

MARIA CLARA DA SILVA CAETANO LOPES GAIDÃO

**ENVELHECIMENTO ACTIVO E AUTONOMIA: UM
DESAFIO ÀS INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE
SOLIDARIEDADE SOCIAL COM RESPOSTA
SOCIAL EM CENTRO DE DIA
– UM ESTUDO DE CASO –**

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene B. Lopes de Carvalho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**

**Lisboa
2012**

MARIA CLARA DA SILVA CAETANO LOPES GAIDÃO

**ENVELHECIMENTO ACTIVO E AUTONOMIA: UM
DESAFIO ÀS INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE
SOLIDARIEDADE SOCIAL COM RESPOSTA
SOCIAL EM CENTRO DE DIA
– UM ESTUDO DE CASO –**

Tese apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social no curso de Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais de Bem-Estar conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene Lopes B. de Carvalho

Co-Orientadora: Professora Maria de Lurdes Quaresma.

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**

**Lisboa
2012**

Agradecimentos

*Há uma estrela na vida
Que sempre nos guia
O bem nos conduz....*

(Alves Coelho Filho)

Às minhas estrelas:

Dra. Ilda Balsemão Pereira, pelo incontornável apoio institucional e pessoal, pela partilha do seu tempo e saber e amizade que muito respeito e agradeço

Coordenadora e demais funcionários e principalmente aos Clientes da resposta social Centro de Dia que permitiram a realização do presente trabalho

Professora Doutora Maria Irene de Carvalho, minha orientadora, pelo seu incentivo, pelos relevantes ensinamentos e conhecimentos transmitidos e ainda pela disponibilidade permanente, apoio e encorajamento contínuos

Professora Maria de Lurdes Quaresma, minha co-orientadora, pelos inestimáveis contributos académicos, intelectuais e pessoais. Uma referência e um exemplo de envelhecimento activo

Professor Doutor José Fialho, pela amizade, por nunca ter desistido de mim e por sempre me encorajar à conclusão deste trabalho

Aos demais Professores do curso de Mestrado sem nunca esquecer os que até aqui me conduziram

Ao meu marido, aos meus filhos, aos meus netos e amigos, terei o resto da vida para lhes agradecer

Resumo

Diante das incertezas que perpassam o crescente envelhecimento das populações ressalta o papel das Instituições de Solidariedade Social e das respostas sociais na protecção às pessoas idosas e no apoio às famílias, para conquista do bem-estar individual e colectivo. Com este estudo pretendeu-se determinar de que forma os serviços disponibilizados pela resposta social em Centro de Dia promovem a autonomia e o envelhecimento activo dos clientes. A autonomia está presente em todo o curso de vida da infância até a velhice numa dialéctica entre a condição de dependência e independência. Mas principalmente pela necessidade da autodeterminação que converge com a afirmação dos Direitos Humanos, subsidiário de um envelhecimento activo e digno. Deste modo a investigação decorreu sob o referencial teórico do envelhecimento activo da autonomia e das respostas sociais. Como metodologia de análise foi utilizada uma abordagem que aliou o qualitativo e quantitativo (plural *mix*). A investigação decorreu na resposta social em Centro de Dia da Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo (AIDP). Para a recolha de dados optámos por instrumentos de inquirição directa aos técnicos responsáveis e aos clientes. No caso dos primeiros foram aplicadas duas entrevistas semi-directivas e no segundo um questionário semi-estruturado individual. Os resultados elucidam o papel que a resposta social em Centro de Dia assume na promoção da autonomia, nomeadamente, na representação de oportunidades para o envelhecimento activo dos clientes e a percepção destes acerca dos resultados no seu quotidiano.

Palavras-chave: Envelhecimento activo; autonomia; Instituições Particulares de Solidariedade Social; Centro de Dia.

Abstract

Given the uncertainties that pervade the growing aging population underscores the role of institutions of social solidarity and social responses in protecting the elderly and support for families, for achievement of individual welfare and collective. With this study we sought to determine how the services provided by social response in Day Centre promotes autonomy and active aging customer. Autonomy is present throughout the course of life from childhood to old age in a dialectic between the condition of dependence and independence. But mostly by the need for self-determination that converges with the statement of Human Rights, a subsidiary active and dignified aging. Thus the investigation took place under the theoretical autonomy of active aging and social responses. As analysis methodology was used an approach which combined both qualitative and quantitative (plural mix). The research took place in the social response to the Day Centre for the Elderly and Disabled Association of Penedo (AIDP). For data collection we have chosen instruments of inquiry direct to customers and technicians responsible. In the first case we applied two semi-structured interviews and a questionnaire in the second semi-structured individual. The results elucidate the role that social response at Day Centre assumes the promotion of autonomy, particularly in the representation of opportunities for active aging and perceptions of customers about the results of these in their daily lives

Keywords: Active aging; autonomy; Private Institutions of Social Solidarity; Day Center

Abreviaturas e Símbolos

AIDP – Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo

AVD – Actividades de vida diária

AVDI – Actividades de vida diária e instrumental

EIPSS – Estatutos das Instituições Particulares de Solidariedade Social

FPBACF – Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares Contra a Fome

IQF – Instituto para a Qualidade na Formação

N/C – Não conhece

N/R – Não respondeu

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização Nações Unidas

PIB – Produto interno bruto

RICD – Regulamento Interno de Centro de Dia

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UE – União Europeia

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Índice Geral

Índice de Quadros

Índice de Figuras

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Envelhecimento e Autonomia – Fundamentação teórica	22
1.1. Diferentes abordagens de envelhecimento	23
1.2. Modelos de Envelhecimento	35
1.3. Envelhecimento activo e autonomia.....	42
Capítulo 2 – Envelhecimento em Instituições de Solidariedade Social.....	45
2.1. Instituições de Solidariedade Social na promoção do Envelhecimento Activo	46
2.2. IPSS, Envelhecimento e Sistema de Qualidade das Respostas Sociais.....	51
2.3. Contexto e Configuração da Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo (AIDP)	56
Capítulo 3 – Investigação empírica	66
3.1. Entre a intenção e a acção: a promoção do envelhecimento activo na AIDP	67
3.1.1. Orientação da AIDP na promoção da autonomia e do envelhecimento activo em CD.....	70
3.1.2. Orientação do CD na promoção da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes.....	80
3.1.3. A autonomia e o envelhecimento activo na primeira pessoa.....	87
Discussão dos Resultados	109
Conclusão	114
Bibliografia	116
Apêndices	128
Índice de Apêndices	129

Índice de Quadros

Quadro 1 – Análise da autonomia em CD por conceito, dimensão e categoria	16
Quadro 2 – Serviços prestados e actividades desenvolvidas em CD	61
Quadro 3 – Equipa, vínculo contratual e horas semanais em CD	62
Quadro 4 – Parcerias em CD	63
Quadro 5 – Recursos financeiros do CD	63
Quadro 6 – Distribuição dos Clientes em CD por idade e género.....	64
Quadro 7 – Caracterização dos clientes por nível de autonomia e género	64
Quadro 8 – Caracterização do perfil das profissionais entrevistadas	68
Quadro 9 – Grelha resumo da categoria-chave Estrutura funcional e organização (E1)	71
Quadro 10 – Grelha resumo da categoria-chave Constrangimentos e desafios (E1)	73
Quadro 11 – Grelha resumo da categoria-chave «Gestão para a autonomia e envelhecimento activo dos clientes em CD»	76
Quadro 12 – Grelha resumo da categoria-chave Gestão para a qualidade da resposta social em CD.....	78
Quadro 13 – Grelha resumo da categoria-chave «Acesso à resposta social e organização das actividades»	80
Quadro 14 – Grelha resumo da Categoria-chave «Diagnóstico, Concepção e Intervenção»	84
Quadro 15 – Grelha resumo da Categoria-chave «Avaliação e impacto».....	86
Quadro 16 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Género</i>	89
Quadro 17 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Idade</i>	89
Quadro 18 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Naturalidade</i>	90
Quadro 19 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Naturalidade reagrupada</i>	90
Quadro 21 – Frequência e valores percentuais de <i>Local da residência</i>	90
Quadro 22 – Frequência e valores percentuais de <i>Estado civil</i>	91
Quadro 23 – Frequência e valores percentuais de <i>Habilitações escolares</i>	91
Quadro 24 – Frequência e valores percentuais da categoria Situação profissional – profissão anterior.....	92
Quadro 25 – Frequência e valores percentuais da categoria Condição actual perante o trabalho	92
Quadro 26 – Frequência e valores percentuais da categoria Valor	92
Quadro 27 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Proveniência</i>	93

Quadro 28 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Situação sócio-habitacional (cruzada)</i>	93
Quadro 29 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Diagnóstico clínico/situação na doença</i>	94
Quadro 30 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Tipologia de deficiência</i>	94
Quadro 31 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Deambulação</i>	95
Quadro 32 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>AVD</i>	96
Quadro 33 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>AIVD</i>	98
Quadro 34 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Desde quando é cliente do Centro de Dia</i>	99
Quadro 35 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Quem decidiu a sua entrada em Centro de Dia</i>	99
Quadro 36 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Motivos porque veio para o Centro de Dia</i>	100
Quadro 37 – Frequência e valores percentuais do <i>Grau de conhecimento das regras e normas de acesso aos serviços em CD</i>	101
Quadro 38 – Frequência e valores percentuais do <i>Grau de conhecimento do regulamento interno do CD</i>	101
Quadro 39 – Frequência e valores percentuais do <i>Grau de conhecimento do Plano de Actividades do CD</i>	101
Quadro 40 – Frequência e valores percentuais de <i>Grau de participação na elaboração do plano de actividades</i>	101
Quadro 41 – Frequência e valores percentuais do <i>Grau de participado na preparação das actividades diárias</i>	102
Quadro 42 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Apoios que beneficia em CD</i>	102
Quadro 43 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Actividades socioculturais que realiza em CD</i>	103
Quadro 44 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Melhorou as suas habilidades para prestar cuidados a si próprio</i>	103
Quadro 45 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Passou a ser mais fácil aceder a serviços de saúde</i>	103
Quadro 46 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Aumentou as probabilidades de não estar doente</i>	104

Quadro 47 – Frequência e valores percentuais da categoria Aumentou as probabilidades de não estar deprimido(a)	104
Quadro 48 – Frequência e valores percentuais da categoria Melhorou os relacionamentos familiares	104
Quadro 49 – Frequência e valores percentuais da categoria Aumentou o nível de integração comunitária	104
Quadro 50 – Frequência e valores percentuais da categoria <i>Passou a se sentir mais protegido(a)</i>	104
Quadro 51 – Frequência e valores percentuais da categoria Passou a se sentir mais seguro quando só em casa	105
Quadro 52 – Frequência e valores percentuais da categoria Quando não está no Centro de Dia como ocupa o seu dia.....	105
Quadro 53 – Frequência e valores percentuais da categoria Relação com a Coordenadora do CD.....	106
Quadro 54 – Frequência e valores percentuais da categoria Relação com os funcionários(as) do CD.....	106
Quadro 55 – Frequência e valores percentuais da categoria Relação com os outros clientes	106
Quadro 56 – Frequência e valores percentuais da categoria Existe privacidade e confidencialidade nas questões particulares da sua vida	107
Quadro 57 – Frequência e valores percentuais da categoria Existe respeito pelas decisões particulares da sua vida.....	107
Quadro 58 – Frequência e valores percentuais da categoria Existe respeito pelos hábitos, estilo de vida e preferências individuais.....	107
Quadro59 – Frequência e valores percentuais da categoria Tem menos benefícios que alguns utentes do CD	107
Quadro 60 – Frequência e valores percentuais da categoria Sente-se excluído das actividades diárias do CD.....	108

Índice de Figuras

Figura 1 – Análise dimensional da Autonomia em CD.....	16
Figura 2 – Configuração dos Órgãos Sociais da AIDP	58
Figura 3 – Configuração da equipa técnica da AIDP	60

Introdução

Esta tese intitulada «Envelhecimento Activo e Autonomia: Um desafio às Instituições Particulares de Solidariedade Social com Resposta Social em Centro de Dia – Um Estudo de Caso», pretende analisar o modo como os serviços disponibilizados em Centro de Dia promovem a autonomia¹ e objectivam o envelhecimento activo² dos seus clientes e, ainda, de que forma esses serviços são percebidos pelos mesmos no seu quotidiano.

O tema em estudo resulta do interesse pessoal e académico. A questão está associada ao carácter inédito do envelhecimento das populações na actualidade, da sua tendência para continuar a aumentar e das mudanças de perspectiva do próprio envelhecimento.

Com efeito o envelhecimento relacionado com a maior longevidade humana e com os baixos níveis de natalidade e mortalidade, responsáveis pelas alterações e envelhecimento demográfico, é uma realidade em quase todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento e Portugal não é excepção.

Este fenómeno constitui cada vez mais motivo de grande preocupação dadas as consequências económicas, culturais e sociais para as sociedades, para os indivíduos e para as famílias e novas exigências como a autonomia estão se impondo diante da intensidade do envelhecimento populacional.

Algumas dessas consequências reflectem-se ao nível da dependência tida pelos mais idosos em relação à família, cuja estrutura e funções vem sofrendo nas últimas décadas profundas mutações decorrentes quer do envelhecimento demográfico, quer das novas exigências da vida moderna familiares.

O recurso a Instituições de Solidariedade Social torna-se inevitável para através de respostas sociais mais adequadas se encontrar as melhores soluções à diversidade dos problemas das famílias e dos cidadãos idosos e requer a disponibilização de serviços facilitadores dessas mesmas exigências, colocando-se-lhes o desafio de responder não só em quantidade mas também em qualidade.

¹ No âmbito do envelhecimento activo a **autonomia** é concebida como a “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (WHO, 2005, p.14).

² **Envelhecimento Activo** – processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. É um Projecto de Política de Saúde que procura dar informações para a discussão e formulação de planos de acção que promovam um envelhecimento saudável e activo. Foi desenvolvido pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em Abril de 2002, em Madrid, Espanha (WHO, 2005).

Este desafio adensa-se com a introdução das novas imposições por parte da tutela, para a homogeneidade e qualidade das respostas sociais e dos serviços prestados com vista à promoção da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes.

É sabido que a qualidade dos serviços prestados é um elemento-chave que distingue qualquer tipo de organização seja ela de carácter privado, público ou solidário e a autonomia um dos eixos prioritários do envelhecimento activo que permite viver com segurança e independência.

Deste modo as respostas sociais, o envelhecimento activo e a autonomia foram os principais eixos de análise que serviram de fio condutor à presente investigação.

Esta investigação apresenta-se sob a forma de um estudo de caso³. A utilização deste tipo de estudo é explicada por Fortin (2003, p.165), como sendo “uma investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo ou organização para aumentar o conhecimento” que se tem destes. Neste caso a pesquisa centrou-se numa organização de solidariedade social com o estatuto jurídico de Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS, situada num determinado concelho da área metropolitana de Lisboa.

Esta organização desenvolve respostas sociais para idosos a nível de Lar, Centro de Dia/ Convívio e Apoio Domiciliário. Optámos por estudar a resposta social em Centro de Dia (CD) por ser a que dentro da missão e objectivos nos pareceu estar mais próxima da promoção do envelhecimento activo no que diz respeito à autonomia dos clientes.

A justificação está associada ao facto de à partida estes clientes manifestarem um perfil de autonomia e capacidade de participação nas decisões, sem interferência de terceiros. Isto é, que teoricamente ainda apresentam uma boa capacidade funcional e cognitiva que lhes permite tomar decisões sobre como gerir a sua própria vida.

Para este estudo a abordagem teórica adoptada para definir pessoas idosas foi a da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera como idosas todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e com 60 anos em países em vias de desenvolvimento (WHO, 2005).

1. Ponto de partida, questões e objectivos

Para esta investigação partimos da tese em que: i) o envelhecimento populacional é irreversível e que colide com a forma como as sociedades estão organizadas, principalmente,

³ Em Yin (1988) citado por Carmo & Ferreira (1998, p.216) define **estudo de caso** como “uma abordagem empírica que investiga um fenómeno actual no seu contexto real”.

com o modo como o grupo familiar se institui actualmente; ii) que por este motivo nem todas as famílias podem promover a autonomia dos seus familiares idosos, cujo reflexo ressalta na sua maior exposição a riscos sociais; iii) que as diferenças inter-individuais de envelhecer, ao não serem consideradas, conduzem a situações de discriminação e a atitudes baseadas em agismos, condicionantes da autonomia e de um envelhecimento saudável e activo.

Tivemos em conta que as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) estão, à partida, melhor posicionadas para responder a estes desafios, dada a forma democrática como influenciam e articulam as políticas sociais que lhes permitem intervir na origem dos problemas, agilizar recursos e dinamizar acções estratégicas, através de respostas sociais, direccionadas aos problemas do indivíduo, da família e da comunidade em geral.

Nesta linha de pensamento a escolha da resposta social em Centro de Dia (CD), assentou em duas ordens de razão: A primeira, pelo facto de esta ter sido pensada e criada para colmatar as alterações verificadas no grupo familiar, decorrentes do envelhecimento demográfico e para actuar sobre os novos riscos decorrentes da longevidade, sobretudo os que levam à perda da autonomia; a segunda, por atender a uma população heterogenia e detentora de um grau de autonomia satisfatório, o que é, aliás, condição de admissão em CD e que portanto, reúnem melhores condições físicas e psicológicas para adoptar comportamentos e estratégias preventivos da autonomia e do envelhecimento activo.

A importância em estudar/investigar este tema resultou do facto da autonomia ser fundamental para alcançar melhores desempenhos na saúde, na participação e na segurança, que permitem viver com mais independência e alcançar o envelhecimento activo e este ser uma das principais estratégias políticas para enfrentar as consequências e desafios do crescente envelhecimento demográfico.

Atendendo ao que acima foi dito a nossa questão principal foi a de determinar se os cuidados e serviços de proximidade prestados na resposta social em CD são promotores da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes. Neste sentido construímos a seguinte pergunta de partida:

«De que modo a resposta social em Centro de Dia cria oportunidades para promover a autonomia e objectivar o envelhecimento activo dos seus clientes e como é que essas oportunidades são percebidas pelos mesmos no seu quotidiano».

Estabelecemos como **objecto principal**: Compreender a estrutura organizacional do Centro de Dia, nomeadamente, quem são os responsáveis; os recursos humanos e logísticos existentes; a qualidade da oferta dos serviços disponibilizados; as normas e regras de acesso aos serviços; a população-alvo; a área de abrangência territorial e por fim as parcerias.

Do ponto de vista do seu funcionamento analisar: a interacção entre funcionários e clientes; a pertinência dos serviços que os clientes usufruem dentro e fora da instituição e quais os serviços de saúde disponíveis bem como a facilidade no seu acesso.

Do ponto de vista dos clientes: determinar o grau de percepção quanto ao facto de esses serviços contribuírem para a sua autonomia e para o seu envelhecimento activo.

Os **objectivos específicos** permitiram analisar: Os principais constrangimentos sentidos pela organização na implementação dos princípios do envelhecimento activo, e os reajustamentos que foram introduzidos para a sua operacionalização. No âmbito dos clientes foi possível avaliar o seu processo adaptativo e relacional com os princípios do envelhecimento activo, na criação de oportunidades para a autonomia.

A nossa finalidade foi a de esclarecer se os cuidados e serviços implementados na resposta social em Centro de Dia, têm em conta as orientações políticas do envelhecimento activo e como influenciam a acção estratégica quer da direcção quer da coordenação na criação das oportunidades para promover a autonomia e o envelhecimento activo dos seus clientes, e ainda, de que forma essas oportunidades se vêm traduzindo em aumento de qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

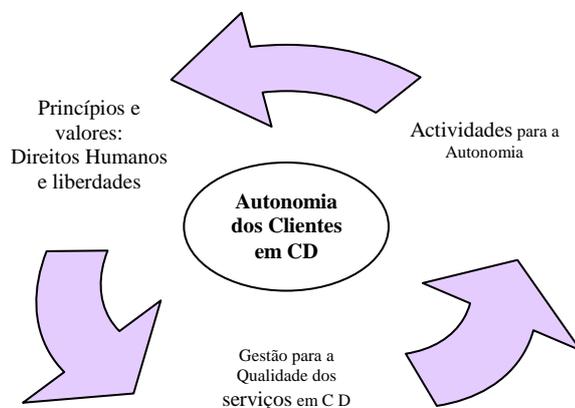
2 – Plano de trabalho

Para a concretização dos objectivos em estudo definimos um modelo de análise que nos permitiu compreender o modo como a instituição configura a resposta social atendendo aos princípios da autonomia dos clientes, i.é a relação entre as possibilidades e a motivação dos clientes e da organização para prosseguirem os princípios do envelhecimento activo.

Construiu-se um modelo de análise que considera que a autonomia dos clientes decorre: Do processo de gestão da qualidade dos serviços em centro de dia; das actividades que o centro de dia promove e que são participadas pelos clientes; do modo como a instituição promove os princípios e valores associados aos direitos humanos.

Assim sendo, o modelo de análise teve em conta as seguintes dimensões – figura 1.

Figura 1 – Análise dimensional da Autonomia em CD



Fonte: Elaborado pela investigadora

Atendendo a esta posição teórica considerámos a operacionalização deste modelo no quadro seguinte – quadro 1. Nesta linha de análise investigámos o conceito de autonomia em centro de dia com base nas seguintes dimensões e categorias:

Quadro 1 – Análise da autonomia em CD por conceito, dimensão e categoria

Conceito	Dimensão	Categoria
Autonomia dos Clientes em Centro de Dia	Gestão da resposta social em Centro de Dia	Contexto organizacional; estrutura funcional; áreas sociais de intervenção; projectos, parcerias; tipo de coordenação; gestão para a qualidade dos serviços; plano de actividades; regulamento interno; participação nos serviços disponibilizados; normas de acesso aos serviços.
	Autonomia funcional -Tipo de actividades e satisfação dos clientes	Participação efectiva: Prevenção/manutenção dos processos mental, cognitivo, físico e motivacional; empenhamento social; participação na elaboração do plano de actividades; envolvimento na preparação das actividades diárias; qualidade de vida e bem-estar.
	Perfil dos clientes da resposta social de Centro de Dia	Sexo; idade; nacionalidade; naturalidade; local de residência; estado civil; escolaridade; situação profissional; situação económica, sócio-habitacional; diagnóstico clínico/situação na doença; nível de capacidade funcional para AVD e AIVD.
	Autonomia e Participação – Direitos Humanos e Liberdades	Promoção da participação (eleição): Na estrutura e participação associativa; no processo de acesso aos serviços; dignidade; privacidade; confidencialidade; individualidade; respeito; igualdade de oportunidades.

Fonte: Elaborado pela investigadora

Tendo presente este modelo de análise a investigação desenvolveu-se, também, em função dos objectivos a que pretendeu dar resposta. Para a sua concretização foi adoptada uma abordagem que aliou o qualitativo e quantitativo (plural *mix*) como metodologia orientadora desta investigação.

Percurso metodológico

Numa primeira fase privilegiámos o levantamento bibliográfico especializado e a pesquisa electrónica de documentos que tiveram como finalidade aprofundar o tema do envelhecimento activo e analisar as suas recomendações e estratégias com relação à promoção da autonomia das pessoas idosas. A par, efectuamos o levantamento bibliográfico de livros, revistas e trabalhos científicos, abrangendo os aspectos determinantes do tema do envelhecimento humano e demográfico, os quais vieram enriquecer o diálogo e dar voz ao presente trabalho. Por fim seleccionamos a Instituição de Solidariedade Social atendendo ao critério de ter resposta social em Centro de Dia.

O estudo empírico decorreu na resposta social em CD da Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo (AIDP), no Lugar do Penedo, freguesia de S. Domingos de Rana, Concelho de Cascais. O pedido formal foi feito através de carta redigida pela investigadora e endereçada à Directora-geral da Instituição, que prontamente acedeu – apêndice I.

As razões que levaram à escolha desta Instituição assentaram em dois motivos. O primeiro, porque a AIDP está instalada num território rural/urbano heterogéneo de alta densidade populacional, onde a dinâmica entre os agentes sociais está instituída desde 1993. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de utilidade pública, criada com a missão de apoiar os problemas sociais da população idosa do Penedo.

O segundo por razões cordiais, relacionados com as boas relações institucionais entre a AIDP e a Coordenação do Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), e ainda sentimentais, por ter sido na resposta social de Lar desta Instituição que a investigadora realizou, entre 2007 e 2008, os seus estágios académico e pré-profissional para a obtenção do grau de licenciada em Serviço Social, e lá ter recebido todo o apoio profissional, pessoal e logístico necessários ao bom desempenho da aprendizagem.

Neste estudo exploratório optamos por analisar: O modo como a AIDP organiza a resposta social em CD em termos funcionais; a percepção dos profissionais e dos clientes

idosos face à estrutura organizacional e funcional, para compreender o modo como promove o envelhecimento activo.

De acordo com Sampieri (2006, p.98), “realizam-se estudos exploratórios, normalmente, quando o objectivo é examinar um tema de pesquisa pouco estudado (...) ou pesquisar sobre alguns temas e objectos com base em novas perspectiva e ampliar os estudos já existentes”. Neste caso o tema apresenta-se amplamente estudado por isso pretendemos alargar a novas perspectivas à da autonomia de modo a contribuir para a ampliação dos estudos já existentes.

Dentro deste registo teórico optámos por instrumentos de inquirição directa aos técnicos responsáveis e aos clientes. No caso dos primeiros foram aplicadas duas entrevistas semi-directivas⁴ que codificámos por E1 e E2, e no segundo um questionário⁵ semi-estruturado individual de administração directa que codificámos de Q1/15.

Tanto para as entrevistas como para o questionário, tivemos o cuidado prévio de assegurar alguns procedimentos éticos no que diz respeito á pesquisa com seres humanos. Procurámos antecipadamente esclarecer os intervenientes do âmbito da pesquisa, dos objectivos em estudo, bem como de assegurar o anonimato, a confidencialidade e a privacidade das respostas, através da garantia da investigadora sobre a protecção dos dados recolhidos.

A construção dos guiões⁶ das entrevistas foram orientados por perguntas-guia relativamente abertas, de forma a permitir ao investigador receber informação por parte do entrevistado (Quivy & Campenhoudt, 2003). Os temas propostos incidiram nas questões consideradas mais pertinentes para o estudo.

Assim, no caso da primeira entrevista (E1) quisemos entender de que forma a AIDP se tem vindo a adaptar ao enquadramento do paradigma do envelhecimento activo e compreender as significações do mesmo. Ou seja, o que significa envelhecer à luz do modelo de envelhecimento activo? e como tem a instituição criado oportunidades para a sua concretização na resposta social em CD?.

⁴ De acordo com Quivy & Campenhoudt (2003, p.192) a **entrevista semi-directiva** é a mais utilizada em investigação social e caracteriza-se por não ser “inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. São orientadas por perguntas-guia relativamente abertas sobre as quais o investigador recebe informação por parte das entrevistadas”. Na opinião de Triviños (1987, p. 146), tem como característica perguntas básicas “que são apoiadas em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa”.

⁵ No entender de Quivy e Campenhoudt (1992), um questionário é um conjunto de questões efetuado para gerar os dados necessários para atingir determinados objectivos da investigação, através de um grupo representativo da população em estudo.

⁶ Segundo Triviños (1987) o guião de entrevista constitui um meio complementar para estudar os objectivos pretendidos, na medida que é possível compreender o que as pessoas pensam sobre determinado assunto.

Para tal propusemo-nos analisar: a) Estrutura funcional e organizacional da AIDP; b) Constrangimentos e desafios para a criação de oportunidades; c) Gestão para a autonomia dos clientes em CD; d) Gestão para a qualidade da resposta social.

No caso da segunda entrevista (E2) quisemos compreender se os cuidados e serviços de proximidade prestados na resposta social em CD são promotores da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes. Ou seja, como são operacionalizadas as acções atendendo ao perfil dos clientes cliente?

Propusemo-nos investigar: e) Acesso, critérios e rotinas em CD e organização das actividades; f) Adequação das actividades ao perfil dos clientes; g) Impacto das actividades na autonomia dos clientes; h) Autonomia funcional – tipo de actividades e satisfação dos clientes.

Do ponto de vista dos clientes, através dos questionários (Q1/15), pretendemos compreender se os serviços e actividades disponibilizadas em CD promovem a autonomia e objectivam o envelhecimento activo dos mesmos.

Estabelecemos como categorias de análise: a) Perfil dos clientes da resposta social em Centro de Dia; b) Gestão da resposta social em Centro de Dia; c) Autonomia e participação – Direitos Humanos e Liberdades; d) Autonomia funcional – tipo de actividades e satisfação dos clientes.

Face às questões e aos objectivos apresentados a abordagem plural *mix permitiu* a análise de conteúdo⁷ qualitativa das entrevistas e no caso dos questionários a quantitativa.

Na opinião de Pacheco (1995) entrecruzar técnicas de diferentes linhas de investigação revela-se pertinente, i.é, entrecruzar técnicas “com estratégias interdependentes que se destinam a recolher diferentes perspectivas dos sujeitos sobre o objecto de estudo ou a obter diferentes perspectivas do mesmo fenómeno” (Pacheco, 1995, p.72).

A pesquisa qualitativa, segundo Gil (1999), permite analisar os aspectos implícitos ao desenvolvimento das práticas organizacionais. Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objectivo e a subjectividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Significa que privilegia a importância de um conhecimento compreensivo e interpretativo dos fenómenos sociais, produzidos em relação com os actores concretos nos contextos onde desenvolvem a sua acção. “Esta informação não estruturada mas sim flexível numa orientação holística procura

⁷ De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

significados e interpretações dos actores sociais e possibilita a captação e reconstrução de significados, por inferências sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 1986, p.104).

Em Martinelli (1999) salienta-se a importância do contacto directo com o sujeito da pesquisa para que as informações «ganhem vida». Deste modo, valorizámos o ponto de vista dos actores inseridos no meio (organização). Centrámos-nos no seu próprio ponto de vista, pois entendemos que este está melhor posicionado para fornecer informações sobre esse meio do que alguém que observa a partir de fora. Para além disso, enquanto “objectos de estudo não são reduzidos a simples variáveis, são estudados na sua complexidade e inteireza, integrados no seu contexto quotidiano” (Flick, 2005, p.5), onde a subjectividade do investigador dos sujeitos estudados e as opiniões de cada sujeito se constituem como ponto de partida e são condição *sine qua non* (Flick, 2005).

Em conformidade, foi-nos possível proceder à identificação e enunciação dos indicadores constitutivos das categorias-chave e sub-categorias, orientadas pelas questões constitutivas do guião de entrevista e pelos objectivos da investigação. A sua representação encontra-se desenvolvida no Capítulo 3.

No caso dos questionários a pesquisa quantitativa: considera que tudo pode ser quantificável, i.é, permite a mensuração de opiniões, reacções, hábitos e atitudes em determinado universo, por meio de uma amostra que a represente estatisticamente (Flick, 2005). Também na opinião de Lakatos (2003) a razão para se conduzir uma pesquisa quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características.

Os dados recolhidos nos questionários requereram o tratamento estatístico através do método analítico de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 1.9. A sua representação encontra-se igualmente desenvolvida no Capítulo 3.

Deste modo, para além da presente Introdução ao tema, ao percurso metodológico e às técnicas para recolha dos dados, a tese encontra-se subdividida em três Capítulos.

No **Capítulo 1** apresenta-se uma sinopse da temática e problemática do envelhecimento demográfico no Mundo e em Portugal, com referência à tomada de posição das principais organizações internacionais e às inúmeras iniciativas e estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS) para combater o crescente e acelerado ritmo do envelhecimento das populações. A referência ao envelhecimento humano (bio-psico-social) é teorizado na relação entre os determinantes, individuais, económicos, ambientais, de saúde

e sociais, e conceptualizados através dos modelos de envelhecimento saudável, bem-sucedido, produtivo e activo, orientadores da forma como cada indivíduo envelhece. Estes conceitos convergem para a afirmação dos Direitos Humanos através da promoção da autonomia que é um dos eixos prioritários do envelhecimento activo.

No **Capítulo 2** destaca-se a importância das Instituições de Solidariedade Social com particular relevância para as de carácter particular sem fins lucrativos (IPSS), e o seu papel na coesão social face aos novos desafios e exigências do envelhecimento demográfico e das transformações por ele operadas. O aumento da necessidade de cuidados por inerência a uma maior longevidade humana é discutido à luz da requalificação das respostas sociais, com realce para a importância do seu reajustamento à nova realidade actual e ao desafio de responder não só em quantidade mas também em qualidade.

Como referência, a AIDP mostra a história, a cultura e as especificidades das IPSS numa abordagem à estrutura organizacional, nomeadamente, a missão, a visão, valores e princípios orientadores.

O **Capítulo 3** é dedicado à investigação empírica que derivou do percurso metodológico, com resultado na triangulação da informação que conduziu à concepção matricial de categorias-chave cuja análise permitiu a compreensão dos resultados obtidos.

No ponto 3.1, com o subtítulo “Entre a intenção e a acção: a promoção do envelhecimento activo na AIDP”, iremos conhecer a orientação da instituição na promoção da autonomia e do envelhecimento activo em CD; a orientação do CD na promoção da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes e a autonomia e o envelhecimento activo na primeira pessoa.

A discussão dos resultados e algumas considerações em torno da questão de partida encerram este trabalho de investigação, o qual pretende ser um contributo para uma reflexão sobre como queremos e podemos envelhecer.

Como referência final salienta-se a nossa opção em colocar, sempre que possível, os conceitos em linha de rodapé de forma a não criar “ruídos” no texto.

Quanto à transcrição da bibliográfica da investigação respeitou as normas do Despacho Reitoral Nº 52/2008, fornecidas pela ULHT e aplicáveis para a “Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento, também “Aplicáveis às dissertações de Mestrado” (Primo & Mateus, 2008).

Capítulo 1 – Envelhecimento e Autonomia – Fundamentação teórica

“Reflectindo sobre como queremos e podemos envelhecer, tentamos compreender este fenómeno à luz de teorias que o expliquem”

(Santana & Santos, 2005, Resumo)

1.1. Diferentes abordagens de envelhecimento

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal e irreversível, tanto em países desenvolvidos como nos menos desenvolvidos, com alterações profundas sobre a forma como as sociedades se encontram organizadas e consequências individuais e colectivas. Este capítulo problematiza o envelhecimento sob duas perspectivas distintas: O demográfico, em função dum maior incremento de pessoas idosas no total da população, e o Humano, assente na maior longevidade dos indivíduos em consequência do aumento da esperança média de vida. Os factores responsáveis são aqui discutidos com particular relevância para o declínio das taxas de natalidade e fertilidade, que em conjunto, levam a um menor ingresso de jovens em populações com uma maior longevidade. Deste processo interactivo a categorização da velhice por idades, biológica, fisiológica, cronológica, psicológica, social e cultural é igualmente problematizado, com ênfase para os factores endógenos e exógenos, determinantes da forma como se envelhece. Identificamos, alguns sistemas que categorizam e orientam o envelhecimento sob a forma de modelos: saudável, bem-sucedido, produtivo e activo. Estes modelos enquadram política e socialmente o envelhecimento populacional e orientam no sentido da construção de uma sociedade para todas as idades.

Envelhecimento Mundial

O envelhecimento acelerado da população mundial é uma tendência crescente tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento, de tal modo que em 2050 o número de pessoas idosas no planeta excederá o de jovens pela primeira vez na história da humanidade (ONU, 2002b).

Os debates internacionais em torno desta questão tem levado a que as principais organizações mundiais – Organização das Nações Unidas (ONU), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Organização Mundial de Saúde (OMS) – tomem posição sobre esta matéria, sendo que esta última se tem feito promotora de inúmeras iniciativas e estratégias orientadas para encontrar respostas para o crescente ritmo acelerado e a escala do envelhecimento mundial. Pretende-se que países e governos se comprometam em assegurar a plena protecção aos mais velhos através da efectivação dos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Apesar de este fenómeno se identificar mais com os países desenvolvidos, devido ao processo de industrialização do século XIX (Mendes, 2005), é nos menos desenvolvidos⁸ que nos últimos anos se assistiu a um acentuado crescimento da população de 62,53%, enquanto que nos mais desenvolvidos⁹ foi de 4,39%, especialmente no Japão e nos EUA (OCDE, 2007). Ainda segundo esta fonte nos países da União Europeia o aumento foi de 3,04%.

Esta diferença resulta do facto de nos países desenvolvidos a proporção de pessoas idosas ser já muito superior no decurso do rápido crescimento do período pós-guerra (UE, 2002), e que se manterá, porém, “a um ritmo relativamente mais lento do que nos países menos desenvolvidos” (UE, 2002, para14). No entanto, quer nuns quer noutros países, o grupo etário que mais tem crescido é o das pessoas com 65 e mais anos, em detrimento da população com menos de 14 anos, em consequência do aumento da longevidade e da diminuição da natalidade (OCDE, 2007). Segundo esta fonte, até 2030 o grupo das pessoas com 65 e mais anos crescerá substancialmente, altura em que a geração *baby boom*¹⁰ entrará na idade da velhice, e onde “uma em cada cinco pessoas terá 65 e mais anos” (OCDE, 2007, p.11).

Entretanto, é a própria população idosa que está a envelhecer. Em 2005, nos países da OCDE, o grupo de pessoas “com 85 anos tinha já triplicado” (OCDE, 2007, p.11). Embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, manifesta-se de modo particularmente notório na Europa, sendo já apelidado de «continente grisalho». Nos países da Europa-27, aguardando-se que o pico mais alto ocorra entre 2015 e 2035, altura em que o grupo etário de 60 e mais anos aumentará, anualmente, cerca de dois milhões de pessoas (UE, 2012b).

⁸ De acordo com (Hoover e Siegel, 1986, citado por Kalache, Veras, Ramos, 1986), de 1980 até o final do século cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreram em países do terceiro mundo, fazendo com que o grupo das pessoas acima de 60 anos fosse o que mais cresceu na maioria dos países menos desenvolvidos.

⁹ “No que se refere ao envelhecimento populacional, os países desenvolvidos diferem substancialmente dos subdesenvolvidos, já que os mecanismos que levam a tal envelhecimento são distintos. Na Europa, por exemplo, o aumento na expectativa de vida ao nascimento já havia sido substancial à época em que ocorreram importantes conquistas do conhecimento médico, em meados deste século. Este fato pode ser ilustrado pelo clássico exemplo da redução da mortalidade por tuberculose. Na Inglaterra, em 1855, 13 de cada 100 mortes eram atribuídas a tuberculose. Nos Estados Unidos, no início deste século, a taxa de mortalidade por essa doença era de 194 mortes para cada 100.000 indivíduos em um ano. Em países do Terceiro Mundo, por outro lado, o aumento substancial na expectativa de vida ao nascimento pode ser observado a partir de 1960” (Kalache, Veras, Ramos, 1987, pp.201-202).

¹⁰ “*Baby boom* – Coorte etário de pessoas nascidas entre as décadas de 40 e 60, período em que houve um considerável aumento no índice de natalidade nos EUA e em outros países ocidentais” (Stuart-Hamilton, 2002, p.203).

Quanto ao grupo dos muito idosos, (80 e mais anos), será o de maior expansão no futuro, devendo, em 2050, passar a representar cerca de 10% do total da população europeia (EU, 2012b). Na Europa, até 2060, o cenário esperado de baixas taxas de natalidade¹¹, aumento da esperança de vida¹² e influxo migratório contínuo, deverá resultar numa população da UE praticamente inalterada em número, mas muito mais envelhecida (UE, 2009). Significa isto que a relação entre população activa (faixa etária 15-64) e idosos com idade igual ou mais de 60 anos deixará de ser de quatro para um para passar a ser de apenas dois para um (UE, 2009).

Para a história destes países fica a concretização do processo industrialização, o desenvolvimento geral por ele proporcionado e a adopção de um conjunto de políticas sociais, bem sucedidas, principalmente no âmbito da saúde pública e do urbanismo, que levaram ao controlo da taxa de mortalidade¹³ e ao aumento da esperança média de vida¹⁴ (Mendes, 2005).

O investimento em programas de higienização geral para o controlo de doenças, a adequação das cidades com a introdução de saneamento básico e melhores condições ambientais nas residências e no trabalho, vieram permitir a "elevação dos níveis de vida das populações, (...) mais favoráveis a vidas longevas" (Mendes, 2005, p.31) e equiparar "o que no passado era privilégio de poucos, para ser uma experiência de um número crescente de pessoas em todo o mundo" (Kalache, Veras, Ramos, 1986, p.201).

Das políticas de saúde, a contracepção foi sem dúvida um marco importante na vida das mulheres, que passaram a poder controlar a sua natalidade e a aceder em massa às aliciantes condições do mercado de trabalho, bem como, ao ingresso em estabelecimentos de ensino para aquisição de melhores níveis de escolaridade (Kalache, Veras, Ramos, 1986; Mendes, 2005). A reprodução da vida moderna acabou por se reflectir na menor disponibilidade feminina para as actividades domésticas e "legitimando o questionamento dos papéis que tradicionalmente lhe são atribuídos" (Pimentel, 2005, p.30).

¹¹ A **taxa de natalidade** corresponde ao número de nados vivos ocorridos durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período [habitualmente expressa em número de nados vivos por 1000 (10³) habitantes], (INE, 2003f).

¹² **Esperança de vida** corresponde ao número médio de anos que restam para viver a um indivíduo que atinja a idade exacta x, mantendo-se as condições de mortalidade observadas no momento. Uma particularização desta noção é a esperança de vida à nascença, que corresponde à duração média de vida de um indivíduo (INE, 2003b).

¹³ A **taxa de mortalidade** corresponde ao número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período [habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 (10³) habitantes], (INE, 2003e).

¹⁴ **Esperança média de vida** corresponde ao número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (INE, 2003b).

No passado, a esperança média de vida “após a puberdade rondaria os 30 anos e o início da decadência do indivíduo era situado, sensivelmente, a partir dos 35 anos¹⁵ (Mendes, 2005, p.19). Nos casos excepcionais “a representação social da velhice situava-se entre os 40 e os 50 anos do indivíduo” (Idem).

Os fortes ganhos de longevidade média dos indivíduos, “outrora dependente quase exclusivamente das características de cada ser humano” (Idem, p.30), contribuíram definitivamente para o fenómeno da explosão demográfica da segunda metade do século XX (Idem, p.31), que se vem generalizando ao resto do mundo.

Em consequência, a União Europeia aponta para um cenário demográfico mundial para 2050, onde o número de pessoas idosas nos países menos desenvolvidos vai mais que quadruplicar e a idade média aumentará até 35 anos (UE, 2002). Assim a sua representatividade subirá aos “19% do total da população” desses países contra “os 8% verificados em 2002” (UE, 2002, para.12). Da mesma forma, nos países desenvolvidos, onde a idade média aumentará para 46 anos, a representatividade será de 33% do total da população contra 19% em 2002 (Idem).

Não há, pois, como ficar indiferente à perspectiva de termos uma sociedade, maioritariamente, constituída por pessoas idosas e muito idosas, cuja necessidade de proteger e enquadrar emerge como um problema. Estas características fazem do envelhecimento demográfico uma questão política e social, não só pelo seu carácter inédito na história da Humanidade, como pelas demandas por ele suscitadas, que se reflectem no aumento da despesa com as reformas, com a saúde, na readaptação de infra-estruturas de protecção social e em modificações estruturais por via do tempo de lazer, por forma a que cada indivíduo se entregue a diferentes práticas, segundo os seus próprios interesses e capacidades (Simões, 2006).

Torna-se, assim, imperioso que as políticas no domínio do envelhecimento adoptem uma abordagem baseada na longevidade crescente dos indivíduos e alargada a todos os grupos sociais, que tenham em conta as iniciativas globais e os princípios orientadores das Nações Unidas (cf. EU, 2002, para.11).

O envelhecimento activo é a mais importante dessas orientações e tem como objectivo fortalecer a capacidade dos países para abordar de forma efectiva o

¹⁵ De acordo com o autor, no período pré-industrial, a infância não tinha o menor valor devido à elevadíssima taxa de mortalidade infantil, não sendo por isso contemplada para o indicador de esperança de vida (Mendes, 2005).

envelhecimento de sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas idosas (ONU, 2002c).

No decorrer da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento 2002¹⁶, salienta-se a aprovação do Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento, assente no primado do envelhecimento activo como marco normativo, priorizando três eixos: “as pessoas idosas e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar na velhice; assegurar um ambiente propício e favorável” (ONU, 2002c, p.5) e ainda, da Declaração Política¹⁷ que dá o enquadramento político para aplicação do Plano.

O modelo de envelhecimento activo, conforme protagonizado pela OMS (2002), depende de uma diversidade de factores, designados de determinantes que envolve indivíduos, famílias e países. São eles: Determinantes pessoais, comportamentais, sociais, saúde e serviços sociais, económicos e do meio físico. Cada um destes determinantes desdobra-se em inúmeros aspectos e têm dado origem a uma crescente evolução das políticas públicas e à criação de novas respostas sociais que considerem o envelhecimento individual e promovam o envelhecimento activo.

Envelhecimento em Portugal

Portugal é actualmente um dos países mais envelhecidos da Europa¹⁸ (INE, 2008). As mudanças mais notáveis ocorreram entre 1940 e 2001, altura em que a população com 65 anos e mais aumentou 243,6%. (cf. Rebelo e Penalva, 2004).

A evolução dos dados demográficos observados nas últimas décadas confirma o envelhecimento plural em resultado da involução da taxa de natalidade¹⁹, que voltou a descer em 2010 para 9,5% (Pordata, 2012b), pela queda do índice sintético de fecundidade²⁰, que se fixa agora em 1,37 filhos por mulher (Pordata, 2011c) e pela taxa de mortalidade²¹ cuja fraca oscilação registou, nesta data, 0,2 óbitos por mil habitantes (Pordata, 2012a). Estes indicadores em conjunto com o saldo migratório negativo de 0,7%

¹⁶ Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid, 8-12 de Abril. 2002), “ (...) em resposta à crescente preocupação com o ritmo acelerado e a escala do envelhecimento mundial, a Assembleia aprovou os seus principais documentos finais – uma Declaração Política e o Plano de Acção Internacional de Madrid, de 2002 – que obrigam os governos a agir para fazer face ao desafio do envelhecimento da população e apresentam aos responsáveis pela formulação de políticas de todo o mundo um conjunto de 117 recomendações concretas, que abrangem três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar na velhice, e assegurar um ambiente propício e favorável” (ONU, 2002c, p.1).

¹⁷ Declaração política – Documento A/CONF.197/3/Add.1, (ONU, 2002c).

¹⁸ A par da Itália, Estónia, Alemanha, Roménia, Hungria, Lituânia, Letónia e Bulgária (Estatísticas Demográficas 2007, INE, 2008a, p.9).

¹⁹ No período entre 2002 e 2010 este valor passou de 11,0% para 9,5% (Pordata, 2012b).

²⁰ Que no mesmo período passou de 1,47 para 1,37 filhos por mulher (Pordata, 2011c).

²¹ Cujas oscilações, em igual espaço de tempo, foi de apenas 0,2 óbitos por mil habitantes (Pordata, 2012a).

em 2010 (Pordata, 2011b), implicam efeitos na dimensão da população, cujo crescimento entre 2001 e 2011 foi de apenas 0,197%²², (Idem), como também na sua estrutura etária.

Os dados mais significativos dos Censos 2011 informam que a população jovem²³ (04-14 anos de idade) desceu para 15% e que a população idosa²⁴ (65 e mais anos) subiu para 19% (INE, 2011b). Significa que “por cada 100 jovens há hoje 129 idosos” (Idem, p.1). Em 2006 eram 112 (INE, 2008).

A interdependência entre estes indicadores com a evolução da esperança de vida aos 65 anos, fixados em 2010 em 18,6 anos (Pordata, 2011a), sustenta a tendência para o crescente envelhecimento populacional e para a transição demográfica²⁵ e comprovam a longevidade humana.

Resulta que à dimensão quantitativa do envelhecimento demográfico veio juntar-se uma outra dimensão, enquanto problema da sociedade e do futuro, já que o recuo da taxa de natalidade se reflecte na composição média das famílias portuguesas, cada vez mais formadas por uma ou duas pessoas e declinando a importância relativa das famílias com três e mais membros (Rosa, 1997).

Com efeito, os resultados dos Censos 2011, confirmam que a dimensão média das famílias²⁶ desceu para 2,6 pessoas por família (INE, 2011b), salientando o peso tido pelos indivíduos com 65 e mais anos em famílias com apenas uma ou duas pessoas (Rosa, 1997, p.196).

Do ponto de vista social, a sensibilização com relação ao envelhecimento demográfico, “devido ao seu carácter inédito que colide com o primado da juventude que está na base de toda a estruturação da sociedade” (Rosa, 1997, p.192), está a obrigar a “encontrar novas maneiras de viver, de trabalhar e de cuidarmos uns dos outros” (ONU, 2002c, p.1), e novos valores como a autonomia²⁷ estão-se impondo para que o envelhecimento não se torne num ónus, mas sim uma oportunidade para desfrutar da maior longevidade. As orientações internacionais e nacionais têm-se centrado no papel protector das forças sociais sobre o homem, através das políticas e das acções estratégicas do

²² Contra 0,489 registado no período entre 1991 e 2001 (Pordata, 2011b).

²³ No pedido censitário de 2001 este grupo etário representava 16%. (INE, 2011b, resultados provisórios, p.1).

²⁴ No pedido censitário de 2001 este grupo etário representava 16,4% (INE, 2011b, resultados provisórios, p.1).

²⁵ Em Torres (1995, p.29), a **transição demográfica** corresponde a “um processo em quatro fases através do qual uma sociedade tradicional passa de uma população estável com taxas de natalidade e de mortalidade elevadas para uma população estável com taxas de natalidade e de mortalidade reduzidas.”

²⁶ Em 2001 a composição média das famílias portuguesas era de 2,8 (INE, 2011b).

²⁷ No quadro da OMS, autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.” (WHO, 2005, p.14)).

envelhecimento activo para promover a autonomia, como forma de permitir que as pessoas não só morram o mais tardiamente possível, como também desfrutem de uma vida com qualidade, segurança e independência (WHO, 2005).

Face a estes desafios a Comissão Europeia propõe uma abordagem intergeracional orientada para as necessidades das diferentes gerações ao longo do seu ciclo de vida activa, feitas de apoio mútuo e de transferência de competências e experiências (EU, 2005). Como refere Costa (1998, p.87-89), “só há pouco tempo o envelhecimento passou a ser apontado com relativa frequência como um dos aspectos a ter em conta na definição das políticas de médio e longo prazo,” sendo também verdade que “na sociedade ocidental a maior parte dos idosos não tem lugar nem papel na vida social”.

De acordo com (Capucha, 2005, p.338) “é no processo de envelhecimento que se coloca com maior acuidade o problema da autonomia”, o que “favorece o acréscimo da necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde” (Carvalho, 2011, p.19). Este facto constituiu o centro das preocupações devido à dependência tida pelos mais idosos relativamente a filhos, netos, cônjuges ou outros familiares descendentes (Barreto, 2008) e vem colidindo com a forma como a família está organizada. As famílias actuais, cada vez mais desafiadas por limites imprecisos e aspirações individuais, decorrentes da modernização das sociedades e do fenómeno do envelhecimento demográfico, encontram-se em permanente mutação (Almeida & Guerreiro, 1993; Pimentel, 2005).

A crescente mobilidade geográfica e social, a necessidade de interacção e adaptação a novos papéis e funções decorrentes dessa mesma mutação (Almeida & Guerreiro, 1993; Pimentel, 2005) e a adopção de novos valores como o individualismo e a independência vem resultando na maior dificuldade para integrar, a tempo inteiro, os idosos no seu agregado familiar.

Por sua vez, as transformações na estrutura e dinâmicas do grupo familiar, decorrentes de divórcios, recasamentos ou diferentes formas de coabitação, as situações provenientes de adopções e outros tipos de reprodução²⁸ a que se alia a exiguidade do espaço habitacional (Debert & Simões, 2002; Pimentel, 2005), resultam no descomprometimento para assumir funções que foram durante muito tempo pertença exclusiva do agregado ou núcleo familiar (Martins, 2006; Santos, 2009).

²⁸ Como refere (Goldani, 2002, citada por Debert & Simões, 2002, p.1366), “ (...) as famílias do futuro terão estruturas relacionais inimagináveis. Os filhos *in-vitro* poderão ter até cinco pais, uma mãe doadora, uma mãe de nascimento, uma mãe social (responsável pela criação da criança), um pai doador e um pai social”.

“À medida em que as sociedades se desenvolvem e a tradição de convivência entre as gerações no mesmo ambiente começa a diminuir, os países são cada vez mais chamados a desenvolverem mecanismos que dêem protecção social a idosos incapazes de ganhar a vida e que estejam sozinhos e vulneráveis (OMS, 2002a, p.41).

Na perspectiva de Correia (2003, p.12), “Portugal é um dos países menos dotados de estruturas de apoio social” e, sobretudo, “de cuidados de saúde para as pessoas idosas”. Esta ausência de recursos resulta da falta de investimento por parte do Estado nas questões do envelhecimento (cf. ISS, IP, Manual processos-chave Centros de Dia), e remete para a família²⁹ a obrigação primeira de cuidar dos seus idosos.

A existência de um número elevado de pessoas idosas a viver sós³⁰ ou na companhia de outras pessoas também elas idosas (INE, 2011a; Carvalho, 2012), é disso paradigmático, a despeito dos riscos sociais e suas consequências, agravados pelos estigmas negativos em torno das questões do envelhecimento. Falamos, sobretudo, dos riscos inerentes à longevidade, decorrentes de situações de isolamento, solidão, rotura de laços familiares e interações conflituosas, abandono, negligência e todos os tipos de violências, com os quais a actual geração de idosos mais se debate. Os estigmas negativos associados ao processo de envelhecimento têm como um de seus pilares o declínio biológico, fortemente associados à doença, à incapacidade e à dependência e a sua representação social construída em torno de agismos disseminados nas nossas sociedades (Marques, 2011) e aceites como características normais e inevitáveis desta fase (DGS, 2004).

Uma das principais consequências do crescente envelhecimento populacional dá-se ao nível do sector da saúde, o que leva à emergência de novas estratégias de abordagem, face à sua expressão no conjunto da sociedade (Paúl, 2005). Nesta ordem de ideias a autonomia e o envelhecimento activo constituem importantes desafios para o “sistema global de cuidados que opera com os idosos, ao mesmo tempo que estes são os alvos mais directos” (DGS, 2004).

Reportar sobre as principais alterações do envelhecimento é referir os processos que o influenciam e determinam.

²⁹ No caso das pessoas muito idosas, continua a ser a família a principal fonte de apoio nos cuidados, à pessoa idosa (Quaresma, 1996; Paúl, 1997; Pimentel, 2005). Estima-se, que “80% da assistência que os idosos necessitam é prestada pela família” (Walker, 1995, citado por Figueiredo & Sousa, 2007, p.15), com evidência no trabalho feminino.

³⁰ De acordo com os resultados pré-definidos dos Censos 2011, “Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), reflectindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década” (INE, 2011b, p.1).

Envelhecimento Humano: Bio-psico-social

Falar em envelhecimento Humano é aludir aos processos de mudanças progressivas da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se realça com o avanço da idade e está associado ao modo como se envelhece e à velhice³¹. “Apesar de o envelhecimento humano ser aceite como algo que ocorre de forma universal, ainda não existe um consenso sobre a natureza e as características do ciclo da velhice” (Osório & Pinto, 2007, p.185). Dos vários autores que descrevem o envelhecimento bio-psico-social, destacamos alguns para melhor o ilustrar.

Em Santos (2003) o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico que ocorre ao longo de toda a vida desde a concepção até à morte. Fontaine (2000) refere-o como sendo indissociável do facto de todos os seres vivos serem mortais e o fim natural do processo ser a senescência³² e a morte.

Já para Vieira (1996, p.52) consiste no “fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas, associadas à passagem do tempo”.

Na opinião de Costa, *et al* (1999, p.43) corresponde ao “processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”.

Em Costa (2002, p.37) é o “processo experiencial subjectivo, que pode definir-se como a auto-regulação exercida através de decisões e escolhas para a adaptação ao processo de senescência.”

No entender de Bobbio (1997, para.15) citado por Santos (2003), o processo de envelhecimento que provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais e aparece de forma mais evidente na velhice, “não é uma cisão em relação à vida precedente, mas uma continuação da adolescência, da juventude e da maturidade”. Esta ideia é corroborada por Osório & Pinto (2007, p.15) ao declararem que “para além dos processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo cultural e social (...) que não é medido pelo maior número de anos nem pelo colectivo de pessoas que atingem uma maior

³¹ No entendimento de Martins (2002, para. 41), “a velhice pode ser considerada um conceito abstracto, porque diz respeito a uma categoria criada socialmente para demarcar o período em que os seres humanos ficam envelhecidos, velhos, idosos”. No entanto, segundo o mesmo autor, o seu conceito necessita ser visualizado como a última fase do processo de envelhecer humano, pois a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso (*op cit*, 2002).

³² A senescência é um fenómeno fisiológico e universal, arbitrariamente identificada pela idade cronológica, pode ser considerada um envelhecimento sadio, onde o declínio físico e mental é lento, e compensado, de certa forma, pelo organismo (Pikunas, 1979, citado por Almeida [2008], para.16).

longevidade.” Logo, significa que este processo é vivido de uma forma variável consoante o contexto social e o estilo de vida de cada indivíduo.

Ao analisar o processo de envelhecimento devemos levar em consideração os factores endógenos, relacionados com a genética do indivíduo e os factores exógenos, associadas aos comportamentos, aos estilos de vida, ao meio ambiente (Fontaine, 2000, p.29), bem como à que a sociedade tem da velhice, nas diversas culturas e momentos históricos.

Do ponto de vista individual, é necessário evocar os factores endógenos que se encontram relacionadas com a genética do indivíduo e os factores exógenas que estão associadas aos comportamentos e ao meio ambiente, caracterizadas em três tipos de idades: a) A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico (Fontaine, 2000, p.23), que remete para a deterioração da capacidade funcional³³ (Fontaine, 2000; Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006), que actua positiva ou negativamente sobre a capacidade do indivíduo para executar acções ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo (OMS, 2001; DGS, 2004).

Corresponde à deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade fisiológicas de vários órgãos e tecidos (Sousa & Figueiredo, 2003). Significa, portanto, que à medida em que a idade avança a capacidade funcional vai se degradando, induzindo comportamentos e impedindo a realização de actividades rotineiras, como vestir-se, lavar-se, alimentar-se e cuidar-se. Corresponde ao envelhecimento primário “ou ao processo inato de maturação” (Fontaine, 2000, p.23), que acompanha o aumento da vulnerabilidade a enfermidades e doenças, tornando o indivíduo, gradualmente, menos activo, menos autónomo e mais dependente (WHO, 2005); b) no envelhecimento psicológico o comportamento representa um factor exógeno que pode acentuar ou minimizar os efeitos da predisposição genética (Fontaine, 2000).

Quer isto dizer que a adopção de comportamentos de risco, como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas, a exposição a situações de stress (WHO, 2005), entre outros, podem conduzir a situações de doenças graves, comprometer a saúde e precipitar a morte. A este processo de envelhecimento chama-se de patológico (Fontaine, 2000), no qual ocorrem

³³ A capacidade funcional do idoso é definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas actividades da vida quotidiana. A incapacidade é a falta ou limitação de uma habilidade, que resulta de um comprometimento, para realizar uma actividade rotineira. A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de actividades ou restrição na participação (OMS, 2001, *CIF*; DGS, 2004).

modificações decorrentes de situações externas que levam à incapacidade progressiva (OMS, 2001; DGS, 2004), para uma vida saudável e activa (WHO, 2005).

A condição ambiental é um factor exógeno à vida das pessoas (Fontaine, 2000). Resulta da acção de causas diversas e imprevisíveis, que contribuem para todas as doenças e acidentes, que varia de indivíduo para indivíduo e é determinante do envelhecimento secundário (Barreto, 2005). É constituído pelo ambiente físico, económico, social e atitudinal, nos quais as pessoas vivem, se desenvolvem e conduzem a sua vida, com impacto sobre todos os componentes relativos à funcionalidade e à incapacidade (OMS, 2001; DGS, 2004).

Para Fernandes (2002, p.46) “o ambiente não representa apenas o espaço em que a pessoa vive (...) mas também o meio em que evolui”. Os factores ambientais podem ter efeitos sobre a idade psicológica, concebida como as “competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em relação ao ambiente” (Fontaine, 2000, p.25), e influi nas capacidades relacionadas com a memória, com a inteligência e com as motivações para o empreendimento.

A ideia consiste em ser capaz de harmonizar estes factores para relativizar os efeitos do envelhecimento e criar condições para uma velhice bem-sucedida.

Segundo Quesada, Fernandes, Calado & Pereira (2004), a velhice não tem de ser só por si um problema, podendo ser apenas um período da vida categorizado segundo a idade.

O envelhecimento concebido sob este ponto de vista, “considera o processo cognitivo-afectivo e do comportamento” o que se explica “a partir dos processos mentais, motivacionais e cognitivos” (Oliveira, 2005, p.6), experienciados e sentidos pelas pessoas idosas.

Uma boa manutenção destas capacidades permite uma melhor auto-estima³⁴ e a conservação de um elevado nível de autonomia e controlo (Fontaine, 2000).

Desta análise distinguimos o envelhecimento como um processo único e diferencial entre indivíduos, influenciado pelos factores endógenos e exógenos, pois relaciona a genética com o contexto de vida que o indivíduo adapta e transforma de acordo com as suas capacidades e motivações.

³⁴ “A auto-estima é o que cada pessoa sente por si” (Mosquera, 1977, p. 44). É uma avaliação do EU. Percepções satisfatórias em relação ao EU possibilitam um comportamento social sadio, porque a valorização que a pessoa faz de si mesma é decorrente, em grande parte, da aceitação percebida nas relações interpessoais (Gazzaniga & Heatherton, 2008).

Envelhecimento social

Ao contexto de vida subjaz algumas teorias relacionadas com a idade social e cultural por estarem ligadas ao “conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam” (Fonseca, 2006, p.24), ou são forçados a adoptar, relativamente às normas e regras de conduta em determinada sociedade (Fontaine, 2000).

No envelhecimento social, “a idade social refere-se a papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade (...) e é fortemente marcada pela cultura e pela história de um país” (Fontaine, 2000, p.24). Falamos por exemplo do estatuto resultante da condição de filho(a), irmãos, pais, cônjuge, avós, empregado, patrão, etc., (Erbolato, 2006), que marcam uma cadência comportamental com base em determinada época e cultura e que as comunidades reconhecem enquanto estatuto.

Esta cadência envolve comportamentos, influencia relacionamentos e serve como base para a percepção que cada indivíduo tem de si mesmo, pois descreve e identifica quem os desempenha (Erbolato, 2006). Corresponde, ainda, à “sucessão de papéis que a sociedade atribui ao sujeito e que são correspondentes às condições socioeconómicas” (Pimentel, 2005, p.42). À medida em que se envelhece, o estatuto e as actividades das pessoas idosas mudam consideravelmente.

Para Pimentel (2005, p.42), “a forma como se envelhece e a maior ou menor valorização que é dada a esse processo, depende mais das sociedades humanas do que da natureza”. Deste modo, Erbolato (2006, p.1324) refere que “o afastamento intencional da sociedade, garantindo preparo para a morte e espaço para as gerações mais novas (...) sugerem alterações no âmbito social e leva à perda de papéis sociais importantes” (Idem). Este afastamento está relacionado com a condição de envelhecer, associada à idade cronológica, utilizada para organizar socialmente o ciclo de vida, marcada por rituais e eventos (Pimentel, 2005).

Nesta linha de análise, “o envelhecimento está associado ao envelhecer como processo que tem em conta o percurso de vida e com as mudanças relacionadas com a idade” (Fonseca, 2006, p.85). De referir que a idade cronológica, não corresponde à contagem dos anos de vida ou idade biológica (Fernandes, 2001), mas serve, por exemplo, para determinar a idade da reforma ou para definir cronologicamente o conceito de idoso. Esta idade não tem nenhuma consequência individual (Idem), porém, do ponto de vista social, tem promovido a difusão de ideias e representações estereotipadas da velhice que

põem em causa “o conhecimento construído e a forma como ele interfere nas estratégias individuais e colectivas face à velhice e ao envelhecimento” (Idem, 2001, p.42).

O envelhecimento não é pertença exclusiva da velhice mas sim algo que a todos congrega e é partilhado por todas as idades. As suas definições são múltiplas e vão evoluindo com o avanço do conhecimento nesta área. Todavia, o envelhecimento será sempre o processo que identifica a velhice arrastando sinais físicos, psicológicos e sociais que identificam a passagem dos anos. A correlação entre envelhecimento e saúde, determinante do funcionamento positivo na velhice, leva ao reforço da concepção teórica de bem-estar, conceptualizada por diferentes modelos de envelhecimento.

1.2. Modelos de Envelhecimento

A abordagem teórica da saúde com relação ao envelhecimento tem evoluído no sentido de o conceber sob diferentes modelos, conceptualizado como envelhecimento saudável, bem-sucedido, produtivo e activo, orientados para a saúde e para o bem-estar do indivíduo e da sociedade.

Envelhecimento saudável

A principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de aceitar as mudanças biológicas e fisiológicas decorrentes da idade. Para Hansen-Kyle (2005), envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal cujo planeamento deve ser focalizado na história, nas particularidades físicas e nas expectativas individuais, constituindo-se, portanto, numa etapa e não num fim em si mesmo.

O aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes estão na base de uma mudança de paradigma na saúde que já não é medida apenas pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (Ramos, 2003).

Nesta linha de análise a conceptualização do modelo de envelhecimento saudável, virado para os aspectos positivos/negativos da velhice, foca-se no compromisso individual de acautelar a saúde através do equilíbrio entre o declínio biológico e a capacidade que permite alcançar e querer (DGS, 2004). Enfatiza a predisposição para o recurso a bens e serviços acessíveis e disponíveis na sociedade, que possam minimizar os efeitos da idade sobre a saúde, determinantes da qualidade de vida. As doenças se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, comprometerão a independência e a autonomia do indivíduo (Ramos, 2003).

Nesse contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida (DGS, 2004), mesmo porque, “quando a saúde falta a satisfação de viver pode baixar a níveis letais” (Paúl, 2000, pp. 29-30). Neste modelo de envelhecimento a importância do suporte percebido das redes informais é fundamental, pois pode actuar como um factor protector da saúde relacionado ao bem-estar subjectivo (Paúl, 2005) e levar a bons níveis de auto-estima³⁵, acrescida de auto-respeito e auto-confiança (Branden, 1995). Permite, ainda, manter um potencial de vinculação suficientemente gratificante para conservar o desejo de viver, de controlar a saúde e manter a qualidade de vida.

Para envelhecer com qualidade é preciso ser criativo e o equilíbrio prazeroso de envelhecer depende sobretudo do presente e de um horizonte de futuro, mesmo que limitado (Paúl, 2000). Envelhecer de forma saudável torna mais importante do que nunca o acesso adequado a bens e serviços que actuem na prevenção de doenças altamente limitadoras, e na “manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico (velhice óptima), na conservação de empenhamento social e bem-estar subjectivo” (Fontaine, 2000, p.147).

Envelhecimento bem-sucedido

O bem-estar subjectivo é um critério essencial para um envelhecimento bem-sucedido³⁶. Corresponde à auto-avaliação da própria vivência da velhice e das queixas, ou não, que lhe estão subjacentes (Fontaine, 2000). Refere-se ao “processo individual que revela simultaneamente dados objectivos (degradações físicas, perceptivos e mnésicos) e também dados subjectivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento.” (Idem, 2000, p.23). A ideia é a de que ao controlo das doenças e incapacidades se alie a “flexibilidade de *coping*” (Paúl, 2000, p.30), como a forma mais adaptativa e eficaz de se lidar com o envelhecimento, que para além de saudável se pretende

³⁵ Em 1986, Muhlenkamp e Sayles estudaram o modo como a auto-estima e os recursos pessoais se relacionavam e o modo como esta relação influenciava o estilo de vida em 98 sujeitos entre os 18 e os 67 anos. Os resultados mostraram que tanto a auto-estima como o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e que o suporte social tinha um impacto positivo na auto-estima. Por sua vez Duffy (1988), num estudo onde pretendeu analisar o impacto da auto-estima, do *locus* de controlo de saúde e do estado de saúde na adopção de um estilo de vida saudável, em 262 mulheres com idades entre os 35 e 65 anos, verificou que *locus* de controlo interno, auto-estima positiva, estado de saúde positivo, preocupação com a saúde e educação universitária explicavam 25% da variância na probabilidade de adoptar um estilo de vida saudável (Albuquerque & Oliveira, 2002).

³⁶ “Na sociedade ocidental, a busca pelo significado de envelhecimento bem-sucedido começou em 1944, ano em que o *American Social Science Research Council* estabeleceu o *Committee on Social Adjustment to Old Age*. Além de iniciar a discussão sobre a definição do conceito, o trabalho realizado por esse comité resultou no desenvolvimento de instrumentos de medidas que correlacionaram o bem-estar subjectivo aos factores autonomia, bem-estar psicológico (...)” (Torres, 1999, citado por Teixeira & Neri, 2008, para.1).

bem-sucedido. A flexibilidade de *coping* é a característica determinante do modelo de envelhecimento bem-sucedido, que alia comportamentos adaptativos a processos psicossociais, passíveis de um desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis (Pinheiro, 2004).

Ter um envelhecimento bem-sucedido significa que a pessoa aceita e se reajusta à mudança para fazer face às diferentes crises com que se depara, num percurso cruzado entre aspectos positivos e negativos. Este modelo prevê que as características naturais de envelhecimento são modificáveis, ou seja, que os factores externos, como por exemplo o estilo de vida, desempenham um papel expressivo na determinação de risco na velhice (Hale, 2000). O «EU», nos idosos continua a ser poderoso e um sistema resistente na capacidade de *coping* e manutenção da integridade.

Conta com o efeito comportamental das concepções subjectivas do controlo pessoal e do processo motivacional, com capacidade de influenciar os resultados pretendidos, através de respostas selectivas (Paúl, 2000). Assenta na “noção de reversibilidade e estratégias de confronto” (Idem, 2000, p.31) que prevê que uma pessoa tem poder ou controlo sobre os acontecimentos se tiver a possibilidade de os reverter, se assim o entender.

Deste modo, a ideia de envelhecimento bem-sucedido pode ser entendida através do modelo de selecção, optimização e compensação de mecanismos de adaptação interactivos que procuram a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Idem).

Quando aliado à manutenção de projectos e objectivos que correspondem a tarefas de diversa ordem, designadamente, afectiva, física e cognitiva, a forma de envelhecimento mais bem sucedida é a dos indivíduos que mantêm projectos e objectivos que correspondem a tarefas de diversa ordem, designadamente, afectiva, física e cognitiva.

Logo, para que o envelhecimento seja uma experiência bem-sucedida há que promover a autonomia e a independência.

Envelhecimento produtivo

A expressão de envelhecimento produtivo surge na década de 70 do século XX, quando ser idoso já não correspondia à imagem da pessoa que deixava de contribuir em termos económicos para a sociedade (Ribeiro & Paúl, 2011). Desde então, passou a entender-se que as pessoas idosas, ainda que afastadas do mercado de trabalho formal, poderiam desenvolver outra actividade significativa e satisfatória, com impacto positivo na sua vida (Idem).

Significa que a velhice pode adoptar características produtivas com relação ao estilo de vida e que o envelhecimento, para além de saudável e bem-sucedido, pode, ainda assumir o modelo de envelhecimento produtivo.

Este modelo conceptualiza o envelhecimento sob a perspectiva positiva, adquirida através da valorização do trabalho desenvolvido por pessoas idosas, bem como pelos contributos que prestam em actividades imbuídas de valor social. Simultaneamente, sugere que o envolvimento em actividades de auto-realização satisfatórias, com impacto positivo nas suas próprias vidas e nas dos outros (Kaye, Butter & Webster, citado por Guedes, Martín, Gonçalves e Cabral-Pinto, 2003), são uma mais valia de ajuda mútua e auto-ajuda, para além de obterem o reconhecimento das suas comunidades (Kofi Annan, 2002).

É disto exemplo o trabalho voluntário desenvolvido por pessoas idosas em áreas de interesse capital para o Estado e para organizações não-governamentais que tem um valor incalculável, não só pelo número de horas doadas como pela contribuição para a viabilidade funcional e económica dessas mesmas organizações, que de outra forma não poderiam arcar com despesas de contratação de funcionários para executar tais tarefas.

No sentido da sua promoção, Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca (2006), preconizam o trabalho directo com as pessoas idosas, apoiando a formação contínua, a participação no mercado de trabalho e o desenvolvimento de trabalho voluntário. O envolvimento em acções de participação cívica e política são outra das vertentes que se traduzem em envelhecimento produtivo, uma vez que implica a realização de actividades imbuídas de valor social (Guedes, Martín, Gonçalves & Cabral-Pinto, 2003). As actividades socialmente produtivas asseguram bons níveis de actividade mental e física e o envolvimento activo na vida quotidiana (Fontaine, 2000).

Já no seio familiar, a prestação de cuidados a familiares descendentes mais novos, particularmente, aos netos menores, é mais um papel social activo dos cidadãos idosos, que o percebem como uma extensão das suas tarefas (Guedes, Martín, Gonçalves & Cabral-Pinto, 2003). São ainda eles que, muitas vezes, disponibilizam outro tipo de suporte aos seus filhos, como ajuda instrumental, financeira e emocional. Sempre que necessário, cedem espaço para a família, que cresce ao invés de diminuir, em casos de separações e monoparentalidade, muitas vezes assumindo o papel de provedores da família.

Todavia, a tendência da política nacional é a de não contabilizar estes contributos, reforçando a discriminação deste grupo etário ao serem apenas vistos como meros beneficiários dos sistemas de pensões e de consumo de bens de saúde e sociais (Idem,

2003). A imagem e o papel social, praticamente insignificante, atribuído às pessoas idosas, decorrem, sobretudo, de falsas percepções e da ênfase na ideia preconceituosa de «inactividade».

Para a sociedade, a passagem da vida activa para a reforma, tem como significado que o idoso não é mais produtor de bens e serviços (Torres, 2008), com consequência para os riscos de marginalização em contextos sociais pautados por valores produtivos (Idem, 2008).

Face ao aumento e heterogeneidade dos idosos na sociedade actual, os papéis por eles desempenhados sob a óptica do envelhecimento produtivo ultrapassa já as barreiras estabelecidas, revestindo-se de complexidade e destaque. Assim sendo, os idosos não devem de estar à margem da vida em sociedade, mas sim dela fazerem parte, através de metas de promoção da saúde³⁷ e da autonomia, que operacionalizem uma melhor adaptação da velhice e uma longevidade positiva.

Envelhecimento activo

No final da década de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) substituiu a expressão envelhecimento saudável por envelhecimento activo, definindo-o como o “processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2005, p.13).

Este modelo de envelhecimento surge como um novo paradigma na velhice que identifica as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade e que esta deve ser responsável pela boa harmonia entre a sua saúde e a sua participação activa em condições de segurança. Por sua vez criar oportunidades significa proporcionar condições emancipadoras que permitam às pessoas idosas a participação activa³⁸ nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas, que possam contribuir para o seu desenvolvimento e para o das suas comunidades (WHO, 2005).

Tem como princípio o conceito positivo de saúde da Organização Mundial de Saúde que realça os recursos sociais e pessoais, para atingir um estado de completo bem-estar

³⁷ Promoção da saúde refere-se ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (Cf. Carta de Ottawa, 1986, p.1).

³⁸ Para a OMS ser activo refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de o indivíduo estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho (WHO, 2005).

físico, mental e social, associando factores biológicos e psicológicos a factores de tipo social, ambiental, económico, educativo e sanitário (ONU, 2002a; Fonseca, 2005). Significa que a participação social dos idosos deve ser reconhecida como mais-valia para a sociedade e que esta deve priorizar a promoção da saúde com vista à melhoria da sua qualidade de vida e das condições de segurança para a sua recriação.

Os determinantes para a saúde, participação e segurança são as principais metas do modelo de envelhecimento activo, desenvolvido pela Organização das Nações Unidas, (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta nova forma de entender e perspectivar o envelhecimento, enfatiza a importância de reconhecer capacidades individuais, assim como, colectivamente, potenciar a eficácia na utilização dos recursos sociais existentes e na criação e manutenção de ambientes favoráveis à sua representação (cf. Ribeiro e Paul, 2011, p.2).

As oportunidades para a saúde conduzem ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação individual no controle deste processo (cf. Carta de Ottawa, 1986, p.1). Implica a adopção de estilos de vida e hábitos saudáveis e uma militância activa e responsável no controlo e habilitação dos recursos e serviços sociais da comunidade, com reflexo na melhoria da sua qualidade de vida (WHO, 2005, p.22). Passa por valorizar a importância da participação das pessoas idosas na avaliação das suas necessidades, na escolha da opção mais eficaz e na exigência de qualidade nos serviços prestados (WHO, 2005).

As oportunidades para participação centram-se no envolvimento activo em actividades de desenvolvimento pessoal, educacional, económico, de trabalho formal e informal e actividades voluntárias, de acordo com a disponibilidade, preferência e capacidade individual (cf. WHO, 2005, p.28).

Na opinião de Kalache (2008), os idosos têm vindo a demonstrar forte preocupação na promoção e organização de estilos de vida, propiciadores de uma efectiva participação na sociedade, ao nível dos avanços económicos e sociais, numa atitude colaboradora e menos dependente.

Na segurança as oportunidades resultam da efectivação dos direitos humanos e da redução das desigualdades sociais, financeiras e físicas, traduzidas na criação de mecanismos de prevenção de violências, abusos e maus-tratos contra os idosos, no reforço de protecção social aos mais vulneráveis e na atribuição de uma renda que lhes permita envelhecer com dignidade (WHO, 2005, pp.30-31).

A construção deste processo envolve autoridades, organizações não governamentais e serviços privados e têm como objectivo promover a integração social e comunitária, estimular à auto-estima e fomentar a interacção geracional (Idem, 2005, p.30). O desafio consiste em melhorar as oportunidades para o envelhecimento activo em geral e para uma vida autónoma, intervindo em áreas-chave como o emprego, os cuidados de saúde, os serviços sociais, a educação de adultos, o voluntariado, a habitação, a informática e os transportes (DGS, 2011).

Pretende-se deste modo mudar o destino do envelhecimento para que “em vez de recolhimento, activação; em vez de adscrever àquele destino inexorável de declínio e morte, interpretá-lo como um processo de desenvolvimento em aberto” (Viegas & Gomes, 2007, pp.40-41). Para estas autoras, o modelo de envelhecimento activo assenta no idealismo de promover o prolongamento da vida activa (não necessariamente associada à vida profissional), através do envolvimento dos mais velhos na vida social “não como audiência passiva, mas como actores participativos” (Idem, 2007, p. 41).

Esta reorientação passa por reconhecer a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres de mais idade, que tenha em conta os desafios com que as pessoas mais velhas se deparam quando procuram viver a sua vida de forma activa e envelhecer com dignidade (Viegas & Gomes, 2007; EU, 2010).

Neste entendimento, a comemoração em 2012 do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade Intergeracional, subordinado ao tema de uma “Sociedade para Todas as Idades”, veio propor um conjunto de acções de sensibilização para promover o envelhecimento activo e definir os princípios de dignidade, para garantir condições adequadas de vida, de segurança, de justiça e de autonomia, como forma de proteger as pessoas idosas do risco de exclusão social. Emerge de um posicionamento que enfatiza e apoia a co-responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da sua participação activa nos vários aspectos que caracterizam o seu quotidiano (Ribeiro & Paúl, 2011).

Em conformidade, podemos considerar que o envelhecimento activo é um modelo aglutinador, que indo para além do direito à saúde, reconhece as pessoas idosas como membros efectivos da sociedade, com direitos e deveres de participação, independência e dignidade.

1.3. Envelhecimento activo e autonomia

A autonomia, considerada no sentido do controlo individual sobre a vida e a capacidade inalienável de decisão (Ribeiro & Paúl, 2011), está directamente ligada à “capacidade funcional que permite controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (WHO, 2005, p.14).

A autonomia está presente em todo o curso de vida, da infância até a velhice, numa dialéctica entre a condição de dependência e independência. No caso das pessoas idosas a dependência em contraposição à independência, radica na sua capacidade funcional para as laborações básicas do dia-a-dia, categorizadas por actividades de vida diária (AVD), que estão relacionadas com as tarefas que o indivíduo realiza diariamente, com o auto-cuidado, a auto-imagem e a auto-governança e às actividades de vida diária e instrumental (AVDI) que engloba, ainda, outras habilidades, tais como: usar o telefone, escrever, manipular livros, equipamentos eléctricos, manusear dinheiro, utilizar transportes públicos, etc., sem ou com o mínimo de ajuda possível.

A necessidade de estar no controle dos acontecimentos e situações da nossa vida, principalmente os que afectam o bem-estar, os objectivos e os ideais de vida, atribui à autonomia grande valor e importância, não só pela recusa da dependência como pelo controlo e vontade de solucionar as suas necessidades básicas. Logo, ter autonomia favorece a qualidade de vida e torna o indivíduo mais satisfeito, ajustado, valorizado e integrado, para que não seja um peso para si, para a família e para a sociedade (Zimmerman, 2000). No fundo é este o grande objectivo que todas as pessoas perseguem, independentemente da sua idade e da sua condição na saúde e na vida.

Por isto mesmo a noção de autonomia no modelo de envelhecimento activo vai para além da capacidade para as AVD e AIVD, ao considerar o direito à autodeterminação como um valor inalienável, “que permite pensar por si mesmo e se afirmar enquanto pessoa integrada na sociedade e dela fazendo parte, de acordo com as suas possibilidades, capacidades e opções” (ONU, 1991, p.2). Em conformidade, a autonomia pode ainda ser entendida como o estado de integração em que uma pessoa se encontra na sociedade, em plena concordância com os seus desejos, aspirações, sentimentos e necessidades e é a condição que permite viver com certo grau de segurança e independência (WHO, 2005).

Estes conceitos convergem para a afirmação dos Direitos Humanos das pessoas idosas, para o exercício do seu auto-governo, auto-regulação, livre-escolha, direito à privacidade,

liberdade, individual e independência moral, “ancorada em ideias de emancipação, cidadania e participação” (Viegas & Gomes, 2007, p.42). São condições que se entrelaçam e que estão presentes em todo o curso de vida, com diferentes formas de manifestação pelas pessoas e pela sociedade, como recurso prioritário para a igualdade de oportunidades em todos os aspectos da vida (ONU, 1993).

Os cuidados com relação à autonomia implicam a promoção da saúde³⁹ como sendo um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (Carta de Ottawa, 1986). Significa que, promover a autonomia como valor e articulação de possibilidades entre a saúde e o bem-estar, se encontra dependente da criação de oportunidades para a sua representação e o ambiente social tem grande responsabilidade sobre a sua condição.

Os pré-requisitos para a saúde decorrem da garantia de condições básicas, como a paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Idem, 1986, p.2). Dependem igualmente da capacidade individual em perfilhar comportamentos e hábitos de vida saudáveis para o seu bem-estar.

Ter acesso a uma maior autonomia é em muito subsidiário das políticas orientadas para a melhoria das suas condições de vida, que permitam aceder a rendimentos, habitação condigna, serviços de saúde em tempo útil e melhoria das competências pessoais e sociais (cf. Quaresma, s.d., p.6). A questão importante é a de assegurar que o processo de desenvolvimento económico e social ocorra de forma contínua, com base em princípios capazes de garantir tanto um patamar económico mínimo para a manutenção da dignidade humana, quanto a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (Camarano & Pasinato, 2004).

Deste modo, podemos concluir que a oportunidade das pessoas puderem gozar de autonomia⁴⁰, enquanto participação e escolha (Carvalho, 2012) é uma responsabilidade de todos e não somente dos serviços de saúde do Estado.

³⁹ **Promoção da saúde** é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida, de capacitação da comunidade para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida (Cf. Carta de Ottawa, 1986, pp.1-2).

⁴⁰ De acordo com a (ONU, 1991, p.2) gozar de boa autonomia é “poder desfrutar dos direitos e liberdades fundamentais com relação ao livre acesso a serviços sociais e jurídicos, à protecção e assistência na saúde e ter o direito de tomar decisões quanto à qualidade da sua vida”.

Ao mesmo tempo coloca-se a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude preventiva e promotora da saúde, da autonomia e da segurança como factores indissociáveis de um envelhecimento saudável, activo e digno. Significa, promover a autonomia e o envelhecimento activo, numa óptica de capacitação individual e colectiva, potenciadora de novas oportunidades (OMS, 2002; ONU, 2002b; Carvalho, 2012), através de pequenas mudanças à nossa volta que possam melhorar significativamente a vida destas pessoas (UE, 2012a).

Sabemos que o idoso/a sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho e das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos, e nesta perspectiva não é difícil de prever que tende ao isolamento e à solidão, acabando por assumir uma situação de dependência e de exclusão social. O isolamento e a solidão retira do indivíduo a possibilidade de construir uma consciência coletiva, determinante do seu desenvolvimento e tem como consequência o acesso insuficiente, ou até mesmo nulo, a serviços de saúde e sociais, determinantes da sua autonomia e do seu envelhecimento activo.

Esta realidade constitui um desafio para as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que reconhecem a saúde como uma necessidade essencial para o bem-estar e desenvolvimento integral dos indivíduos e da sociedade e um factor importante na promoção da autonomia, que visam.

Apesar da existência de abordagens colectivas destinadas a promover o envelhecimento activo, como a do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações, o mesmo deve ser fomentado através de diferentes acções capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm sobre a sua vida, em que a autonomia se assume como uma prioridade (Ribeiro & Paúl, 2011).

Capítulo 2 – Envelhecimento em Instituições de Solidariedade Social

*A qualidade de vida de uma sociedade deve ser julgada não pela forma como os ricos vivem, mas
pela forma como vivem as pessoas mais desfavorecidas.*

Muhammad Yunus, Nobel da Paz 2006

2.1. Instituições de Solidariedade Social na promoção do Envelhecimento Activo

O regime de bem-estar de um país varia dependendo do *mix* definido pela interacção entre o Estado, a família e o mercado, na provisão do bem-estar social Esping-Andersen (1990), para além do *locus* dominante de solidariedade social.

Neste capítulo situamos as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com resposta social em Centro de Dia, no âmbito do bem-estar social. Tem em consideração as necessidades individuais e familiares, procura promover a autonomia e independência das pessoas idosas, para que estas permaneçam o mais tempo possível em suas famílias, em suas casas e na sua comunidade. A qualidade dos serviços prestados e a rentabilização dos recursos sociais constitui actualmente a grande prioridade do Governo com relação às respostas sociais para benefício dos seus clientes, ao mesmo tempo que as reajusta à nova realidade social desafiada pelo crescente envelhecimento populacional.

O reconhecimento de uma postura proactiva diante dos novos desafios e exigências do envelhecimento demográfico e das transformações por ele operadas, levou o Estado a confirmar a importância social e subsidiária das IPSS demarcando-as de outras instituições de solidariedade social, de acordo com os seu estatuto e configuração jurídica.

Estatuto e Configuração das IPSS

Foi com a Constituição de 1976 (artigo nº 63, nº 3) que surgiu pela primeira vez o termo IPSS – Instituições Particular de Solidariedade Social (Jacob, 2009), em consequência do movimento democrático⁴¹ da sociedade civil, formado no período pós revolucionário de 74. São resultado da entrega voluntária de grupos organizados com capacidade para intuir necessidades e projectar respostas sociais (ISS, IP) criadas com "o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos" (Decreto-Lei 119/83; ISS, I.P., para.1) e promover a equidade e o bem-estar individual e colectivo. Esta maior acção da sociedade civil pretende garantir a prossecução de práticas

⁴¹ "A instauração da democracia criou um ambiente propício ao desenvolvimento do associativismo, e recente legislação, a começar pela Constituição, não só garante o livre exercício do direito de associação como simplifica o processo da aquisição, pelas associações, da personalidade jurídica" (Decreto-Lei n.º 460/77, para.1). "A democracia, enquanto forma de governo e sistema de orientação das preferências colectivas, é uma das dimensões construtivas do Estado-providência, porque é nesse processo que a estrutura política incorpora na matriz constitucional o enquadramento institucional e político que organiza as funções – respostas e instrumentos de acção – que os diferentes sistemas da sociedade colocam ao Estado. "(...) É igualmente um desafio às potencialidades do Estado para a resolução, neste quadro, dos problemas e exigências, que a selecção das preferências colectivas actualizam" (Mozzicafreddo, 1994, p.14)

tradicionais de caridade, de filantropia e de mecenato, com relação aos grupos socialmente desfavorecidos, demarcando-se, todavia, da acção meramente assistencialista e caritativo de grupos religiosos. A este propósito Andrade & Franco (2007, p.12) referem que “as organizações sem fins lucrativos ajudam a preservar as tradições e abrem portas a novas experiências intelectuais”.

A regulamentação das IPSS surge em 1979 com a aprovação dos Estatutos nos termos constitucionalmente previstos pelo Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de Dezembro, posteriormente revistos e ratificados pelo Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro. O artigo 1.º do Estatuto considera que são instituições particulares de solidariedade social (IPSS), as constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico. São de finalidade não lucrativa, na medida em que a sua existência não visa o lucro nem tão pouco as metas e considerações comerciais e de utilidade pública⁴², porque se dedicam a causas e problemas sociais e ao atendimento das necessidades da sociedade (Teotónio, 2001).

As formas jurídicas a adoptar podem ser de natureza associativa ou fundacional (art.º 2.º do EIPSS). As primeiras são as associações de voluntários de acção social, as associações de socorros mútuos ou associações mutualistas e as Irmandades da Misericórdia. As segundas são as fundações de solidariedade social, os centros sociais paroquiais e outros institutos criados por organizações da Igreja Católica ou por outras organizações religiosas, sujeitos ao regime das fundações de solidariedade social (art.º 40.º e art.º 41.º de EIPSS). Esta noção de organização não lucrativa no âmbito do bem-estar e solidariedade social, permite integrar organizações formais e informais religiosas e seculares, pessoas remuneradas e outras voluntárias ou só constituídas por voluntários (Franco, Sokolowski, Hairel, Salomon, 2005, citado por Carvalho, 2012, p.176).

A propósito, Bernardes (1993) faz uma distinção entre organização e instituição, que assumimos, considerando que a organização tem como função produzir bens e serviços à sociedade e atender às necessidades dos seus próprios participantes através do lucro. Já as instituições, caracterizam-se por atender a certa necessidade social básica, através de uma

⁴² “O estatuto de Utilidade Pública é atribuído a associações que funcionem primariamente em benefício dos associados e que em função da sua própria existência fomentarem relevantemente actividades de interesse geral” (Decreto-Lei n.º 460/77 de 7 de Novembro, para.1). No entanto, com a efectivação do registo das IPSS na Direcção-Geral da Segurança Social (DGSS), estas instituições beneficiam automaticamente do estatuto de “pessoa colectiva de utilidade pública”, nos termos do Regulamento aprovado pela Portaria n.º 139/2007, de 29 de Janeiro.

estrutura formada por pessoas que possuem um conjunto de crenças, valores e comportamentos comuns que estabelecem relações de acordo com normas e procedimentos e cujo objectivo final não é a distribuição do lucro mas o seu reinvestimento. Os fundos das instituições provêm de diversas fontes, designadamente de receitas próprias, sobretudo dos clientes e serviços, rendimentos próprios provenientes de doações, filantropia, mecenato e apoio público e governamental (Franco, Sokolowski, Hairel, Salomon, 2005, citado por Carvalho, 2012).

Os objectivos principais das IPSS visam o apoio a crianças e jovens, à família, à integração social e comunitária, a protecção na velhice e invalidez e na diminuição de meios de subsistência e capacidade para o trabalho, a promoção e protecção da saúde, a educação e formação profissional e a resolução de problemas habitacionais (Decreto-Lei 119/83). Significa que a colectivização das necessidades sociais, a igualdade e a integração social, são, também, objectivos das IPSS e das suas exigências públicas perante o Estado, mobilizando redes no sentido de o pressionar para o fornecimento estatal de serviços sociais (Ferreira, 2000).

Partilham dos mesmos princípios da Segurança Social, sobretudo a solidariedade (enquanto valor e fundamento inalienável da dignidade humana) e a subsidiariedade (enquanto afirmação de uma cultura social de partilha solidária de riscos), tendo em atenção a sintonia entre as macro-políticas e as micro-iniciativas e o justo equilíbrio entre a riqueza e a sua distribuição (ISS, IP).

Deste modo, articulam e disseminam as políticas sociais, numa perspectiva de correcção sobre os desequilíbrios da vida, visando a inclusão social dos indivíduos e o bem-estar colectivo. Nesta perspectiva, Hill (1999) defende que o objectivo da política social, consiste em compensar os efeitos perversos do mercado e corrigir as disfunções sociais do funcionamento da sociedade baseada nas desigualdades dos grupos que a compõem.

Na sua actuação estratégica, as IPSS estabelecem parcerias em programas e projectos, quer com o Estado, através de acordos de gestão,⁴³ quer com outras entidades que perfilhem da mesma cultura, para garantir e aumentar o seu nível de sucesso e impacto social (Silva, 2008), com benefícios para os clientes, para a comunidade e um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis.

⁴³ Os Acordos de Gestão visam confiar às instituições a gestão de instalações, serviços e estabelecimentos que devem manter-se afectos ao exercício das actividades do âmbito da acção social, quando daí resultam benefícios para o atendimento dos utentes, interesse para a comunidade e um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis (Despacho Normativo nº 75/92 de 20 de Maio).

Esta perspectiva coloca em evidência os compromissos e estratégias das IPSS e a sua capacidade reactiva, num desafio de responder não só em quantidade, mas sobretudo, em qualidade e diversidade (Guterres, Silva & Santos, 2010).

De uma forma geral, estas instituições têm como finalidade a promoção de respostas de proximidade à comunidade, contribuindo de forma mais rica e diversificadas para a prevenção e resolução de problemas sociais existentes. Simultaneamente, prosseguem com os objectivos e responsabilidades do Estado com a área da acção social (Ramos, 2011), na prevenção, integração e protecção dos cidadãos, de que o Estado é o superior garante.

Neste sentido o Estado com o objectivo de promover a compatibilização dos seus fins e actividades com os do sistema, apoia e fiscaliza⁴⁴ o funcionamento das IPSS na prossecução destes objectivos de solidariedade social, proporcionando-lhes importante suporte financeiro⁴⁵ quer nos acordos de cooperação com a Segurança Social⁴⁶ (Idem, 2011), quer por via de protocolos de cooperação⁴⁷.

É neste contexto que o Estado e as Instituições estabelecem entre si compromissos assentes na partilha de objectivos e interesses comuns e na repartição de obrigações e responsabilidades inerentes a cada uma das partes. Os acordos de cooperação são, desde 1980, a base da relação contratual entre o Estado e as IPSS. Através deles, o Estado concorda em financiar uma percentagem dos custos dos serviços sociais das IPSS, enquanto estas se comprometem a cumprir determinadas regras, como sejam o “fornecimento de serviços numa base universal e a não discriminação dos utentes” (Ferreira, 2000, pp.7-8).

Existem, actualmente, 3500 IPSS⁴⁸ reconhecidas pela tutela (Franco, Sokolowski, Hairel & Salomon, 2005, citado por Carvalho, 2012), o que confirma a incontestável

⁴⁴ O Estado exerce sobre as IPSS o poder de regulação que é “uma forma do Estado impor ao mercado, lucrativo e não lucrativo, regras públicas” (Carvalho, 2012, p.20).

⁴⁵ O financiamento público das IPSS para as Respostas Sociais constitui a maior parte do orçamento da acção social, anualmente transferido para estas instituições, para garantia do normal desenvolvimento dos seus serviços e actividades (Guterres, Silva & Santos, 2010).

⁴⁶ A política social em Portugal é suportada pela Segurança Social e também por espaços de solidariedade, assimilados pela sociedade-providência – Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) – Terceiro Sector ou Economia Social (Barros & Santos, 1997). Apesar de constituir uma obrigação do Estado (art. 63.º da CRP), o exercício da acção social é efectuado essencialmente pelo sector privado e a Igreja Católica, em especial pelas IPSS, embora num sistema de contratualização, maioritariamente financiado por transferências do Orçamento do Estado (Ramos, 2011, p.82).

⁴⁷ O Protocolo de Cooperação, anualmente celebrado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade tem, designadamente, por objectivo principal fixar os valores da comparticipação financeira da segurança social relativamente ao custo das respostas sociais, de harmonia com o estabelecido na Norma XXII, n.º 2 e 4, do Despacho Normativo n.º 75/92, de 23 de Abril.

⁴⁸ Cerca de 70% das IPSS são filiadas em Uniões Distritais que as representam junto da CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, entidade signatária de um protocolo de regulação da parceria público-social que dá enquadramento à prestação de serviços e compensações financeiras atribuídas pela Segurança Social às IPSS (Lucas & Pereira, 2010).

importância do seu grande apoio às comunidades envolventes, onde adoptam cada vez mais, uma postura proactiva diante dos novos desafios e exigências do envelhecimento demográfico e das transformações por ele operadas.

Importância social das IPSS

Actualmente as IPSS vivem um período caracterizado por mudanças sociais significativas, muitas delas decorrentes da fragmentação dos laços comunitários em pequenas redes. A alteração dos hábitos individuais e dos comportamentos colectivos levantam novas questões e complexificam a forma de fazer chegar à população a protecção social adequada, agravadas pelo surgimento de novas necessidades sociais decorrentes do actual contexto de crise económica.

A mobilização social das IPSS contribui assim para a exploração empírica das necessidades genéricas da sociedade, dando origem a novos paradigmas de intervenção social, especialmente, na efectivação dos direitos sociais⁴⁹ institucionalizados, para uma sociedade mais livre, justa e solidária. Os direitos sociais, decorreram dos princípios do Estado-providência⁵⁰ e da extensão dos direitos de cidadania (Marshall, 1967), ao designaram, com relação à saúde, “os cuidados como um direito e um bem não dependente do poder aquisitivo das pessoas e das famílias” (Carvalho, 2012, p.37).

A importância da actividade das IPSS não se detém apenas no social, ao integrarem a economia social⁵¹, em alternativa ao modelo capitalista, “encarada como espaço privilegiado para a integração social que contribuiu para o desenvolvimento social/local/participativo” (Ramos, 2011, p.89). A economia social constitui a esfera do chamado terceiro sector

⁴⁹ “Os direitos sociais acrescentam à condição dos cidadãos livres e iguais perante a lei, o direito a uma vida digna, à plena participação na sociedade em que habitam e à fruição dos recursos essenciais que essa sociedade pode disponibilizar. Trata-se de bens tão essenciais como o rendimento capaz de suportar autonomamente níveis de vida com qualidade mínima, o emprego com qualidade compatível com as qualificações, a saúde ou a educação. Mas também se trata de outros bens igualmente importantes, como o acesso ao conhecimento, à cultura e ao lazer, à habitação, à protecção na velhice, na invalidez, na deficiência ou perante outros riscos sociais, à vida comunitária, ao apoio à família e a todos os que dele necessitem” (Soeiro, 2010, p.77).

⁵⁰ Para Rosanvallon, 1991 citado por Carvalho, 2012, pp. 64-65) “ (...) o Estado-providência decorre do próprio movimento do Estado-nação moderno”, introduzindo, porém, “alterações substantivas no Estado clássico de onde deriva, nomeadamente, em relação à redistribuição de rendimentos, à regulação das relações sociais e à responsabilidade por certos serviços sociais colectivos”. No que se refere ao Estado clássico este “foi concebido para ter uma dupla tarefa: produzir segurança e reduzir a incerteza, centrado na defesa dos direitos naturais (direito à vida) e na defesa dos direitos civis (direito à propriedade), (Carvalho, 20112, p. 64)

⁵¹ “A economia social nasceu no século XIX na ressaca das injustiças sociais da revolução industrial, quando os trabalhadores mais desfavorecidos tentaram encontrar formas de reagir ao mercado, criando uma economia da entreajuda e da cooperação. É quando surgem as cooperativas, as mutualidades e as associações. [...] O renascimento do conceito de economia social dá-se no princípio dos anos 80, com a globalização e o agravamento dos problemas sociais” (Santos, 2005 citado por Andrade & Franco, 2007, p. 16).

(modelo solidário), sendo primeiro o sector público (Estado) e o segundo o mercado lucrativo (modelo capitalista). A noção de economia social engloba duas realidades distintas, ligadas entre si por valores de autonomia e solidariedade social (Ramos, 2011). Por um lado, a actividade de suporte social a situações de desfavorecimento e exclusão social, e por outro, no exercício de um modelo de actividade económica e organizacional que respeita “os direitos do Homem enquanto ser integral e actua de forma a impossibilitar a geração de exclusão” (Idem, 2011, p.84).

É neste ideal que as IPSS, na extensão dos serviços e apoios à comunidade, contribuem para o desenvolvimento social e local, através da criação de oportunidades de emprego e no investimento na qualificação dos seus profissionais e voluntários (IQF, 2005). Ao mesmo tempo abrangem uma parte importante da população com maior dificuldade de inserção laboral (Ramos, 2011). A sua actuação económica gera rendimentos⁵², satisfaz necessidades e promove a igualdade de oportunidades e a coesão social (Andrade & Franco, 2007).

É “apontada como uma resposta ao agravamento da crise do trabalho e à crescente insatisfação com o desempenho do sistema público de segurança social” (Ramos, 2011, p.90). Como consequência, acarreta-lhes maiores exigências de gestão na qualidade da sua intervenção que satisfaça as necessidades e interesses dos clientes, tenha em consideração as pessoas, os colaboradores, a estrutura, o funcionamento e a comunidade onde se inserem.

2.2. IPSS, Envelhecimento e Sistema de Qualidade das Respostas Sociais

O crescente envelhecimento demográfico faz aumentar a necessidade de cuidados de saúde e sociais (Carvalho, 2012), por inerência a uma maior longevidade que se apresenta como uma possibilidade de se tornar num processo positivo e a velhice uma etapa que pode ser acrescida de bem-estar e qualidade de vida.

As respostas sociais são a expressão física dos objectivos e serviços prestados pelas IPSS, em áreas-chave dirigidas ao indivíduo, à família e às pessoas idosas, fazendo-se, por isso, sobressair no sistema de bem-estar em Portugal (ISS, IP; Barros, 1997). No contexto das consequências e desafios que a maior longevidade acarreta, as respostas sociais são

⁵² A este respeito aludimos ao estudo elaborado pela Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares Contra a Fome (2010, p.2), que salienta que “só em Portugal as IPSS contribuem para 5% do PIB, empregam 270 mil pessoas e envolvem milhares de voluntários”.

muitas das vezes o único recurso formal com que as famílias podem contar, que permite conciliar a vida pessoal com a profissional. Esta ideia é também assumida politicamente pelo ministro da tutela ao considerar, que “são das poucas, senão as únicas instituições, que neste momento apoiam e cuidam dos idosos em todos os aspectos” (Pedro Mota Soares⁵³).

Neste âmbito as várias respostas sociais disponibilizadas pelas IPSS são do tipo Lar, Centro de Dia/Convívio, Residência Temporária de Recuperação, ou Cuidados no Domicílio (ISS, IP), em alternativa aos hospitais, aos hospitais de retaguarda ou geriátricos e ao apoio domiciliário integrado (Jacob, 2009), da responsabilidade do Estado com relação à saúde. De acordo com a tendência que se tem verificado ao longo dos anos, em 2008, 52,0 % das respostas sociais é dirigida às pessoas idosas, seguida das crianças e jovens com 35,2 %

Paralelamente, a necessidade de promover uma abordagem positiva do envelhecimento, para que todas as pessoas idosas possam envelhecer em segurança e com dignidade (ONU, 2002b), tem conduzido a uma necessidade de melhoria continua na prestação de cuidados, do funcionamento das instituições e da qualidade dos serviços que disponibilizam aos cidadãos.

Neste sentido, o Estado procedeu a melhorias na qualidade das respostas sociais, publicando guiões técnicos com algumas normas e regras para as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços e equipamentos para idosos, entre eles, os centros de dia (Carvalho, 2012). Até aqui, para além dos acordos de cooperação, não existiam quaisquer orientações normativas para o funcionamento destes equipamentos. A ideia consiste em garantir aos cidadãos o acesso crescente a serviços de qualidade, ajustados às novas realidades demográficas e sociais e à efectiva protecção social, capacitando o indivíduo para que se desenvolva autonomamente e satisfaça as suas necessidades fundamentais (Osório, 2007).

Castells & Cardoso (2005, p.21) realçam a importância da “transformação da natureza do trabalho pela sua elevação em qualificação, autonomia e aptidão para inovar e adaptar em contínuo às mudanças envolventes”, face à sua inevitabilidade e à urgência na obtenção de conhecimentos a este nível. Implica a passagem da tradicional intervenção assistencialista das IPSS para uma outra forma de trabalhar, em que a prevenção e a promoção do

⁵³ Pedro Mota Soares, Ministro da Solidariedade e da Segurança Social do XIX Governo Português. Instituições sociais são "mão invisível da sociedade" – discurso proferido no âmbito do II Ciclo de Conferências em Economia Social (www.dn.pt).

desenvolvimento social passam a ser as palavras-chave condutoras de uma intervenção qualificada (ISS, IP.).

Modelo de Gestão de Qualidade

A gestão da qualidade⁵⁴ assume-se como alavanca para o aprofundamento e desenvolvimento da capacidade das respostas sociais, na procura de mais e melhores benefícios para as populações (Guterres, Silva & Santos, 2010). Assenta no «Modelo de Avaliação da Qualidade», criado pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social, através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais e visa constituir-se um referencial normativo para todos os equipamentos com respostas sociais. Pretende responder particularmente a três desafios:

Qualificar os agentes e as respostas sociais; a sustentabilidade dos serviços assente nos princípios da melhoria contínua, do planeamento, da liderança e da cooperação e participação colectivas; competitividade do terceiro sector (ISS, IP). Logo, envolve também todas os colaboradores da organização, independentemente do nível hierárquico em que se encontrem. O objectivo consiste em dotar as organizações com respostas sociais protocoladas⁵⁵ com o Estado, de princípios de qualidade em harmonia de modelos organizacionais, uniformidade de procedimentos, conciliação de processos, racionalização de estruturas e clarificação de papéis e responsabilidades, fundamentais para manter e melhorar as condições de exercício de cooperação entre o Estado e as IPSS, no campo da acção social (Idem, 2010).

Simultaneamente, ajustá-las à nova realidade social e contribuir com as políticas públicas para um exercício de uma cidadania mais responsável (ISS, I.P, Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais) garantindo mais e melhores respostas a disponibilizar aos seus clientes. A uniformização de procedimentos e a clarificação quanto ao papel dos serviços descentralizados da Segurança Social no relacionamento com as IPSS, aposta na exigência técnica e supervisão, num compromisso de aumentar a produtividade para níveis

⁵⁴ “A gestão da qualidade é, actualmente, um elemento-chave de qualquer organização, quer no sector privado quer no sector público, envolvendo todas os colaboradores da organização, independentemente do nível hierárquico em que se encontrem. Os princípios de gestão da qualidade têm no Modelo de Avaliação da Qualidade um referencial normativo onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas respostas sociais. Tem como objectivo (...) avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as respostas sociais” (ISS, I.P., Modelo de Avaliação da Qualidade Centro de Dia, 2ª Ed, p.2).

⁵⁵ 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 B – Voluntário; Nível C – Obrigatório (Lucas & Pereira, 2005).

de excelência, melhorar tempos de resposta e avaliar permanentemente o desempenho dos seus serviços e dos seus colaboradores (ISS, I.P, Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais), de acordo com o Manual de Apoio Técnico aos Acordos de Cooperação⁵⁶.

Em suma, pretende-se, através do modelo de avaliação de qualidade, que os serviços disponibilizados sejam «centrados na pessoa» e nas «necessidades reais diagnosticadas», sejam executados por «profissionais com formação específica na área», cuja intervenção corresponda às «expectativas dos clientes e seus familiares» e que, simultaneamente, contribuam para o «aumento da competitividade do sector».

É este o novo caminho que se abre para as respostas sociais, cujos objectivos devem responder com qualidade às complexas necessidades sociais dos cidadãos e da sociedade em geral.

Qualidade em Centro de Dia

A resposta social em Centro de Dia, foco da nossa investigação, surge em Portugal nos finais anos 60, meio caminho entre o domicílio e o internamento e simultaneamente, local de tratamento e prevenção (ISS.IP), como alternativa à institucionalização.

Foi pensada para:

“Colmatar as diferentes alterações que se têm registado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência” (ISS, I.P., Manual de processos-chave Centro de Dia).

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

⁵⁶ “Em 2006 iniciaram-se os trabalhos para a elaboração do Manual de Apoio Técnico aos Acordos de Cooperação, com o objectivo de se construir uma base sólida de conhecimento e informação sobre o acompanhamento técnico ao funcionamento das Respostas Sociais. Este manual foi elaborado pela Unidade de Respostas Sociais do Departamento de Desenvolvimento Social, e os seus conteúdos discutidos e validados pelas suas áreas funcionais, equipas distritais da área da cooperação e por outros departamentos dos Serviços Centrais do ISS. Em Janeiro de 2008 o manual foi disseminado por todos os distritos, seguindo-se um conjunto de acções de formação a todos os técnicos sobre os processos-chave que o compõem. A sua utilização por todos os Centros Distritais permitiu deste então, não apenas harmonizar/uniformizar o acompanhamento da execução e avaliação dos Acordos de Cooperação, como também apoiar o desenvolvimento de mais e melhores práticas no exercício da cooperação com as IPSS” (Guterres, Silva & Santos, 2010, p.6).

O Centro de Dia surge, assim, como um serviço de acolhimento diurno de assistência às actividades da vida diária para pessoas idosas com dificuldades ao nível sócio-assistencial, com objectivos de prevenção, manutenção e recuperação da autonomia do idoso, de acordo com as suas próprias potencialidades e capacidades (Benet, 2003; Arrazola, Méndez & Lezaun 2003).

Procura a satisfação do indivíduo numa dimensão global, tendo em consideração as necessidades individuais e familiares, mantendo-o integrado no seu ambiente domiciliário (Benet, 2003). Arrazola, Méndez & Lezaun (2003) referem-se à resposta social em Centro de Dia como um modelo de intervenção que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal, cujo objectivo geral da intervenção assenta no apoio integral aos idosos dependentes, sem necessidade de recorrer à institucionalização precoce.

Castiello (1996) ao procurar definir a resposta social em Centro de Dia, descreve-a como sendo um recurso de apoio familiar que oferece durante o dia a atenção necessária às necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais das pessoas idosas, como forma de permitir que se mantenham autónomos e independentes o mais tempo possível em suas famílias, em suas casas e na comunidade.

É, portanto, objectivo desta resposta social manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as actividades da vida diária e a interacção social (ISS, IP). Com efeito, muitos idosos dependem ainda desta resposta social pelo facto de as famílias não terem capacidade de responder aos vários papéis para os quais são chamadas, sendo esta uma forma de inter-ajuda no apoio e cuidado aos mesmos.

Concomitantemente, o Centro de Dia pode constituir-se um meio privilegiado para novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade, importante para evitar situações de solidão e isolamento ao mesmo tempo que promove a intergeracionalidade. É também um garante à concretização do trabalho voluntário e um espaço privilegiado para novas solidariedades, onde as pessoas procuram ocupar o seu tempo livre de acordo com as suas aptidões e interesses (Ramos, 2011).

O aproveitamento destas sinergias apela a uma maior qualidade da sua intervenção, principalmente de garantia do exercício de cidadania, em clima de segurança afectiva, física e psíquica que abona o modelo de envelhecimento activo. Esta deve ser sustentada no

respeito mútuo e no desenvolvimento de relações afectivas humanas, calorosas e recíprocas entre o cliente e os intervenientes dos cuidados (colaboradores internos e externos, voluntários, outros).

Significa isto que, valores como autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade, dignidade e igualdade de oportunidades, devem ser tidos em conta e, inequivocamente, respeitados. Deve assentar no respeito pela maneira de ser e estar, identidade, hábitos de vida, religião, cultura e condições de vida, quer dos clientes quer de seus familiares. Em concordância, significa “pensar o cliente como um ser afectivo e activo, que, independentemente da idade ou situação de dependência, possui um projecto de vida e gosta de ser respeitado na sua maneira de ser e estar” (Manual processos-chave Centro de Dia, p.2).

Neste contexto, salienta-se a importância da co-responsabilização na preparação e desenvolvimento de actividades/acções no âmbito dos serviços que lhe são prestados, bem como na gestão da própria resposta social, que facilite a interacção, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes, enquanto factores indispensáveis para a sua autonomia e independência.

Compete às instituições ter em conta a perspectiva dos clientes sobre os serviços que usufruem, isto é, o modo como as pessoas percebem os serviços e como estes contribuem para a melhoria das suas vidas – qualidade subjectiva. Também, o modo como se encontram estruturados e respondem à satisfação dos clientes – qualidade objectiva (Capucha *et al*, 2004, citado por Carvalho, 2012). Tanto mais, porque “ao contrário do que acontece na área da deficiência (Lei de Bases nº.38 de 2004), a área dos idosos é desprovida de norma jurídica que enuncie o direito destes à qualidade das respostas sociais” (Carvalho, 2011, p.142). Na sua ausência, concorre o impacto da gestão para a qualidade das respostas sociais, no âmbito da política.

2.3. Contexto e Configuração da Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo (AIDP)

Configuração Jurídica e Territorialidade

A AIDP é uma IPSS sem fins lucrativos de utilidade pública, que emergiu da comunidade como forma de resposta aos problemas sociais da população do Penedo.

Está sediada no Lugar do Penedo, freguesia de S. Domingos de Rana, concelho de Cascais e desenvolve desde 1993 respostas sociais em Centro de Dia/Centro de Convívio e Serviço de Apoio Domiciliário.

Em 2005, alargou o âmbito das respostas sociais, através da concretização do Centro Integrado de Recursos/Lar, numa configuração da importância do papel desempenhado no apoio e desenvolvimento da comunidade local. É a detentora dos dois equipamentos.

Os princípios legislativos pelos quais a AIDP se rege são: Despacho normativo nº 75/92, de 23 de Abril (normas reguladoras de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições particulares de solidariedade social) e Contracto Colectivo de Trabalho para IPSS (RICD).

Missão, objectivos e população-alvo

A missão “responde à sua razão de ser e determina as acções, o público-alvo, as estratégias e a configuração organizacional a implementar” (Nunes, Reto, Carneiro, 2001, p.127). É a razão da sua existência.

A missão da AIDP está relacionada com o apoio à população idosa, deficiente e seus familiares. O objectivo é contribuir para o bem-estar desta população através da satisfação de um conjunto de serviços de proximidade.

Embora a sua área de actuação seja definida pela localização geográfica⁵⁷, os critérios de funcionalidade e gestão de recursos levam a que na prática os serviços prestados se estendam pelas freguesias vizinhas, tendo em conta a proximidade das suas fronteiras com a sede da Associação. Através das respostas sociais em Residência/Lar, Centro de Dia e SAD, responde a um universo de 190 idosos e/ou deficientes e conta com 58 colaboradores.

Estatutos e regulamento

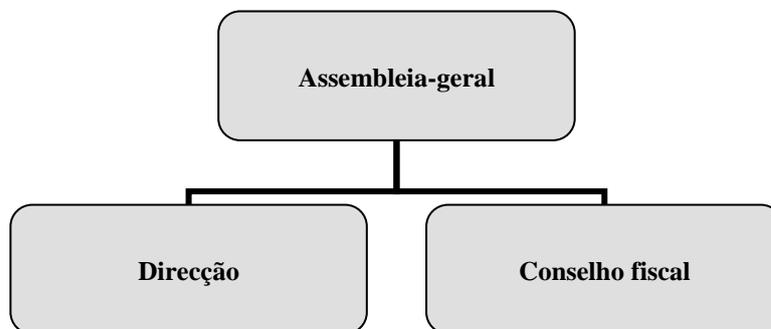
Estatutariamente, a AIDP é representada e gerida por uma Direcção que responde no exercício das suas funções a uma Assembleia-geral constituída pelos sócios efectivos no uso dos seus direitos.

Ao Conselho Fiscal responde administrativamente através da elaboração anual e submissão ao seu parecer do relatório de contas de gerência, bem como do orçamento executado (cf. Estatutos da AIDP, artigo 35º, ponto 1).

⁵⁷ “A freguesia de S. Domingos de Rana é a zona administrativa de implementação. No entanto, como a Instituição está localizada numa zona de alta densidade populacional e para uma maior eficácia do serviço está definido um raio de actuação de 1 km, salvo situações pontuais devidamente fundamentadas” (RICD, p.1).

Deste modo a AIDP adopta a estrutura hierárquica formal, comumente utilizada pelas IPSS (Figura 2).

Figura 2 – Configuração dos Órgãos Sociais da AIDP



Fonte: Elaborado pela investigadora com base nos Estatutos da AIDP

A relação estabelecida entre os vários órgãos da Associação é uma relação democrática que se baseia na forma como estes cumprem as suas funções e competências, sem interferirem no âmbito de intervenção uns dos outros.

O exercício de cargos nos Corpos Gerentes da AIDP é gratuito e resulta de eleições trianuais dentre os sócios efectivos.

Competências da Assembleia-geral

É o órgão com maior importância na vida da Associação competindo-lhe todas as deliberações sobre questões fundamentais da vida da AIDP, através de reuniões anuais convocadas, dirigida a todos os sócios admitidos que tenham as suas quotas em dia e não se encontrem suspensos.

A Assembleia-geral tem poderes para admitir e/ou destituir cargos, eleger e conferir posse aos corpos gerentes eleitos, apreciar e votar anualmente a proposta de orçamento e programa de acção bem como a execução do relatório e contas do exercício do ano anterior, deliberar sobre a aquisição ou alienação de bens móveis e imóveis, fixar o montante da jóia ou quota, a alteração dos estatutos e a extinção, cisão ou fusão da Associação (cf. Estatutos da AIDP, Sessão II, artigo 28º).

Competências do Conselho fiscal

O Conselho fiscal é composto por um Presidente, um Vice-Presidente e um Vogal. É um órgão fiscalizador incumbido de zelar pelo cumprimento dos estatutos e da lei em vigor ao nível da actividade administrativa e financeira da AIDP.

Compete-lhe, nomeadamente, examinar a escrituração e os documentos da Associação, emitir Parecer sobre o Relatório e Contas do Exercício e responder sobre quaisquer assuntos que os outros órgãos submetam à sua apreciação (cf. Estatutos da AIDP).

Competências da Direcção

A Direcção da AIDP é composta por cinco elementos, dos quais um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário, um Tesoureiro e um Vogal, a quem compete gerir e representar a Associação. É um órgão de carácter executor e como tal está incumbida de: a) zelar pela efectivação dos direitos dos beneficiários; b) dar expressão às deliberações da Assembleia-geral; c) respeitar os Estatutos e regulamentos; d) cumprir os objectivos inseridos no Plano de Acção e Orçamento aprovados em Assembleia-geral; e) tomar todas as decisões necessárias à boa estruturação e funcionamento da AIDP.

É sua executora técnica, contratada desde 1993, a Directora-geral, Licenciada em Serviço Social e Pós-graduada em Gestão do Sector Social e Formação Avançada em Gestão de IPSS's.

Competências da Directora-geral

As competências atribuídas ou delegadas à Directora-geral tornam o seu trabalho mais específico e transversal a todas as responsabilidades inerentes à boa organização e funcionamento da AIDP, designadamente, ao nível do planeamento, da gestão, da coordenação e do controlo dos serviços.

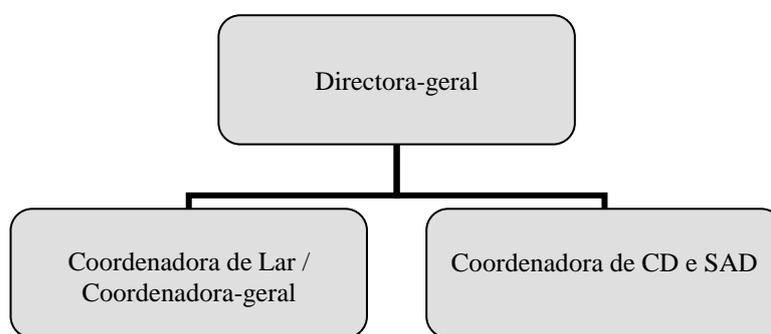
Esta capacidade implica a articulação entre os princípios, valores e missão da AIDP, com as necessidades diagnosticadas e com as exigências validadas pela tutela do Estado para as IPSS, por via do acordo de cooperação.

A tutela do Estado às IPSS pressupõe uma fiscalização das suas acções, e determina o financiamento dos serviços prestados e/ou desenvolvidos. É nesta base que a AIDP recebe do Instituto da Segurança Social um subsídio mensal de cerca de 75% do valor das suas receitas, que lhe permite concretizar os objectivos sociais definidos e aprovados em Assembleia-geral para as três respostas sociais (Lar, CD e SAD).

A designação dos seus colaboradores directos acentua a sua responsabilidade pela prestação funcional dos serviços dependentes, a organização interna dos serviços e a definição das regras necessárias ao seu funcionamento, assim como a articulação e forma de partilha de funções.

Deste modo a equipa técnica é composta por três elementos efectivos: Uma Directora-geral, uma Coordenadora de Lar e simultaneamente Coordenadora-geral; uma Coordenadora de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) – figura 3.

Figura 3 – Configuração da equipa técnica da AIDP



Fonte: Elaborado pela investigadora com base no regulamento geral da AIDP

A nomeação, em Agosto de 2009, da Coordenadora de Lar para Coordenadora-geral, veio permitir-lhe conhecer, da mesma forma, o funcionamento das respostas sociais de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário. Esta decisão centra-se, sobretudo, numa visão estratégica que tem por base a intenção expressa da grande maioria dos idosos associados poderem vir a usufruir dos serviços da resposta social de Lar, subentendendo um melhor enquadramento individual e institucional.

Objectivos

Os objectivos da resposta social em Centro de Dia visam, orientar, encaminhar; detectar, inventariar necessidades e planear actividades (RICD).

A sua actuação no terreno tem em conta:

“Construir um pólo de referência através do qual o cidadão idoso é encaminhado para os serviços já existentes na comunidade que poderão responder a algumas das suas necessidades; colaborar com os utentes para que assumam da melhor forma os reajustamentos necessários à aceitação dos seus próprios condicionalismos; estimular as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários; facultar as diversas formas de ajuda adequadas à sua situação e que não existam na comunidade local, desde que se sintam no

âmbito deste tipo de equipamento; detectar as necessidades e dificuldades dos idosos, com vista ao planeamento fundamentado da oferta de serviços” (RICD, p.1).

Serviços prestados e actividades desenvolvidas

Os serviços disponibilizados por esta resposta social constam do seguinte: alimentação; higiene pessoal; tratamento de roupas; serviços de saúde; transporte de e para a instituição para clientes que apresentem maior dificuldade de mobilidade, de acordo com a área de residência e a disponibilidade de serviço; cabeleireiro/pedicura; serviço de cafetaria e bar; ginástica/terapia ocupacional; animação sociocultural; acção social para encaminhamento e resolução de problemas inerentes à condição de idoso; actividades artísticas, plásticas e manuais; actividades especiais de passeios, colónias de férias, convívios com outros Centros de Dia, comemoração de dias festivos, como por exemplo: Natal, Ano Novo, Páscoa, Santos Populares, S. Martinho, aniversários dos clientes – quadro 2.

Quadro 2 – Serviços prestados e actividades desenvolvidas em CD

Saúde e bem-estar	Serviços básicos	Alimentação; higiene pessoal; tratamento de roupas; transporte entre casa e instituição e vice-versa; cabeleireira, pedicura; serviço de cafetaria e bar
	Serviços reabilitação	Ginástica/terapia ocupacional
Integração Social	Serviços complementares	Acção social e Psicóloga para encaminhamento e resolução de questões inerentes à condição de idoso
Animação sociocultural	Serviços de animação	Actividades plásticas e manuais; actividades especiais de passeios; colónias de férias; convívios com outros centros de dia, comemoração de dias festivos

Fonte: Elaborado pela investigadora com base em elementos recolhidos em CD

Crítérios de admissão

O CD tem capacidade para setenta pessoas. Os candidatos a clientes devem sempre formalizar o seu pedido através do preenchimento de uma ficha de inscrição, junto dos serviços administrativos da AIDP (RICD). Os critérios de admissão são: Ter idade oficialmente estabelecida para a reforma, sendo que situações que não se enquadrem neste critério ficam sujeito à análise e decisão da Directora Geral da AIDP; apresentar autonomia física que lhes permita fazer face às suas necessidades básicas (AVD e AVDI).

O mesmo regulamento interno prevê, no entanto, que situações pontuais de dependência, ou casos com garantia de recuperação a curto prazo, são excepções assumidas com o apoio dos colaboradores ao serviço da organização (cf. RICD).

Por se tratar de “um centro de porta aberta é imperativo obter do cliente e/ou seus familiares a garantia de que o mesmo aceita a sua integração em Centro de Dia e que não tenderá a ausentar-se fora do horário e dos meios contratados” (RICD, p.2).

Aos utentes admitidos pela primeira vez será lido e entregue o Regulamento Interno que deverá ser cumprido na totalidade. “A eles caberá não só cumpri-lo como também fazê-lo cumprir, incentivando assim a co-responsabilização no funcionamento da Instituição” (RICD, p.4).

Normas gerais de funcionamento

O CD funciona de segunda a sexta-feira das 9h00 às 18h30, durante todo o ano. Os clientes devem respeitar os horários pré-estabelecidos para as refeições de almoço e lanche, cuja ementa é afixada semanalmente (cf. RICD). Em casos excepcionais podem ser servidos pequenos-almoços, que serão pagos à parte do contracto. O contracto inclui ainda terapia ocupacional e actividades de animação. Existe, também, a possibilidade de contratualizar serviço de transporte para situações especiais em carrinhas adaptadas, entre casa e a instituição e vice-versa. O plano geral das actividades em CD “é definido anualmente pelos clientes em conjunto com a coordenadora e com a animadora” (RICD, p.3).

Equipa técnica em CD

A equipa é composta por oito elementos: Uma Coordenadora, que simultaneamente acumula funções com a resposta social de SAD; uma animadora de actividades; três ajudantes de acção directa; três auxiliares de serviços gerais, todos eles em regime de contratos efectivos. Os clientes de Centro de Dia dispõem ainda de alguns serviços comuns às diferentes respostas sociais, nomeadamente: cozinha e economato, onde trabalham cinco funcionárias, igualmente em regime de contratos efectivos; uma terapeuta ocupacional, duas horas bissemanais; uma psicóloga clínica, todas as tardes e um enfermeiro, cinco horas por semana, em regime de prestação de serviços – quadro 3.

Quadro 3 – Equipa, vínculo contratual e horas semanais em CD

	Equipa em CD	Vínculo contratual	Horas semanais
1	Coordenadora	Contrato de trabalho efectivo	48 H
1	Animadora de actividades	Contrato de trabalho efectivo	48 H
3	Ajudantes de acção directa	Contrato de trabalho efectivo	48 H
3	Auxiliares de serviços gerais	Contrato de trabalho efectivo	48 H
5	Funcionárias na cozinha e economato	Contrato de trabalho efectivo	48 H
1	Terapeuta ocupacional	Contrato a recibos verdes	4 H
1	Psicóloga clínica	Contrato a recibos verdes	20 H
1	Enfermeiro	Contrato a recibos verdes	5H

Fonte: Elaborado pela investigadora com base em elementos recolhidos em CD

Parcerias

São parceiros da resposta social em Centro de Dia: o Centro Regional de Segurança Social de Cascais; a Câmara Municipal de Cascais; a Rede Social; o Centro de Saúde da Parede – Equipa de cuidados integrados; a Equipa de Saúde Mental do Hospital S. Francisco Xavier. Através delas procura-se desenvolver um trabalho conjunto cujo objectivo é o de mobilização e complementaridade de recursos para a resolução de problemas decorrentes da acção social em Centro de Dia – quadro 4.

Quadro 4 – Parcerias em CD

Parcerias em CD
Centro Regional de Segurança Social de Cascais
Câmara Municipal de Cascais
Rede Social local
Equipa de cuidados integrados do Centro de Saúde da Parede
Equipa de Saúde Mental do Hospital S. Francisco Xavier

Fonte: Elaborado pela investigadora com base em elementos recolhidos em CD

Recursos financeiros e fontes de financiamento

Os recursos financeiros do CD têm proveniência em: subsídio mensal do Instituto de Solidariedade e Segurança Social, através dos acordos de cooperação (cerca de 75% da receita); comparticipação dos clientes, calculada com base no rendimento *per-capita*, multiplicado por catorze e dividido por doze meses (cerca de 20% da receita); quotização dos associados (cerca de 2% da receita); subsídios eventuais da Câmara Municipal de Cascais, Governo Civil e Junta de Freguesia de S. Domingos de Rana; angariação de fundos (donativos, rifas, festas, etc.) – quadro 5.

Quadro 5 – Recursos financeiros do CD

Fonte de financiamento	Valor
Subsídio mensal do Instituto de Solidariedade e Segurança Social	75%
Comparticipação dos clientes	20%
Quotização dos associados	2%
Outros subsídios/donativos/angariação de fundos	3%
Total	100%

Fonte: Elaborado pela investigadora com base em elementos recolhidos em CD

Caracterização dos clientes em CD

O CD tem capacidade máxima para 70 clientes, sendo este o número de inscritos à data da investigação, distribuídos por idade e género da seguinte forma – quadro 6:

Quadro 6 – Distribuição dos Clientes em CD por idade e género

Idades	Género		Total
	Feminino	Masculino	
De 35 a 49 anos	1	3	4
De 50 a 59 anos	2	3	5
De 60 a 64 anos	4	1	5
De 65 a 69 anos	5	3	8
De 70 a 74 anos	5	5	10
De 75 a 79 anos	6	7	13
De 80 a 84 anos	9	4	13
85 anos e mais	10	2	12
Sub-totais	42	28	70

Fonte: Elaborado pela investigadora com base em elementos recolhidos em CD

Este quadro mostra que são os grupos etários de pessoas muito idosas que maioritariamente frequentam o CD, i.é, de pessoas entre os 75 anos e 85 e mais anos de idade e que as mulheres estão manifestamente em maioria em comparação com os homens.

No que respeita à autonomia funcional, utilizámos os dados de referência a Fevereiro de 2012 enviados para o Instituto de Segurança Social ao abrigo do protocolo de cooperação, que caracterizam os clientes de CD por nível de autonomia e género – quadro 7.

Quadro 7 – Caracterização dos clientes por nível de autonomia e género

	a) Problemas que não resultam em limitação da capacidade na realização das AVD e AIVD			b) Problemas de grande intensidade que resultam em limitações da capacidade na realização das AVD e AIVD			c) Problema total que implica a utilização de ajudas técnicas e apoio específico e que resulta na incapacidade para as AVD e AIVD		
	M	H	Totais parciais	M	H	Totais parciais	M	H	Totais parciais
Funções mentais	9	8	17	6	7	13	8	4	12
Funções da visão	6	7	13	13	8	21	7	3	10
Funções auditivas da voz e da fala	7	1	8	13	11	24	4	5	9
Funções dos órgãos ou aparelhos internos	0	0	0	16	9	25	5	2	7
Funções relacionadas com o movimento	10	2	12	11	12	23	6	3	9

Fonte: Elaborado pela investigadora com base em elementos da AIDP

Neste quadro destaca-se a coluna b) “Problemas de grande intensidade que resultam em limitações da capacidade na realização das AVD e AIVD”, onde a multiplicidades de situações relacionadas com a saúde afectam principalmente as mulheres, com excepção das relacionadas com as “Funções mentais” e “Funções relacionadas com o movimento”. Todavia, as diferenças são de apenas um caso para cada uma das situações, o que não é significativa.

Na coluna a) “Problemas que não resultam em limitação da capacidade na realização das AVD e AIVD” continua a ser as mulheres as mais afectadas sobretudo ao nível das “Funções relacionadas com o movimento”, onde a proporção é de 10 mulheres para 2 homens e das “Funções auditivas da voz e da fala” com 7 mulheres e 1 homem.

Segue-se as “Funções mentais” onde apesar das mulheres continuarem à frente com 9 casos a diferença para os 8 homens é de apenas 1 caso, o que também não é significativa.

Quanto à coluna c) “Problema total que implica a utilização de ajudas técnicas e apoio específico e que resulta na incapacidade para as AVD e AIVD” mantém-se a supremacia das mulheres sobretudo ao nível das “Funções mentais” com 8 casos de mulheres e 4 de homens, das “Funções da visão” com 7 mulheres e 3 homens, das “Funções dos órgãos ou aparelhos internos” com 5 mulheres e 2 homens e das “Funções relacionadas com o movimento” com 6 mulheres e 3 homens.

Em sentido inverso nas “Funções auditivas, da voz e da fala” os homens estão em maioria com 5 casos contra 4 das mulheres. Mais uma vês esta diferença não é significativa.

Capítulo 3 – Investigação empírica

“Para mudar é preciso mais do que resolver mudar, é preciso agir!”

*(O que Podemos Aprender com os Gansos,
Rangel, 2006, p.27)*

3.1. Entre a intenção e a acção: a promoção do envelhecimento activo na AIDP

Retomando o tema sob investigação «Envelhecimento Activo e Autonomia: Um desafio às Instituições Particulares de Solidariedade Social com Resposta Social em Centro de Dia – Um Estudo de Caso», iremos neste capítulo dar conta do resultado entre a conjugação do percurso metodológico e das técnicas aplicadas de natureza qualitativa e quantitativa. Desta junção resultou a triangulação da informação que conduziu à concessão matricial por categorias-chave, cuja análise permitiu a compreensão dos resultados obtidos.

Assim iremos conhecer a orientação da AIDP na promoção da autonomia e do envelhecimento activo em CD; a orientação do CD na promoção da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes e por último, a autonomia e o envelhecimento activo na primeira pessoa.

Antes porém centremo-nos na forma como este percurso relacional e contextual foi construído e nas estratégias prosseguidas para atingir os objectivos propostos.

Construção relacional e contextual

O início do processo de recolha de dados das entrevistas semi-directivas teve lugar nos dias 25 de Julho, entre as 14 horas e as 15,30 horas (E1) e 28 de Julho, entre as 16 horas e as 18 horas (E2). Tiveram lugar no Centro de Recursos da AIDP, mais propriamente no gabinete da Directora-geral que favoreceu um ambiente calmo e descontraído, propício à reflexão crítica sobre o agir profissional.

As entrevistas foram gravadas com autorização das entrevistadas, permitindo assim um registo fiel de todo o discurso. No total as duas entrevistas perfizeram 3 horas e 20 minutos. Uma vez recolhido o conteúdo a partir das entrevistas “ (...) é necessário organizar os dados para que eles possam ser analisados” (Fortin, Cote, Vissandjée, 1999, p.307).

Deste modo, após a gravação procedeu-se à sua transcrição integral resultando um *corpus* de 19 páginas de texto. Ao processo de transcrição das entrevistas seguiu-se a sua revisão bem como a “limpeza do acessório” no texto, sublinhando-o e fazendo algumas anotações, seguida de *sinopses* e da respectiva análise de conteúdo.

Este trabalho permitiu reduzir o material recolhido ao essencial e construir as respectivas grelhas de análise em função dos temas e das respectivas especificações emergentes das entrevistas – Apêndices V e VI.

No caso das entrevistas estas foram antecedidas pelo questionamento de alguns dados biográficos, nomeadamente, idade, sexo, formação académica, outras formações e funções desempenhadas na AIDP, que categorizámos por perfil das profissionais entrevistadas – quadro 8.

Quadro 8 – Caracterização do perfil das profissionais entrevistadas

Código	Idade	Sexo	Formação académica	Funções desempenhadas	Outras formações (Formação contínua)
E1	54	F	Licenciatura em Serviço Social	Directora-geral	Pós Graduação em Gestão do Sector Social e Formação Avançada em Gestão IPSS
E2	36	F	Licenciatura em Psicopedagogia	Coordenadora das respostas sociais em Centro de Dia e SAD	Pós-graduação em Qualidade de Vida e Autonomia Funcional na Terceira Idade

Fonte: Elaborado a partir dos dados recolhidos nas entrevistas

As idades variam entre 36 e 54 anos. A idade média das entrevistadas é de 45 anos e o sexo o feminino. Em termos de formação académica é a disciplina do Serviço Social que lhe dá o enquadramento institucional (E1), indo ao encontro às exigências normativas⁵⁸ do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, que impõe que o director técnico seja alguém com formação nas áreas das ciências sociais e humanas.

Compete-lhe, nomeadamente, “ (...) dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de actividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento” (Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de Maio, competências do Director técnico).

Nas IPSS, é frequente os cargos dos dirigentes serem ocupados por voluntários que apenas assumem funções deliberativas. Esta lacuna ganha maior evidência se compararmos com estruturas empresariais lucrativas, detentoras de tais competências, que nos últimos anos vêm investindo em áreas sociais, com evidentes níveis de aceitação pública e de eficácia social.

É neste contexto que a figura do Assistente Social aparece com funções de planear, organizar, dinamizar e controlar actividades dirigidas ao bem-estar da população-alvo, ao mesmo tempo que assume funções de gestão empresarial, como sendo a de orçamentação, acompanhamento e avaliação de resultados aplicáveis à gestão, de técnicas de gestão

⁵⁸ Referimo-nos ao Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro que estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos.

operacional, de recursos humanos e de liderança com equipas. Estas técnicas exigem um elevado grau de eficiência e eficácia, que garanta não só a qualidade dos serviços prestados, como também viabilize a auto-sustentabilidade da própria instituição.

Na AIDP as funções do director técnico estão consubstanciadas na categoria da Directora-geral, a quem compete, estabelecer o modelo de gestão técnico mais adequado aos fins da instituição, que tenha em conta a qualidade dos serviços prestados e simultaneamente viabilize a sua auto-sustentabilidade. Esta articulação é aliás condição *sine qua non* para se alcançar níveis de gestão com qualidade e para a manutenção dos acordos de cooperação com a tutela.

O reforço de competências académicas através da “*Pós Graduação em Gestão do Sector Social e Formação Avançada em Gestão IPSS*” (E1), não tem subjacente o facto de querer dar visibilidade à sua prática, mas sim, a aquisição de uma maior *especialização* que lhes proporcione um aprofundamento teórico, com vista a uma intervenção mais qualificada e inovadora.

As práticas dos assistentes sociais cruzam-se com o desempenho profissional de outros técnicos, como por exemplo: enfermeiros, médicos, psicólogos, etc., sendo no caso da AIDP, com a Psicopedagogia (E2). Esta disciplina é também uma área das ciências sociais e humanas que intervém em diversos contextos sócio-institucionais, centrada na análise da singularidade de situações individuais, grupais ou organizacionais. Integram procedimentos de mediação entre o indivíduo e a construção ou reconstrução do conhecimento, interagindo para superação das dificuldades apresentadas, como também na psicodinâmica do grupo de convivência.

O interesse profissional e gosto pessoal da Coordenadora do CD conduziram-na a um aprofundamento das questões subjacente a esta população-alvo e a frequentar uma “*Pós-graduação em Qualidade de Vida e Autonomia Funcional na Terceira Idade*” (E2).

É sabido que a inactividade compromete muito a saúde, e no caso das pessoas idosas é um factor de risco importante para a sua capacidade funcional, sobretudo ao nível das AVD e AIVD, com impacto na sua autonomia e qualidade de vida.

Para Bonardi, Souza & Morae (2007), a incapacidade funcional limita a autonomia do idoso na execução das suas AVD's, reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, institucionalização, cuidados e morte prematura do indivíduo.

Segundo o regulamento interno da AIDP a promoção da autonomia (entendida como a habilidade para as AVD e AIVD) é o que define teoricamente o objectivo deste centro de

dia. A sua prevenção/manutenção envolve cuidados de ordem física e de apoio psicossocial (cf. quadro 2) que impedem a evolução de situações de dependência e de exclusão social. Implica mecanismos de prevenção e de reabilitação para o equilíbrio e bem-estar dos clientes e/ou seus familiares e satisfazer as necessidades básicas do dia-a-dia, como forma de preservar a autonomia e manter as pessoas o mais tempo possível no seu meio de vida natural.

Prevenir e reabilitar pressupõe a manutenção e/ou recuperação das capacidades físicas, cognitivas e intelectuais perdidas, o auto-ensino de actividades básicas e instrumentais da vida diária, mas também o desenvolvimento da capacidade de comunicação através do exercício da participação em actividades lúdicas e recreativas.

Pressupõe ainda promover a autonomia, enquanto participação e escolha, como valor e articulação de oportunidades entre a saúde e o bem-estar.

Este tipo de procedimento alia-se à capacidade técnica da resposta institucional bem como a um conhecimento satisfatório e actualizado sobre o que significa hoje envelhecer com autonomia à luz do envelhecimento activo.

3.1.1. Orientação da AIDP na promoção da autonomia e do envelhecimento activo em CD

Neste ponto apresentamos a visão da Directora-geral da AIDP acerca do processo de promoção de envelhecimento activo sob o prisma da autonomia, na instituição e na resposta social em Centro de Dia. Esta visão, que agrupámos em categorias-chave, constitui as principais linhas orientadoras da sua acção para a promoção da autonomia e do envelhecimento activo.

Estrutura funcional e organizacional

Para compreender o modo como o CD promove o envelhecimento activo considerámos a estrutura e o funcionamento da organização. Da entrevista realizada à directora-geral (E1) destacamos algumas estratégias desenvolvidas pela organização nomeadamente: a reorganização do espaço físico; a multidisciplinaridade; os benefícios de saúde; as acções formativas sobre a temática do envelhecimento activo – quadro 9.

Quadro 9 – Grelha resumo da categoria-chave Estrutura funcional e organização (E1)

Categoria-chave	Categoria específica	Dimensão de análise
I – Estrutura funcional e organização	Reorganização do espaço físico; Criação de zonas de actividades e lazer	Melhor adequação funcional tornando-o mais apelativo e diversificado
	Aposta na multidisciplinaridade	Animação sociocultural, psicologia e terapia ocupacional
	Acções internas de sensibilização/esclarecimento aos funcionários de acção directa	Noções de envelhecimento: Características físicas, impacto social do envelhecimento e modos de interacção com a população idosa e/ou dependente

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Directora-geral da AIDP

A instituição desenvolve uma política de promoção da autonomia dos clientes que implica a “*reorganização do espaço físico tornando-o mais funcional, mais apelativo e diversificado e da criação de zonas de actividades e lazer*” (E1), de modo a que cada um se possa entregar a práticas diferentes de acordo com os seus próprios interesses e possibilidades.

Também a aposta na “*multidisciplinaridade*” envolvendo “*a animação sociocultural, a psicologia e a terapia ocupacional*”. Esta dimensão multidisciplinar reflecte a preocupação “*em contemplar as diversas dimensões do processo de envelhecimento*” e a consciência de que “*não há uma resposta única para as necessidades dos idosos mas sim a necessidade de múltiplas respostas*” (E1). Esta complementaridade, vista como uma perspectiva de bem-estar subjectivo para os clientes em CD, enfatiza a saúde a partir do equilíbrio dinâmico entre o físico, o mental e o social e não apenas a ausência de doenças (OMS, 2002). Daí a importância em considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde e, que por isto, se torna necessário encorajá-las a participar neste processo para manter a sua autonomia.

Uma outra forma de recurso para a saúde e bem-estar é a participação em actividades de animação socioculturais. Jacob (2007, p.31) vê a animação de idosos “*como a maneira de actuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, sendo um estímulo permanente da vida mental, física e afectiva*”. Tem subjacente o facto de envolver actividades sociais que permitem ao indivíduo interagir com os demais, contribuir para o seu auto-desenvolvimento, aumentar a sua auto-estima, subjectivar a solidão e o isolamento. Também, enquanto abordagem psicológica, o exercício de actividades sociais pode igualmente contribuir para a prevenção da depressão e da ansiedade, muito frequente entre os idosos e comprometedora da sua capacidade funcional.

Sabemos que, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas, que englobam aspectos orgânicos, sociais e psicológicos. Neste caso as actividades no âmbito da terapia ocupacional são um elevado contributo para restaurar e/ou reforçar capacidades funcionais, facilitar a aprendizagem de funções essenciais e desenvolver habilidades adaptativas que visam auxiliar o indivíduo a atingir o grau máximo possível de autonomia no ambiente social, doméstico, de trabalho e de lazer.

Outro aspecto importante do equilíbrio e da segurança emocional das pessoas idosas é a facilidade com que podem aceder a determinados serviços e cuidados primários no âmbito da saúde. É deste modo que numa primeira linha de intervenção, a AIDP decidiu que os clientes em centro de dia passassem também a usufruir de alguns benefícios existentes em Lar, nomeadamente serviço de enfermagem, através da *“contratação de mais um enfermeiro, 5 horas por semana”* (E1).

“Estendemos alguns dos benefícios que temos na resposta social de Lar ao CD, ou seja o acesso ao serviço de enfermagem, para situações pontuais como por exemplo: esclarecer dúvidas sobre medicação ou submedicação e neste caso muitas vezes é necessário a articulação com os médicos de família, o controle e registo de tensão arterial e da glicemia, a administração de insulina aos insulino dependentes. Estas são algumas das principais situações que diariamente ocorrem, o que não quer dizer que não hajam outras como por exemplo acidentes domésticos e quedas que dão origem a traumatismos ou até mesmo feridas e que se não forem tratadas convenientemente podem degenerar em situações mais graves, sobretudo porque temos muitos clientes com diabetes” (E1).

Implícito à criação de mais e melhores serviços de apoio à população idosa está a valorização das pessoas que os prestam, quer do ponto de vista simbólico quer do ponto de vista material. Esta valorização pressupõe, reconhecer a prestação de cuidados de qualidade como um dos factores determinantes para aumentar o bem-estar das pessoas que deles usufruem (Paúl & Cruz, 2009). De um modo geral “os profissionais que asseguram os serviços de apoio aos idosos apresentam um conjunto de dificuldades, nomeadamente, baixas qualificações, baixas remunerações, precariedade de contratos e desgaste físico e psicológico que têm consequências negativas ao nível pessoal e dos serviços prestados” (Paúl & Cruz, 2009, p.33). Torna-se assim imperativo dignificar estes profissionais através do reconhecimento de que o seu trabalho é essencial e de que as tarefas que cumprem são exigentes e desgastantes do ponto de vista físico e psicológico (Paúl & Cruz, 2009). Consciente desta importância a directora-geral da AIDP tem organizado *“acções internas de sensibilização/esclarecimento aos funcionários de acção directa, versando noções sobre o envelhecimento, designadamente sobre características físicas, impacto social do envelhecimento e modos de interacção com a população idosa e/ou dependente”* (E1).

O fenómeno do crescente envelhecimento populacional e as suas consequências, principalmente individuais e sociais, as alterações nas características do próprio envelhecimento e as orientações políticas contidas nos programas e acções para o envelhecimento activo, requerem novas abordagens e a redefinição de algumas práticas profissionais. A formação/actualização profissional emerge assim como um estímulo à qualificação, valorização e ao reconhecimento de bem-fazer.

“ [...] não menos importante são os colaboradores que lidam com idosos e merecem mais apoio em termos de condições profissionais e de meios para a melhoria da sua participação, nomeadamente através da formação profissional” (E1).

“ [...] destaco a importância da formação de profissionais aptos a actuarem frente às diversas demandas do processo de envelhecimento” (E1).

“Cumulativamente, demos formação profissional a todos os funcionários da AIDP nas áreas de segurança alimentar, higiene e segurança no trabalho, o que em nosso entender são áreas que só aparentemente estarão desligadas do envelhecimento activo, porque boas práticas traduzem-se em maior qualidade de serviço prestado” (E1).

Constrangimentos e desafios

Para determinar quais os principais constrangimentos e desafios sentidos pela AIDP na implementação dos princípios do envelhecimento activo em CD, a Directora-geral da AIDP identifica: a existência de elevados níveis de envelhecimento na zona geográfica de resposta; a necessidade de readequação dos recursos utilizados; a articulação difícil da sociedade activa com os idosos; a necessidade de reorganização da família e dos actores sociais em presença – quadro 10.

Quadro 10 – Grelha resumo da categoria-chave Constrangimentos e desafios (E1)

Categoria-chave	Categoria específica	Dimensão de análise
II – Constrangimentos e desafios	Área geográfica com elevados níveis de envelhecimento	Consequentes debilidades psico-sociais e físicas e necessidade de intervenção a vários níveis
	Readequação dos recursos utilizados	Necessidade de múltiplas respostas institucionais
	Articulação difícil da sociedade activa com os idosos	Indisponibilidade e/ou impossibilidade das famílias em garantir os cuidados aos idosos; A maioria das famílias não se sente preparada; Escassez de respostas alternativas aos problemas dos idosos e familiares
	Reorganização da família e dos actores sociais	Necessidade de mais apoio e melhores condições profissionais, favoráveis a uma melhor intervenção; Necessidade de apoio de equipas transdisciplinares; Formação das equipas e de uma maior responsabilidade das instituições e das famílias.

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Directora-geral da AIDP

Embora o fenómeno do envelhecimento populacional já não seja uma concepção completamente nova, é todavia o «calcanhar de aquiles» para a grande maioria das instituições de solidariedade social que prestam serviços a uma população cada vez mais idosa, e com “*necessidade de intervenção a vários níveis*” decorrentes de múltiplas “*debilidades psico-sociais e físicas*” (E1). O seu reconhecimento exige uma constante redefinição do modelo institucional e operacional, em circunstâncias onde o apoio e acompanhamento social são urgentes e inadiáveis. Esta situação, se por um lado é constrangedora da organização funcional e organizativa instituídas, na medida em que implica constantes reajustamentos no *modus operandi* e na readequação dos recursos humanos e materiais utilizados, é por outro, um desafio à capacidade institucional e bem assim à dos restantes actores sociais em presença, nomeadamente os profissionais e a família.

“Um dos maiores constrangimentos mas também o maior desafio é sem dúvida o reajuste em relação aos recursos que são utilizados face ao número crescente de clientes com situações comprometedoras relacionadas à saúde e à própria autonomia” (E1).

No caso das famílias, verifica-se “*alguma indisponibilidade ou até mesmo impossibilidade (...) em garantir os cuidados aos idosos*”, ou ainda, porque “*a maioria das famílias não se sente preparada*”. Tal como afirma Quaresma (2004, p.17) “a família têm sofrido várias alterações (...) a família contemporânea valoriza a autonomia individualista, garante a liberdade aos que a compõem”. Por sua vez Caldas (2002) alerta para o facto de alguns cuidadores prestarem cuidados aos idosos de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente porque a família cuidadora está despreparada ou está sobrecarregada por essa responsabilidade (Caldas, 2002). Estas situações denunciam “*uma articulação difícil da sociedade activa com os idosos*” (E1), com recurso a serviços de apoio da rede social (Quaresma, 1996; Sousa & Figueiredo, 2003). Contudo, a “*escassez de respostas alternativas aos problemas dos idosos e familiares*” (E1) leva ao ingresso em CD de pessoas em situação de semi-dependência moderada ou grave e de demências adquiridas ou congénitas.

“Este tem sido o maior constrangimento mas também um dos nossos maiores desafios, ou seja, conseguir dar resposta institucional aos muitos pedidos de diferentes situações que nos chegam diariamente e simultaneamente reajustá-la à dinâmica do próprio CD ou até mesmo criando novas dinâmicas de acordo com as situações. Isto, se por um lado é constrangedor, dadas as condições de semi-dependência e debilidades físicas e mentais que alguns clientes apresentam, por outro torna-se num desafio institucional que nos obriga também a evoluir profissionalmente” (E1).

O CD da AIDP é actualmente das únicas senão a única resposta social do Concelho de Cascais que abriu portas às necessidades dos indivíduos idosos e suas famílias, à margem das normas do seu regulamento interno para admissão em CD e para além dos acordos e protocolos estabelecidos quer com a Câmara Municipal de Cascais, quer com a Segurança Social. Significa que o aumento de pessoas em CD não é participado.

“Estamos a admitir cada vez mais em CD pessoas com incapacidades várias, o que vem confirmar que o aumento da esperança de vida não significa aumento da qualidade de vida. Normalmente são pessoas que vivem com os seus familiares ou que então preferem continuar nos seus lares, recusando a institucionalização em Lar”. (E1).

[...] têm sido feitas reuniões entre a AIDP, a Câmara Municipal de Cascais e a Segurança Social, alertando-as para este facto, e também porque é aos CD que chegam os pedidos face à falta de respostas intermédias” (E1).

Esta decisão constitui, no entender da Directora-geral *“uma oportunidade para garantir à população idosa e/ou deficiente do Penedo o acesso a bens e serviços que favoreçam o seu bem-estar geral em condições de dignidade e segurança” (E1)*, promotoras da autonomia e do envelhecimento activo.

“Actualmente não é mais possível fechar os olhos a estas situações na medida em que quem mais precisa de protecção são efectivamente estas pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Em nosso entender esta é a via mais correcta, porque quanto mais tempo se conseguir manter as pessoas autónomas mais tarde irão precisar de apoio domiciliário ou de institucionalização em Lar. É uma questão de atitude! Além disso tínhamos condições para o fazer ... porque não fazê-lo?! (E1).

Desta situação ressalta, todavia, *“da necessidade de mais apoio e melhores condições profissionais, favoráveis a uma melhor intervenção, designadamente, através do apoio da rede social e de equipas transdisciplinares ” (E1).*

Para Rocha (2007), a transdisciplinaridade é uma abordagem científica que visa a unidade do conhecimento que busca a compreensão da complexidade. Procura estimular uma nova compreensão da realidade articulando elementos que passam entre, além e através das disciplinas. Significa que deve envolver também a pessoa idosa e a própria família na procura de soluções e modelos técnicos de programação de oferta de serviços, de acordo com as necessidades de cada situação. Passa pela *“formação profissional das equipas e de uma maior responsabilidade das instituições e das famílias” (E1).*

Nesta lógica, Pimentel (2005, p.34) defende que se deve lutar por um *“sistema de bem-estar misto”*, transdisciplinar, onde os cuidados aos idosos deveriam ser da responsabilidade partilhada da família e da sociedade, em que as políticas sociais serviriam de apoio.

Hoje, a transdisciplinaridade sugere a superação da mentalidade fragmentária, incentivando conexões e criando uma visão holística que incida nas diferentes dimensões do envelhecimento, num sentido de pertença porque revela-se como um objecto de estudo partilhado transdisciplinarmente” (Santos, 2005, p.4).

De acordo com Paúl & Cruz (2009, p.30), a maioria das respostas sociais, “ (...) ainda desenvolvem intervenções muito tipificadas não permitindo grandes alterações e dinâmicas que seriam importantes na promoção do envelhecimento activo”. É o reflexo do “fechamento das entidades em si mesmas”, da “falta de partilha” e da “pouca colaboração” na procura de soluções e respostas inovadoras. (Idem, 2009, p.30).

“O envelhecimento é uma preocupação de todos. Deve ser! É importante que cada um de nós se questione acerca da nossa própria perspectiva sobre o envelhecimento e também acerca daquilo que queremos para nós próprios quando estivermos nessa condição” (E1).

Gestão para a autonomia e envelhecimento activo dos clientes em CD (E1)

Atendendo aos princípios de gestão para a autonomia e envelhecimento activo dos clientes em CD, a AIDP coloca o enfoque na promoção da saúde e da qualidade de vida através da prevenção dos distúrbios psicológicos e sociológicos, nomeadamente, da depressão, do isolamento social e do suicídio (intervenção em crise), para tornar o envelhecimento, tanto quanto possível, numa experiência positiva – quadro 11.

Quadro 11 – Grelha resumo da categoria-chave Gestão para a autonomia e envelhecimento activo dos clientes em CD

Categorias-chave	Categorias específicas	Dimensão de análise
III – Gestão para a autonomia e envelhecimento activo dos clientes em CD	Oportunidades para promover a saúde e a qualidade de vida	Prevenir as incapacidades; Valorizar e estimular as capacidades em oposição às incapacidades Optimizar as capacidades cognitivas, motoras, emocionais e sociais; Retardar o declínio das habilidades psicomotoras, cognitivas, sensoriais e perceptivas;
	Prevenção do isolamento, da depressão, do suicídio (intervenção em crise)	Diminuir as perturbações emocionais, afectivas e sociais;

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Directora-geral da AIDP (E1)

Deste modo a AIDP desenvolve um conjunto de processos preventivos para a saúde, com recurso ao estímulo e valorização das capacidades funcionais em presença em oposição às incapacidades.

“ [...] centram-se na prevenção das incapacidades associadas ao processo de envelhecimento. Para isso a nossa estratégia vai no sentido de otimizar as capacidades e

retardar o declínio das habilidades psicomotoras, das habilidades cognitivas e da deterioração sensorial e perceptiva” (E1).

Não obstante os esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais saudável e activa, a maioria dos idosos experimenta nesta fase da vida alguma fragilidade, que pode atrair vários tipos de doenças e incapacidades com forte impacto sobre a autonomia e qualidade de vida. Ao “*transformar os recursos em acção*” (E1), a AIDP procura criar oportunidades “*para promover a saúde e a qualidade de vida da população idosa em CD*” (E1). Simultaneamente, proporcionar ambientes emancipadores e favoráveis a práticas que actuem sobre os determinantes que levam a sentimentos de angústia, medo, depressão e ao isolamento social.

A doença traz consigo um factor emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência e de insegurança. Também “*a inadequada relação com o corpo e o binómio vida/morte*” (E1), acentuado pelas diferenças individuais, reforçam sentimentos profundamente angustiantes e marcantes, responsáveis pela depressão e por ideias de suicídio que acompanham o final da vida de muitos idosos. Estes distúrbios psicológicos e sociológicos têm normalmente subjacentes sentimentos de inutilidade decorrentes do progressivo esvaziamento de papéis e prestígio social, à inexistência ou distanciamento do grupo familiar de apoio e ao medo face à exposição aos riscos sociais.

“A nossa intervenção estende-se também à prevenção de perturbações emocionais, afectivas e sociais que levam a situações de angústia e de medos, ao isolamento social e por vezes também ao suicídio ou a pensar nele. Também a inadequada relação com o corpo e o binómio vida/morte são factores que oferecem grande preocupação face às repercussões quer para a autonomia quer para o próprio envelhecimento activo. São algumas das situações de crise que sugerem intervenção em crise!” (E1).

Estas intervenções “*desenvolvem-se a partir de subprojectos com objectivos próprios, planeados e executados numa perspectiva multi e interdisciplinar*” que “*reconhece a relação entre aspectos biológicos, psicológicos, sociais*” (E1).

A acção conjunta entre a terapeuta ocupacional e a psicóloga tem proporcionado aos clientes “*sessões de esclarecimento sobre a temática do envelhecimento e as suas implicações a nível individual e colectivo*”. A par, são proporcionados ateliers expressivos e terapêuticos que pretendem melhorar as capacidades cognitivas, sensoriais e motoras, compensatórios de uma vida autónoma e independente e subsidiárias do envelhecimento activo.

A importância da optimização das capacidades é um forte contributo para combater tensões internas extremas que fazem suscitar ideias de suicídio e que são passivas de

intervenção em crise. Em serviço social intervir em situações de crises corresponde a um dos modelos operativos da praxis dos assistentes sociais.

Em Payne (2002, p.143) o modelo de intervenção em crise é “classicamente, uma acção para interromper uma série de acontecimentos que conduzem a uma ruptura no funcionamento normal das pessoas”, definição que coadjuva perfeitamente as considerações anteriores. Ao intervir em situações de crises a AIDP visa contribuir para melhorar as competências dos clientes para que possam desenvolver capacidades para lidar com os problemas inerentes às situações decorrentes do processo de envelhecimento. Ou seja, contornar situações desarmoniosas decorrentes das alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que confluem na inabilidade de gerir o seu próprio envelhecimento e prejudicam a qualidade de vida.

Gestão para a qualidade da resposta social em CD

Para determinar o modo como a AIDP gere a qualidade da resposta social em CD analisámos a forma como esta instituição desenvolve os seus objectivos estratégicos no domínio do Processo de Qualificação da resposta social, em substituição dos paradigmas organizacionais anteriores e que influência tem no funcionamento do CD – quadro 12.

Quadro 12 – Grelha resumo da categoria-chave Gestão para a qualidade da resposta social em CD

Categoria-chave	Categoria específica	Dimensão em estudo
IV – Gestão para a qualidade da resposta social em CD	Processo de qualificação da resposta social; Influência do processo no funcionamento do CD	Harmonização de procedimentos e desempenho; Reestruturação dos serviços prestados; Qualificação de técnicos e funcionários; Satisfação dos clientes.

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Directora-geral da AIDP (E1)

Deste modo assinalamos que a AIDP “*aderiu ao processo de qualificação das suas respostas sociais em 2009*” (E1) com o intuito de: Harmonização de procedimentos e desempenho; reestruturação dos serviços prestados; qualificação de técnicos e funcionários; satisfação dos clientes.

A harmonização de procedimentos favorece o desempenho e procura soluções por consenso das partes interessadas, “*com vista a uma optimização de processos e resultados*”, numa atitude de “*compromisso entre o conhecimento, a criatividade e a motivação, com benefício para todas as partes envolvidas*” (E1).

Actualmente, as instituições sociais integradas nos requisitos definidos pelo modelo de gestão da qualidade das respostas sociais, procuram avaliar para evoluir dentro do contexto da *“actualização e melhoria contínua dos serviços prestados aos clientes”* (E1) e da sustentabilidade do modelo organizacional.

Este modelo de avaliação da qualidade tem por objectivos: melhorar os serviços prestados; permitir a auto-avaliação das respostas sociais integrando o desempenho da organização; melhorar o funcionamento da organização quanto à eficiência e eficácia dos processos de participação dos clientes e dos familiares, ao aumento da satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, parceiros, colaboradores, fornecedores; e por último harmonizar a nível nacional as regras de funcionamento para todos os serviços em CD. É por isso importante, contribuir para o bem-estar do cidadão, da sociedade civil, das empresas e das comunidades. Corroborando (Fischer, 2004), a ideia de um modelo de gestão é de desenvolvimento mútuo, i.é, a organização ao se desenvolver, desenvolve também as pessoas que com ela colaboram e estas a organização.

O processo de auto-avaliação das instituições assenta num referencial de procedimentos organizado em categorias, a saber: análise do processo de liderança, planeamento e estratégia; gestão das pessoas; recursos e parcerias. Fornece aos colaboradores informações sobre a própria actuação, de forma que possam aperfeiçoá-la sem diminuir a sua independência e motivação para a realização do trabalho. No caso do CD da AIDP estas categorias obtiveram a seguinte classificação:

“Liderança, Planeamento e Estratégia – 100%; Gestão das Pessoas – 67%; Recursos e Parcerias – 90%; Processos do Centro de Dia – 92%.” (E1).

A diferente aplicação destas categorias origina níveis de qualidade com as seguintes correspondências: Nível C – corresponde a suficiente; nível B – corresponde a bom; nível A – corresponde a muito bom. Atendendo a estes parâmetros de qualidade o CD da AIDP *“encontrava-se na qualificação gradual de nível C, com um desempenho final de 91%”* (E1).

“Um estudo apresentado em Agosto de 2011 sobre a qualificação dos Centros de Dia abrangidos pelo protocolo de qualificação, revela que o Centro de Dia da AIDP, face aos requisitos de nível C do SQRS apresenta um desempenho final de 91%.” (E1).

Tratando-se de uma avaliação sistemática, feita pelos supervisores ou outros hierarquicamente superiores, familiarizados com as rotinas e demandas do trabalho em CD, *“significa que estamos no bom caminho com benefícios tanto para a AIDP como para os clientes das nossas respostas sociais”* (E1).

É, todavia, um processo novo e complexo que “*acarreta um elevado grau de exigência, empenhamento e disponibilidade*” (E1), quiçá com prejuízo de uma intervenção quotidiana mais próxima dos serviços.

Porém, “*somos levados a crer que é este o caminho que temos todos que assumir, com passos seguros, cimentando conhecimentos e procedimentos, envolvendo todos os colaboradores num processo de implementação, avaliação e correcção permanentes, com benefícios para ambos os lados*” (E1).

Situado o ponto de vista e as acções estratégicas desenvolvidas a nível da estrutura organizativa debruçamo-nos agora sobre a perspectiva e os contributos dos técnicos na promoção da autonomia e do envelhecimento activo em CD.

3.1.2. Orientação do CD na promoção da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes

Para determinar se os cuidados e serviços de proximidade prestados na resposta social em CD são promotores da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes, a entrevista à coordenadora do CD permitiu analisar: A forma de acesso, os critérios para acesso, as rotinas diárias e a organização das actividades em CD. Neste contexto são advogados na entrevista à coordenadora do CD alguns princípios fundamentais tais como: Princípio de subsidiariedade; prevenção de riscos sociais; protecção e segurança; inclusão social – quadro 13.

a) Acesso, critérios, rotinas serviços e actividades

Quadro 13 – Grelha resumo da categoria-chave Acesso à resposta social e organização das actividades

Categoria-chave	Categoria específica	Dimensão em estudo
I – Acesso, critérios e rotinas e organização das actividades	Acesso, critérios e rotinas em CD;	Princípio de subsidiariedade Prevenção de riscos sociais Protecção e Segurança
	Actividades	Plano individual Inclusão social

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Coordenadora do CD (E2)

Acesso

Entendemos que “*o acesso aos serviços e apoios em CD faz-se através de alguém que frequenta o CD, ou que sejam clientes do SAD/residência, da própria comunidade, dos Hospitais, dos Centros de Saúde e da Rede Social*” (E2). Assenta no princípio da

subsidiariedade que, no quadro da Rede Social, traduz a ideia de que os problemas são resolvidos nos territórios, dado o conhecimento dos problemas e das necessidades, mas também em função dos recursos, capacidades e identidades capazes de intervir localmente na resolução de problemas concretos.

Os principais problemas que se apresentam em CD estão, normalmente, relacionados com situações de solidão, de isolamento social, de exposição a riscos sociais e exclusão social, quer por via dos elevados níveis de envelhecimento e crescentes situações de dependência eminente ou já instalada, quer de fragilidade social e/ou económica e mesmo ainda de disfunção ou da inexistência de apoio familiar.

Crítérios

Estes pressupostos fazem parte dos critérios gerais e específicos para admissão em CD, em simultâneo com os de pertencer à área geográfica de referência e de haver disponibilidade de vaga em CD.

Na verdade este último é o principal critério de acesso, pela relação entre os recursos físicos disponíveis com capacidade máxima para 70 clientes, e os recursos humanos existentes. O segundo critério, mais pertinente, é o da necessidade de cuidados básicos, associada a níveis de dependência moderada e o da inexistência de redes informais de apoio, mas também às disfuncionalidades familiares e os níveis de pobreza relativa.

A articulação entre o critério «existência de vaga» e «cuidados básicos» é definido pela coordenadora do CD que, em caso de impedimento, define mecanismos para colocar os pedidos de ingresso em lista de espera, ou então para os encaminhar para outras instituições da rede social, dependendo da situação poder aguardar ou não.

Neste contexto depreende-se que ultimamente a tendência dos pedidos para entrada em CD representa um esforço para compensar situações de fragilidade social.

“ [...] damos prioridade a situações sociais pertinentes como é o caso de pessoas que estão em condição de solidão e/ou de isolamento e que nos são encaminhadas (...) de pessoas que moram nesta zona geográfica e que preferem vir para o CD do que estarem sozinhas. Outras porque não têm mais ninguém e precisam de cuidados básicos, ou ainda através dos próprios familiares que não os podem ter consigo, mas que também não querem que eles estejam sozinhos na medida em que já não estão capazes de cuidarem de si mesmos, o que é cada vez mais frequente” (E2).

Contudo, há um critério que se sobrepõe que é o da sustentabilidade económica da própria instituição e que implica o equilíbrio das admissões, ou seja, entre os que podem pagar e os que pagam menos.

“ [...] temos que criar mecanismos de resposta oportuna mas ao mesmo tempo temos também que ter alguma estratégia nas admissões face às dificuldades financeiras actuais (E1).

Rotina

O CD funciona de segunda a sexta-feira entre as nove e as dezoito horas. A rotina diária assenta em três tipos de serviços contratualizados: Os básicos, que incluiu o transporte de casa para a instituição e vice-versa, e a alimentação que inclui o almoço e o lanche; os de reabilitação, como a ginástica e a terapia ocupacional; os complementares, que engloba a acção social e a psicóloga; e os de animação onde têm lugar as actividades lúdicas (cf. quadro 2). O transporte é feito em duas carrinhas de nove lugares e destina-se a pessoas cuja autonomia se encontra comprometida. À data da investigação beneficiavam diariamente deste serviço quarenta e cinco pessoas. Esta foi a forma encontrada pela instituição para permitir a frequência em CD de pessoas cujas famílias saem muito cedo de casa, ou porque vivem sós e não se conseguem deslocar sozinhos para o CD. Quanto aos restantes clientes, uns são trazidos pelos seus familiares e outros chegam pelo seu próprio pé. Quanto à alimentação, para além do almoço e do lanche, verifica-se alguns casos de excepção e que por contratualização extra podem também tomar o pequeno-almoço. Estas situações acontecem porque há clientes que vivem sozinhos e têm problemas de autonomia ao nível das AVD e AIVS. Outros porque estão referenciados como casos de carência social e/ou económica e neste caso podem ainda fazer a sua higiene pessoal no CD.

“A Instituição abre às 9h, fazemos a recolha dos utentes com maiores problemas de autonomia em duas viaturas de 9 lugares, enquanto que outros vão chegando trazidos pelos familiares, ou mesmo sozinhos” [...] temos pessoas que ainda vêm fazer a sua higiene pessoal e até tomar o pequeno-almoço. São alguns casos especiais de excepção” (E2).

No período da manhã as actividades com a animadora ou com a psicóloga, dependendo do dia da semana, seguem-se a alguns momentos de convívio entre os clientes, para que se junte todo o grupo.

“ [...] convivem até ao momento da actividade ao meio da manhã com a Animadora ou com a Psicóloga dependendo do dia da semana” (E2).

As actividades com a animadora são de carácter lúdico e incluem trabalhos manuais como desenhar, pintar, recortar, fazer rendas, bordados e jogos. Estas actividades para além do convívio que proporcionam, procuram estimular a atenção, a concentração, a memória, a motricidade fina e a socialização.

Com a psicóloga as actividades centram-se ao nível do desenvolvimento individual e de grupo, com ênfase para as questões relacionadas com o processo de envelhecimento individual e colectivo e suas consequências. Contribuem para o controle da depressão e do isolamento social e para a construção de condições psicológicas que conduzam a uma melhor qualidade de vida.

O almoço decorre entre as 12 horas e as 14 horas. Segue-se o segundo bloco de actividades ou com a animadora, ou com a terapeuta ocupacional, ou ainda com a voluntária de culto religioso. A ginástica e a terapia ocupacional têm lugar duas vezes por semana no período da tarde e o culto religioso uma vez por semana no período da tarde.

Durante a tarde o lanche decorre entre as 16 horas e as 17,30 horas e após este é iniciado o regresso a casa dos clientes, dentro dos mesmos moldes em que foi feita a chegada.

“Almoçam e segue-se mais um momento de actividades escalonado entre a animadora, a terapia ocupacional que acontece às 3ª e 5ª feiras ou com voluntária de culto religioso que é às 4ª feiras. Lancham e começa o período de distribuição dos clientes pelas viaturas e com a entrega aos familiares” (E2).

Serviços e actividades

O utilizador do CD pode escolher de entre os vários serviços existentes aqueles de que necessita, de acordo com as condições expressas no regulamento interno. A contratualização dos serviços é feita à data da admissão pelo próprio ou pelos seus familiares. Tem como critério a condição física e social do utilizador. Significa que para além dos serviços básicos que incluem: almoço; lanche; terapia ocupacional; psicóloga; e animadora, podem também contratualizar outros serviços tais como: higiene pessoal (a título excepcional); transporte; tratamento de roupas; cabeleireira; pedicura; serviço de cafetaria e bar. Independentemente da escolha feita no acto da inscrição, esta pode ser revista a qualquer momento, nomeadamente através do Plano Individual, que atende à situação de saúde e/ou dependência, contribuindo assim para o bem-estar e para o reforço da qualidade de vida do próprio e dos seus familiares.

“Numa primeira fase são clientes e/ou os familiares que os requisitam na admissão e após esse momento na avaliação do plano individual (...) sempre que necessário pela dependência ou necessidade de saúde” (E2).

O Plano Individual é elaborado à data da admissão e tem por base a avaliação das necessidades e expectativas do cliente. Esta avaliação é feita pela equipa técnica em CD, nomeadamente, pela coordenadora, pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional.

O Plano Individual é um instrumento de trabalho que define a metodologia e os critérios de avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente relativamente às seguintes dimensões: Relacionamento interpessoal; bem-estar material; bem-estar físico e psíquico; inclusão social; direitos, deveres e obrigações (ISS, IP). Deve ser elaborado com a participação do cliente e/ou familiar ou de pessoa significativa no processo. Tem como objectivo criar oportunidades de acordo com o perfil do cliente e que possam “*contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos clientes e dos seus familiares*” (E2).

Diagnóstico, concepção e intervenção

Para entendermos de que forma se processa a adequação das actividades ao perfil dos clientes, começamos por perceber: Qual o objectivo central da resposta social em CD; como são identificadas as necessidades individuais dos clientes e como é feito o seu acompanhamento; como são desenvolvidas as actividades face às diferentes capacidades físicas e intelectuais dos clientes; de que modo o CD apoia e estimula ao projecto de vida de cada cliente para promover a sua autonomia, segurança e independência – quadro 14.

Quadro 14 – Grelha resumo da Categoria-chave Diagnóstico, Concepção e Intervenção

Categoria-chave	Categoria específica	Dimensão em estudo
II – Diagnóstico, concepção e intervenção	Objectivo central da resposta social	Contornar os efeitos do envelhecimento e a vulnerabilidade a enfermidades e doenças; Prevenir o envelhecimento patológico; Manutenção das capacidades físicas e psicológicas; Envelhecimento saudável e activo.
	Identificação das necessidades dos clientes e o seu acompanhamento	Cuidados alicerçados na saúde em articulação com os serviços de saúde da comunidade; Promoção da saúde.
	Concepção e desenvolvimento das actividades face às diferenças físicas e intelectuais	Em função do modelo organizacional e dos objectivos estratégicos do CD; Afectação de recursos humanos e materiais.
	Apoiar e estimular ao projecto de vida de cada cliente	Capacitação para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação individual no controle deste processo; Participação na avaliação das suas necessidades, na escolha da opção mais eficaz e na exigência de qualidade nos serviços prestados.

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Coordenadora do CD (E2)

Entendemos que o objectivo central da resposta social em CD é “*apoiar a população idosa no seu processo de envelhecimento e proporcionar-lhes actividades que fomentem o seu bem-estar físico e psíquico*” (E2), no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades

associadas ao envelhecimento. A sua função protectora e integradora está orientada para a promoção da autonomia dos clientes, sobretudo ao nível da funcionalidade para as AVD e AIVD, para a prevenção do isolamento social e de comportamentos de risco, que levam à crescente vulnerabilidade a enfermidades e doenças. São situações que podem conduzir ao envelhecimento patológico e que obstam a um envelhecimento saudável e activo.

“Do ponto de vista da nossa intervenção visamos quebrar o isolamento social, apoiar nas actividades de vida diária, estimular cognitivamente, proporcionando a socialização e por último retardar a institucionalização” (E2).

A identificação das necessidades dos clientes bem como o seu acompanhamento processa-se *“através da ficha de avaliação de diagnóstico, com a apreciação da psicóloga em conjunto com a terapeuta ocupacional, ou ainda através de indicação médica, de enfermagem ou da fisioterapeuta” (E2)*. Inclui os dados de identificação do cliente, do seu contexto habitacional, da sua saúde, do seu nível cognitivo, da capacidade física e funcional, dos hábitos, gostos, interesses e qualidade de vida, das necessidades sentidas pela pessoa próxima do cliente e das representações sociais sobre o envelhecimento (ISS, IP).

A avaliação diagnóstica, com base na abordagem às necessidades específicas apresentadas e por todas as estruturas envolventes ao cliente, contribui para uma maior eficiência e eficácia da intervenção e dos resultados a alcançar. Significa que as profissionais do CD envolvidas no processo avaliação, nomeadamente a psicóloga e a terapeuta ocupacional, têm em conta também as indicações dos técnicos de saúde que acompanham o cliente, otimizando-as tanto quanto possível, através de uma metodologia integrada de promoção da saúde. É concretizada através das diferentes actividades a que o cliente tem acesso em CD.

A concepção e desenvolvimento das actividades, face ao perfil de cada cliente, têm por base *“as avaliações individuais” (E2)*. A avaliação individual deve ser uma forma para compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, i.é. deve ter em conta a sua maneira de ser e estar, hábitos de vida, religião, cultura, condições de vida e de saúde, entre outros aspectos, e serem respeitados como tal (ISS, IP). Este conhecimento é o que permite criar um ambiente facilitador da interacção e da criatividade que vai auxiliar na resolução dos seus problemas. É um incentivo à interacção, convivência, ocupação e comunicação, à promoção da autonomia enquanto valor e articulação de possibilidades entre a saúde e o bem-estar, ao desenvolvimento bio-psico-social e à criação de oportunidades para a sua representação. Significa que as actividades devem ter em conta a individualidade de cada

pessoa e devem proporcionar oportunidades para continuar o seu desenvolvimento individual e projecto de vida e contribuir para a superação dos seus problemas.

No CD da AIDP as actividades variam de acordo com a avaliação individual e “*face às mesmas os clientes são enquadrados em diferentes grupos de acordo com preferências, sexo, independência/dependências e demências*” (E2). A forma como o CD apoia e estimula ao projecto de vida de cada cliente é estruturado a partir “do plano individual *traçado para aquele cliente*” (E2). Este processo tem em conta as necessidades e expectativas do cliente relativamente aos serviços de que dispõe no CD e aos colaboradores intervenientes no processo. Inclui a afectação de recursos humanos e materiais. Implica traçar procedimentos “*e a partir daí se trabalhar a nível individual ou de grupo determinadas metas que nos comprometemos em conjunto com o próprio cliente*” (E2).

Estes procedimentos apelam à participação activa do cliente na avaliação das suas necessidades, na escolha da opção mais eficaz e na exigência de qualidade dos serviços prestados. Visam capacitá-los para actuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação individual no controle deste processo.

Avaliação e impacto dos serviços e actividades na autonomia dos clientes

Para compreender de que modo os serviços e actividades em CD têm impacto na autonomia dos clientes, analisámos a forma de avaliação feita aos mesmos em função do grau de satisfação dos clientes – quadro 15. Desta análise entendemos que a avaliação é determinada pela monitorização do plano individual de cuidados e que o grau de satisfação dos clientes resulta da sua adesão aos serviços e actividades propostos - quadro 15.

Quadro 15 – Grelha resumo da Categoria-chave Avaliação e impacto

Categoria-chave	Categoria específica	Dimensão de análise
III – Avaliação e impacto	Monitorização/avaliação do plano individual de cuidados; Adesão dos clientes aos serviços e actividades	Apurar necessidades presentes e explorar novas oportunidades; Acessibilidade aos serviços e actividades.

Fonte: Construído pela investigadora com base na entrevista à Coordenadora do CD (E2)

Assim, verificámos que a avaliação do plano individual de cuidados no âmbito do processo de monitorização é revisto “*a cada seis meses*” (E2), altura em que são reavaliadas as principais necessidades do cliente e feitos os reajustamentos nos serviços e actividades de acordo com a condição física, psicológica e social do cliente. Isto significa que a instituição

deve apurar quais são as necessidades dos clientes e explorar novas oportunidades que possam contribuir para a sua autonomia.

Já a avaliação do grau de satisfação dos clientes é feita “*através dos questionários internos de avaliação, preenchidos pelos próprios ou pelos seus familiares ou por pessoa de referência*” (E2). Este questionário, apesar de ser elaborado pela instituição, “*combina os mesmos indicadores dos Questionários de Avaliação da Satisfação dos Clientes, da Segurança Social e serve de base para os momentos de avaliação da qualidade da resposta para a Segurança Social*” (E2).

O Grau de Satisfação dos Clientes é determinado por diversas variáveis que devem estar associadas a um conjunto de indicadores, obtidos directamente através das perguntas colocadas a cada cliente da resposta social, a saber: Instalações, Equipamentos e Sinalética; Fiabilidade; Competência Técnica; Responsabilidade e Receptividade; Atendimento e Comunicação (ISS, IP). Esta forma de participação na gestão estratégica da resposta social apela a uma melhoria nas condições, na forma e na escolha dos serviços prestados aos clientes. É uma forma promover a autonomia dos clientes no sentido de uma participação activa sobre o que a elas diz respeito. Além disto é determinante para a pertinência e adesão aos serviços e às actividades, na medida em que regula necessidades, preferências e capacidades físicas e intelectuais, fundamental para a promoção da autonomia.

Este factor é essencial no agir profissional da coordenadora do CD que reflecte uma certa flexibilidade na readaptação dos serviços e actividades ao perfil dos clientes, desde que estes contribuam para a sua autonomia e bem-estar.

“O segredo para mim é adaptar sempre os serviços e as actividades ao cliente e não ao contrário. Estou à-vontade para dizer que os serviços que dispomos são moldáveis indo sempre ao encontro da necessidade do cliente (E2).”

3.1.3. A autonomia e o envelhecimento activo na primeira pessoa

Neste ponto dedicado aos clientes do CD aludimos em primeiro lugar aos critérios que presidiram à sua inclusão/exclusão no inquérito e determinaram a amostra. Em segundo lugar aos procedimentos que envolveram a sua aplicação e por último dar a conhecer os resultados decorrentes da aplicação do questionário aos clientes, cujo objectivo foi o de avaliar a sua percepção relativamente às oportunidades criadas em CD para promover a autonomia e objectivar o seu envelhecimento activo.

Para a construção do questionário foram criadas três categorias: Categoria 1 – Perfil dos Clientes em CD/ Caracterização Sociográfica; Categoria 2 – Centro de Dia/ Estrutura e Organização; e Categoria 3 – Autonomia e Participação/ Direitos Humanos e Liberdades.

Amostra – Critérios de inclusão/exclusão

Para a constituição da amostra foram definidos alguns critérios. Como factor de inclusão definimos o critério de ser cliente da resposta social em CD e como critério de exclusão ter afasia de compreensão, incapacidade para comunicar verbalmente ou situações de demência impeditivas da compreensão.

Pretendeu-se que a população fosse coincidente com a amostra. Todavia, houve perda amostral na medida em que à data da recolha dos dados 8 clientes encontravam-se hospitalizados, 15 estavam em casa por situações várias e 13 em gozo de férias com familiares ou sozinhos, num total de 36 pessoas. Dos restantes clientes, 8 preencheram os critérios de exclusão e 11 recusaram participar. Deste modo o estudo recaiu sobre 15 clientes.

Procedimentos

Os clientes foram antecipadamente informados pela coordenadora do CD do estudo a realizar e foi-lhes solicitada a colaboração.

A aplicação dos questionários aos clientes decorreu nos dias 18 e 19 de Julho, tendo ocupado um total de seis horas e vinte minutos. Decorreu na sala de reuniões do CD de forma a garantir a privacidade e conforto dos clientes.

Tal como planeado o questionário foi aplicado de forma indirecta o que significa que foi a investigadora que realizou as perguntas e fez os respectivos registos nas folhas, de acordo com as respostas dadas. São estes resultados que a seguir se apresentam.

Categoria 1 – Perfil dos Clientes em CD/ Caracterização Sociográfica

Para esta categoria foram consideradas dezassete variáveis: Género; Idade; Naturalidade; Nacionalidade; Local de residência; Estado civil; Habilitações escolares; Profissão exercida; Condição actual perante o trabalho; Situação económica (valor e proveniência); Situação sócio-habitacional; Diagnóstico clínico/situação na doença; Tipologia de deficiência, Deambulação; Autonomia Funcional – Nível de capacidade funcional para AVD e AIVD, e as sub-categorias Actividade de Vida Diária (AIVD) e

Actividade Instrumental de Vida Diária (AIVD). Para a contagem da frequência percentual das variáveis utilizou-se o critério de apenas se considerar as variáveis com resposta dada.

Género

Esta variável foi classificada em duas dimensões: Masculino e feminino. Nesta variável concluiu-se existir catorze indivíduos do género feminino, constituindo 82,4% da amostra. O género masculino apenas com um indivíduo forma 5,9% da amostra – quadro 16.

Quadro 16 – Frequência e valores percentuais da categoria Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	14	82,4	82,4	94,1
	Masculino	1	5,9	5,9	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Idade

A variável idade foi definida em anos correspondendo à idade real do inquirido à data do inquérito e cuja amplitude é de 54 a 87 anos. Para a contagem da frequência percentual da categoria procedeu-se ao seu reagrupamento: até 65 anos; de 66 a 80anos; 81 e mais anos.

Concluiu-se que dez inquiridos (66,7%) tinham entre 66 e 80 anos, que quatro inquiridos (26,7%) tinham entre 81 e mais anos e que um inquirido (6,7%) tinha idade até 65 anos – quadro 17.

Quadro 17 – Frequência e valores percentuais da categoria Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 65	1	6,7	6,7	6,7
	De 66 a 80	10	66,7	66,7	73,4
	81 e mais	4	26,6	26,6	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Naturalidade

Verificou-se que a naturalidade dos clientes é diversa – quadro 18.

Deste optou-se pelo seu reagrupamento em dois grupos, um formado pelos indivíduos naturais do concelho de Cascais e outro formado pelos naturais de outros concelhos.

A partir deste reagrupamento verificou-se que oito indivíduos naturais de outros concelhos representam 53.3% da amostra em comparação aos sete que representam 46,7% naturais do concelho de Cascais – quadro 19.

Quadro 18 – Frequência e valores percentuais da categoria Naturalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aguiar da Beira	1	6,7	6,7	6,7
	Aljustrel	1	6,7	6,7	13,4
	Aveiro	1	6,7	6,7	20,0
	Beja	1	6,7	6,7	26,7
	Cascais	5	6,7	6,7	60,0
	Coimbra	1	6,7	6,7	66,7
	Fundão	1	6,7	6,7	73,4
	Guarda	1	6,7	6,7	80,0
	Monchique	1	6,7	6,7	86,7
	Oeiras	2	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quadro 19 – Frequência e valores percentuais da categoria Naturalidade reagrupada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Naturais do concelho de Cascais	7	46,7	46,7	46,7
	Naturais de outros concelhos	8	53,3	53,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nacionalidade

Nesta variável verificou-se que catorze indivíduos (93,3%) responderam ter nascido em Portugal e um (6,7%) respondeu em Moçambique quadro 20.

Quadro 20 – Frequência e valores percentuais da categoria Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	14	93,3	93,3	93,3
	Moçambicana	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Local da residência

Como local de residência verificou-se que sete indivíduos (46,6%) são residentes em S. Domingos de Rana, quatro indivíduos (26,7%) são residentes em Cascais, três indivíduos (20%) residem na Parede e que um indivíduo (6,7%) mora em S. Pedro do Estoril – quadro 21 – concluindo que 100% dos indivíduos da amostra residem no concelho de Cascais.

Quadro 21 – Frequência e valores percentuais de Local da residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cascais	4	26,7	26,7	26,7
	Paredes	3	20,0	20,0	46,7
	S. Domingos de Rana	7	46,6	46,6	93,3
	S. Pedro do Estoril	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Estado civil

Para esta variável foram consideradas as seguintes categorias: Casado(a); Solteiro(a); Viúvo(a); União de facto; Divorciado(a) e Separado(a). Na contagem da frequência desta variável verificou-se que catorze indivíduos (99,3%) da amostra são viúvos(a) e que apenas um caso (6,7%) corresponde a um indivíduo divorciado(a).- quadro – 22.

Quadro 22 – Frequência e valores percentuais de Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Viúvo(a)	14	93,3	93,3	93,3
	Divorciado(a)	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Habilitações escolares

Para a contagem da frequência percentual desta variável optou-se por a reagrupar considerando a antiga divisão para o ensino português: Sem instrução; 1º Ciclo completo (1ª à 4ª classe); 1º Ciclo incompleto (1ª à 4ª classe); 2º Ciclo completo (1º ao 5º ano); 2º Ciclo incompleto (1º ao 5º ano); 3º Ciclo completo (6º e 7º ano); 3º Ciclo incompleto (6º e 7º ano); Ensino Superior.

Da análise, verificou-se que dez pessoas (66,7%) não completaram o 1º ciclo de estudos, quatro pessoas (26,6%) têm o primeiro ciclo completo e que só um indivíduo (6,7%) completou o 2º ciclo de estudos -quadro 23

Quadro 23 – Frequência e valores percentuais de Habilitações escolares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º Ciclo completo (1ª à 4ª classe)	4	26,6	26,6	26,6
	1º Ciclo incompleto (1ª à 4ª classe)	10	66,7	66,7	93,3
	2º Ciclo completo (1º ao 5º ano)	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Situação profissional – Profissão Anterior

Para a variável *Situação profissional* na dimensão *Profissão Anterior*, procedeu-se ao seu agrupamento em grandes grupos de profissões, tendo por base a classificação nacional: Quadros superiores; Profissões intelectuais; Profissões técnicas intermédias; Empregados administrativos; Pessoal dos serviços e vendedores; Trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; Trabalhadores da produção industrial e artesãos; operadores de instalações industriais – máquinas e montagem; Trabalhadores não qualificados da

Agricultura, Indústria, Comércio e Serviços; Doméstica; Nunca trabalhou/grande deficiente físico e/ou mental (IEFP).

Da análise do quadro 24 verificou-se que dez indivíduos (66,7%) foram domésticas e que cinco indivíduos (31,3%) foram Trabalhadores da produção industrial e artesãos.

Quadro 24 – Frequência e valores percentuais da categoria Situação profissional – profissão anterior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trabalhadores da produção industrial e artesãos	5	33,3	33,3	33,3
	Trabalho doméstico	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Condição actual perante o trabalho

Foram consideradas as seguintes categorias: Reformado(a); Desempregado(a); Baixa médica; Incapacidade permanente para o trabalho; Outra situação. Da análise do quadro 25, verificou-se que catorze inquiridos (93,3%) são reformados e um (6,7%) está desempregado(a) - quadro 25.

Quadro 25 – Frequência e valores percentuais da categoria Condição actual perante o trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Reformado(a)	14	93,3	93,3	93,3
	Desempregado(a)	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Situação económica – Valor e Proveniência

Para a variável *Situação económica*, na dimensão Valor, optou-se por fazer a contagem da frequência percentual a partir dos parâmetros avaliativos: €0a€500; €501a€1000; acima de €1001. Verificou-se que treze inquiridos (86,7%) têm rendimentos abaixo dos €500, estando incluído um caso cujo rendimento é zero – quadro 26.

Quadro 26 – Frequência e valores percentuais da categoria Valor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	De €0 a €500	13	86,7	86,7	86,7
	De €501 a €1000	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Na dimensão Proveniência foram consideradas as categorias: Pensão Viuvez; Pensão de velhice; Pensão de invalidez; Pensão de sobrevivência; Pensão social; Complemento por dependência; Complemento social de pensão; Complemento solidário para idosos;

Rendimento social de inserção; Subsídio de doença (baixa médica); Subsídio de desemprego; Rendimento de imóveis e/ou bens; Ajuda da família; Ajuda de vizinhos.

Estabeleceu-se o critério de criar sub-categorias dado que a maioria dos inquiridos recebe mais do que uma pensão. Foram reagrupadas em: Pensão de velhice /Pensão de viuvez; Pensão de viuvez/Reforma por invalidez. Verificou-se que doze indivíduos (79,9%) acumulam a Pensão de velhice com a Pensão de viuvez, e que apenas um (6,7%) se incluem em cada uma das restantes sub-categorias, no total de 20,1%. - quadro 27.

Quadro 27 – Frequência e valores percentuais da categoria Proveniência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pensão de velhice	1	6,7	6,7	6,7
Pensão de velhice/Pensão de viuvez	12	79,9	79,9	86,6
Pensão de viuvez/Reforma por invalidez	1	6,7	6,7	93,3
Ajuda da família	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Situação sócio-habitacional

Para esta variável contaram duas dimensões. Na primeira constaram as categorias: *Vive sozinho(a)*; *Vive com o conjuge*; *Vive com companheiro(a)*; *Vive com familiares*; *Outra situação*. Para a segunda dimensão contaram as categorias: *Vive em casa própria*; *Vive em casa alugada*; *Vive em casa de familiares*; *Vive em casa de amigos*; *Outra situação*. Para a contagem da frequência percentual optou-se pelo cruzamento das duas dimensões com respostas dadas, como factor de melhor esclarecimento da realidade. Concluiu-se que, vivem sós em casa própria (33,3%) e em casa alugada (26,7%), sendo o seu total (60%) superior ao número de indivíduos que vive com familiares em casa de familiares (40%) – quadro 28.

Quadro 28 – Frequência e valores percentuais da categoria Situação sócio-habitacional (cruzada)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Vive sozinho(a)/ Vive em casa própria	5	33,3	33,3	33,3
Vive sozinho(a)/ Vive em casa alugada	4	26,7	26,7	60,0
Vive com familiares/Vive em casa de familiares	6	40,0	40,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Diagnóstico clínico/situação na doença

Nesta variável consideraram-se as categorias: Sequelas de AVC (trombose com paraparésia dos membros superiores, inferiores, ou afasia; Demências (Alzheimer,

Parkinson, corpos de Lewi ou outras demências); Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida; Cardiopatias; Diabetes; Outra doenças degenerativas.

Optou-se também pelo seu reagrupamento e pela criação das sub-categorias: Sequelas de AVC / Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida; Sequelas de AVC / Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida/ Cardiopatias/ Diabetes; Cardiopatias/ Diabetes.

A contagem da frequência percentual destas sub-categorias mostrou que sete indivíduos (46,6%) têm Cardiopatias/ Diabetes/ Outras doenças degenerativas; cinco indivíduos (33,3%) têm Cardiopatias/ Diabetes; dois indivíduos (13,4%) apresentam Sequelas de AVC / Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida/ Cardiopatias/ Diabetes e que um indivíduo (6,7%) apresenta Sequelas de AVC / Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida – quadro 29.

Quadro 29 – Frequência e valores percentuais da categoria Diagnóstico clínico/situação na doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sequelas de AVC / Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida	1	6,7	6,7	6,7
	Sequelas de AVC / Deficiência física e/ou mental congénita ou adquirida/ Cardiopatias/ Diabetes	2	13,4	13,4	20,1
	Cardiopatias/ Diabetes	5	33,3	33,3	53,4
	Cardiopatias/ Diabetes/ Outras doenças degenerativas	7	46,6	46,6	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tipologia de deficiência

Para esta variável criaram-se seis categorias: Nenhuma; Mental; Visual; Auditiva; Motora. Também nesta variável se optou pelo reagrupamento em grupos de categorias mais respondidas e pela criação da sub-categoria: Motora/ Auditiva/ Visual. Da análise do quadro 30 verificou-se que dez inquiridos (66,6%) responderam sofrer de deficiência motora e auditiva; que três inquiridos (20%) sofrem de deficiência motora/ auditiva/ visual; que um inquirido (6,7%) tem problemas do foro mental e finalmente também apenas um indivíduo (6,7%) respondeu não ter nenhuma deficiência

Quadro 30 – Frequência e valores percentuais da categoria Tipologia de deficiência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhuma	1	6,7	6,7	6,7
	Mental	1	6,7	6,7	13,4
	Motora/ Auditiva	10	66,6	66,6	80,0
	Motora/ Auditiva/ Visual	3	20,0	20,0	100,0

Deambulação

Nesta variável consideraram-se as categorias: Sem auxílio; Com auxiliar de marcha (Ortóteses); Em cadeira de rodas; Com acompanhante.

Na contagem da frequência percentual da categoria verificou-se que nove indivíduos (60%) se deslocam com auxiliar de marcha, e seis indivíduos (40%) responderam *sem auxílio* – quadro 31.

Quadro 31 – Frequência e valores percentuais da categoria Deambulação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem auxílio	6	40,0	40,0	40,0
Com auxiliar de marcha (Ortóteses)	9	60,0	60,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Autonomia Funcional – Nível de capacidade funcional para AVD e AIVD

Para esta categoria foram consideradas duas dimensões: Na primeira – Actividade de Vida Diária (AVD) – foram consideradas as categorias: Responder a perguntas; Manter uma conversa coerente; Tomar banho (de banheira ou duche); Ter cuidado com o seu aspecto pessoal; Vestir-se sozinho; Abotoar a roupa; Atacar os sapatos; Alimentar-se sozinho.

Na segunda dimensão – Actividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) – foram consideradas as categorias: Tomar a medicação; Realizar compras; Gerir o seu dinheiro; Realizar telefonemas por telefone fixo; Realizar telefonemas por telemóvel; Trabalhos domésticos (limpar o pó e o chão, etc.); Tratar da roupa (lavar e passar a ferro); Preparar as refeições (cozinhar); Utilizar equipamentos eléctricos; Ler livros ou revistas, escrever cartas; Subir e descer as escadas; Deslocar-se em transportes públicos; Tratar de assuntos burocráticos/administrativos; Deslocar-se fora de casa para passear.

Para ambas os parâmetros avaliativos foram: Sem ajuda; Com ajuda de terceira pessoa; Não está em condições.

Da análise do quadro 32, verificou-se que às categorias: Responder a perguntas/ Manter uma conversa coerente/ Ter cuidado com o seu aspecto pessoal/ Alimentar-se sozinho, os quinze inquiridos (100%) responderam sem auxílio.

Às categorias: Vestir-se sozinho/ Abotoar a roupa/ Atacar os sapatos doze inquiridos (80%) responderam sem auxílio, e três (20%) necessitam de auxílio de terceira pessoa.

Quanto à categoria Tomar banho (de banheira ou duche) dez indivíduos (66,7%) responderam que o fazem sem auxílio e cinco (33,3%) precisam do auxílio de terceira pessoa.

Quadro 32 – Frequência e valores percentuais da categoria AVD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Responder a perguntas				
	Sem auxílio	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Manter uma conversa coerente				
	Sem auxílio	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Tomar banho (de banheira ou duche)				
	Sem auxílio	10	66,7	66,7	66,7
	Com auxílio de terceira pessoa	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Ter cuidado com o seu aspecto pessoal				
	Sem auxílio	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Vestir-se sozinho				
	Sem auxílio	12	80,0	80,0	80,0
	Com auxílio de terceira pessoa	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Abotoar a roupa				
	Sem auxílio	12	80,0	80,0	80,0
	Com auxílio de terceira pessoa	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Atacar os sapatos				
	Sem auxílio	12	80,0	80,0	80,0
	Com auxílio de terceira pessoa	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
	Alimentar-se sozinho				
	Sem auxílio	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Na segunda dimensão – Actividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) – foram consideradas as categorias: Tomar a medicação; Realizar compras; Gerir o seu dinheiro; Realizar telefonemas por telefone fixo; Realizar telefonemas por telemóvel; Trabalhos domésticos (limpar o pó e o chão, etc.); Tratar da roupa (lavar e passar a ferro); Preparar as refeições (cozinhar); Utilizar equipamentos eléctricos; Ler livros ou revistas, escrever cartas; Subir e descer as escadas; Deslocar-se em transportes públicos; Tratar de assuntos burocráticos/administrativos; Deslocar-se fora de casa para passear.

Da contagem da frequência percentual das categorias: Ler livros e/ou revistas, escrever cartas, apurou-se que treze indivíduos (86,6%) o fazem sem auxílio e que dois indivíduos (13,4%) não estão em condições.

A cada uma das categorias Realizar telefonemas por telefone fixo; Trabalhos domésticos (limpar o pó e o chão, etc); Preparar as refeições (cozinhar); Tratar da roupa (lavar e passar a ferro;) e Utilizar equipamentos eléctricos, onze indivíduos (73,4%) responderam sem auxílio e quatro indivíduos (26,6%) responderam com auxílio de terceira pessoa.

Por sua vez às categorias Tomar a medicação e Gerir o seu dinheiro, dez indivíduos (66,7%) respondeu que o fazem sem auxílio, quatro (26,6%) com auxílio de terceira pessoa e uma (6,7%) respondeu que não está em condições.

À categoria Subir e descer escadas nove indivíduos (60%) responderam sem auxílio, quatro indivíduos (26,6%) responderam com ajuda de terceira pessoa e duas (13,4%) responderam que não estão em condições.

Nas categorias Realizar compras; Realizar telefonemas por telemóvel e Deslocar-se fora de casa para passear, oito indivíduos (53,3%) responderam com ajuda de terceira pessoa, três indivíduos (20%) responderam sem auxílio e quatro (26,7%) respondeu que não está em condições.

Finalmente nas categorias Deslocar-se em transportes públicos e Tratar de assuntos burocráticos/administrativos, doze indivíduos (79,9%) responderam que não estão em condições, dois (13,4%) responderam com ajuda de terceira pessoa e apenas um indivíduo (6,7%) respondeu sem auxílio – quadro 33.

Quadro 33 – Frequência e valores percentuais da categoria AIVD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Tomar a medicação				
Sem auxílio	10	66,7	66,7	66,7
Com auxílio de terceira pessoa	4	26,6	26,6	93,3
Não está em condições	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Realizar compras				
Sem auxílio	3	20,0	20,0	20,0
Com auxílio de terceira pessoa	8	53,3	53,3	73,3
Não está em condições	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Gerir o seu dinheiro				
Sem auxílio	10	66,7	66,7	66,7
Com auxílio de terceira pessoa	4	26,6	26,6	93,3
Não está em condições	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Realizar telefonemas por telefone fixo				
Sem auxílio	11	73,4	73,4	73,4
Com auxílio de terceira pessoa	4	26,6	26,6	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Realizar telefonemas por telemóvel				
Sem auxílio	3	20,0	20,0	20,0
Com auxílio de terceira pessoa	8	53,3	53,3	73,3
Não está em condições	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Trabalhos domésticos (limpar o pó e o chão)				
Sem auxílio	11	73,4	73,4	73,4
Não está em condições	4	26,6	26,6	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Preparar as refeições (cozinhar)				
Sem auxílio	11	73,4	73,4	73,4
Não está em condições	4	26,6	26,6	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Tratar da roupa (lavar e passar a ferro)				
Sem auxílio	11	73,4	73,4	73,4
Não está em condições	4	26,6	26,6	100,0
Total		100,0	100,0	
Utilizar equipamentos eléctricos				
Sem auxílio	11	73,4	73,4	73,4
Não está em condições	4	26,6	26,6	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Ler livros ou revistas, escrever cartas				
Sem auxílio	13	86,6	86,6	86,6
Não está em condições	2	13,4	13,4	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Subir e descer as escadas				
Sem auxílio	9	60,0	60,0	60,0
Com auxílio de terceira pessoa	4	26,6	26,6	86,6
Não está em condições	2	13,4	13,4	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Deslocar-se em transportes públicos				
Sem auxílio	1	6,7	6,7	6,7
Com auxílio de terceira pessoa	2	13,4	13,4	20,1
Não está em condições	12	79,9	79,9	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Tratar assuntos burocráticos/administrativos				
Com auxílio de terceira pessoa	3	20,0	20,0	20,0
Não está em condições	12	80,0	80,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	
Deslocar-se fora de casa para passear				
Sem auxílio	3	20,0	20,0	20,0
Com auxílio de terceira pessoa	8	53,3	53,3	73,3
Não está em condições	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Categoria 2 – Centro de Dia/ Estrutura e Organização

Nesta segunda categoria foram consideradas oito variáveis: Desde quando é cliente do Centro de Dia; Quem decidiu a sua entrada em Centro de Dia; Motivos porque veio para o Centro de Dia; Normas e regras do funcionamento em CD; Apoios que beneficia em CD; Actividades socioculturais que realiza no CD; Principais mudanças na sua vida desde que frequenta o Centro de Dia; Quando não está no Centro de Dia como ocupa o seu dia.

Desde quando é cliente do Centro de Dia

Na a contagem da frequência desta categoria verificou-se que quatro indivíduos (26,7%) frequentam o CD desde 2009, que três indivíduos (20%) frequentam desde 2008, que outros três indivíduos (20%) frequentam desde 2011, que dois indivíduos (13,3%) estão em CD desde 2010 e finalmente outros dois (13,3%) entraram em 2012 – quadro 34.

Quadro 34 – Frequência e valores percentuais da categoria Desde quando é cliente do Centro de Dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2007 – 2012 = 5 Anos	1	6,7	6,7	6,7
	2008 – 2012 = 4 Anos	3	20,0	20,0	26,7
	2009 – 2012 = 3 Anos	4	26,7	26,7	53,4
	2010 – 2012 = 2 Anos	2	13,3	13,3	66,7
	2011 – 2012 = 1 Ano	3	20,0	20,0	86,7
	2012 – 2012 = Meses	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem decidiu a sua entrada em Centro de Dia

Para esta variável consideraram-se as seguintes categorias: O Próprio; Filhos/as; Outros familiares; Outra situação. Da contagem da frequência percentual desta categoria verificou-se que sete indivíduos (46,7%) responderam O próprio e Filhos(as) e que um indivíduo (6,6%) respondeu outros familiares, mais propriamente por sugestão de uma cunhada com quem habita - quadro 35.

Quadro 35 – Frequência e valores percentuais da categoria Quem decidiu a sua entrada em Centro de Dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Próprio	7	46,7 €	46,7 €	46,7 €
	Filhos/as	7	46,7 €	46,7 €	93,4 €
	Outros familiares	1	6,6 €	6,6 €	100,0 €
	Total	15	100,0 €	100,0 €	

Motivos porque veio para o Centro de Dia

Para esta variável foram consideradas as seguintes categorias: Pelo convívio com outras pessoas; Para evitar a solidão e o isolamento; Porque precisa de cuidados básicos;

Porque não tem família próxima; Porque a família tem pouca disponibilidade; Porque a família está indisponível; Porque não tem relacionamento com a família; Porque não quer dar trabalho à família; Pela oferta dos serviços em Centro de Dia.

Deste modo a contagem da frequência percentual registou com 100% das respostas dadas às categorias Pelo convívio com outras pessoas e Para evitar a solidão e o isolamento. Com catorze respostas (93,3%) a categoria Pela oferta dos serviços em Centro de Dia, treze (86,7%) à categoria Porque precisa de cuidados básicos e à categoria Outro motivo responderam nove indivíduos (60%). No que se refere à inter-dependência familiar oito indivíduos (53,3%) responderam porque a família tem pouca disponibilidade; sete (46,7%) responderam porque não querem dar trabalho à família; seis indivíduos (40%) responderam porque a família está indisponível e finalmente com uma resposta dada (6,7%) cada uma das categorias porque não tem família próxima e porque não tem relacionamento com a família – quadro 36.

Quadro 36 – Frequência e valores percentuais da categoria Motivos porque veio para o Centro de Dia

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid			
Pelo convívio com outras pessoas	15	100,0	100,0
Para evitar a solidão e o isolamento	15	100,0	100,0
Porque precisa de cuidados básicos	13	86,7	86,7
Porque não tem família próxima	1	6,7	6,7
Porque a família tem pouca disponibilidade	8	53,3	53,3
Porque não quer dar trabalho à família	7	46,7	46,7
Porque não tem relacionamento com a família	1	6,7	6,7
Porque a família está indisponível	6	40,0	40,0
Pela oferta dos serviços em Centro de Dia	14	93,3	93,3
Outro motivo	9	60,0	60,0

Normas e regras do funcionamento em CD

Relativamente a esta variável constituíram-se as seguintes categorias: Grau de conhecimento das regras e normas de acesso aos serviços do CD; Grau de conhecimento do regulamento interno do CD; Grau de conhecimento do Plano de Actividades do CD; Grau de participação na elaboração do plano de actividades do CD; Grau de participado na preparação das actividades diárias.

A cada uma destas categorias foi pedido que respondessem: Bom; Razoável; Não tem; N/responde. Optámos pela sua individualização o que resultou na construção dos quadros 37 a 41, cujos resultados a seguir se apresentam.

Para a categoria Grau de conhecimento das regras e normas de acesso aos serviços em CD verificou-se que dez indivíduos (66,7%) responderam ter um conhecimento razoável das regras e normas de acesso aos serviços em CD, que três indivíduos (20%) consideram

bom o seu conhecimento e que dois (13,3%) referiram não ter *conhecimento* das mesmas – quadro 37.

Quadro 37 – Frequência e valores percentuais do Grau de conhecimento das regras e normas de acesso aos serviços em CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	3	20,0	20,0	20,0
	Razoável	10	66,7	66,7	86,7
	Não tem	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Para a categoria Grau de conhecimento do regulamento interno do CD verificou-se que sete indivíduos (46,7%) responderam ter um conhecimento razoável do regulamento interno do CD, cinco indivíduos (33,3%) disseram ter um bom conhecimento e apenas três indivíduos (20%) mencionaram não ter conhecimento do mesmo – quadro 38.

Quadro 38 – Frequência e valores percentuais do Grau de conhecimento do regulamento interno do CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	5	33,3	33,3	33,3
	Razoável	7	46,7	46,7	80,0
	Não tem	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Para a categoria Grau de conhecimento do Plano de Actividades do CD apurou-se que sete indivíduos (46,7%) consideram o seu conhecimento razoável, seis indivíduos (40,0%) disseram que é bom e dois (13,3%) indivíduos referiram não ter conhecimento – quadro 39.

Quadro 39 – Frequência e valores percentuais do Grau de conhecimento do Plano de Actividades do CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	6	40,0	40,0	40,0
	Razoável	7	46,7	46,7	86,7
	Não tem	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Do mesmo modo para a categoria Grau de participação na elaboração do Plano de Actividades do CD verificou-se que sete indivíduos (46,7%) responderam razoável, seis indivíduos (40,0%) consideram que é bom e dois (13,3%) indivíduos responderam que não têm participação – quadro 40.

Quadro 40 – Frequência e valores percentuais de Grau de participação na elaboração do plano de actividades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	6	40,0	40,0	40,0
	Razoável	7	46,7	46,7	86,7
	Não tem	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Por último à categoria Grau de participado na preparação das actividades diárias em CD, sete indivíduos (46,7%) responderam que é razoável, cinco indivíduos (33,3%) que é bom e três indivíduos responderam que não têm participação – quadro 41.

Quadro 41 – Frequência e valores percentuais do Grau de participado na preparação das actividades diárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	5	33,3	33,3	33,3
	Razoável	7	46,7	46,7	80,0
	Não tem	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Apoios que beneficia em CD

Para esta variável foram criadas as seguintes categorias: Serviço Social; Enfermagem; Psicologia; Terapia Ocupacional.

Dado que o número de respostas efectivas às categorias Enfermagem e Terapia ocupacional foi coincidente em número, optámos por as reagrupar e criar a sub-categoria Enfermagem/ Terapia ocupacional. Assim sendo verificou-se que treze indivíduos (86,6%) beneficiam quer dos serviços de enfermagem /terapia ocupacional, um individuo (6,7%) recorreu aos serviços da Assistente Social e que também um individuo (6,7%) recorreu aos serviços de psicologia – quadro 42.

Quadro 42 – Frequência e valores percentuais da categoria Apoios que beneficia em CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermagem/Terapia ocupacional	13	86,6	86,6	86,6
	Serviço Social	1	6,7	6,7	93,3
	Psicologia	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Actividades socioculturais que realiza em CD

Relativamente a esta variável foram consideradas as categorias: Lúdico-recreativas (jogos, trabalhos manuais, costura, crochês, etc.); Actividades culturais (cinema, teatro/revista, museus etc.); Desportivas (ginástica, piscina, caminhadas, etc.); Actividades especiais de passeios; colónias de férias; convívios, etc.); Espirituais/Religiosas (Rezar, ir à missa, participar em procissões, etc.); Sociais (bailes, danças, feiras, festejos, etc.); Não participa.

De forma idêntica verificou-se a multiplicidade de respostas a várias categoria por parte de cada indivíduo constituinte da amostra. Para tornar mais clara a identificação das actividades mais frequentadas em CD optou-se pelo critério de reagrupá-las em sub-categorias.

Deste modo doze indivíduos (80%) preferem as actividades Lúdico-recreativas/Espirituais/Religiosas dois indivíduos (13,3%) preferem as actividades Lúdico-recreativas/Desportivas e um indivíduo (6,7%) referiu que não participa – quadro 43.

Quadro 43 – Frequência e valores percentuais da categoria Actividades socioculturais que realiza em CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lúdico-recreativas/Espirituais/Religiosas	12	80,0	80,0	80,0
	Lúdico-recreativas/Desportivas	2	13,3	13,3	93,3
	Não participa	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Principais mudanças na sua vida desde que frequenta o Centro de Dia

As categorias que constituíram esta variável foram: Melhorou as suas habilidades para prestar cuidados a si próprio; Passou a ser mais fácil aceder a serviços de saúde; Aumentou as probabilidades de não estar doente; Aumentou as probabilidades de não estar deprimido(a); Melhorou os relacionamentos familiares; Passou a sentir-se mais protegido(a); Aumentou o nível de integração comunitária; Passou a sentir-se mais seguro quando está só em casa. Tiveram como parâmetros avaliativos: Sim; Não; Igual; N/respondeu.

Deste modo, à questão Melhorou as suas habilidades para prestar cuidados a si próprio, doze indivíduos (80%) responderam que sim, dois indivíduos (13,3%) responderam que não e um indivíduo (6,7%) respondeu ser igual – quadro 44.

Quadro 44 – Frequência e valores percentuais da categoria Melhorou as suas habilidades para prestar cuidados a si próprio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	80,0	80,0	80,0
	Não	2	13,3	13,3	93,3
	Igual	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

À questão Passou a ser mais fácil aceder a serviços de saúde, onze indivíduos (73,3%) responderam ser igual, três indivíduos (20%) responderam que sim e um indivíduo (6,7%) respondeu que não – quadro 45.

Quadro 45 – Frequência e valores percentuais da categoria Passou a ser mais fácil aceder a serviços de saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	20,0	20,0	20,0
	Não	1	6,7	6,7	26,7
	Igual	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

À pergunta Aumentou as probabilidades de não estar doente, nove indivíduos (60%) responderam que sim, dois indivíduos (13,3%) responderam que não e quatro inquiridos (26,7%) responderam ser igual – quadro 46.

Quadro 46 – Frequência e valores percentuais da categoria Aumentou as probabilidades de não estar doente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	60,0	60,0	60,0
	Não	2	13,3	13,3	73,3
	Igual	4	26,7	26,7	100,0
Total		15	100,0	100,0	

À pergunta Aumentou as probabilidades de não estar deprimido(a), a totalidade da amostra composta pelos quinze indivíduos (100%) responderam que sim - quadro 47.

Quadro 47 – Frequência e valores percentuais da categoria Aumentou as probabilidades de não estar deprimido(a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Sobre se Melhorou os relacionamentos familiares, nove inquiridos (60%) responderam que é igual e seis indivíduos (40%) responderam que não – quadro 48.

Quadro 48 – Frequência e valores percentuais da categoria Melhorou os relacionamentos familiares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	6	40,0	40,0	40,0
	Igual	9	60	60	100,0
Total		15	100,0	100,0	

À pergunta Aumentou o nível de integração comunitária, sete inquiridos (46,7%) responderam que não, seis (40%) responderam que é igual e dois indivíduos (13,3%) responderam sim – quadro 49.

Quadro 49 – Frequência e valores percentuais da categoria Aumentou o nível de integração comunitária

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	7	46,7	46,7	60,0
	Igual	6	40,0	40,0	100,0
Total		15	100,0	100,0	

À pergunta *passou a se sentir mais protegido(a)*, catorze indivíduos (93,3%) responderam *Sim* e apenas um (6,7%) respondeu *Igual* – quadro 50.

Quadro 50 – Frequência e valores percentuais da categoria *Passou a se sentir mais protegido(a)*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	93,3	93,3	93,3
	Igual	1	6,7	6,7	100,0
Total		15	100,0	100,0	

À questão passou a se sentir mais seguro quando só em casa, sete indivíduos (46,7%) responderam ser igual, cinco indivíduos (33,3%) responderam que não e três (20%) responderam sim – quadro 51.

Quadro 51 – Frequência e valores percentuais da categoria Passou a se sentir mais seguro quando só em casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	20,0	20,0	20,0
	Não	5	33,3	33,3	53,3
	Igual	7	46,7	46,7	100,0
Total		15	100,0	100,0	

Quando não está no Centro de Dia como ocupa o seu dia

Para esta variável foram criadas as categorias: Está dependente e incapaz de fazer algo; Ler, escrever; Jogar jogos (cartas, dominó, etc.); Está no computador; Ver TV; Ouvir rádio; Trabalhos domésticos (limpar a casa); Trabalhos manuais bricolage e outros; Ajuda a família; Conversar com os vizinhos e/ou amigos; Sai em passeio com familiares; Sai em passeio com amigos e/ou vizinhos; Sai sozinho/a; Não sai de casa.

Da contagem da frequência percentual das categorias verifica-se que à categoria Ver TV respondeu a totalidade dos quinze indivíduos (100%); à categoria Conversar com os vizinhos e/ou amigos responderam doze indivíduos (80%); a cada uma das categorias Ouvir rádio e Trabalhos domésticos (limpar/arrumar a casa) responderam dez indivíduos (66,7%); à categoria Sai sozinho/a responderam quatro indivíduos (26,7%); à categoria Ajuda a família responderam três indivíduos (20%) e a cada uma das categorias Sai em passeio com familiares e Sai em passeio com amigos e/ou vizinhos respondeu apenas um indivíduo correspondendo individualmente a 6,7% – quadro 52.

Quadro 52 – Frequência e valores percentuais da categoria Quando não está no Centro de Dia como ocupa o seu dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ver TV	15	100,0	100,0	100,0
	Ouvir rádio	10	66,7	66,7	66,7
	Trabalhos domésticos (limpar/arrumar a casa)	10	66,7	66,7	66,7
	Ajuda a família	3	20,0	20,0	20,0
	Conversar com os vizinhos e/ou amigos	12	80,0	80,0	80,0
	Sai em passeio com familiares	1	6,7	6,7	6,7
	Sai em passeio com amigos e/ou vizinhos	1	6,7	6,7	6,7
	Sai sozinho/a	4	26,7	26,7	26,7
	Não sai de casa	9	60,0	60,0	60,0

Categoria 3 – Autonomia e Participação/ Direitos Humanos e Liberdades

Para esta categoria foram consideradas vinte variáveis: Relação com a Coordenadora do CD; Relação com os funcionários (as) do CD; Relação com os outros utentes; Existe privacidade e confidencialidade nas questões particulares da sua vida; Existe respeito pelas decisões particulares da sua vida; Existe respeito pelos hábitos/ estilo de vida e preferências individuais; Tem menos benefícios que alguns utentes do CD; Sente-se excluído das actividades do dia a dia do CD. Foram considerados os parâmetros avaliativos: Excelente; boa; suficiente; má; n/respondeu.

Relação com a Coordenadora do CD

Deste modo a contagem da frequência percentual desta variável mostrou que catorze indivíduos (93,3%) responderam excelente e um indivíduo (6,7%) respondeu boa – quadro 53.

Quadro 53 – Frequência e valores percentuais da categoria Relação com a Coordenadora do CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	14	93,3	93,3	93,3
	Boa	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Relação com os funcionários (as) do CD

A contagem da frequência percentual desta variável Relação referiu que catorze indivíduos (93,3%) responderam excelente e um indivíduo (6,7%) respondeu boa – quadro 54.

Quadro 54 – Frequência e valores percentuais da categoria Relação com os funcionários (as) do CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Boa	1	6,7	6,7	6,7
	Excelente	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	93,8	100,0	

Relação com os outros clientes

A contagem da frequência percentual desta variável referiu que doze indivíduos (80%) responderam boa e três (20%) responderam suficiente – quadro 55.

Quadro 55 – Frequência e valores percentuais da categoria Relação com os outros clientes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Boa	12	80,0	80,0	80,0
	Suficiente	3	20,0	20,0	100,0
Valid	Total	15	100,0	100,0	

Existe privacidade e confidencialidade nas questões particulares da sua vida

Quanto à contagem desta frequência percentual quinze indivíduos (100%) consideram excelente – quadro 56.

Quadro 56 – Frequência e valores percentuais da categoria Existe privacidade e confidencialidade nas questões particulares da sua vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Existe respeito pelas decisões particulares da sua vida

Do mesmo modo a contagem da frequência percentual desta categoria referiu que quinze indivíduos (100%) o consideram excelente – quadro 57.

Quadro 57 – Frequência e valores percentuais da categoria Existe respeito pelas decisões particulares da sua vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Existe respeito pelos hábitos, estilo de vida e preferências individuais

Na contagem da frequência percentual desta categoria verificou-se que igualmente quinze indivíduos (100%) responderam excelente – quadro 58.

Quadro 58 – Frequência e valores percentuais da categoria Existe respeito pelos hábitos, estilo de vida e preferências individuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	15	100,0	100,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tem menos benefícios que alguns utentes do CD

Para esta categoria foram considerados os parâmetros avaliativos: Sim, não, n/respondeu. Na contagem da frequência percentual desta categoria verificou-se que treze indivíduos (86,7%) responderam que *não* e que dois (13,3%) responderam *sim* – quadro 59.

Quadro 59 – Frequência e valores percentuais da categoria Tem menos benefícios que alguns utentes do CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	13	86,7	86,7	100,0
Valid	Total	15	100,0	100,0	

Sente-se excluído das actividades do dia a dia do CD

Para esta categoria foram considerados os parâmetros avaliativos: *Sim, não, n/respondeu*. Deste modo na contagem da frequência percentual desta categoria verificou-se que catorze indivíduos responderam *não* e que um (6,7%) respondeu que *sim* – quadro 60.

Quadro 60 – Frequência e valores percentuais da categoria Sente-se excluído das actividades diárias do CD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Discussão dos Resultados

Nota conclusiva

Dos dados recolhidos podemos aferir várias perspectivas do modo como a organização, os profissionais e os clientes percebem a promoção da autonomia em centro de dia. Em primeiro lugar destacamos a visão da Directora-geral da AIDP para implementar os princípios do envelhecimento activo em Centro de Dia (CD).

a) – A mesma identifica algumas estratégias, nomeadamente: a adequação funcional do espaço físico com a criação de zonas de actividades e lazer, emancipadores e favoráveis à promoção da autonomia; a formação de equipas multidisciplinares que aliou a animação sociocultural à terapia ocupacional e à psicologia; a ampliação dos serviços de saúde em CD, como é o caso da enfermagem; e acções de formação a todos os funcionários em áreas-chave para actualizar e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Do ponto de vista pessoal reforçou a sua formação académica através da Pós-graduação em Gestão do Sector Social e Formação Avançada em Gestão de IPSS.

Também, aderiu em 2009, ao processo de qualificação das respostas sociais, implicando a substituição dos paradigmas organizacionais anteriores e a redefinição de papéis e intervenções, com benefícios bilaterais.

Territorialmente constatámos que a AIDP serve uma população com índices de envelhecimento muito elevados, a despeito duma difícil articulação da sociedade activa com os idosos e preocupante sobretudo ao nível das famílias. Algumas apresentam-se com pouca disponibilidade ou mesmo ainda despreparadas para prestar cuidados aos seus familiares idosos, o que confirma as estatísticas para a existência de um elevado número de pessoas idosas e muito idosas que vivem sós, com necessidade de intervenção a vários níveis.

A formação académica de Assistente Social e a sua experiência profissional levou-a a abrir portas a outras situações de fragilidade social entre idosos (inclusão social), à margem de critérios internos e do acordo com a tutela, com o intuito de também eles beneficiarem dum envelhecimento digno e activo.

b) - A Autonomia é igualmente concretizada pela Coordenadora desta resposta social, com formação académica em Psicopedagogia e Pós-graduação em Qualidade de Vida e Autonomia Funcional na Terceira Idade.

A mesma tem a função de operacionalização dos serviços e actividades em CD que tem como objectivo: Contornar os efeitos do envelhecimento e a vulnerabilidade a

enfermidades e doenças; prevenir o envelhecimento patológico; a manutenção das capacidades físicas e psicológicas; promover o envelhecimento saudável e activo.

Os principais problemas que identifica em 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 susceptível de intervenção em crise.

A intervenção em CD decorre da avaliação diagnóstica da necessidades e condição física e social dos clientes – Plano Individual, que é revisto a cada seis meses, para apurar necessidades presentes e explorar novas oportunidades. Centra-se essencialmente na prevenção/manutenção da capacidade funcional para a autonomia para as AVD e AIVD, entendida na segurança e independência em ambiente doméstico e uma referência para a qualidade de vida e bem-estar dos clientes.

Não obstante, a intervenção centrada no cliente permite à Coordenadora flexibilizar os serviços e actividades de acordo com as preferências individuais dos clientes, subentendida na gestão participada do CD, numa perspectiva de potenciar a sua autonomia.

Do ponto de vista dos clientes o estudo desenvolveu-se em torno de uma população-alvo de quinze indivíduos, na sua maioria idosos. Teve o propósito de compreender se os serviços em CD promovem a autonomia e objectivam o envelhecimento activo dos clientes. A amostra foi avaliada relativamente ao seu perfil sociográfico, à forma como se relacionam com o CD e à garantia dos valores e direitos individuais.

c) - Os clientes idosos têm características específicas e manifestam assertivamente o modo como a organização promove a sua autonomia. Estes apresentam uma amplitude de idades que varia entre os 54 e os 87 anos, sendo mais expressivo o grupo etário entre os 66 e os 80 anos. A maioria pertence ao género feminino e a sua naturalidade provém de diversos concelhos do país, à excepção de um inquirido é de Moçambique. Todos residem em freguesias que pertencem ao concelho de Cascais.

Quanto ao estado civil, com ressalva de um indivíduo que é divorciado, predomina a viuvez, aparentando assim ser um factor que influencia a procura de apoio em CD.

Existe entre os inquiridos um grau de escolaridade básico pelo facto da maioria dos inquiridos não ter completado o 1º ciclo de estudos.

Entre as profissões mais exercidas destacam-se as não qualificadas, centradas no trabalho manual/doméstico, comparativamente às relacionadas com a produção industrial e artesãos, imediatamente a seguir.

O rendimento mensal decorre do facto da quase totalidade da amostra ser reformada e pensionista e de acumularem a pensão de viuvez, com reserva para um indivíduo que se encontra desempregado e sem rendimentos. Quanto aos valores mensais auferidos verifica-se que são inferiores a quinhentos euros.

Da distribuição da situação sócio-habitacional nove indivíduos vivem sós e seis vivem com familiares em casa destes. No caso dos que vivem sós está implícita a preocupação em não dar trabalho à família face à pouca disponibilidade das mesmas.

Na saúde sobressai as múltiplas deficiências e as doenças crónicas, resultantes de cardiopatias/diabetes e/ou outras doenças degenerativas e ainda por sequelas decorrentes de Acidentes Vasculares Cerebrais. Verifica-se uma prevalência de pessoas com deficiências diversas, sendo a motora e a auditiva as que afectas um maior número de pessoas. Entre os indivíduos que apresentam deficiência motora a maioria usa bengala e/ou canadianas como auxiliar de marcha.

Nas capacidades funcionais no que concerne às AVD a avaliação é positiva, dado que a totalidade dos indivíduos mantêm capacidades para responder a perguntas, manter uma conversa coerente, ter cuidado com o seu aspecto pessoal e alimentar-se sozinho.

Quanto às capacidades para vestir-se sozinho(a), abotoar a roupa e atar os sapatos, tomar banho de duche ou banheira é igualmente significativo o número de pessoas que ainda as detêm.

Já no caso das habilidades para as AIVD, apesar de ainda manifestarem algumas capacidades, a avaliação é menos positiva, sobretudo nas actividades que envolvem tarefas no exterior. As mais passíveis de serem realizadas sem ajuda de terceira pessoa são as actividades de leitura e de escrever cartas, de realizar telefonemas por telefone fixo, trabalhos domésticos (limpar o pó e o chão), preparar as refeições, tratar da roupa e utilizar equipamentos eléctricos.

Imediatamente a seguir encontram-se as tarefas de tomar a medicação e gerir o seu dinheiro em que a maioria apresenta capacidades para um bom desempenho. Nas tarefas de realizar compras, realizar telefonemas por telemóvel e deslocar-se fora de casa para passear, é peremptório o grau de dificuldade que a maioria da amostra apresenta, havendo mesmo necessidade do auxílio de terceira pessoa.

Do mesmo modo, a avaliação à capacidade para tratar de assuntos burocráticos/administrativos demonstra que a maioria dos indivíduos já não está em condições para o fazer.

No que respeita ao tempo de frequência no CD mais de metade da população estudada situa-se entre os quatro e dois anos, e a sua entrada no centro partiu da decisão quer do próprio quer dos filhos, em igualdade do número de respostas. Apenas um indivíduo frequenta o CD por decisão de outros familiares, que neste caso é uma cunhada.

Os principais motivos para a entrada em CD estão relacionados com a perspectiva do convívio, de atenuar a solidão e o isolamento, pela necessidade de cuidados básicos e pela oferta de serviços em CD.

Na perspectiva da forma como se relacionam com o CD, designadamente através do conhecimento das normas e regras em CD, do regulamento interno, do plano de actividades e na participação quer no plano quer na preparação das actividades, consideramos que o mesmo é razoável entre os inquiridos.

Quanto aos apoios que beneficiam em CD destacam-se aqueles que são mais objectivos face às necessidades dos inquiridos, nomeadamente os serviços de enfermagem e a terapia ocupacional. Quanto às actividades em que participam valorizam mais as de carácter lúdico-recreativas e espirituais/religiosas.

Em termos de benefícios para a saúde a frequência em CD manifesta-se positiva, relativamente à melhoria das habilidades para o auto-cuidado, para se sentirem mais saudáveis, sobretudo ao nível das doenças mentais com aptência para a depressão e por se sentirem mais protegidos em CD.

Menos positivo é o facto da grande maioria não ter aumentado o acesso a cuidados de saúde fora da comunidade nem a sua integração na comunidade. Também não melhorou os relacionamentos familiares, em detrimento do sentimento de solidão quando está em casa.

Sobre as actividades que os inquiridos mais praticam quando estão em casa, a totalidade da amostra refere que vê televisão e mais de metade ouve rádio, executa algumas tarefas domésticas, conversa com os vizinhos, e no caso dos que vivem com familiares, a prestar-lhes ajuda. As menos praticadas têm a ver com a possibilidade de sair com familiares e amigos e a de não sair de casa.

Do ponto de vista da intervenção em CD consideramos que a relação com a coordenadora e com os outros funcionários é positiva, tendo por base os afectos e a

informalidade. Já o relacionamento com os outros clientes, apesar de ser bom, é na grande maioria cordial e formal.

Na avaliação sobre garantia dos valores e direitos individuais a totalidade dos inquiridos dizem ser excelente o respeito pela privacidade, confidencialidade, hábitos de vida, preferência individuais e valores culturais. Quanto ao acesso a benefícios idênticos entre clientes, verifica-se que não há discriminação no acesso e que se sentem satisfeitos e incluídos no CD.

Conclusão

A longevidade das populações tem assumidamente um valor incontornável na história da Humanidade, pois reflecte a melhoria das condições de vida e de acesso a bens de primeira necessidade, nomeadamente, no âmbito da saúde, do saneamento básico, das condições habitacionais e na elevação de melhores níveis de instrução escolar.

Não obstante e paradoxalmente, são elas também as responsáveis pelas profundas alterações demográficas que se vem verificando em todo o mundo, em decorrência do aumento da esperança média de vida e das baixas taxas de natalidade, com forte impacto económico, social e cultural, mas sobretudo sobre a forma como as sociedades se encontram organizadas, principalmente ao nível da composição e funções do grupo familiar.

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 activo, ou seja, otimizar as condições favoráveis à saúde e à participação activa das pessoas idosas nos contextos em que vivem, a partir do reconhecimento dos idosos como cidadãos portadores de direitos e deveres.

O papel protector 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.

Iniciámos este trabalho de investigação destacando a importância das Instituições de Solidariedade Social na promoção da autonomia e do envelhecimento activo dos clientes em Centro de Dia (CD). São estas que estão na linha da frente para promover os direitos dos idosos, sobretudo os que se encontram em situação de maior fragilidade social. Deste modo a hipótese colocada à partida pode ser confirmada em determinados aspectos, nomeadamente pelo facto do CD ser um espaço de protecção e de promoção da autonomia dos idosos.

Contudo o mesmo apresenta lacunas no que diz respeito a uma intervenção mais alargada, nomeadamente a articulação e integração social noutros serviços da comunidade e também no que diz respeito à integração do grupo família na dinâmica do centro de dia e na própria vivência do idoso. Este aspecto foi claramente identificado pelos idosos, quando referem que o centro promove a sua autonomia no que diz respeito à participação na dinâmica do mesmo, contudo sentem-se isolados e muitas vezes sós no espaço privado e também público, no que se refere ao acesso a outras instituições da comunidade.

Desta forma podemos inferir que o CD é uma resposta com muitas potencialidades para promover a autonomia e o envelhecimento activo a partir do acompanhamento sistemático e proactivo da cidadania dos seus clientes, através da correcção das desigualdades sociais e da inclusão social, quer no espaço físico do centro quer na comunidade – serviços e família.

Para tal é necessário desenvolver acções proactivas integradas e em rede de modo a que os outros serviços da comunidade como o centro de saúde, serviços sociais, etc, possam trabalhar em conjunto para melhor integrar os idosos na comunidade, assim como apoiar as famílias, tornando-as “famílias amigas” das respostas sociais.

Apesar do esforço para promover a participação no centro de dia, o incentivo à participação social de públicos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos, sugere acções e abordagens mais criativas que envolvam os clientes, as famílias, os profissionais e as instituições da comunidade, num *continuum* de vida que não acaba nem recomeça aos 65 anos.

O paradigma do envelhecimento activo requer abordagens integradas e articuladas e uma intervenção em rede substantiva para potenciar a autonomia dos idosos, não só para a realização das AVD e AIVD, mas principalmente com ênfase na perspectiva de curso de vida.

Em suma requer uma intervenção em rede intersectorial, de modo a que os idosos passem a usufruir de protecção comunitária, tornando-se eles próprios um recurso para o desenvolvimento das comunidades e das sociedades.

A idade dos idosos mudou com os anos. Mais exigente e conhecedores de seus direitos, urge a vontade colectiva enérgica de mudar o rumo às políticas tradicionais, cuja inoperância no longo prazo está hoje totalmente desvendada (Mendes, 2006).

E este é certamente o grande desafio que se coloca às IPSS. Que serviços? Que intervenção? Que actividade?

Bibliografia

- Albuquerque, C. M. S. Oliveira, C.P.F. (2000). Características Psicológicas Associados à Saúde: A importância do auto conceito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, A. N. Guerreiro, M. D. Lobo. (1993). A família. In Luís de França (coord.). *Portugal: Valores Europeus, Identidade e Cultura*, Lisboa, I & D, p. 181-219.
- Andrade, A. M. Franco, R. C. (2007). Economia do Conhecimento e Organizações sem Fins Lucrativos. Porto. SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação. Consultadoria Empresarial e Fomento da Inovação, S.A, pp.9-15.
- Arrazola, F.J. Méndez, A. Lezaun, J.J. (2003). Centros de Día: Atención e Intervención Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo. Fundación Matía Gizartekintza. Departamento de Servicios Sociales.
- Bardin L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio actual. In. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*. Série I. Vol. 15. Porto: UP, pp.289-303.
- Barreto, A. (2008). Ponto de Vista: Portugal, Um Retrato Social. Lisboa: FNAC.
- Barros, C. P. Santos, J. C. G. (Orgs.) (1997). As instituições não lucrativas e a acção social em Portugal. Lisboa: Vulgata.
- Benet, A.S. (2003). Los Centros de Día para Personas Mayores. Universidad de Lleida. Servicio de Publicaciones.
- Bernardes, C. (1993). Teoria Geral da Administração: A análise das Organizações. S. Paulo: Atlas.
- Bonardi G. Souza V.B.A. Morae J.F.D. (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Med*. Nº 17(3), pp.138-144.
- Branden, N. (1995). Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. 18ª Ed. São Paulo: Saraiva.
- Bobbio, N. (1997). O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos. In *Textos Envelhecimento v.6 n.2* Rio de Janeiro 2003. Acedido a 10 de Maio, 2012 de www.portaldoenvelhecimento.org.br, para.15.
- Caldas, C.P. (2002). O idoso em seu processo demencial: o impacto na família. In Minayo, C.S & Coimbra JR., C. (org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

- Camarano, A. A. Pasinato, M.T. (2004). O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In Camarano, A. A. *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, pp. 253-292.
- Carmo, H. Ferreira, P. (1998). Metodologia da Investigação: Guia para Auto – Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, p.216.
- Carta de Ottawa (1986). Promoção da Saúde nos Países Industrializados. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro. Organização Mundial de Saúde. Ottawa. Canadá. Acedido a 11 de Maio, 2012 de www.opas.org.br, pp.1-3.
- Capucha, L. Cabrita, M. Salvado, A. Álvares, M. Paulino, A.L. Santos, S. Mendes, R. (2004). Os Impactos do Fundo Social Europeu na Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiência em Portugal. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção. Protecção contra o “risco de velhice”: que risco? In. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*. Série I. Vol. 15. Porto: UP, pp.338-347.
- Carta de Ottawa (1986). Promoção da Saúde nos Países Industrializados. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro. Organização Mundial de Saúde. Ottawa: Canadá. Recuperado em 11 Março 2011, de www.opas.org.br, pp.1-3.
- Carvalho, M. I. L. B. (2012). Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social. 1ª Ed. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda., pp.19-127.
- Castells, M. Cardoso G. (2005). A Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política. Debates Presidência da República. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, p.21.
- Castiello, M.T.S. (1996). Centro de Día: Conceptualizacion. In Alda, J. Dompardo, J. Montalbo, M. *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Correia, J. C. (2003). Repensar a Sociedade Civil. Covilhã: Edição Manuscrita, p.12.
- Costa, A. B. (1998). Exclusões Sociais. Lisboa: Gradiva, pp. 87-89.
- Costa, M. A. Ermida, J. Cordeiro, J. Almeida, M. Cabete, M. Veríssimo, D. M. Grácio, E. Lopes, A. (1999). O Idoso – Problemas e Realidades. Formasau. Formação e saúde, Lda. Coimbra, p.43.
- Costa, M (2002). Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra: Editora Formasau, p.37.
- Debert, G. G. Simões, J.A. (2002). Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In: Freitas E.V, Py, L. Neri, A. L. Cançado, F.A.X. Gorzoni, M.L. Rocha, S.M. da (orgs.). [2002]. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Cap. 146. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, pp.1366-1373.

Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro. Aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. Diário da República. Nº46. I-Série.

Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de Maio. Estabelece as normas reguladoras para o exercício da função de Director Técnico. Norma XI. Ministério do Emprego e da Segurança Social.

Decreto-Lei n.º 460/77 de 7 de Novembro. Aprova o estatuto das colectividades de utilidade pública. Diário da República. I Série. Nº 257, para.1.

Decreto-Lei nº 519-G2/79, de 29 de Dezembro. Estabelece a disciplina jurídica das instituições que visam prosseguir fins não lucrativos de segurança social.

Despacho Normativo nº 75/92, de 23 de Abril. Estabelece normas reguladoras de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições particulares de solidariedade social. Revoga os Despachos Normativos n.º 12/88. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Diário da República Nº 116. I-Série B.

Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro. Direcção técnica. Estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Diário da República 47/98 – Série I-B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa Nº 13/DGCG. Ministério da Saúde. Acedido a 11 de Junho, 2011 de www.dgs.pt.

Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2011). Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações. Lisboa. Ministério da Saúde.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.

Estatutos da Associação dos Idosos e Deficientes do Penedo. Secção III. Da Direcção. Artigo 35º, ponto 1 a) e b).

Estatuto das IPSS. (1983). Acedido em 3 de Março, 2012, de <http://fiadcpdfs.no.sapo.pt>.

Erbolato, R. M.P L. (2006). Relações sociais na velhice. In Freitas E.V, Py, L. Neri, A. L. Cançado, F.A.X. Gorzoni, M.L. Rocha, S.M. da (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Cap.141. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp.1324-1333.

Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. IN *Sociologia, Problemas e Práticas*, Set. Nº36(9), p. 42.

Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares Contra a Fome (2010). Caracterização das Instituições de Solidariedade Social e das Famílias carenciadas. Estudo realizado pela Universidade Católica Portuguesa, através do Centro de Estudos e Sondagens de Opinião – CESOP e do Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia – CESSS, p.2.

- Fernandes, P. (2002). A depressão no idoso. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora, p.46.
- Ferreira, S. (2000). As organizações do terceiro sector na reforma da Segurança Social. Actas do IV Congresso Português de Sociologia. Edição CDRom, pp.7-8.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. Nogueira, D. (2006). Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra, Edições, Lda.
- Fischer, A. L. (2000). O conceito de modelo de gestão de pessoas: modismo e realidade em gestão de recursos humanos nas empresas brasileiras. In Dutra, J.S. *et al.* São Paulo: Editora Atlas.
- Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento. Uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora. Coleção Campus do Saber. 2ª Ed, p.24-85.
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores, pp.22-147.
- Fortin, M. F., Coté, J. e Vissandjée, B. (1999). A investigação científica. In M. Fortin (2004). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda., p. 307.
- Fortin, M. F. (2003). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: 3ª Ed. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, p.165.
- Franco, R. C. Sokolowski, W. Hairel, E. M. H. Salomon, L. M. (2005). O Sector não Lucrativo Português numa Perspectiva Comparada, In Carvalho, M. I. L. B. (2011). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.
- Gazzaniga, M.S. Heatherton, T.F. (2008). Ciência Psicológica. Mente, cérebro e comportamento. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. C. (1999). Métodos e técnicas em pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Goldani, A. M. (2002). Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: protecção e vulnerabilidades. Debert, G. G. Simões, J. A. (2002). Envelhecimento e Velhice na Família Contemporânea. In Freitas E.V, Py, L. Neri, A. L. Cançado, F.A.X. Gorzoni, M.L. Rocha, S.M. da (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Cap. 146. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, pp.1366-1373.
- Gonçalves, D. Martín, I. Guedes, J. Cabral-Pinto, F. Fonseca, A.M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. In *Psicologia, Saúde e Doenças*. Nº 7(1), pp.137-143.
- Guedes, J., Gonçalves, D., Martín, I. Pinto, C., (2005). O Desafio Político do Envelhecimento Produtivo. Poster apresentado no I Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social. Porto.
- Guterres, C. Silva, C. Santos, P. (2010). Um caminho para as melhores Respostas Sociais: Os últimos cinco anos. In *Pretextos*. Nº 40(12), p.6.

- Hale, A. S. (2000). Depressão. In *Psiquiatria na Prática Médica*. Editora de Revistas e Livros Lda. Vol. 13. Nº 2(4/5). Lisboa, pp. 49-54.
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Fórum*. Nº 40(2), pp.45-57.
- Hill, M. (2003). *Understanding Social Policy* (7 Ed.). Oxford: Blackwell.
- Hoover, S.L. Siegel, J.A. (1986). International demographic trends and perspectives on aging. In: Kalache, A. Veras, R.P. Ramos, L.R. [1986]. *O Envelhecimento da População Mundial um Desafio Novo*. Revista de Saúde Pública. Nº 21(3), pp.200-210.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP]. Classificação Nacional de Profissões. Acedido a 25 de Outubro, 2012 de www.iefp.pt/formacao.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2003a). Esperança de vida. In *Conceitos do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2003b). Esperança média de vida. In *Conceitos do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2003c). Famílias Clássicas. In *Conceitos do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2003d). Taxa de fecundidade. In *Conceitos do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2003e). Taxa de mortalidade. In *Conceitos do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2003f). Taxa de natalidade. In *Conceitos do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2008). Estatísticas Demográficas 2007: Breve síntese da situação Demográfica. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt, p.9.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011a). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. In *Destaque do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 www.ine.pt.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011b). Censos 2011. Resultados Provisórios. In *Destaque do INE*. Acedido a 15 de Fevereiro, 2012 de www.ine.pt, p.1.
- Instituto para a Qualidade na Formação [IQF]. (2005). *O Sector dos Serviços de Proximidade: serviços de acção social*. Lisboa: Facsimile, Lda.
- Instituto da Segurança Social, IP [ISS]. *Modelo de Avaliação da Qualidade Centro de Dia*. 2ª Ed. Acedido a 2 Maio, 2011 de www2.seg-social.pt, p.2.

Instituto da Segurança Social, IP [ISS]. Manual processos-chave Centros de Dia. 2ª Ed. Acedido a 2 Maio, 2011 de www2.seg-social.pt.

Instituto da Segurança Social, IP [ISS]. Manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais. Acedido a 2 Maio, 2011 de www2.seg-social.pt.

Jacob, L. (2007). Animação de Idosos. Porto: Ambar, p.31.

Jacob, L.(2009). Apontamentos do Curso de Gestão de Instituições para Idosos. Acedido a 2 Maio, 2011 de www.socialgest.pt.

Kalache, A. Veras, E. P. Ramos, L. R (1986). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. In *Revista Saúde Pública* [1987]. Vol.21. Nº3(6). São Paulo, pp.200-202.

Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. In *Revista Ciência e Saúde Colectiva*. Vol.13. No.4(7/8).

Kaye, L.W., Butter, S. S. Webster, N. M. (2003). Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. *Ageing International Spring*, 28(2), 200-213. In Martin, I. Guedes, J. Gonçalves, D. e Cabral-Pinto C. *O desenvolvimento do paradigma do envelhecimento produtivo: Os novos papéis dos seniores na sociedade*. Lisboa: Edições Piaget.

Kofi A. (2002). Envelhecimento produtivo: Trabalho de Voluntariado Realizado por Idosos. Discurso de abertura da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Acedido a 2 Maio, 2011 de www.unric.org.

Lakatos, E.M. Marconi, M.A. (2003). Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas.

Lei de Bases n.º 38/2004, de 18 de Agosto. Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. Acedido a 15 Setembro 2012, de <http://dre.pt/pdf1s/2004/08/194A00/52325236.pdf>.

Lucas, F.P.L.S. Pereira, H. C. (2010). Gestão das IPSS com valências diversificadas: proposta de um modelo de referência de actuação estratégica dos dirigentes. Biblioteca do ISCTE. Instituto Universitário de Lisboa.

Marques, S. (2011). Discriminação da Terceira Idade, p.79. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Marshall, T. H. (1967). Cidadania, classe social e status. Trad. Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p.220.

Martinelli, M. L. (1999). Pesquisa Qualitativa – Um Instigante Desafio. São Paulo: Veras Editora.

Martins, C. R. M. (2002). O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais. In *Textos Envelhecimento*.

- V.6. N.2. Rio de Janeiro. Acedido a 10 Maio, 2011 de www.portaldoenvelhecimento.org.br, para.41.
- 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.
- Mendes, F. R. (2005). Conspiração Grisalha. Segurança Social. Oeiras: Celta Editora, pp.19-31.
- Mosquera, J.J.M.M. (1977). A Adolescência e Provação. A auto-estima no adolescente. Porto Alegre: Sulina, p.44.
- Mozicafreddo, J. P. (1994). O Estado-providência em transição. In *Sociologia – Problemas e Práticas. N.º 16*, pp.11-41)
- Nunes, F. Reto, L. Carneiro, M. (2001). O terceiro sector em Portugal: delimitação, caracterização e potencialidades. Lisboa. Instituto António Sérgio do Sector Cooperativo, p.127.
- Oliveira, J. H. B. (2005). Psicologia do envelhecimento e do idoso. Porto: Legis Editora, p.6.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2007). Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OCDE Countries and The Future Implication. OCDE Health Working Papers, nº26, p.11.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1991). Princípios das Nações Unidas para o Idoso. Resolução 46/91. Acedido a 30 de Abril, 2011 de www.ufrgs.br/bioetica/onuido.htm, pp.1-2.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1993). Declaração e Programa de Acção de Viena. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Acedido a 25 de Março, 2011 de www.gddc.pt.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). Envelhecimento activo: Um Projecto de Política de Saúde. Uma contribuição da Organização Mundial de Saúde para o Segundo Encontro Mundial sobre Envelhecimento. Madrid: Espanha.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2002a). Determinantes do Envelhecimento Activo. Acedido a 25 de Março, 2011 de www.unric.org, p.41.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2002b). International Plan of Action on Ageing 2002. In *Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, Madrid. Acedido a 25 de Março, 2011 de www.unric.org, para.2-11.

- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2002c). Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento conclui em Madrid. Aprova Plano de Acção e Declaração Política. Acedido a 11 de Março, 2011 de www.unric.org, pp.1-5.
- Osório, R. A. Pinto, F. C. (Coord.) (2007). As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget, pp.15-185.
- Pacheco, J. A. (1995). O Pensamento e a Acção do Professor. Porto: Porto Editora, p.72.
- Payne, M. (2002). Teoria do Serviço Social Moderno. Quarteto Editora, p.143.
- Paúl, C. (1997). Lá para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2000). Bem-estar e satisfação de vida em Idosos. In *Terceira Idade: Uma Questão para a Educação Social*. Universidade Portucalense. Porto: Educação Social, p.29-30.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. In *Sociologia IS*. Porto: FLUP. Departamento de Sociologia.
- Paúl, C. Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento em Portugal. Manuais Universitários 42. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. Cruz, P. [Coord]. (2009). Envelhecimento activo: mudar o presente para ganhar o futuro. Portugal. Rede Europeia Anti-Pobreza.
- Pimentel, L. (2005). O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias. 2º Ed. Colecção Saúde e Sociedade. Lisboa: Quarteto, pp.30-42.
- Pimentel, L. (2008). Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. In *VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, Lisboa.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. In *Psicologia em Estudo*. Nº 9.
- Pikumas, J. (1978). Desenvolvimento Humano. In Almeida (2008). *O conceito de velhice*. Artigos Científicos. Acedido a 2 de Maio, 2012 de www.autores.com.br.
- Pordata (2011a). Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo em Portugal. Acedido a 2 de Maio, 2012 de www.pordata.pt.
- Pordata (2011b). Contributo dos saldos natural e migratório para a variação populacional anual (%) em Portugal. Acedido a 2 de Maio, 2012 de www.pordata.pt.
- Pordata (2011c). Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução em Portugal. Acedido a 2 de Maio, 2012 de www.pordata.pt.
- Pordata (2012a). Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil em Portugal. Acedido a 2 de Maio, 2012 de [/www.pordata.pt](http://www.pordata.pt).

Pordata (2012b). Taxa bruta de natalidade em Portugal. Acedido a 2 de Maio, 2012 de www.pordata.pt.

Portaria n.º 139/2007, de 29 de Janeiro. Aprova o Regulamento de Registo das Instituições Particulares de Solidariedade Social do Âmbito da Acção Social do Sistema de Segurança Social. Revoga a Portaria n.º 778/83, de 23 de Julho. Diário da República N.º 20. I Serie. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Primo, J. Mateus, D. (2008). Normas para Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento (Aplicáveis às dissertações de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa: Reitoria.

Quaresma, M. L. (1996). Cuidados familiares às pessoas muito idosas, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, *Working Paper* n.º W93/24/pt da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, elaborado em 1993. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social.

Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., e Pereira, M. (2004). O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência. Lisboa: CESDET – Cooperativa de Ensino Superior de Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico.

Quaresma, M.L. (s.d.). Que sentido tem a autonomia no quotidiano das sociedades contemporâneas? Acedido a 5 de Maio, 2012 de www.umcci.min-saude.pt, p.6.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (1992). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 3ª Ed. Lisboa: Gradiva, p.192.

Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso. In. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol 19. N.º 3. São Paulo: Rio de Janeiro.

Ramos, M. C. (2011). Economia solidária, plural e ética, na promoção do emprego, da cidadania e da coesão social. *Laboreal*. N.º 7(1), pp. 81-104.

Rangel, A. (2006). O que Podemos Aprender com os Gansos. Casa das Letras. Colecção: Gestão & Comunicação, p.27.

Rebelo, J. Penalva, H. (2004). Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade. In Paúl, C. Fonseca, A.M. [2005]. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, O. Paul, C. (2011). Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda., p.2

Rosa, M. J. V. (1997). O Envelhecimento e as Dinâmicas Demográficas da População Portuguesa a partir de 1960: Dos dados ao Dilema. In Barreto. A. (Orgs.). *A Situação*

- Social em Portugal, 1960-1995.* (1997). 3ª Ed. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, pp.192-196.
- Rosanvallon, P. (1991). A Crise do Estado-Providência. In: Carvalho, M. I. L. B. (2011). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social.* Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda., pp.64-65.
- Sampieri, R. H. Collado, C. Lucio, P. (2006). Metodologia de Pesquisa. São Paulo: McGraw, p.98.
- Santana, F. Rosimere, I. S. (2003). Teorizando o envelhecer para cuidar da pessoa idosa: estudo sociopoético. Resumo. In *Revista de Enfermagem* (2005). Vol. 9. Nº2(8). Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 183-191.
- Santos, S. S. C. (2003). Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. In *Textos Envelhecimento.* V.6. N.2. Rio de Janeiro.
- Santos, P. M. d. (2005). Toda a economia deveria ser solidária. In Andrade, A. M. Franco, R. C. (2007). *Economia do Conhecimento e Organizações sem Fins Lucrativos.* Porto: SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação. Consultadoria Empresarial e Fomento da Inovação, S.A, p.16.
- Santos, A. (2005). O que é transdisciplinaridade. Periódico Rural Semanal. Nº 31 e 32 (8/9). UFRRJ.
- Santos. H. (2009). Envelhecer com qualidade, In *Percursos & Ideias. Nº 1. 2ª Série. Revista Científica do ISCET*, pp.199-206.
- Silva, F. M. (2008). Terceiro Sector e o Desafio da Sustentabilidade: Aspectos políticos, técnicos, económicos e sociais. Acedido a 8 de Outubro, 2012 de www.lume.ufrgs.br.
- Simões, A. (2006). A Nova Velhice. Colecção Idade do Saber. Nº5. Porto: Âmbar – Ideias no Papel, S.A.
- Soeiro, M. A. S. (2010). Envelhecimento Português Desafios Contemporâneos. Políticas e Programas Sociais – Um Estudo de Caso. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de Mestre orientadas pela orientação científica da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues e da Professora Doutora Maria João Guardado Moreira.
- Sousa, L. Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. In *Psychologica.* Nº 33, pp.109-122.
- Stuart-Hamilton, I. (2002) A Psicologia do Envelhecimento: Uma Introdução. 3ª Ed. São Paulo: Artmed, p.203.
- Tenório, F. G. (2001). Gestão de ONGs: Principais Funções Gerenciais. 5ª Ed. São Paulo. FGV
-

- Torres, A. (1995). *Demografia e Desenvolvimento: Elementos Básicos*. Trajectos Portugueses. Lisboa: Gradiva, p.29.
- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. In Teixeira, I.N.A.O. Neri, A.L. (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida*. Psicologia. USP. V.19. N.1(3). São Paulo, para.1.
- Torres, M. (2008). IV Congresso Português de Sociologia. *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, p. 146.
- União Europeia [EU]. (2002). *Envelhecimento e tendências demográficas: uma questão essencial para o mundo*. Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu. Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial Promover o Progresso – Económico e Social num Mundo em Envelhecimento Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. COM/2002/0143 final, para.11-14.
- União Europeia [EU]. (2005). *Livro Verde: Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas*. Comunicação da Comissão COM(2005) 94 final.
- União Europeia [EU]. (2009). *Gerir o impacto do envelhecimento da população na EU. Relatório sobre o Envelhecimento Demográfico 2009*. Comunicação da Comissão COM(2009) 180 final.
- União Europeia [EU]. (2010). *Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Ano Europeu do Envelhecimento Activo (2012)*. COM/2010/0242 (COD).
- União Europeia [EU]. (2012a). *Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de Acção 2012/Portugal*. Decisão N.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro.
- União Europeia [EU]. (2012b). *Os desafios demográficos e a solidariedade entre gerações* Resolução do Parlamento Europeu, de 11 de Novembro de 2010, sobre os desafios demográficos e a solidariedade entre gerações (2010/2027(INI). In *Jornal Oficial n.º C 074 E*.
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. In A. Santos Silva, & J. Madureira Pinto (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, p.104.
- Viegas, S. M. Gomes, C. A. (2007). *A Identidade na Velhice*, Porto: Âmbar, pp.40-41.
- Vieira, E. B. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter, p.52.
- Walker, A. (1995). *Integrating the family in the mixed economy of care*. In Figueiredo, D. Sousa, L. (2008). *Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 26. N.º1(1/6), pp.15-24.

World Health Organization [WHO]. (2005). Envelhecimento Activo: uma política de saúde. (S. Gontijo. Trad.). Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 11 de Fevereiro, 2011 de <http://bvsms.saude.gov.br>, p.13-31.

Zimerman, G. I. (2000). Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed.

Apêndices

Índice de Apêndices

Apêndice I – Carta endereçada à Directora-geral da AIDP

Apêndice II – Guião de entrevista semi-directiva à Directora-geral da AIDP

Apêndice III – Guião de entrevista semi-directiva à Coordenadora do CD da AIDP

Apêndice IV – Questionário semi-estruturado aplicado aos clientes

Apêndice V – Grelha de análise de conteúdo à entrevista feita à Directora-geral da AIDP

Apêndice VI – Grelha de análise de conteúdo à entrevista feita à Coordenadora do Centro de
Dia