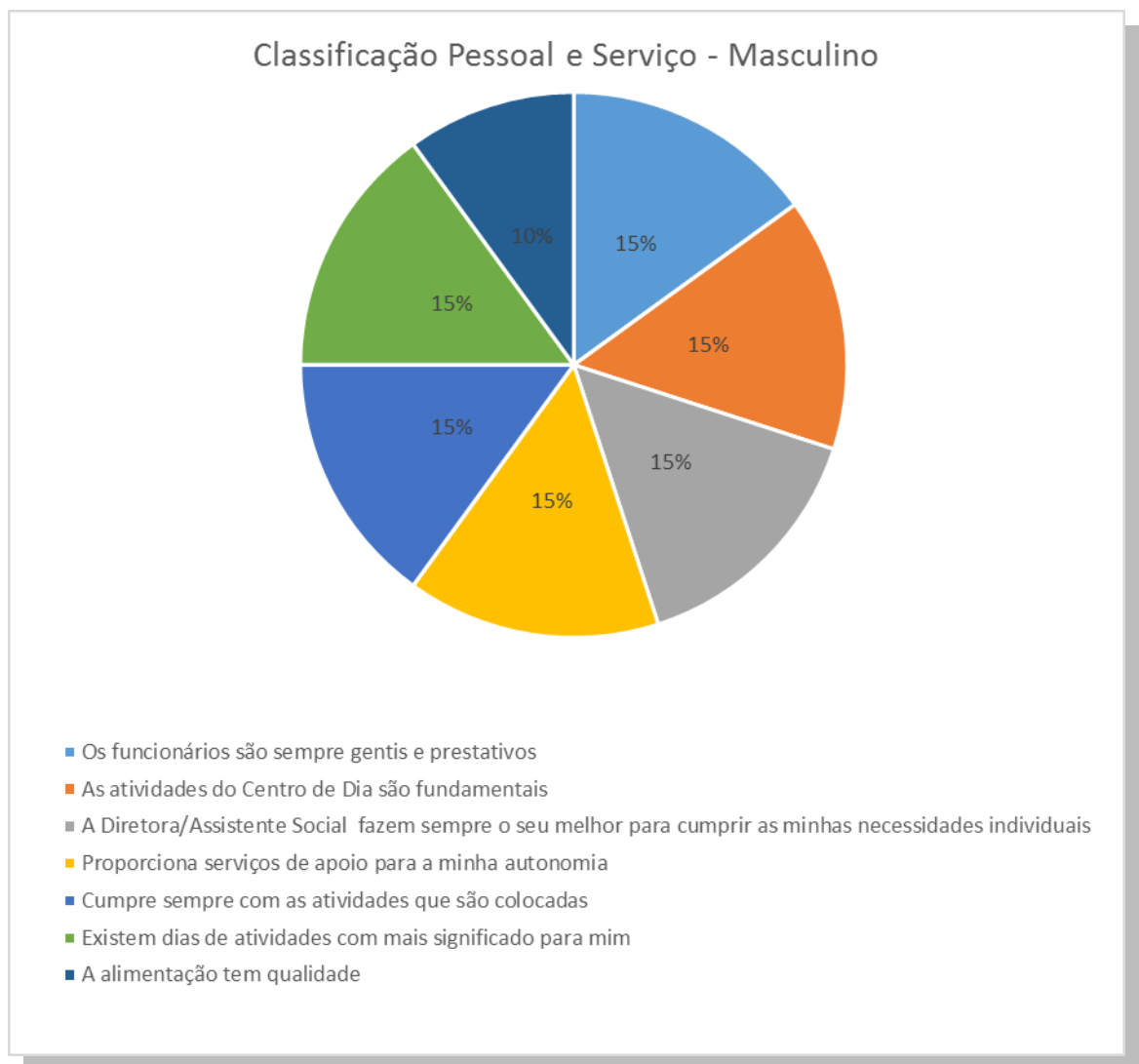


Figura 34 - Distribuição dos inquiridos por classificação de pessoal e serviço – Masculino

Do Sexo Feminino destes, 16% (23 inquéritos) concordam que os funcionários são sempre gentis e prestativos, que a Diretora/Assistente Social fazem sempre o seu melhor para cumprir as minhas necessidades individuais e que o centro de dia proporciona serviços de apoio para a sua autonomia, 15% (21 inquéritos) dizem que cumprem sempre com as atividades que são colocadas, 12% (18 inquéritos) as atividades do Centro de Dia são fundamentais e existem dias de atividades com mais significado para eles e referem que a alimentação tem qualidade e 1% (1 inquérito) não responde.

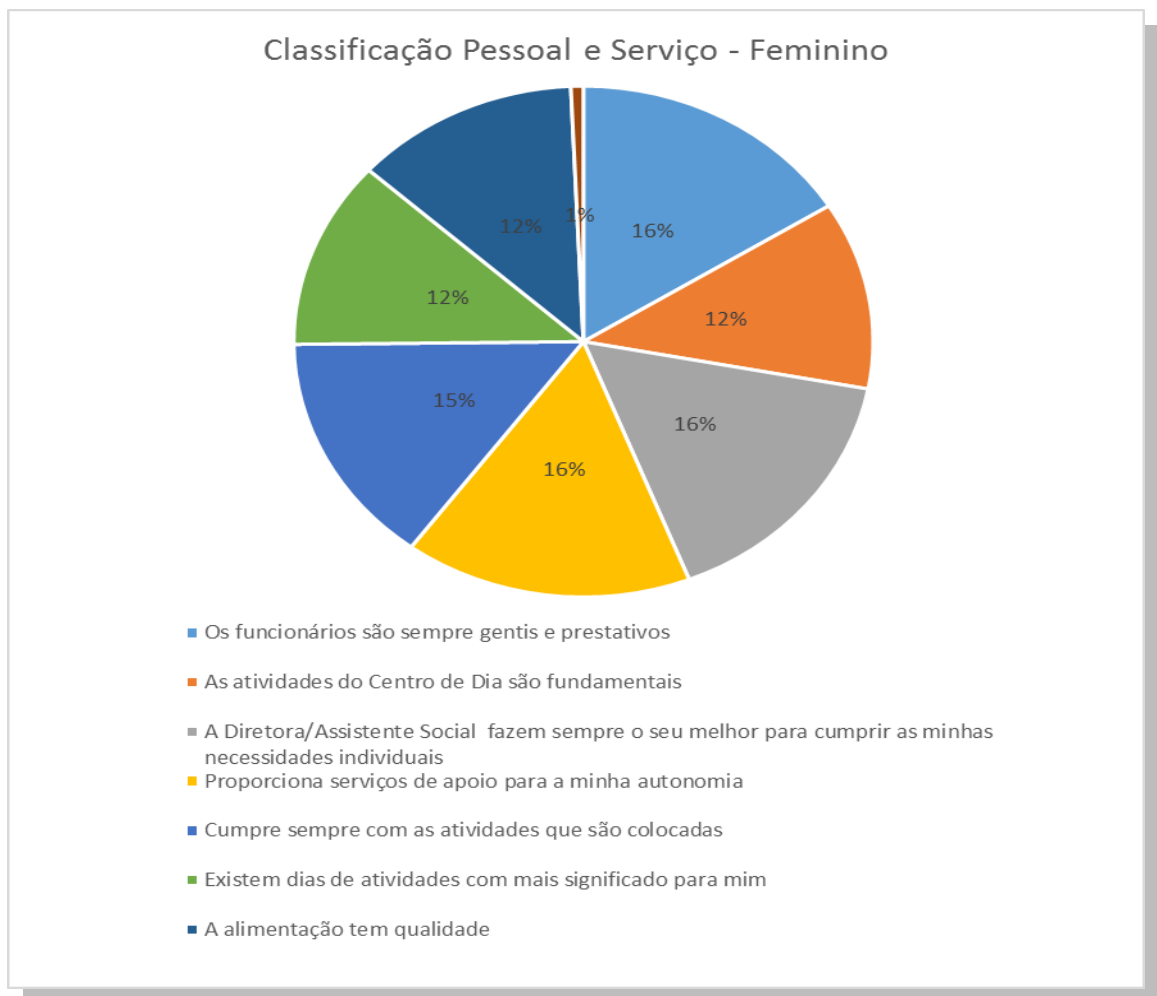


Figura 35 - Distribuição dos inquiridos por classificação de pessoal e serviço - Feminino

Relativamente a classificação do centro de dia 4 inquiridos respondem 3 Estrelas, 11 inquiridos 4 Estrelas, 13 inquiridos dizem ainda ter 5 Estrelas e 2 Não respondem.

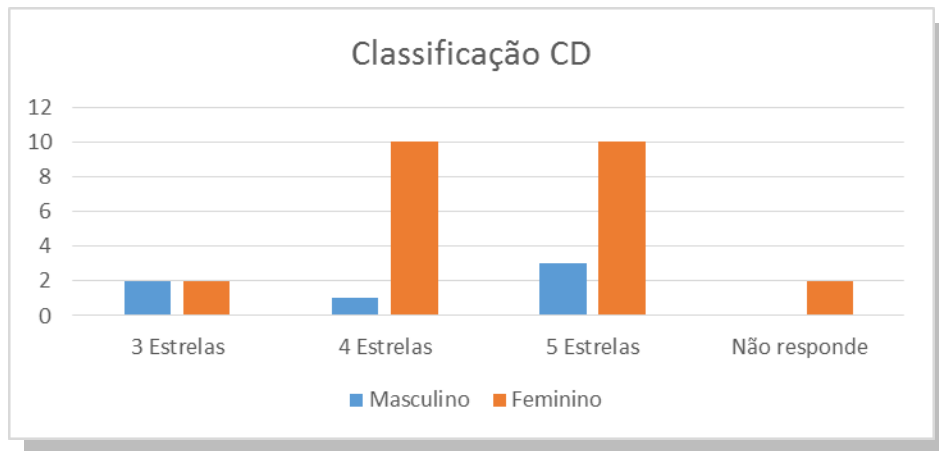


Figura 36 - Distribuição dos inquiridos por classificação do Centro de Dia

Do Sexo Masculino destes, 20% (6 inquéritos) concordam que existe uma escolha variada nas atividades e quando uma atividade programada não é realizada são informados da razão da mesma. Recomendariam o CD a quem precisasse.

As atividades ao ar livre são importantes para eles e referem que nessas alturas é a melhor para realizar as atividades de desporto.

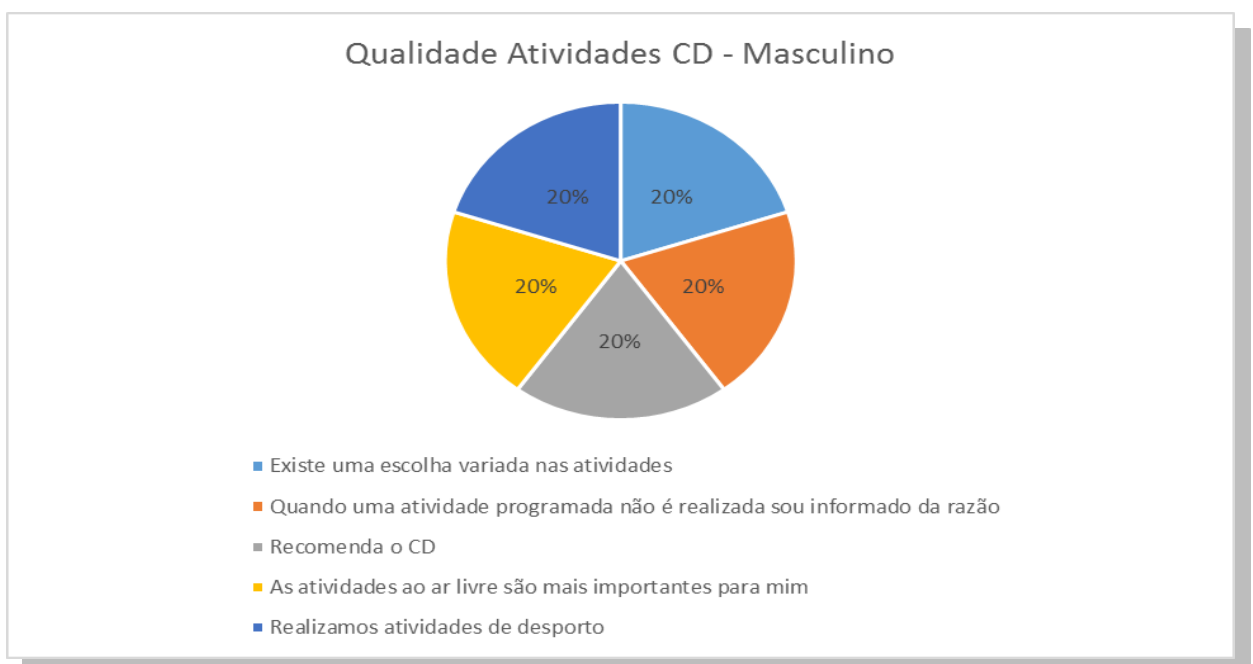


Figura 37 - Distribuição dos inquiridos por qualidade das atividades - Masculino

Do Sexo Feminino destes, 21% (23 inquéritos) concordam que quando uma atividade programada não é realizada são informados da razão, 20% (22 inquéritos) dizem que existe uma escolha variada nas atividades e que nomeadamente uma delas é realizarem atividades de desporto, por isso e não só recomendariam o CD a quem precisasse. 18% (20 inquéritos) referem que as atividades ao ar livre são importantes, apenas 1% (1 inquérito) não responde.

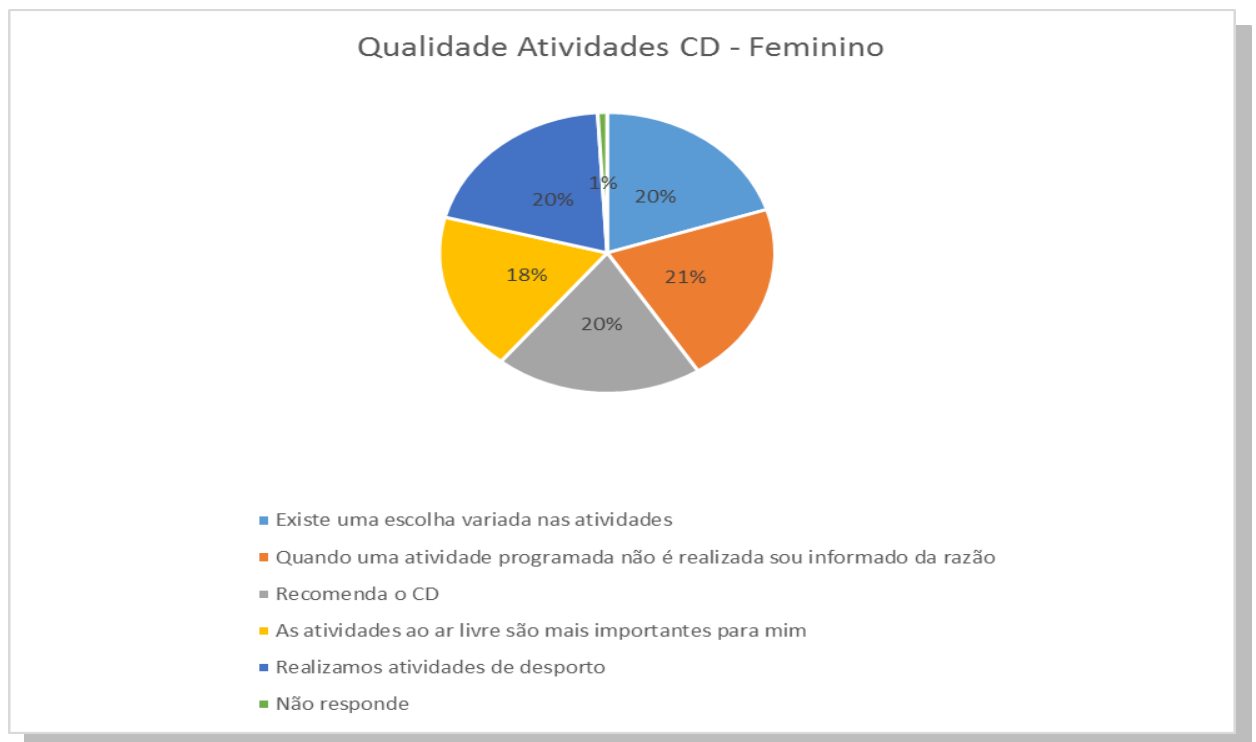


Figura 38 - Distribuição dos inquiridos por qualidade das atividades – Feminino

As atividades que referem que gostavam de ainda realizar são por 5 inquiridos de Viajar/Passear, 6 inquiridos Ginástica e Natação, 4 inquiridos queriam fazer Ioga, Jogos de pinos, Costura, Ler e outros 15 inquiridos não respondem ou não tem mais nada a querer fazer.

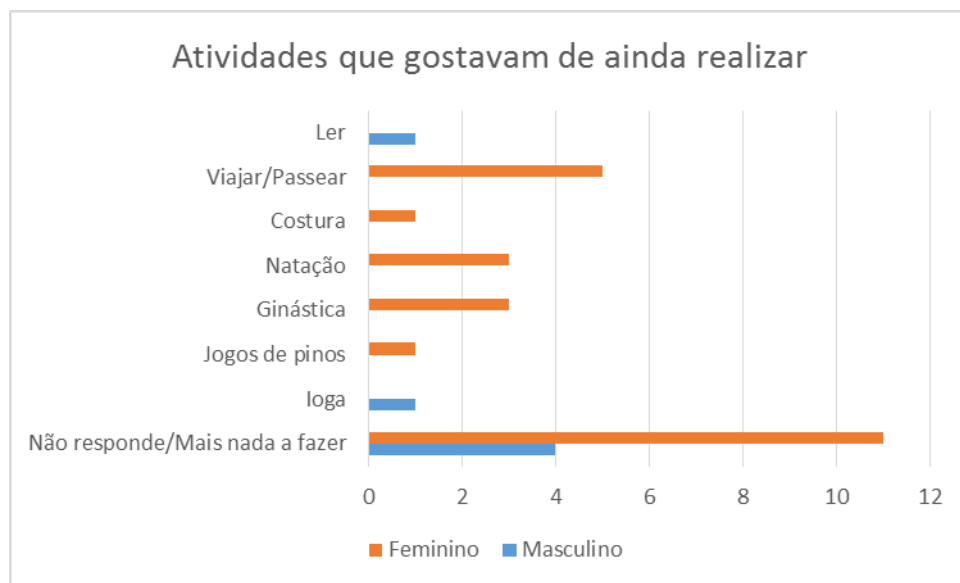


Figura 39 - Distribuição dos inquiridos por atividades ainda a realizar

8. CONCLUSÕES FINAIS

8.1 Conclusões

O envelhecimento é incontornavelmente uma das principais características das sociedades atuais, devido em parte aos avanços da medicina, ao melhoramento das condições de vida das pessoas, mas também devido à baixa natalidade e ao aumento da esperança de vida. O envelhecimento assume-se com um processo natural associado a alterações biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos.

Por sua vez a uma maior longevidade corresponde maiores níveis de dependência e a necessidade de prestação contínua de cuidados. Deste modo o principal desafio do envelhecimento consiste em viver com a máxima autonomia e independência possíveis, sendo para isso essencial a promoção do envelhecimento ativo, ou seja, otimizar as condições favoráveis à saúde e à participação ativa das pessoas idosas nos contextos em que vivem, a partir do reconhecimento dos idosos como cidadãos portadores de direitos e deveres.

O papel protetor que as Instituições de Solidariedade Social desempenham no controlo das situações de dependência e na promoção da autonomia das pessoas idosas, permite verificar que é no Centro de Dia que encontram uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que elas próprias e/ou o seu agregado familiar se debatem quotidianamente, já que os idosos como grupo não têm poder de pressão sobre a opinião pública, tornando mais problemático o atendimento de suas necessidades específicas.

Para Churchman (1992) apud Ribeiro (1994), dado que a qualidade de vida do idoso está diretamente associada ao “juízo subjetivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”. Torna-se importante a necessidade de as instituições monitorizarem os níveis de satisfação dos seus clientes de forma a perceber como planificar, evoluir e maximizar a satisfação dessas mesmas necessidades.

A OMS (2002) define QdV no âmbito da população idosa como “a manutenção de saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspetos da vida humana; físico, social, psíquico e espiritual” (OMS, 2002, p. 14).

Relativamente ao nosso estudo, é de salientar que não se procura obter a forma de gestão das instituições, mas sim a existência da satisfação/motivação e a influência na Gestão da Qualidade de Vida do idoso em CD e por isso parece-nos importante evidenciar as principais

conclusões a que chegamos. As mesmas emergem da análise e interpretação dos dados, dos objetivos propostos e do enquadramento teórico estruturador da investigação, aferimos que:

H1: Na primeira hipótese, em que colocámos a questão se na amostra é possível verificar se as variáveis de satisfação do idoso e atividades exercidas no CD têm uma relação direta, aferiu-se que a variável de satisfação do idoso é independente das atividades do CD, e por isso não influenciam a satisfação do idoso, como os dados indicam as atividades realizadas não estão relacionados entre si o que reflete a independência das variáveis.

Como refere Imaginário (2008), o estado de bem-estar não é estático, visto que os nossos sentimentos estão de forma contínua a relacionar-se com o meio envolvente. Também os laços culturais têm uma influência determinante no conceito de bem-estar, sendo este influenciado pelos valores sociais vigentes e pelo ambiente envolvente. O bem-estar inclui variáveis físicas, psicológicas e sociais.

H2: Na segunda hipótese, relativamente ao nível de instrução se é uma variável que se relaciona diretamente com a variável satisfação do idoso, verificou-se que a satisfação do idoso é independente da sua escolaridade.

Os idosos constituem um grupo diferenciado, com distintas necessidades pelo que procuram respostas igualmente diferenciadas. Os centros de dia em estudo têm na maioria mais Mulheres que Homens e que na generalidade são viúvos com 4º Classe.

Apurou-se ainda que os principais problemas que se identificam no CD estão relacionados com o elevado nível de envelhecimento da população local e da condição de dependência eminente ou já instalada, decorrentes de situações de solidão, isolamento, fragilidade e exclusão social, em consequência de disfunção ou inexistência do grupo familiar e/ou apoios informais e suscetível de intervenção em crise, o que por sua vez nos leva a Hipótese 3 como conformismo.

H3: Esta ultima hipótese apresentada, refere que na amostra é possível relacionar a variável tempo na Instituição com a satisfação do idoso e verifica-se que a satisfação do idoso está relacionada e é influenciada com o tempo que o idoso permanece no CD, relacionando a variável tempo na Instituição com a satisfação do idoso, pois o tempo é uma variável muito forte nesta amostra e é influenciadora da satisfação.

É de referir que é muito importante o nível emocional pois emerge a importância da motivação. Mesmo sabendo o que é melhor para nós, nem sempre conseguimos ter a motivação para seguir esses pressupostos.

Ser detentor de conhecimento acerca do EA e dos aspetos que podem nele interferir, é crucial para que os idosos possam desfrutar de um envelhecimento com QdV. As preocupações com o EA e a QdV têm sido um fator determinante para o desenvolvimento de respostas sociais que além de darem resposta às necessidades dos idosos lhe possibilitem viver com qualidade, estimulando o EA.

O nível de participação e o grau de satisfação dos utentes mostra-se significativo, o que permite aferir que a integração de idosos em centro de dia promove a sua qualidade de vida e uma melhor autonomia e por isso estarem satisfeitos.

Ao longo desta pesquisa e respondendo ao objeto central da investigação, foi de perceber a existência da satisfação/motivação e a influência na Gestão da Qualidade de Vida do idoso em Centro de Dia, pudemos constatar que, independentemente de estar institucionalizado, o idoso pode manter as suas relações afetivas, as suas relações sociais e a sua autonomia contribuindo assim para o seu equilíbrio biopsicossocial e consequentemente para a sua qualidade de vida e que o tempo de permanência na instituição leva a grande satisfação dos utentes.

A QdV percebida incide na avaliação da própria vida, com influência dos valores que foram sendo adquiridos/construídos e pelas expectativas pessoais e sociais. Traduz a avaliação subjetiva que cada indivíduo efetua do seu funcionamento nos vários domínios das competências comportamentais. O bem-estar subjetivo evidencia a satisfação com a vida, satisfação global e satisfação específica em relação a alguns aspetos da vida.

Reproduz as relações entre condições objetivas (ambientais), competência adaptativa e percepção da própria QdV, ou seja, as três dimensões precedentes.

A QdV na velhice pode ser definida como uma avaliação multidimensional dirigida por critérios socio-normativos e intrapessoais, relacionando-se com relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo idoso e o seu meio ambiente.

A implementação de um sistema de gestão da qualidade assegura o cumprimento dos requisitos do serviço e a satisfação do utente, podendo evidenciá-los perante a sociedade.

Desta forma, a resposta social, CD deve igualmente promover a auto-suficiência, incrementando quer a autonomia funcional, quer o bem-estar dos seus utentes.

Confirmando-se essas situações na investigação em estudo, a sua grande maioria refere ser o Convívio/Isolamento/Solidão e Problemas de Saúde o grande motivo para a utilização da resposta Centro de Dia.

Um sistema de gestão da qualidade numa organização social constitui-se como um processo de melhoria das respostas sociais. O Serviço Social integra-se na política de qualidade das

organizações sociais pela participação na promoção de melhores níveis de bem-estar das populações, pela contribuição do aumento da humanização e de qualidade de vida de todas as pessoas. Para que a gestão da qualidade continue a ser implementada é necessário que o pessoal técnico tenha formação adequada e específica. A qualidade é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo uma meta comum a todo o tipo de instituições. As áreas sociais devem acompanhar este movimento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

8.2 Implicações, Limitações e Perspetivas do Estudo

Dado o crescente aumento da população idosa, torna-se fundamental apostar e investir cada vez mais em respostas sociais que contribuam para um aumento da QdV dos idosos.

Em relação às limitações do estudo, destacamos a dimensão reduzida da amostra, que impede a generalização e impõe restrições na interpretação dos dados, foi limitativo pelas próprias Instituições não quererem fazer parte do estudo e termos obtido muitas respostas negativas.

A investigação é um processo sistemático de colheita e análise de dados empíricos, com vista à resolução de um problema. Desta forma há que considerar perspetivas futuras de pesquisa, nomeadamente o alargamento deste tipo de estudo, envolvendo um maior número de Concelhos. Consideramos ainda que o desenvolvimento deste estudo deveria ser mais desenvolvido a nível da investigação para descobrir e pesquisar a relação entre o tempo de estadia dos idosos no CD e a qualidade das instalações, no sentido de aferirmos a Gestão da sua influência na QdV do idoso, uma vez que foi demonstrado pelos idosos que não queriam saber tanto das atividades diárias, mas sim do bom trato na instituição.

Por isso revela-se importante futuramente saber se a satisfação do idoso esta relacionada ou não com o carinho disponibilizado pela instituição e a sua gestão, conseguindo obter essas mesmas informações através da entrevista. Não tendo sido usado esse método, pretende-se usar no futuro, pois iria dar um contributo para uma compreensão integradora que futuramente possa desenvolver intervenções mais objetivas e adequadas, às necessidades desta população, pelo que as limitações encontradas, não devem ser desencorajadoras, mas sim, servir como ponto de partida para outros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). Metodologia de investigação em psicologia e educação. Braga. Psiquilíbrios.
- Amaral, M. F., & Vicente, M.O. (2000). – Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. ISSN 0870-9025. (Vol. 18), nº 2 (Julho-Dezembro), (pp.23-31).
- APSS [Associação de Profissionais de Serviço Social]. Código de Ética, acedido em 16 de Maio 2016 em <http://www.apross.pt/etica.php>.
- Arrazola, F.J., Méndez, A., Lezaun, J.J. (2003). Centros de Día - Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales.
- Benet, A. (2003). Los Centros de Día para Personas Mayores. Universidad de Lleida. Servicio de Publicaciones.
- Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas, uma Abordagem Global. Lisboa. Lusodidacta.
- Brandão, A. (2013). Políticas Sociais de Envelhecimento Ativo para o Concelho de Fronteira. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa
- Carrilho, M.; Gonçalves, C. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. Revista de estudos demográficos. Lisboa. 40 (2007) 2138
- Carta Social. Acedido em 29 de Setembro 2016 em <http://www.cartasocial.pt/>
- Carvalho, M. (2005). Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na Velhice em Portugal. Intervenção Social. Lisboa. 31 (2005) 163 – 192
- Carvalho, M. (2009). Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade, risco ou proteção efetiva. Revista de serviço social, política social & sociedade. Lisboa. 1:2 (2009) 67 – 80
- Carvalho, M. (2013). Serviço social no envelhecimento. 1.^a ed. Lisboa : LIDEL, Pactor. V. 1
- Campos, António Fernando Correia de, (1992), Adequação de Intensidades de cuidados aos níveis de dependência do idoso; Análise económica das Ineficiências, Lisboa, UNLCSH, vol.2.

- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2006). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL) de Portugal
- Churchinan, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10 (3): 3-9.
- Colen, M. (2000). “Solidariedades Informais – recuperar os méritos da entreatajuda com novos contornos para a solidariedade”, in *Cidade Solidária*, nº4, ano 3, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- Constituição da Republica Portuguesa, Capitulo II – Direitos e Deveres Sociais. Acedido 29 de Maio 2017. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/>
- Conrad, K.J., Hughes, S.; et al.(1993). Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*.48, nº 3: 112- 122.
- Carod-Artal, F.J. (1999). Medición de la calidad de vida supervient de un ictus. *Revista de Neurologia*, 5 (29), 447 – 456.
- Costa, A. (1999). “Direitos Sociais e Políticas Sociais”, Lisboa, PROFISS, Ed. Lit.: IEFEP e IGFSS
- Cramer, J. (1993). Assessment of quality of life in epilepsy. Comunicação apresentada no 20th International Epilepsy Congress, Oslo, Noruega.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12(1): 1-13.
- Cummins, R. A. (2000). «Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model» *Social Indicators Research*, 43, 307-334.
- Direção Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. [Em linha]. DGS, 2004. Acedido em 24 de Out. 2016.
- Fachada, O. (2013). Liderança. Lisboa: Edições Silabo.
- Fernandes, A. (1997). Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal. Oeiras. Celta Editora.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Prieto-Flores, M. E., León-Flores, B., Martínez-Martín, P., Forjaz, M. J., Frades-Payo, B., & García, C. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Disponível em: <http://imersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado-01.pdf>.
- Ferreira, A. (1999) O género feminino objeto de políticas sociais que igualdade de género no emprego? Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Cap I, pp. 6-73.

- Ferreira, A. (2014). Serviço Social e Desemprego de Longa Duração, Intervenção Social em Marvila, Editorial Caritas.
- Ferreira, Anna (2009). A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Fleck, M. (2008). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre. Artmed
- Fonseca, A. (2004). Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”: desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Fonseca, A. (2006). Envelhecimento e Qualidade de Vida em Portugal, Consultado em www.socialgest.pt, Acedido em 10 de Dezembro 2015
- Fortin, M. (1999). O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. (2006). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Franco, P. (2012). Envelhecimento, satisfação e qualidade no centro apoio sócio cultural unidade zambujalense. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa
- Gaidão, M. (2012). Envelhecimento ativo e autonomia: um desafio às instituições particulares de solidariedade social com resposta social em centro de dia um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais de Bem-Estar. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa
- Gil, A. (1998). “Solidariedades Intergeracionais e Instituições de Velhice”. Dissertação de Mestrado em Sociologia – Família e População. Universidade de Évora
- Huot, R. (2002). Métodos quantitativos para as ciências humanas (tradução de Maria Luísa Figueiredo). Lisboa: Instituto Piaget.
- Imaginario, C. (2008). Idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau
- INE (2011). Censos 2011: resultados provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. I.P
- Jacob, L. (2007). Animação de Idosos. Porto. Ambar. P.31.
- Jacob, L., Fernandes, H. et al (2011). Ideias para um Envelhecimento Activo. Coimbra. RUTIS.

- Kraan, R.; Baldock, J.; Davies, B.; Evers, A.; Johansson, L.; Knapen, M.; Thorslund, M.; Tunissen, C., (1991). “Care for the Elderly – Significant Innovations in three European Countries”, Colorado, European Centre for Social Welfare Policy and Research Campus/Westview Press
- Kroger, T. (2001). “Comparative Research on social care. The state of the art”. Soccare Project Report1. Comissao Europeia, Bruxelas. Disponível em: www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/report1.pdf, acedido no dia 25/11/2016
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, J. E. Lubben & J. C. Rowe, D. E. Deuchmann (Eds.), The concept and measurement of quality of life in the frail elderly (pp.3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Leitner, M.; Leitner, S.(1995). Senior Day Care Centers- Cap. 3- Haworth Press, 7.
- Loures, M. (2001). Avaliação da depressão, do estresse e da qualidade em alunos no início e final do curso da universidade aberta da terceira idade. Dissertação de Mestrado em Ciências de Saúde. Universidade de Brasília.
- Maia, F. (1984). “O Fenómeno do envelhecimento demográfico e a proteção social da população idosa”. Separata de Estudos políticos e Sociais Vol. XI – Nº1-2 – 1983, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa
- Manchola, E. (2000). Recursos sociosanitarios: El Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. Revista Multidisciplinar de Gerontologia. 10:2 (2000) 115-123
- Marques, A. S. (2005). Integração Normativa na Gestão da Qualidade. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia industrial, Aveiro, Portugal. p. 105.
- Martins, R. M. L. (2006). Educação Ciência e Tecnologia. Envelhecimento e Políticas Sociais. In Millenium. Revista do ISPV. N.º 32(2), pp.126-140.
- Martins, R. (2010). Os idosos e as atividades de lazer. Millenium: Revista do Instituto Politécnico de Viseu.14:38 (Junho 2010) 243-251
- McGuire, A.M. (1991). Quality of life in women with epilepsy. In Women and epilepsy (M.R. Trimble, Ed.), Chichester: John Wiley & Sons.
- Mendes, M. F. (2007). O impacto dos sistemas QAS nas PME portuguesas. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho. Disponível: <http://hdl.handle.net/1822/7967>
- Montorio, I. (1996). Atencion psicológica. In MONTALBO, Miguel, org. - Centro de Día para personas mayores dependientes : guía práctica. Madrid: IMSERSO. p. 237-250.

- Mozzicafreddo, J. (1994). O Estado Providência em transição, Sociologia – Problemas e Práticas N°. 16, pp.11-40.
- Nazareth, J. (1988). O Envelhecimento demográfico. Psicologia. 6:2 (1988) 135-146
- Neri, A. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In Neri, A., org. - Qualidade de Vida e idade madura. 7.ª ed. Campinas SP : Papirus Editora. p. 9-56
- Neto, M., Klein, E. & Brito, F. (2006). Avaliação Geriátrica Multidimensional (2ª Ed). São Paulo Atheneu.
- NP EN ISO 9000 2005 (2005). Sistemas de Gestão da Qualidade. Fundamentos. Instituto Português da Qualidade.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2002 e 2005). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- ONU – Organização das Nações Unidas (2002). Segunda Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento. <http://www.un.org/>. Acedido em 02 de Jan.2015].
- Pacolet, J. et al (1990). “Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway”, European Commission
- Páscoa, P. (2008). A importância do envelhecimento ativo na saúde do idoso. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde/ Escola Superior de Saúde. Porto. Pp. 42-43. Acedido em 10 de Jan. 2017
- Passarinho, I. (2012). “As formigas e os carreiros, uma abordagem de inspiração biográfica aos percursos de aprendizagem e à construção identitária de Assistentes Sociais”, Universidade de Lisboa, Instituto de Educação. Acedido em 28 de Fevereiro de 2015 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8317/1/ulsd65106_td_tese.pdf
- Paúl, M.; Fonseca, A. (1999). A saúde e a qualidade de vida dos idosos. Psicologia, Educação e Cultura. 3:2 (1999) 345-362.
- Paúl, M (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia. 15 (2005) 275-287.
- Paúl, M (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In PAÚL, C., coord.; FONSECA, A. M., coords. (2005) - Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi. p. 21-41

- Paúl, M. [et al.] (2005). A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses. In Paúl, M., org.; Fonseca, A., org. - Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores. p. 77-95.
- Paúl, M; Ribeiro, Ó. (2012). Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel.
- Paulos, C. (2010). Gestão de Instituições para Idosos - Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos. Lisboa: Quadritópico.
- Perista, H. (1999). Sistemas formais de apoio às pessoas idosas: necessidades e dilemas. In seminário envelhecer: um direito em construção - Envelhecer: um direito em construção: Atas do Seminário. Lisboa: CESIS. p. 97-101
- Pires, A. (2004). Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade (3ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Pires, G. (1998) Breve introdução ao estudo dos processos de apropriação social do fenómeno esporte. Revista da Educação Física da UEM, Maringá, n. 9, p. 25-34
- Pocinho, R. (2012). Envelhecer em tempos de crise: Respostas Sociais. Porto. Legis Editora.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (1995). Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: relatório. Lisboa: DGS.
- Portugal. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2011). Carta social: Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – Relatório 2011. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento. Acedido em 16 de Nov. 2016 em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2011.pdf>.
- Portugal. Governo (2012). Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações: programa de ação, 2012: Portugal. [S.l.]: Governo de Portugal. Acedido em 15 de Nov. 2016 em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>
- Portugal. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014a). Estatísticas. In PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social Segurança Social. Lisboa: MSESS. Acedido em 16 de Nov. 2016 em <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>
- Portugal. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014b). Idosos. In PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social Segurança Social. Lisboa: MSESS Acedido em 16 de Nov. 2016 em <http://www4.seg-social.pt/idosos>

- Quaresma, M.; Bernardo, M.; Guimarães, P. (1999). “Envelhecimento e Acção Social”, Lisboa, PROFISS, Ed. Lit.: IEFP e IGFSS
- Quaresma, M. (2003). “A Formação Gerontológica na Europa”, (s.l.): (s.n.)
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva, 2ª Edição.
- Rapley, M. (2003), Quality of Life Research: a Critical Introduction, London, Sage Publications.
- Ribeirinho, Carla (2005). Conceções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. 12:2-3 (1994) 179-191
- Ribeiro, Ó. e PAÚL, C. (2011). Manual do Envelhecimento Activo. Lisboa. Lidel. Edições Técnicas.
- Robertis, C. (2011). Metodologia da Intervenção em Trabalho Social. Porto. Porto Editora.
- Robert, L. (1995). O Envelhecimento - Factos e Teorias, Lisboa, Instituto Piaget.
- Rosa, M. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sancho, M. (1999). Centro de día: conceptualizacion. In Montalbo, M., org. - Centro de Día para personas mayores dependientes: guía práctica. Madrid : IMSERSO. p. 49-66.
- São, J., Karin W. e Sónia C. (2002). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Revista Ciência & Saúde Colectiva*. 10 (2005) 243-253. Acedido em 27 de Abril. 2017] em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>
- Silva, C. (2017). Research Design - The New Perspective of Research Methodology. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 19 (2), 1-12. ISSN: 2278-0998, DOI : 10.9734/BJESBS/2017/30274
- Silva, J., org. (2009). Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspetos. 1.^a ed. São Paulo: Látia.
- Silva, F. (2011). Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia (uma perspectiva do utente). Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa

- Silva, Â. (2009). Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*. 25 (2000) 19-24.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. (2003). (In) dependência na população idosa – um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*. 33 (2003) 109-122.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Galante, H. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37:3 (2003) 364-371.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). O recurso aos apoios formais : a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. *Envelhecer em família : Os cuidadores familiares na velhice*. 1.^a ed. Porto: Âmbar.
- Triviños, A. (1992). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas.
- Vargas, H. (1983). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Fundo Editorial Byk – Prociex.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*. 2 (2005) 2-12.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment: Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*. 46:12 (1998) 1569-1585.
- Xavier, P.; Leal, I. (2006). Um olhar sobre o envelhecimento; Bem - estar e autonomia funcional em idosos com apoio formal. Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro: Universidade do Algarve.

APÊNDICES

Apêndice A - Análise de Fiabilidade e Principais Componentes Analisados

Apêndice B - Análise de Correlations

Apêndice C - Guião de Questionário

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

Apêndice A – Análise de Fiabilidade e Principais Componentes Analisados

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,475
Approx. Chi-Square	87,528
Bartlett's Test of Sphericity df	66
Sig.	,039

Communalities

	Initial	Extraction
Centro	1,000	,871
Sexo	1,000	,562
Idade	1,000	,739
Estado_civil	1,000	,790
Escolaridade	1,000	,795
Tempo	1,000	,866
Satisfação	1,000	,683
Motivo	1,000	,573
Concordancia	1,000	,751
Estrelas	1,000	,855
Concordancia_2	1,000	,645
Passatempo	1,000	,499

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,454	20,446	20,446	2,454	20,446	20,446	2,194	18,282	18,282
2	2,247	18,726	39,172	2,247	18,726	39,172	1,797	14,978	33,261
3	1,682	14,017	53,189	1,682	14,017	53,189	1,687	14,060	47,320
4	1,190	9,919	63,109	1,190	9,919	63,109	1,631	13,589	60,910
5	1,056	8,798	71,907	1,056	8,798	71,907	1,320	10,998	71,907
6	,941	7,838	79,745						
7	,712	5,931	85,676						
8	,661	5,507	91,183						
9	,371	3,089	94,271						
10	,312	2,604	96,875						
11	,241	2,008	98,883						
12	,134	1,117	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,251	,167	12

ANOVA with Tukey's Test for Nonadditivity

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People	45,223	27	1,675		
Between Items	821,176	11	74,652	211,842	,000
Nonadditivity	9,072 ^a	1	9,072	7,384	,007
Within People Residual Balance	363,669	296	1,229		
Total	372,741	297	1,255		
Total	1193,917	308	3,876		
Total	1239,140	335	3,699		

Grand Mean = 2,5923

a. Tukey's estimate of power to which observations must be raised to achieve additivity = ,257.

Hotelling's T-Squared Test

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
721,138	41,277	11	17	,000

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

Apendice B – Análise de Correlations

		Tempo	Satisfação	Motivo	Concordancia	Estrelas	Concordancia_2	Passatempo
Tempo	Pearson Correlation	1	,579**	,059	-,071	,092	-,114	,286
	Sig. (2-tailed)		,001	,761	,716	,634	,556	,133
	Sum of Squares and Cross-products	40,207	18,000	1,931	-4,586	2,207	-4,966	17,276
	Covariance	1,436	,643	,069	-,164	,079	-,177	,617
	N	29	29	29	29	29	29	29
Satisfação	Pearson Correlation	,579**	1	,079	-,040	,162	,059	,193
	Sig. (2-tailed)	,001		,684	,837	,400	,759	,317
	Sum of Squares and Cross-products	18,000	24,000	2,000	-2,000	3,000	2,000	9,000
	Covariance	,643	,857	,071	-,071	,107	,071	,321
	N	29	29	29	29	29	29	29
Motivo	Pearson Correlation	,059	,079	1	,130	,202	,216	,045
	Sig. (2-tailed)	,761	,684		,502	,294	,261	,815
	Sum of Squares and Cross-products	1,931	2,000	26,690	6,862	3,931	7,655	2,241
	Covariance	,069	,071	,953	,245	,140	,273	,080
	N	29	29	29	29	29	29	29
Concordancia	Pearson Correlation	-,071	-,040	,130	1	-,171	,285	,077
	Sig. (2-tailed)	,716	,837	,502		,376	,133	,690
	Sum of Squares and Cross-products	-4,586	-2,000	6,862	104,828	-6,586	20,069	7,552
	Covariance	-,164	-,071	,245	3,744	-,235	,717	,270
	N	29	29	29	29	29	29	29
Estrelas	Pearson Correlation	,092	,162	,202	-,171	1	-,115	,175
	Sig. (2-tailed)	,634	,400	,294	,376		,554	,365
	Sum of Squares and Cross-products	2,207	3,000	3,931	-6,586	14,207	-2,966	6,276
	Covariance	,079	,107	,140	-,235	,507	-,106	,224
	N	29	29	29	29	29	29	29
Concordancia_2	Pearson Correlation	-,114	,059	,216	,285	-,115	1	-,145
	Sig. (2-tailed)	,556	,759	,261	,133	,554		,444
	Sum of Squares and Cross-products	-4,966	2,000	7,655	20,069	-2,966	47,367	-10,100
	Covariance	-,177	,071	,273	,717	-,106	1,633	-,348
	N	29	29	29	29	29	30	30
Passatempo	Pearson Correlation	,286	,193	,045	,077	,175	-,145	1
	Sig. (2-tailed)	,133	,317	,815	,690	,365	,444	
	Sum of Squares and Cross-products	17,276	9,000	2,241	7,552	6,276	-10,100	102,300
	Covariance	,617	,321	,080	,270	,224	-,348	3,528
	N	29	29	29	29	29	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

Correlations

			Tempo	Satisfação	Motivo	Concordancia	Estrelas	Concordancia_2	Passatempo
Kendall's tau_b	Tempo	Correlation Coefficient	1,000	,471**	,063	-,052	,053	-,076	,317*
		Sig. (2-tailed)	.	,003	,708	,746	,748	,654	,048
		N	29	29	29	29	29	29	29
	Satisfação	Correlation Coefficient	,471**	1,000	,004	-,043	,132	,047	,233
		Sig. (2-tailed)	,003	.	,982	,792	,433	,785	,152
		N	29	29	29	29	29	29	29
	Motivo	Correlation Coefficient	,063	,004	1,000	,124	,168	,157	,049
		Sig. (2-tailed)	,708	,982	.	,468	,341	,383	,775
		N	29	29	29	29	29	29	29
	Concordancia	Correlation Coefficient	-,052	-,043	,124	1,000	-,207	,272	-,015
		Sig. (2-tailed)	,746	,792	,468	.	,219	,113	,926
		N	29	29	29	29	29	29	29
	Estrelas	Correlation Coefficient	,053	,132	,168	-,207	1,000	-,133	,027
		Sig. (2-tailed)	,748	,433	,341	,219	.	,451	,871
		N	29	29	29	29	29	29	29
	Concordancia_2	Correlation Coefficient	-,076	,047	,157	,272	-,133	1,000	-,249
		Sig. (2-tailed)	,654	,785	,383	,113	,451	.	,131
		N	29	29	29	29	29	30	30
	Passatempo	Correlation Coefficient	,317*	,233	,049	-,015	,027	-,249	1,000
		Sig. (2-tailed)	,048	,152	,775	,926	,871	,131	.
		N	29	29	29	29	29	30	30
Spearman's rho	Tempo	Correlation Coefficient	1,000	,537**	,072	-,056	,057	-,085	,394*

Patrícia Alexandra dos Santos Gil Costa
Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia
- Entre a satisfação e a motivação do idoso –

	Sig. (2-tailed)	.	,003	,712	,772	,771	,663	,035
	N	29	29	29	29	29	29	29
Satisfação	Correlation Coefficient	,537**	1,000	,005	-,045	,154	,048	,264
	Sig. (2-tailed)	,003	.	,978	,817	,425	,805	,167
	N	29	29	29	29	29	29	29
Motivo	Correlation Coefficient	,072	,005	1,000	,134	,186	,167	,052
	Sig. (2-tailed)	,712	,978	.	,488	,335	,388	,791
	N	29	29	29	29	29	29	29
Concordancia	Correlation Coefficient	-,056	-,045	,134	1,000	-,235	,308	-,017
	Sig. (2-tailed)	,772	,817	,488	.	,219	,104	,931
	N	29	29	29	29	29	29	29
Estrelas	Correlation Coefficient	,057	,154	,186	-,235	1,000	-,139	,025
	Sig. (2-tailed)	,771	,425	,335	,219	.	,472	,897
	N	29	29	29	29	29	29	29
Concordancia _2	Correlation Coefficient	-,085	,048	,167	,308	-,139	1,000	-,291
	Sig. (2-tailed)	,663	,805	,388	,104	,472	.	,119
	N	29	29	29	29	29	30	30
Passatempo	Correlation Coefficient	,394*	,264	,052	-,017	,025	-,291	1,000
	Sig. (2-tailed)	,035	,167	,791	,931	,897	,119	.
	N	29	29	29	29	29	30	30

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Apêndice C - Guião de Questionário

Inquérito aos idosos que usufruem do serviço de Centro Dia

Pretende-se com este inquérito, verificar se o Centro de Dia satisfaz todas as necessidades.

A sua colaboração é de grande utilidade. Por favor, responda com sinceridade.

Os dados obtidos são confidenciais.

Não escreva o seu nome em parte alguma.

O questionário é anónimo.

Agradece-se, desde já a sua colaboração.

1) Género: (assinala com um x)

Masculino ☐ Feminino ☐

2) Idade

65 ☐ / 66 a 75 ☐ / 76 a 85 ☐ / 86 a 95 ☐ / 96 a 105 ☐

3) Estado Civil (assinala com um x)

Solteiro/a ☐ União de Facto ☐

Casado/a ☐ Divorciado/a ☐

Viúvo/a ☐

4) Habilitações literárias (assinala com um x)

Não sabe ler nem escrever ☐ Menos que a 4ª classe ☐

4ª classe ☐ 6º ano ☐

Formação Superior ☐

5) Há quanto tempo Frequenta o Centro de Dia (assinala com um x)

- Menos de 1 ano ☐ Mais de 1 ano ☐
- Mais de 3 anos ☐ Mais de 5 anos ☐
- Mais de 10 anos ☐

6) Qual a razão pela qual Frequenta o Centro de Dia (assinala com um x)

- Isolamento/ Solidão ☐ Conselho de amigos e familiares ☐
- Convívio ☐ Problemas de Saúde ☐
- Diminuição das Capacidades ☐ Falta de apoio familiar ☐

7) Qual a sua satisfação com as instalações, ambiente e equipamentos fornecidos pelo Centro de Dia (assinala com um x)

- Muito Satisfeito ☐ Satisfeito ☐
- Indiferente ☐ Insatisfeito ☐
- Muito Insatisfeito ☐

8) Classifique as afirmações relativas ao Pessoal e ao Serviço?

Concordo / Não Concordo

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Os funcionários são sempre gentis e prestativos | ☐ | ☐ |
| - As atividades do Centro de Dia são fundamentais | ☐ | ☐ |
| - A Diretora/ Assistente Social fazem sempre o seu | | |
| melhor para cumprir as minhas necessidades individuais | ☐ | ☐ |
| - Proporciona serviços de apoio para a minha autonomia | ☐ | ☐ |
| - Cumpre sempre com as atividades que são colocadas | ☐ | ☐ |
| - Existem dias de atividades com mais significado para mim | ☐ | ☐ |
| - A alimentação tem qualidade | ☐ | ☐ |

9) Como Classifica a qualidade do Centro de Dia:

1 2 3 4 5



10) Está satisfeito com a qualidade das atividades realizadas pelo Centro de Dia?

Concordo / Não Concordo

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Existe uma escolha variada nas atividades | ☐ | ☐ |
| - Quando uma atividade programada não é realizada
Sou informado da razão | ☐ | ☐ |
| - Se me solicitarem, recomendo este Centro de Dia | ☐ | ☐ |
| - As atividades ao ar livre são mais importantes para mim | ☐ | ☐ |
| - Realizamos atividades de desporto | ☐ | ☐ |

11) Que tipo de atividades gostava de fazer que ainda não teve oportunidade? (assinale com x, uma ou mais respostas)

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Ler | ☐ |
| Conversar | ☐ |
| Viajar/Passear | ☐ |
| Ver tv/vídeo | ☐ |
| Dançar | ☐ |
| Escrever | ☐ |
| Cantar | ☐ |
| Trabalhos Manuais | ☐ |
| Jardinagem | ☐ |
| Cuidar de animais | ☐ |
| Aulas de informática | ☐ |

Obrigado pela sua Participação

