

Pedro Afonso Ferreira Monteiro

## Escutar o silêncio



Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015



Pedro Afonso Ferreira Monteiro

## Escutar o silêncio



Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Pedro Afonso Ferreira Monteiro

## Escutar o silêncio

Ass: \_\_\_\_\_  
Pedro Afonso Ferreira Monteiro

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Serviço Social, sob a orientação do Professor Doutor Luís Santos.

## **Resumo**

O envelhecimento constitui um dos principais problemas das sociedades ocidentais contemporâneas, na medida em que, fruto do menor número de nascimentos, o desequilíbrio demográfico tem assumido proporções preocupantes. Para além disso, a grande parte dos idosos possui poucos recursos económicos, é mais frágil em termos físicos, psíquicos e sociais, o que os impossibilita de ter um papel activo na comunidade. Perante essas vulnerabilidades, as famílias dos idosos têm vindo a encontrar nos Centros de Dia uma resposta às suas necessidades quotidianas.

Assim, na primeira parte deste trabalho, existe uma descrição dos instrumentos, procedimentos, caracterização dos participantes, objectivos e justificação do estudo. Na segunda parte irei apresentar uma revisão da literatura no domínio do envelhecimento nos seus mais variados aspectos; falarei também sobre o aparecimento e respostas que a valência de Centro de Dia pode prestar a esta problemática; seguindo-se de um resumido enquadramento geográfico e social da Instituição onde realizei o meu estágio, Associação de Apoio a Idosos e Jovens da Freguesia de Meca.

Na terceira parte do trabalho irei debruçar-me na componente empírica desta investigação e que tem como principal objectivo averiguar quais as principais motivações, que levam os idosos a frequentarem um centro de dia num meio rural? E ao mesmo tempo realizar uma breve caracterização destes idosos.

Por isso, este estudo quantitativo seguirá um desenho exploratório e descritivo, apoiado no auto-relato e na análise documental.

Esta é uma investigação desenvolvida através do método de inquérito psicossocial e baseado na técnica da entrevista.

Este estudo proporcionou um maior conhecimento acerca da instituição e permitiu concluir que a maior parte dos idosos frequentam o Centro de Dia principalmente devido a problemas de saúde, e devido à solidão.

**Palavras-chave** – Idosos, Envelhecimento, Centro de dia, Zona rural

## **Abstract**

Nowadays the aging is one of the main problems of humanity, it is transforming the most developed societies in aging societies.

Most of the elders have few economical resources, are more physically, psychologically and socially fragile. This makes it impossible for them to take an active role in the community. Given these vulnerabilities, the elders' families, find in Day Centres the help to satisfy their everyday needs.

In the first part of this work, there is a literature review in the field of aging in its various aspects; I will also talk about the appearance of Day Centres and the solutions that they find to this problem; followed by a brief geographical and social description of the institution where I did my internship, Associação de Apoio a Idosos e Jovens da Freguesia de Meca.

In the second part of this work, I will present the empirical component of this research which main goal is to enquire about what are the main reasons that make the elders attend a day center in a rural environment? At the same time I will do a brief characterization of these seniors.

Therefore, this qualitative study will follow an exploratory and descriptive design, supported on self-reporting and document analysis.

This is a research developed through psychosocial survey method and based on the technique of interview.

This study provided me a better knowledge of these institutions and allowed me to conclude that most of the elders attend the Day Centre mainly due to health problems and loneliness.

**Keywords** - Elders; Aging; Day center; Countryside.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar aos idosos, que participaram de forma voluntária e espontânea no estudo que se pretendeu levar a cabo e sem os quais não seria possível a sua concretização.

Ao Director Técnico da Associação de Apoio a Idosos e Jovens da Freguesia de Meca (AAIJFM), Dr. Nélson Pereira, pelo acolhimento, disponibilidade e simpatia. Uma pessoa de uma abertura, proximidade e sensibilidade, tanto em relação aos clientes como em relação à comunidade exterior ao lar, de se “tirar o chapéu”.

Aos restantes colaboradores da instituição, que sempre se demonstraram disponíveis para colaborar, pessoas trabalhadoras, dedicadas e sensíveis para com os idosos.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador, Professor Doutor Luís Santos, pela orientação e disponibilidade que teve durante todo o tempo do desenvolvimento deste trabalho, pelo apoio incondicional e pela motivação transmitida. Pela coragem e sobretudo pela vivacidade e entusiasmo demonstrado pelo meu trabalho ao ver e ouvir algumas das histórias de vida e experiências contadas acerca dos idosos.

Agradeço a todos os meus professores, sem excepção, por me terem transmitido conhecimentos aos quais estava alheio, contribuindo, por isso, para a minha formação no âmbito do Serviço Social.

Agradeço incondicionalmente à minha mulher, ao meu filho e aos meus pais, pelo apoio que desde sempre demonstraram, pela compreensão perante as ausências que a “nova gestão de tempo” obrigou.

E a todos aqueles que me acompanharam e outros que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho no âmbito da minha licenciatura.

## **Índice de Siglas**

AAIJFM - Associação de Apoio a Idosos e Jovens da Freguesia de Meca

CAO - Centro de Actividades Ocupacionais

CD - Centro de Dia

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

INE - Instituto Nacional de Estatística

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Evolução do índice de envelhecimento no Concelho de Alenquer.....	29
<b>Gráfico 2</b> - Evolução do índice de envelhecimento por freguesias no Concelho de Alenquer .....	29
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos participantes em função do sexo .....	31
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos participantes em função da idade e do sexo .....	32
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos participantes em função do estado civil.....	32
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos participantes em função do seu local de residência..	33
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição dos participantes em função da titularidade da residência.....	34
<b>Gráfico 8</b> - De que forma os participantes conheceram a AAIJFM.....	36
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição dos participantes em função do seu grau de autonomia..	37
<b>Gráfico 10</b> - Indicadores referentes ao transporte utilizado e sobre quem leva, ou não, jantares para casa.....	38
<b>Gráfico 11</b> - Indicadores referentes às actividades que os participantes mais gostam de praticar.....	41
<b>Gráfico 12</b> - Indicadores referentes à percepção que os participantes têm de virem a viver num lar.....	42

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1</b> - População residente por Freguesia (2001 e 2011) .....	26
<b>Quadro 2</b> - Estrutura Etária da População residente por Freguesia (2011) .....	27
<b>Quadro 3</b> - Indicadores demográficos por unidade territorial (%) .....	28
<b>Quadro 4</b> - Indicadores referentes à convivência dos participantes .....	34
<b>Quadro 5</b> - Indicadores referentes à escolaridade .....	35
<b>Quadro 6</b> - Indicadores referentes ao tempo de frequência no CD .....	36
<b>Quadro 7</b> - Indicadores referentes aos motivos para frequentar o CD .....	39
<b>Quadro 8</b> - Indicadores referentes aos rendimentos dos participantes.....	40

## **Índice de Anexos**

Anexo A - Guião de entrevista

Anexo B - Pedido de autorização para realização de investigação

Anexo C - Declaração de consentimento informado

## Índice Geral

Resumo .....	I
Abstract .....	II
Agradecimentos .....	III
Índice de Siglas .....	IV
Índice de Gráficos .....	V
Índice de Quadros .....	VI
Índice de Anexos.....	VII
Introdução Geral .....	01
<b>Capítulo I – Do objecto ao método .....</b>	<b>03</b>
1.1 Introdução .....	03
1.2 Enunciado do problema .....	03
1.3 Objectivos do estudo .....	06
1.4 Instrumentos e procedimentos .....	07
1.5 Participantes .....	07
1.6 Justificação do estudo .....	07
<b>Capítulo II – O envelhecimento e a velhice: Breves considerações .....</b>	<b>08</b>
2.1 Introdução .....	08
2.2 Compreender o fenómeno do envelhecimento .....	09
2.3 Aspectos fisiológicos do envelhecimento .....	11
2.4 Aspectos psicológicos do envelhecimento .....	12
2.5 Aspectos sociais do envelhecimento .....	13
2.6 A velhice ao longo da história e o seu trato nas diferentes sociedades .....	15
2.7 As instituições sociais de ajuda na velhice .....	18
2.8 Velhice em contexto de Centro de Dia .....	19
2.9 Conceito de envelhecimento activo .....	24

<b>Capítulo III - Enquadramento geográfico e social da AAIJFM .....</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados .....</b>	<b>30</b>
4.1 Introdução .....	31
4.2 Caracterização dos participantes em função do sexo e da idade .....	31
4.3 Caracterização dos participantes em função do estado civil, da residência e convivência .....	32
4.4 Caracterização dos participantes em função do grau de escolaridade .....	35
4.5 Caracterização dos participantes em função do modo como conheceram a AAIJFM e do tempo de frequência do Centro de Dia .....	35
4.6 Caracterização dos participantes em função do seu grau de autonomia .....	37
4.7 Caracterização dos participantes em função das razões pelas quais frequentam o Centro de Dia e dos seus rendimentos .....	38
4.8 Caracterização dos participantes em função das actividades que mais gostam de praticar e da sua percepção acerca da possibilidade de virem a viver num lar .....	41
Reflexões finais .....	42
Referências Bibliográficas .....	46

*Meu Querido, Meu Velho, Meu Amigo*

Esses seus cabelos brancos, bonitos  
Esse olhar cansado, profundo  
Me dizendo coisas num grito  
Me ensinando tanto do mundo  
E esses passos lentos de agora  
Caminhando sempre comigo  
Já correram tanto na vida  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Sua vida cheia de histórias  
E essas rugas marcadas pelo tempo  
Lembranças de antigas vitórias  
Ou lágrimas choradas ao vento  
Sua voz macia me acalma  
E me diz muito mais do que eu digo  
Me calando fundo na alma  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Seu passado vive presente  
Nas experiências contidas  
Nesse coração consciente  
Da beleza das coisas da vida  
Seu sorriso franco me anima  
Seu conselho certo me ensina  
Beijo suas mãos e lhe digo  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Eu já lhe falei de tudo  
Mas tudo isso é pouco  
Diante do que sinto  
Olhando seus cabelos tão bonitos  
Beijo suas mãos e digo  
Meu querido, meu velho, meu amigo

Olhando seus cabelos tão bonitos  
Beijo suas mãos e digo  
Meu querido, meu velho, meu amigo  
Olhando seus cabelos tão bonitos  
Beijo suas mãos e digo  
Meu querido, meu velho, meu amigo

*Erasmão Carlos*

## **Introdução Geral**

Falar sobre velhice é algo que não é fácil, nem simples, uma vez que vivemos numa sociedade que se alimenta da força, da beleza, da vitalidade, da aparência, e que por isso

tende a olhar para a terceira idade com uma certa negligência. O que se pode dizer é que este tema foi durante algum tempo quase um “tabu”, na medida em que falar de velhice e/ou corpos envelhecidos, incomoda bastante uma sociedade que tem como base a produção, e que se tem vindo a pautar durante os últimos séculos por dicotomias do tipo: corpo/espírito; novo/velho; feio/bonito; branco/negro, entre outros.

Nesta sociedade, dilacerada até as raízes por essas contradições dicotómicas, a mulher e a criança, as pessoas com deficiência e os idosos são, segundo Bosi (1994), instâncias privilegiadas das crueldades provocadas por tais distorções. O interesse pela velhice nas últimas décadas passou necessariamente pela compreensão de alguns aspectos relacionados com a dimensão demográfica deste mesmo segmento etário. O desenvolvimento da medicina e da tecnologia, bem como da consciência social deram azo a um aumento da qualidade de vida e consequentemente da esperança média de vida. Deste modo, uma curva crescente ao nível dos indivíduos com idade superior a 60 anos obriga a que procedimentos novos, com contornos semelhantes aos de uma emergência, se apresentem. Este cenário requer, por parte dos profissionais das diferentes áreas, uma atenção redobrada no sentido de que estes se qualifiquem para oferecer serviços variados e com uma qualidade melhorada aos idosos.

Posto isto, a ideia central do trabalho que agora apresentamos emerge da nossa motivação em compreender os motivos que levam um idoso, que vive num meio rural, a optar por frequentar um centro de dia, assim como perceber a realidade sócio demográfica apresentada pelos clientes de um Centro de Dia localizado na Região da Grande Lisboa. Em termos de organização, o presente trabalho encontra-se organizado em três partes: o objecto de estudo, a parte teórica e a parte empírica.

Na primeira parte, o objecto de estudo, existe uma descrição dos instrumentos, procedimentos, caracterização dos participantes, objectivos e justificação do estudo, a segunda parte, parte teórica tem dois capítulos, um com uma revisão da literatura onde consta variados aspectos sobre o envelhecimento e a velhice, e um segundo capítulo sobre o enquadramento geográfico e social da Instituição. E uma terceira parte, parte empírica onde iremos desenvolver a ideia central do trabalho.

## **Capítulo I – Do objecto ao método**

### **1.1 Introdução**

No presente capítulo dar-se-ão a conhecer os aspectos motivadores da escolha desta temática, entre os quais de ordem social, científica, profissional e pessoal. Antes de mais, a realidade actual é reveladora de um número crescente de idosos e que inclusive continuará o seu trajecto ascendente nos próximos anos, algo que é passível de ser lido no aumento da esperança média de vida. Razão pela qual a abordagem de novas áreas e o consequente aprofundamento destas, se torna fundamental na construção do profissional de amanhã. Por outro lado, em virtude de o estágio de final de licenciatura nos ter levado até à Associação de Apoio a Idosos e Jovens da Freguesia de Meca, terá igualmente sido determinante no desejo de aprofundar conhecimentos acerca desta população. Tais conhecimentos poderão vir a revelar-se de extrema utilidade aquando de uma intervenção a nível profissional, na medida em que o enraizamento do gosto por esta faixa etária é já uma realidade.

### **1.2 Enunciado do problema**

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999), qualquer pessoa começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Deste modo, este trabalho reflecte a importância do envelhecimento com qualidade de vida no idoso nomeadamente na valência de centro de dia num meio rural. O interesse deste tema foi suscitado pela leitura de diversos artigos sobre o aumento da esperança média de vida em Portugal, da manutenção da independência e a importância da autonomia do idoso na realização das actividades do seu dia-a-dia. Segundo Freitas et al. (2002), o envelhecimento é comum a todos os seres humanos sendo que, actualmente, o número de idosos tem vindo a aumentar significativamente. Este é um processo biológico, intrínseco, progressivo e individual, no qual se podem reconhecer aspectos físicos e fisiológicos inerentes.

A rápida progressão do número de pessoas de idade avançada, no contexto das profundas mudanças sociais, económicas e culturais em curso na sociedade portuguesa, exige uma análise rigorosa sobre a adequação do sistema de cuidados às necessidades dos indivíduos deste grupo etário e respectivas famílias. Encontramo-nos numa era de persistente envelhecimento demográfico que exige, por isso, novas respostas e novos recursos de apoio. Face a este contexto, o envelhecimento populacional é, no presente, um dos maiores desafios políticos e económicos do futuro (Squire, 2005).

De facto, segundo Giddens (2009), hoje vivemos numa sociedade em pleno envelhecimento onde a proporção de pessoas com idade superior a 65 anos está a aumentar de forma sustentada. Nas sociedades modernas os idosos tendem a ter um estatuto inferior e menos poder do que era costume nas culturas pré-modernas. Nestas, tal como nas sociedades não ocidentais da actualidade (como a Índia ou a China), acreditava-se que a velhice trazia sabedoria, e em qualquer comunidade os mais idosos eram aqueles que tomavam a maior parte das decisões principais. Hoje em dia o avançar da idade implica normalmente o oposto. O saber acumulado das pessoas mais velhas deixou em grande medida de ser considerado pelos mais novos como uma reserva valiosa de sabedoria, passando apenas a ser visto como algo desactualizado.

O envelhecimento acarreta múltiplas alterações, quer em termos físicos, mentais, sociais e económicos, podendo ocorrer a perda de competências e o aparecimento de dependências. Significa que, a par das alterações biológicas e psicológicas inerentes ao envelhecimento, existem transformações nos papéis sociais, exigindo capacidade de ajuste e adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). É neste enquadramento que o título deste trabalho foi escolhido, tendo em conta que grande parte dos idosos é afectada na qualidade da sua vida diária pela solidão, daí ser importantíssimo saber “escutar e entender o silêncio”. Segundo Netto (2006), apesar de esta ser uma condição pouco investigada, é reconhecida pelos profissionais de geriatria e gerontologia. Num meio disperso e rural, como é o concelho de Alenquer, a solidão pode assumir contornos dramáticos para o idoso. Quais as alternativas para abordar este problema? Será o centro de dia uma resposta efectiva e eficaz perante este cenário?

Tendo frequentado o estágio na Associação de Apoio a Jovens e Idosos da Freguesia de Meca, e tendo esta instituição a valência de centro de dia, tivemos a oportunidade de beneficiar de uma prática muito reflectida, junto das clientes desta valência. Enveredamos também por um instrumento de avaliação de diagnóstico (entrevista), que auxilie o profissional no que toca ao levantamento de factores determinantes e balizadores da intervenção.

Uma vez conhecidas as necessidades importa traçar uma proposta de intervenção, na certeza porém de que esta não pode estar sujeita a uma arbitrariedade cega, já que conduziria, sem dúvida, a uma perda total do sentido da intervenção. Muito pelo contrário, este processo deverá constituir-se como uma reflexão mais ou menos profunda acerca daquilo que o grupo de trabalho realmente necessita e aquilo que um Assistente Social, poderá ter para oferecer.

Assim sendo, são incontornáveis as etapas pelas quais se orienta o processo de selecção e de adequação da oferta relativamente ao grupo a quem se destina. Entre estas encontramos a:

1. Fase da aproximação, que mais não é, tal como o próprio nome indicia, do que uma primeira abordagem entre o assistente social e o idoso, não perdendo nunca de vista que é incumbência de quem chega (assistente social) estabelecer este primeiro contacto com quem já estava presente (idoso), pois afinal a instituição é a “casa” onde o idoso passa do dia.

2. A fase do diálogo que se traduz no momento em que o assistente social se revela um excelente ouvinte, qualidade imperativa no trato com populações idosas, ou seja, esta é uma etapa em que se promove uma conversação de cariz informal e descontraído de puro regozijo entre gerações tão distantes e que serve, para o idoso, como um canal através do qual se relatarão vivências passadas ou até mesmo actuais. Por muito desprovido de um propósito de fundo que este diálogo aparente ser, ele serve para que se consiga criar um elo de ligação entre assistente social e idoso, vínculo este que virá mais tarde a dar os seus frutos, aquando da intervenção. Paralelamente a esta conversa assistir-se-á ao anotar por parte do assistente social daquelas que serão as suas

condições de laboração, nomeadamente limitações de carácter económico, empecilhos de ordem física ou temporal, etc.

3. Superadas as duas etapas anteriores impera agora a fase da recolha e agrupamento da informação, sendo este um momento que precede um período já considerável de diálogo e onde se procederão a triagens acerca das preferências, personalidades e motivações, entre outros, de cada idoso.

É pois, através do tratamento desta selecção de informação que o assistente social procurará assegurar a congruência entre aquilo que proporciona, a quem proporciona e quando proporciona.

4. Por último, mas não menos importante, deparamo-nos com a fase da selecção, altura em que se espera que, atendendo a factores tão determinantes como a idade média, o meio familiar, as capacidades mentais e motoras do mesmo e ainda preferências pessoais, se proceda a uma hierarquização dos motivos e do contexto que leva um idoso num meio rural a optar por esta valência. Assim como proceder a uma caracterização social e demográfica destes idosos.

### **1.3 Objectivos de estudo**

O objectivo geral do presente estudo visa compreender o processo do envelhecimento e as suas características, bem como os motivos que levam os idosos do concelho de Alenquer a frequentarem um centro de dia.

Foram igualmente definidos os seguintes objectivos específicos:

1. Caracterizar sócio-demograficamente os clientes do Centro de Dia da AAIJFM;
2. Identificar as razões que levaram os clientes do Centro de Dia da AAIJFM a optar por esta valência;
3. Explorar as dinâmicas dos clientes que frequentam o Centro de Dia da AAIJFM;
4. Identificar anseios e expectativas em relação ao futuro por parte dos clientes que frequentam o Centro de Dia da AAIJFM.

#### **1.4 Instrumentos e procedimentos**

Para a realização desta investigação, foi elaborado um guião de entrevista (Anexo A), de carácter quantitativo, que serviu para recolher informações, consideradas essenciais para a compreensão da relação do idoso com o centro de dia, nas mais variadas vertentes. Porque foram recolhidos dados numa instituição, e porque o investigador está obrigado a cumprir determinados procedimentos éticos e deontológicos, respeitámos a condição prévia à realização de um estudo desta natureza, elaborando um pedido formal à direcção da Associação de Apoio a Jovens e Idosos da Freguesia de Meca, para que a investigação pudesse ser levada a cabo (Anexo B),

Aos idosos participantes, foi fornecida informação a respeito do tipo de estudo, designadamente os procedimentos utilizados durante o mesmo, e a duração previsível deste, dando-lhes garantias de anonimato e de confidencialidade. Após terem tido acesso a essa informação, e de terem decidido, livre e espontaneamente participar, foi-lhes solicitada a sua declaração escrita do seu consentimento informado (Anexo C). Trata-se de um estudo quantitativo e que obedece a um desenho exploratório e descritivo, apoiado no auto-relato e na análise documental. É um estudo desenvolvido através do método de inquérito psicossocial baseado na técnica da entrevista.

#### **1.5 Participantes**

A investigação aqui apresentada foi realizada junto de 38 idosos com idades compreendidas entre os 65, e os 100 anos, residentes maioritariamente na freguesia de Meca, ou em outras freguesias limítrofes, pertencentes ao concelho de Alenquer, distrito de Lisboa, e que frequentam a valência de centro de dia na Associação de Apoio a Jovens e Idosos da Freguesia de Meca.

#### **1.6 Justificação do estudo**

Com os progressos evidentes da medicina e a tendência visível do crescimento acentuado da população idosa, algumas questões ficam no ar: será justo prolongar a

vida e não fornecer, posteriormente, condições de sobrevivência dignas? Vendo nesta óptica, poderá afirmar-se que mais vale acrescentar vida aos anos do que anos à vida! E se tivermos em conta que, a partir dos 30 anos de idade, todos nós começamos a cada ano, a perder faculdades? Será que reflectir neste facto muda em alguma coisa a nossa percepção e atitude face aos nossos idosos. Se não muda, deveria, só pelo simples facto de ser uma caminhada a que ninguém pode fugir, é a meta da nossa vida. Para começar há que, sobretudo, encarar o envelhecimento, na sua totalidade, como um processo e a pessoa idosa como um indivíduo com enorme potencial. Com esta ideia, e pelo facto de esta população ser bastante negligenciada, justifica-se a pertinência de desenhar este estudo, começando por perceber a realidade quotidiana destes idosos, fazer algo com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, e aumentar, tanto para nós (futuros Assistentes Sociais), como para outros profissionais ligados a problemática, o leque de instrumentos de avaliação. Outra das motivações para a realização do estudo foi o facto de termos estagiado na área da gerontologia e por considerarmos ser urgente pensar a intervenção actual com base nas reais necessidades destes idosos pertencentes a um meio rural. A nível profissional esperamos que este trabalho venha a tornar-se deveras importante, pois pretendemos seguir o trabalho com esta população, e é nosso objectivo primordial dar tudo o que seja possível e saiba para que esta faixa etária tenha o final de vida com tudo o que merecem e com o mínimo de sofrimento.

## **PARTE TEÓRICA**

### **Capítulo II – O envelhecimento e a velhice: Breves considerações**

#### **2.1 Introdução**

Em virtude de o actual estudo ser referente à população idosa torna-se naturalmente necessária a compreensão deste fenómeno, pelo que este capítulo aprofundará alguns aspectos relacionados com esta faixa etária, evidenciando a distinção entre o envelhecimento e a velhice ou até mesmo revelando uma perspectiva cronológica ao longo da história, assim como perceber os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento.

## 2.2 Compreender o fenómeno do envelhecimento

Segundo Squire (2005), envelhecer é um facto da vida; só somos idosos uma vez. A experiência de envelhecer é única, é um processo multifacetado, dependente de um amplo espectro de factores fisiológicos, sociais e psicológicos. Estes factores variam grandemente e não ocorrem ao mesmo tempo nem estão necessariamente relacionados com a idade cronológica de uma pessoa. Da mesma forma, não ocorrem isoladamente e diferentes factores podem combinar-se, influenciando o futuro estado de saúde de uma pessoa idosa.

O que é a velhice? Quem ou o que é que determina a transição da “meia-idade” para a “velhice”? Existem tantas definições sociais e políticas da velhice, como definições físicas e psicológicas. Inúmeras investigações estão direccionadas a um conhecimento mais profundo dos complexos mecanismos que ditam o processo de envelhecimento de um organismo. Na certeza porém de que até mesmo a sabedoria popular acumulou já um valioso conjunto de informações, baseadas na observação, acerca deste fenómeno. Por entre os termos que mais frequentemente são utilizados para especificar o indivíduo envelhecido encontramos: idoso, ancião, velho, pessoa de idade avançada ou pessoa da terceira idade. Ainda que se possa eventualmente recorrer a toda esta panóplia de adjectivos, o termo mais correcto e respeitoso é idoso, pois é este que traduz mais correctamente a passagem do tempo na vida humana na nossa sociedade.

Cronologicamente falando, em 1994 a Organização Mundial de Saúde (OMS) adoptou como definição de pessoa idosa a ideia de que esta possui 65 anos ou mais e que vive em países desenvolvidos. Enquanto que nos países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é mais reduzida e as condições sócio-económicas são mais desfavoráveis, a idade limite inferior é de 60 anos. Sendo que é possível encontrar autores que afirmam que a *decalage* entre o limite inferior em países desenvolvidos e em desenvolvimento pode variar de região para região, algo que poderá determinar diferentes categorias de idosos num mesmo país (OMS, 1994).

Será, contudo, igualmente curioso constatar que as altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas que se faziam sentir foram ao longo do tempo sendo substituídas por outras, que ditam agora de forma determinante os óbitos, nomeadamente as doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas ou, até mesmo, outras doenças crónico-degenerativas. Fenómeno que poderá talvez em parte ser explicado pelas rápidas transições demográficas e epidemiológicas e, naturalmente, pelo aumento significativo de hábitos de vida mais saudáveis. Um peso enorme em todo este processo é o que acarreta a diminuição da taxa de fecundidade, uma vez que esta é sinónimo de uma alteração na estrutura etária de uma população e de uma maior proporção de indivíduos a atingirem mais rapidamente a velhice, pelo que contribui para o envelhecimento populacional. Este processo passa então a ser conhecido como “transição demográfica” (OMS, 1994).

Há no entanto, conforme Fonseca (1988), uma consideração a fazer, nomeadamente a de que envelhecimento biológico e envelhecimento patológico são aspectos diferentes, e de que estes aliados à ausência de marcadores biológicos específicos tornam extremamente difícil mensurar com exactidão o momento a partir do qual alguém passa a estar incluído na chamada 3.<sup>a</sup> idade. Entretanto, vários autores têm vindo a delimitar e relatar os factores que no seu entender permitem estabelecer um vínculo às dimensões social, psicológica e biológica do acto de envelhecer. Estas dimensões, atribuídas ao significado da velhice, vêm-nos lembrar que este processo não se traduz simplesmente pelo aumento do tempo de vida, já que é muito mais do que isso. O processo de envelhecimento deve então ser encarado, não como algo que é estático, mas sim como o resultado e o prolongamento de um processo que se inicia ao nascer e que se prolonga até à morte. Nesta óptica, percebemos que tais mudanças deverão ser compreendidas como uma vicissitude do processo de vida, da mesma forma que a infância, a adolescência e a maturidade são marcadas por mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas, associadas à passagem do tempo. É necessário que tenhamos presente que o envelhecimento impõe mudanças que variam de indivíduo para indivíduo, mas que seguem sempre um processo inevitável que exige, quase sempre, algum tipo de adaptação por parte de quem o vivencia. Esta adaptabilidade envolve,

segundo Fonseca (1988), um conjunto de modificações, quer somáticas, quer psíquicas, quer afectivas, quer psicomotoras, que mergulham em atitudes ambíguas e por vezes contraditórias quanto ao comportamento e atitudes de alguns idosos, que faz deste um momento único, pessoal e intransferível da vida de cada um.

### **2.3 Aspectos fisiológicos do envelhecimento**

O envelhecimento pode ser percebido como a perda da capacidade de adaptação do corpo, com o tempo (Squire, 2005). O envelhecimento fisiológico é gradual e diz respeito às alterações biológicas sofridas por um indivíduo ao longo do tempo, após o processo de crescimento ter terminado. A sequência dos eventos ou mudanças relacionadas com o envelhecimento é a mesma para todos; no entanto, a velocidade desta progressão dependerá de diferenças individuais e experiências psicológicas, sociais e culturais vividas pelo sujeito. O envelhecimento e a senescência são processos complexos. A saúde e longevidade dos indivíduos não dependem apenas da ausência de doença, mas de um conjunto de outros factores mais importantes tais como a sua constituição genética, factores exógenos como o ambiente, a dieta, a personalidade e o estilo de vida (Squire, 2005).

Alguns dos mais óbvios sinais observados no envelhecimento dizem respeito a marcadores extrínsecos bem típicos e bastante visíveis, tais como a redução de massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros. Existindo ainda outros marcadores, intrínsecos e/ou invisíveis, que também compõem este quadro de mudanças e que, segundo Fonseca (1988) se complementam, como é a afirmação de que os discos intervertebrais tendem a desidratar, o tónus de suporte enfraquece, os defeitos de atitude aumentam, a mobilidade e a quietude crescem, a pele perde o tecido adiposo, as "flores da velhice emergem em várias partes da pele", o colagénio perde elasticidade, a coordenação, a força e a melodia sinestésica desagregam-se, a respiração torna-se mais superficial, o cérebro menos oxigenado, a memória em curto prazo esvaece, a mobilidade cardiovascular reduz-se, a pressão arterial aumenta, etc. Observamos que, em determinado momento, estas mudanças caracterizam o processo de envelhecimento primário, como sendo uma sequência de perdas fisiológicas.

Entretanto, como defendem Berguer & Mailloux – Poirier (1996), para algumas pessoas este momento pode ser percebido como um processo de decadência e a situação tende a agravar-se, caso o envelhecimento seja secundário ou patológico. Durante muito tempo, o envelhecimento foi percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e com as sequelas das doenças ocorridas em fases anteriores à velhice. Assim segundo estes autores, o processo de senescência não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico actualmente conhecido; entretanto, pode levar a uma quantidade de afecções, porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. Cedo ou tarde, para todos os indivíduos, o equilíbrio homeostático desregula-se. Os problemas aparecem principalmente em momentos de stress fisiológico, porque o organismo já não apresenta as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais. O sinal mais evidente de senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente.

#### **2.4 Aspectos psicológicos do envelhecimento**

Quase sempre em estudos e pesquisas, o envelhecimento foi abordado como uma questão biológica. Geralmente os tratados e propostas terapêuticas sobre o assunto circunscrevem-se à área médica, sendo inclusive dado um grande destaque às tentativas de retardamento da velhice, prolongamento da vida ou, pelo menos, garantir que as pessoas pudessem envelhecer com mais saúde. Grande parte dos estudos desenvolvidos na área da gerontologia enfatiza que as investigações que buscam a compreensão das mudanças psicológicas dos sujeitos idosos se concentram nas perdas e declínios das potencialidades que acontecem durante a vida (Novaes, 2000).

Por outro lado, esta trajectória vital representa uma gama de experiências que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo. É evidente que o enredo destes eventos e das circunstâncias que permeiam tal trajectória sofre uma forte influência do meio. Somos inquestionavelmente frutos de heranças genéticas, mas também sociais e culturais, as mesmas que a cada momento irão condicionar as nossas opções de vida. Pode-se, então, desta forma, dizer

que envelhecer é construir um caminho a partir destes mesmos frutos, não existindo nunca neste processo um caminho já traçado e delineado, muito pelo contrário, envelhecer é estar permanentemente a traçar novos caminhos e a confrontar-nos com novas exigências, procurando acima de tudo o desenvolvimento de atitudes psicológicas que nos conduzam à superação de dificuldades e conflitos (Novaes, 2000).

É demasiado vulgar que os problemas psicológicos ou emocionais das pessoas idosas passem despercebidos. Os sintomas são facilmente descritos como fazendo parte do processo de envelhecimento. Os idosos podem não ter vontade de procurar ajuda ou revelar os seus sentimentos a outros devido ao medo de serem estigmatizadas ou à falta de conhecimento acerca da ajuda disponível. A saúde psicológica das pessoas idosas evoca, muitas vezes, uma imagem muito negativa; na melhor das hipóteses, perda de memória e confusão e, na pior das hipóteses, senilidade. No entanto, o bem-estar emocional envolve o sentir-se bem consigo mesmo e ter a capacidade de lidar com o stress e a tensão na sua vida e acima de tudo o sentimento de controlo (Squire, 2005).

Estes atributos estão raramente ao dispor das pessoas idosas, mas constituem um importante conceito a considerar, uma vez que o sentimento de controlo da pessoa idosa é frequentemente comprometido. Assim sendo, torna-se mais claro que esta etapa não pode nunca ser constituída e definida apenas e somente como uma etapa naturalizada do decurso da vida, mas ao invés, alicerçada em vivências construídas de forma permanente. Ao superar estas dificuldades que se lhe impõem, o idoso acaba por gerar os tão desejados modelos de bem viver, os mesmos que conduzirão à “velhice bem sucedida”. Esta traduz-se na consequência de um nível óptimo de bem-estar e de satisfação psicológica encontrados pelo indivíduo (Squire, 2005).

## **2.5 Aspectos sociais do envelhecimento**

Cada um avalia e percebe o processo de envelhecimento no seu modo pessoal, com base nas suas próprias percepções, evocando vivências e situações passadas ou presentes tidas com pessoas mais velhas. É, contudo, de se salientar a importância de se considerar a velhice de forma não contextualizada ou isolada, pois a presença da

diversidade das relações sócio-culturais faz com que a representação social do idoso esteja sujeita à interferência de preconceitos, estigmas e estereótipos sociais. O culto mediático da chamada “terceira idade” ressalta o lado mais positivo da velhice, o que representa uma visão parcial deste fenómeno no caso das interpretações dramáticas e pessimistas desta fase da vida. A complexidade do mundo contemporâneo conduz à necessidade de se prepararem as pessoas de mais idade, no sentido de que estas adotem comportamentos compatíveis com exigências sociais (Novaes 2000).

Normalmente, as características atribuídas pela sociedade aos idosos relacionam-se com a perda gradual da força física, a baixa da auto-estima, falta de confiança, sentimento de impotência, conformismo diante das perdas, sentimento de abandono e de solidão. São geralmente os preconceitos dessas representações que reforçam, aos não idosos, a imagem ameaçadora da velhice. É necessário um corte com pensamentos desta natureza, uma vez que o importante é não nos deixar-mos levar por tais modelos, procurando acima de tudo significar sempre essa idade nos vários contextos sócio-culturais, pois as relações desses modos do pensamento social levam a compreender melhor a identidade dos idosos através das relações interpessoais, bem como das influências mútuas entre velhos e não velhos. A propósito deste assunto, isto é, a percepção que as pessoas idosas fazem de si mesmas, um estudo realizado por Neves (2012) mostrou que num universo estratificado de 120 pessoas, de acordo com os critérios sexo, idade e nível socioeconómico, os homens apresentaram um resultado muito mais desfavorável e severo, no tocante à imagem das pessoas mais velhas sobre o idoso e quanto às capacidades destes, comparativamente às mulheres. Bem mais até do que os jovens. Algo que poderá ser bastante esclarecedor acerca da forma como o auto-conceito “pesa” na personalidade do indivíduo (Neves, 2012).

Na tentativa de uma melhor clarificação deste fenómeno, que trata uma categoria social também excluída dos meios de produção e de outros instrumentos sociais, Pagan (1999) discorreu sobre os “*pobres*”, contexto onde são passíveis de serem encontrados também muitos idosos. Este autor criou um termo denominado “*desqualificado social*”, que corresponderia a uma das possíveis formas de relação entre a população designada como “pobre” (em função de sua dependência em relação aos serviços sociais) e o resto

da sociedade. O termo caracterizava também o movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho e de camadas cada vez mais numerosas das populações. A sua análise sobre esta relação de ajuda social permitiu concluir que o facto de alguém ser pobre ou ser idoso não significa necessariamente que pertença a uma categoria específica de “pobre” ou “velho”. Isto porque, não obstante ser comerciante idoso, um artesão idoso, um artista idoso ou um operário idoso, o indivíduo permanece numa categoria definida por uma actividade específica ou por uma posição social. Subjacente a esta situação está uma outra realidade, como sendo o facto de que a partir do momento em que são assistidos, ou seja, quando a sua situação lhes dá o direito à assistência, é o momento em que passam a participar num grupo caracterizado pelo processo de envelhecimento. Portanto, a união desse grupo não se dá pela interacção de seus membros, mas sim pela atitude colectiva adoptada pelo conjunto da sociedade. Assim sendo, a velhice não deve ser definida somente a partir de critérios quantitativos, mas também a partir das relações sociais provocadas por circunstâncias específicas e neste caso cita-se. Por exemplo a institucionalização num centro de dia.

## **2.6 A velhice ao longo da história e o seu trato nas diferentes sociedades**

Beauvoir (1990) relatou qual tinha sido o papel dos idosos desde as civilizações primitivas e chegando até às mais desenvolvidas. Segundo esta parecem existir vários mitos entre as sociedades mais primitivas e desfavorecidas acerca dos idosos e alguns desses mitos descrevem-nos como poderosos curandeiros, detentores de elevados poderes e grande magia, enquanto que outros representam os seus deuses como sendo “velhos vigorosos e sábios”. Entretanto, Beauvoir (1990) mostrou que existe uma grande distância entre esses mitos e a prática dessas colectividades. Isto porque as tribos nómadas abandonavam os parentes idosos e adoentados quando se tornavam um peso para a caravana. Outros há, como os esquimós, que os sacrificavam ou os deixavam morrer de fome e frio.

Existem algumas sociedades que já dispõem de técnicas rudimentares para dominar a natureza, a magia e a religião e que ainda assumem um papel significativo e onde,

segundo Beauvoir (1990), os idosos se situam num grau de escala social elevada e onde grandes poderes sobrenaturais lhes são atribuídos. Em alguns desses grupos é a contribuição cultural dos idosos a fonte de seus privilégios, entre outros é a sua memória que será cultivada e preservada através da transmissão oral da história e da cultura de seu povo. Em contrapartida, nas sociedades onde o desenvolvimento da escrita e a leitura tenha sido superior, a transmissão e a tradição oral não são valorizadas, não existindo assim espaço para a “magia”, pelo que os idosos já não tendem a ser tão privilegiados. Nas cidades gregas, Esparta e Atenas, a velhice era geralmente honrada e cheia de privilégio. Eram os idosos que conseguiam acumular as maiores fortunas, ocupavam o ápice da escala social e detinham o poder da decisão final.

Para Beauvoir (1990), Aristóteles e Platão tinham posições diferentes a respeito do envelhecimento. Enquanto que o primeiro afastava a sua teoria do poder dos idosos, uma vez que considerava que a degradação do corpo se estendia até ao intelecto, o segundo desprezava o corpo em prol da alma imortal, pois via na velhice apenas sabedoria e aprimoramento. Já na história romana, no início da era cristã, o poder familiar é visto quase sem limites e a mulher idosa rica tem muita influência no lar, ficando por isso a seu cargo a educação dos filhos. Entretanto, nas artes, teatro e literatura, os velhos eram ironizados. Dos homens mencionavam a avareza e raramente as suas virtudes eram valorizadas. Da mulher, a imagem comum que se encontrava nos palcos é a da velha cortesã e a da alcoviteira. A questão da sexualidade em ambos é ridicularizada e ignorada. Mesmo assim os privilégios dos idosos ricos são mantidos, pois os mais pobres raramente chegavam a essa idade, até que no século II D.C. a posição dos idosos começa a decair e os jovens guerreiros assumem a posição. Nesta altura, em que imperava a força e a vitalidade físicas, os homens mais velhos foram praticamente excluídos da vida pública. Situações como a dureza do trabalho das sociedades medievais ou até mesmo as péssimas condições de trabalho e higiene da época faziam com que a velhice fosse algo de raro, mesmo entre as classes dominantes e mais abastadas. O idoso rico no período feudal é de uma forma geral maltratado logo após passar a sua herança, enquanto que o pobre, quando existe, é levado a uma situação de mendicância. Já a partir do século XIX dá-se uma explosão demográfica um pouco por toda a Europa que permite dobrar a idade da população em somente setenta

anos. Em consequência o número de idosos aumenta significativamente (Beauvoir, 1990).

Assim, Beauvoir (1990) apresenta como possíveis causadores desta mesma progressão demográfica, três possíveis fenómenos: a) A Revolução Industrial; b) O êxodo rural; e c) O surgimento de uma nova classe social: o proletariado. Estas questões vêm, desta forma, motivar um certo retrocesso, uma vez que é reforçada a ideia de que a velhice, antes uma “questão familiar”, é agora um problema social.

Uma nova relação económica imposta gera, então, indivíduos mais eficientes para a produção em série, surgindo assim um novo impasse: O que fazer com velhos que já não servem para nada? Tal questão era formulada pelos “economistas” e “políticos” de meados do Século XIX, a propósito da velhice das classes “deserdadas” em que se tornaram proletarizadas? (Champagne 1996).

Segundo Salgado (1980), a questão do operário envelhecido, que se aposenta pela diminuição da sua capacidade produtiva, emerge como um novo problema e a velhice, até então considerada um património para muitas sociedades, passa a ser encarada pelas sociedades em processo de industrialização como um encargo. A percepção da velhice como encargo a ser suportado e como custo para o grupo familiar torna-se mais forte nas classes operárias. Ou seja, o que interessava ao novo sistema eram as pessoas que, dispondo de vigor físico, podiam vender sua força de trabalho. Quando já não podiam mais fazê-lo, em função da idade, deixavam de ser úteis e passavam então a ser consideradas obsoletos, “velhos”, enfim. E conforme defende Champagne (1996), nessa condição de pessoas idosas que não mais serviam ao sistema, passaram a ser excluídas, primeiro do próprio mercado formal de trabalho e depois da sociedade, através das inúmeras formas de discriminação e preconceitos, negando-lhes, em última análise, o direito de continuar a viver dentro do próprio contexto familiar.

Este facto da exclusão social dos idosos resultou numa dupla perda para esse segmento, a de agentes produtivos reconhecidos e a de membros protegidos e prestigiados dentro de cada família. O êxodo rural e a conseqüente urbanização causada pela revolução industrial levam homens, mulheres e crianças a serem explorados como nunca. Ao envelhecer (quando não morriam antes) o operário era esquecido e reduzido a um

mendigo sendo portanto recolhido em asilos ou em hospitais para doentes mentais (Beauvoir, 1990).

## **2.7 As instituições sociais de ajuda na velhice**

Antes da instituição religiosa, mais precisamente do cristianismo, os seres humanos agiam por impulsos humanitários que os faziam oferecer socorro àqueles que não pertenciam ao seu círculo imediato. Existem relatos de formas de "ajuda" aos necessitados, normalizadas no Código de Hamurabi e segundo Ander-egg (1995), lá se estabelecem algumas normas sobre a ajuda ao desprovido e sobre a ética das relações sociais. As obras de caridade e acções humanitárias desenvolvidas junto aos “pobres” e desvalidos, e aí em algumas sociedades vamos encontrar os idosos, os grandes grupos religiosos (judaísmo, islamismo e cristianismo) formaram as primeiras instituições de ajuda e de assistência aos necessitados.

Nos séculos XVII e XVIII acreditava-se que os indivíduos que de alguma forma causavam algum tipo de temor, ameaça ou constrangimento, tais como os indigentes, os vagabundos, os preguiçosos, os incapazes físicos ou mentais, as prostitutas, os loucos e os “velhos” desamparados, deveriam ser escondidos num espaço isolado da sociedade. Àqueles estabelecimentos sociais, segundo Goffman (2001), que foram 20, dava-se o nome de instituições totais concebidas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas.

A pretexto de serem cuidadas, estas pessoas eram recolhidas e o que se fazia de facto era isolá-las de qualquer tipo de contacto social, visando proteger os demais membros da sociedade contra os “perigos” que as mesmas poderiam representar. Os locais descritos por Carlos (1999), ou os depositários desses indivíduos, constituíram-se mais tarde como os antigos leprosários da Idade Média e tais marginalizados sociais sofriam acções punitivas, dentro de um regime semicaritativo e semipenitenciário. Relata-se ainda que:

*“(...) as instalações dos asilos se justificavam mais pelas exigências de ordem social que pelas necessidades terapêuticas de isolamento (...) como aparelhos marcadamente segregativos,*

*muitas vezes foram usados pela Igreja e pela realeza como instrumento de neutralização de inimigos políticos”. (Carlos, 1999, p.18)*

Ainda segundo Carlos (1999), no século XVIII outros espaços foram criados. O poder real francês cria os chamados “depósitos de mendigos”. Neste novo espaço, um número significativo de idosos foi “acolhido”. Ao passo que já na Idade Moderna, com a progressiva secularização da sociedade e o auge do individualismo, a organização das obras de caridade começa a deixar de ser de domínio exclusivo da Igreja. No entanto conforme Costa (2002), no século XIX ocorre uma transformação em que a beneficência e a filantropia substituem as obras de caridade, mas a acção social voltada aos mais necessitados continua a ser motivada pelas religiões. Estas alterações surgiram em resposta aos incrédulos, que provocavam os católicos com indagações sobre a acção caridosa tanto divulgada pelos seus integrantes e pelo destinado às esmolas que a igreja tanto pedia. As suas obras de caridade iniciaram-se com visitas às famílias, moradas e pessoas que contribuía com o fornecimento de alimentos, roupas e disposição com relação ao afecto, onde as pessoas doariam, além de bens materiais, algumas horas de serviços humanitários nestes locais de acolhimento. Este pequeno grupo espalhou os seus trabalhos, tendo como referência o "Pai da Caridade", São Vicente de Paulo (1581-1660), que dedicava o seu tempo inteiramente aos desprovidos de bens materiais e incrédulos da fé. Posteriormente, foram surgindo outros grupos similares por todo o mundo, mais especificamente em França e Portugal, entre outros (Costa, 2002).

## **2.8 Velhice em contexto de Centro de Dia**

Com as exigências céleres da vida actual ocorre uma diminuição e fragilização da rede familiar, existindo por isso menos descendentes com disponibilidade para cuidarem dos idosos. Por outro lado, existe um número cada vez menor de crianças que necessitam dos cuidados dos avós, deixando estes de serem os prestadores de cuidados dos netos, pois são colocados desde muito cedo em creches, infantários e escolas. Como tal, o idoso, por diversos motivos, tais como problemas de incapacidade ou falta de recursos económicos para manter-se na sua casa durante todo o dia, entre outros, é confrontado com a possibilidade de ter que frequentar um centro de dia.

Importa assim perceber como surgiram os centros de dia. As raízes dos centros de dia remontam aos anos 20, na Rússia, onde se iniciam programas de cuidados diurnos dirigidos a pessoas com doença mental, cujo principal objectivo terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar (Castiello, 1996). Após a Segunda Guerra Mundial, foi criado o primeiro hospital de dia na Inglaterra com o intuito de perceber as necessidades dos idosos da comunidade (Gaugler, 2003). A intervenção estava direccionada para os cuidados de saúde, tentando juntar os recursos hospitalares e comunitários no modelo de atenção geriátrica (Castiello, 1996). Em 1960 surgiu nos Estados Unidos o primeiro serviço de apoio ao idoso diário, no hospital geriátrico diário, em Greensboro, Carolina do Norte (O’Keeffe, 2006). Ao longo do tempo este serviço sofreu uma evolução constituindo-se num dos Centros de Dia comunitários que prestam serviços à população idosa com dependência física e/ou cognitiva, permitindo o descanso dos seus cuidadores informais e a possibilidade de cumprirem com outras obrigações (O’Keeffe, 2006).

A partir de 1970, os Centros de Dia para adultos aumentaram consideravelmente nos Estados Unidos, passando de 18 para 1700 (Weissert, 1977 e Von Behren, 1988 cit in Conrad, 1993). O ‘*Community Care*’ surge na década de 70, na área da saúde mental, como uma vertente dissidente à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional (Clarke, cit in Serapioni, 2005). Esta corrente possui raiz histórica nas actividades comunitárias desenvolvidas por voluntários que prestavam apoio aos mais necessitados (Sousa *et al.*, 2004). O modelo comunitário de intervenção defende que a resolução das dificuldades do indivíduo deve ser intervencionada sem que este tenha que ser desenraizado do seu ambiente (Arrazola *et al.*, 2003). O internamento definitivo da pessoa idosa foi, durante bastante tempo, a única resposta de apoio formal existente; no entanto, a tomada de consciência dos custos excessivos, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, contribuíram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade (Pimentel, 2005).

Assiste-se, assim, à integração progressiva da ideologia da “desinstitucionalização” dos cuidados formais (Carvalho, 2006). Este conceito favoreceu a implementação, ainda que progressiva, de novos serviços comunitários suportados pela crise do modelo tradicional de apoio e o surgimento de novas políticas direccionadas ao ‘envelhecer em casa’ (Rodríguez, 1996). Em consonância com esta tendência, as políticas de atenção ao idoso defendem que o contexto domiciliário é o melhor local para envelhecer (Cattani *et al.*, 2004). Assim o Centro de Dia surge como um recurso ‘intermédio’, que veio colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais (Arrazola *et al.*, 2003).

A partir dos anos 60, em Portugal assistiu-se a uma gradual implementação dos cuidados comunitários (Sousa *et al.*, 2004). As modificações sociais verificadas na sociedade portuguesa conduziram à necessidade de criação de novas respostas sociais e readaptação das existentes à nova realidade (Carta Social, 2006). Deste modo, dinamizou-se o apoio social no domicílio e desenvolveram-se respostas de convívio, de combate à exclusão social, prevenção e retardamento da integração institucional da pessoa idosa (Carta Social, 2006). Desconhecendo a sua data de implementação (Bonfim *et al.*, 1996), o lar de idosos foi durante décadas a única resposta social, cuja utilização exigia a institucionalização definitiva do idoso que ali se mantinha geralmente até ao fim da sua vida (INE, 1999).

No final da década de 70, em Portugal, surge, a título experimental, a resposta social Centro de Dia, inicialmente com 50 Centros de Dia e em 1985 passa a integrar formalmente o conjunto de respostas sociais. Na actualidade, existe em Portugal um conjunto de serviços prestados por diferentes respostas sociais para a população idosa, que têm como objectivo apoiar estas pessoas que se encontram em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social, de forma a promover a autonomia, a integração social e a saúde, e que estão estruturados nas seguintes respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Acolhimento familiar para pessoas idosas (Instituto da Segurança Social, I.P., 2013).

No período compreendido entre 1998 e 2006 a resposta social de Centro de Dia apresentou um crescimento de 40,6%, sendo a segunda resposta social com maior crescimento no referido período (Carta Social, 2006). Actualmente, segundo Lemos (2013), estas respostas sociais têm representado um crescimento de 47,1% nos Centros de Dia, 56,6% nos Estrutura Residencial para Idosos, e 92,9% no Serviço de Apoio Domiciliário. Segundo Martin et al., (2007) o conceito de Centro de Dia é manifestamente diferenciado em Portugal face à literatura internacional; deste modo, a entidade reguladora do licenciamento dos Centros de Dia, considera incluídos na mesma classificação, os Centros de Convívio, direccionado para a realização de actividades de animação; Centros de Noite, direccionados para a prestação de apoio nocturno em caso de isolamento e os Centros de Dia propriamente ditos.

As recomendações dos Organismos Internacionais passam pela priorização de sistemas de apoio social que permitem o cumprimento da premissa de “Envelhecer e viver em casa”, podemos, então, dizer que os Centros de Dia surgem como resposta a uma ligação entre envelhecimento e qualidade de vida, são estruturas de apoio formal que emergiram num contexto de crise tanto a nível estrutural como ao nível familiar. Se, por um lado, as instituições de apoio a idosos se encontram massificadas, superlotadas e dispendiosas, por outro as famílias detêm menos tempo e espaço para cuidar dos seus velhos (Libro Blanco, 2004).

Assim, o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento e fundamenta-se na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do indivíduo no seu meio sócio-familiar (Bonfim, 1996). De acordo com a mesma autora, os objectivos do Centro de Dia baseiam-se em três eixos: a) prestação de serviços, a fim de colmatar as necessidades básicas; b) prestação de apoio psico-social; e c) prevenção de isolamento, promovendo as relações interpessoais e intergeracionais (Bonfim, 1996).

Quaresma (1996) reforça a ideia anterior centrando-se nos seguintes aspectos: a) Aconselhamento individual, que se traduz no acolhimento e informação necessários; b) apoio na readaptação individual, que se baseia em auxiliar o idoso a fazer, de forma satisfatória, os reajustamentos necessários à aceitação dos seus próprios condicionalismos; c) fomentar e implementar acções que promovam as relações interpessoais ao nível dos idosos e, destes, com outros grupos etários a fim de evitar o isolamento; e d) favorecer o acesso das pessoas mais idosas às diversas formas de ajuda adequadas à sua situação, que não se encontrem acessíveis na comunidade local e se situem no âmbito deste tipo de equipamento; e por último, e) detectar e analisar as necessidades dos idosos, com vista ao planeamento dos serviços.

O programa disponibiliza aos seus utilizadores serviço de refeições, convívio e actividades de ocupação de tempo livre, cuidados de higiene e conforto, tratamento e cuidado do vestuário e organização de férias (Bofim, 1996). Para além dos serviços anteriores, segundo Bonfim (1996), poderão ser desenvolvidos serviços de apoio ao domicílio, nomeadamente alimentação, e acolhimento temporário. De modo a contrariar a possível percepção negativa por parte do idoso quando ingressa num centro de dia, surge assim a necessidade de que, não obstante o carácter lucrativo ou não da instituição, que a política da mesma seja toda ela equacionada em torno do cliente, afinal ele é o centro da instituição.

No exercício das suas funções uma instituição acolhedora terá como obrigação pautar-se pelos seguintes princípios: a) atender e acolher idosos que se encontrem numa situação social, familiar, económica e/ou de saúde que não lhes permita outra alternativa; b) proporcionar serviços adequados à satisfação das suas necessidades; c) proporcionar alojamento temporário ou permanente, como forma de apoio à família; e d) apoiar as famílias dos idosos no sentido de promover a manutenção e o reforço dos laços dos idosos (Amoroso, 2002). Torna-se, assim, claro que a obrigatoriedade do cumprimento destas premissas é indispensável na garantia de qualidade de vida dos residentes, já que a abordagem ao colectivo não é sinónimo de descara do individual. Paralelamente, é fundamental que se assista a uma esforço na promoção das actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional, contribuindo estas de sobremaneira para o estabelecimento de um clima de relacionamento sadio e para a manutenção de

capacidades físicas e psíquicas. Razão pela qual a intervenção de um assistente social é de primordial importância.

## **2.9 Conceito de envelhecimento activo**

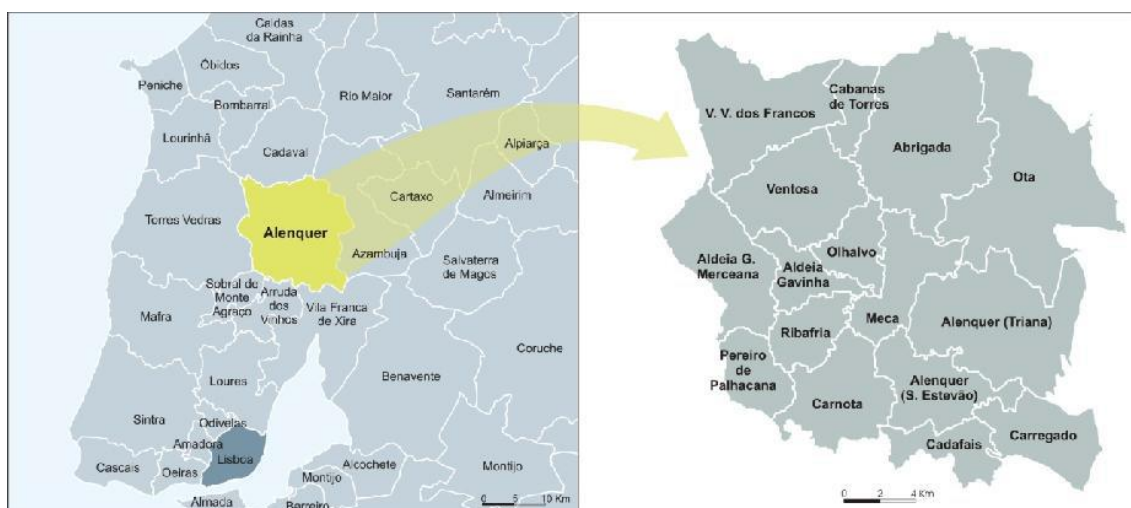
No contexto das consequências e desafios que a maior longevidade das pessoas acarreta, a Organização Mundial da Saúde adoptou, no final dos anos 90 do século XX, o paradigma “Envelhecimento Activo”, entendido como processo de cidadania plena, em que se optimizam oportunidades de participação, segurança para uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Segundo o Programa de Acção do Ano Europeu do Envelhecimento Activo (2012), sai-se de uma visão reactiva, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-activa que reconhece a pessoa como um elemento capaz e actuante no processo político e na mudança positiva das sociedades. Neste sentido, o envelhecimento activo exige uma abordagem multidimensional e constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos e de todas, no combate à exclusão social e à discriminação e na promoção da igualdade entre homens e mulheres e da solidariedade entre as gerações.

## **Capítulo III - Enquadramento geográfico e social da AAIJFM**

Portugal não foge ao envelhecimento generalizado, e o concelho de Alenquer na sua grande maioria também não. A AAIJFM surge também para dar uma resposta válida a este problema. Esta instituição desde o início da sua criação que tem consagrado nos seus estatutos que a área que iria abranger seria a equivalente à dos limites da freguesia de Meca e freguesias limítrofes, ou seja, das 16 freguesias que formavam o concelho de Alenquer e situando-se Meca no centro do concelho de Alenquer, como podemos ver na Figura 1, esta faz fronteira com outras oito freguesias (Olhalvo, Abrigada, Ota, Triana, Santo Estevão, Carnota, Ribafria, Aldeia Gavinha). Estas 9 freguesias representavam em 2001 cerca de 54% da população residente no concelho de Alenquer (21.141 habitantes para um total concelhio de 39.180).

Em 2013, e com a reforma administrativa a nível de freguesias, a área de abrangência cresceu com mais 3 freguesias (Aldeia Galega da Merceana, Cabanas de Torres e Pereiro de Palhacana), passando a representar cerca de 62% dos habitantes do concelho de Alenquer, (26491 habitantes para um total concelhio de 43.267). De referir que dentro desta área territorial funcionam outras instituições de solidariedade social: A Santa Casa da Misericórdia de Alenquer, a Santa Casa da Misericórdia de Aldeia Galega da Merceana, ou o Centro Paroquial Nossa Senhora das virtudes na Ventosa, e o Centro Paroquial do Carregado.

Importa agora fazer um enquadramento geográfico do concelho de Alenquer. Este insere-se na região Oeste de Portugal, a qual possui uma área de cerca de 2 200 Km<sup>2</sup>, repartida por 12 municípios, sendo que o concelho de Alenquer representa 13,8% da área total da região. Possui uma superfície de 304,2 Km<sup>2</sup>, o que o torna no terceiro maior concelho do Distrito de Lisboa, logo após Sintra e Torres Vedras. Localiza-se a 36 Km de Lisboa, sendo limitado a Norte pelo concelho de Cadaval; a Sul pelos de Vila Franca de Xira, Arruda dos Vinhos e Sobral de Monte Agraço; a Oeste pelo concelho de Torres Vedras e a Este pelo de Azambuja, como podemos observar na Figura 1.



**Figura 1** – Enquadramento Geográfico do concelho de Alenquer e suas freguesias

A população residente nestas freguesias encontra-se, na sua maioria, dispersa por diversos pequenos aglomerados, verificando-se um significativo contraste interno, dada a existência de duas realidades bastante diferentes entre si a todos os níveis: uma zona urbana / industrial centrada no eixo Carregado-Alenquer-Ota, e uma outra zona ainda

com um cariz marcadamente rural, que compreende as restantes freguesias. Ao nível da dinâmica de crescimento, tem-se constatado nos últimos anos no concelho um aumento das assimetrias entre as diversas freguesias, marcado em particular por dois fenómenos importantes: por um lado verificam-se ganhos populacionais significativos nas freguesias mais próximas da região de Lisboa (donde se destaca o papel assumido pela freguesia do Carregado e Alenquer), e por outro, verifica-se que as freguesias que compõem a zona mais rural do concelho têm vindo a registar graves perdas populacionais. É o caso das freguesias de Meca, Olhalvo e Aldeia Galega da Merceana, que, entre 2001 e 2011, viram a sua população residente diminuir, de forma bastante significativa, como podemos ver no Quadro 1.

**Quadro 1** - População residente por Freguesia (2001 e 2011)

	<b>2001</b>	<b>2011</b>	<b>Diferença</b>
<b>Abrigada</b>	3.416	3.320	-96
<b>A. Galega Merceana</b>	2.175	2.079	-96
<b>A. Gavinha</b>	1.173	1.142	-31
<b>Cabanas de Torres</b>	1.013	989	-24
<b>Carnota</b>	1.695	1.678	-17
<b>Meca</b>	1.809	1.719	-90
<b>Olhalvo</b>	2.006	1.907	-99
<b>Ota</b>	1.198	1.289	91
<b>Pereiro de Palhacana</b>	591	577	-14
<b>Ribafria</b>	974	970	-4
<b>Santo Estevão</b>	5.338	6.687	1.349
<b>Triana</b>	3.532	4.134	602
<b>TOTAL</b>	<b>24.920</b>	<b>26.491</b>	<b>1.571</b>

Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado em 25/11/2014

A análise ao nível etário permite concluir que, de uma maneira geral, estamos na presença de uma população que tem apresentado uma propensão para o envelhecimento ao longo dos anos, como podemos observar através do Quadro 2, com muitas freguesias a terem uma percentagem superior a vinte por cento no escalão etário dos sessenta e cinco ou mais anos.

**Quadro 2 - Estrutura Etária da População residente por Freguesia (2011)**

<b>Escalões Etários</b>	<b>0-14</b>	<b>15-24</b>	<b>25-64</b>	<b>65 ou +</b>	<b>Total</b>
<b>Abrigada</b>	455	347	1.828	690	3.320
%	13,7	10,5	55,1	20,8	
<b>A. Galega Merceana</b>	300	198	1.075	506	2.079
%	14,4	9,5	51,7	24,3	
<b>A. Gavinha</b>	137	117	591	297	1.142
%	12,0	10,2	51,8	26,0	
<b>Cabanas de Torres</b>	126	125	487	251	989
%	12,7	12,6	49,2	25,4	
<b>Carnota</b>	227	147	910	394	1.678
%	13,5	8,8	54,2	23,5	
<b>Meca</b>	241	166	947	365	1.719
%	14,0	9,7	55,1	21,2	
<b>Olhalvo</b>	253	171	994	489	1.907
%	13,3	9,0	52,1	25,6	
<b>Ota</b>	196	118	744	231	1.289
%	15,2	9,2	57,7	17,9	
<b>Pereiro de Palhacana</b>	86	55	313	123	577
%	14,9	9,5	54,2	21,3	
<b>Ribafria</b>	141	92	508	229	970
%	14,5	9,5	52,4	23,6	
<b>Santo Estevão (Alenquer)</b>	1.191	634	3.757	1.105	6.687
%	17,8	9,5	56,2	16,5	
<b>Triana (Alenquer)</b>	726	415	2.331	662	4.134
%	17,6	10,0	56,4	16,0	
				<b>Total</b>	<b>26.491</b>
<b>Concelho</b>	7.139	4.419	24.077	7.632	
%	16,5	10,2	55,6	17,6	

Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado em 25/11/2014

Ao nível dos indicadores demográficos, e tal como se constata pela leitura do Quadro 3, verifica-se que a tendência no concelho é para uma diminuição da Taxa de Natalidade que, de acordo com o INE, entre 2001 e 2010, decresceu 0,8%. No que diz respeito à Taxa de Mortalidade, esta também decresceu no período de tempo compreendido entre

os anos de 2001 e 2010, pois se em 2001 se situava nos 11,8‰, em 2010 esse valor decresce 1,8‰, passando a ser de 10,0‰. Relativamente aos indicadores expostos no mesmo Quadro, verifica-se que Portugal registou uma pequena diminuição da Taxa de Natalidade entre 2001 e 2010, o que também se verificou ao nível da Taxa de Mortalidade.

No caso da região Oeste, registou-se a mesma tendência nos indicadores em análise. Estes valores apontam para uma Taxa de Crescimento Natural negativa, pois a Taxa de Mortalidade é superior à Taxa de Natalidade. Comparativamente às unidades territoriais em que se insere, no caso do concelho de Alenquer, a Taxa de Crescimento Natural, embora reduzida, é positiva, na medida em que nascem mais pessoas do que as que morrem. Refira-se que estes resultados só são possíveis devido à dinâmica das freguesias urbanas, nomeadamente a freguesia de Carregado e Cadafais e à freguesia de Alenquer. Sem estas freguesias que, com certeza, a Taxa de Crescimento Natural seria bastante negativa, comparável com muitos concelhos do interior de Portugal.

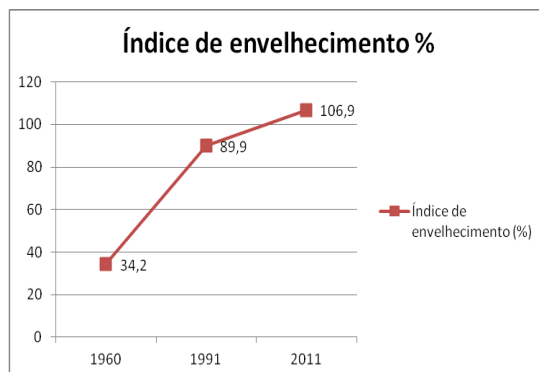
**Quadro 3** - Indicadores demográficos por unidade territorial (‰)

Unidade Territorial	Taxa Natalidade		Taxa Mortalidade	
	2001	2010	2001	2010
<b>Portugal</b>	10,9	9,5	10,2	10,0
<b>Oeste</b>	10,7	9,4	11,6	11,3
<b>Alenquer</b>	11,7	10,9	11,8	10,0

Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado em 26/11/2014.

O Índice de Envelhecimento representa a relação existente entre o número de jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, e idosos com mais de 65 anos, no concelho de Alenquer, reforça a ideia anteriormente expressa de envelhecimento populacional, na medida em que tem vindo a aumentar ao longo das décadas, como podemos observar no Gráfico 1.

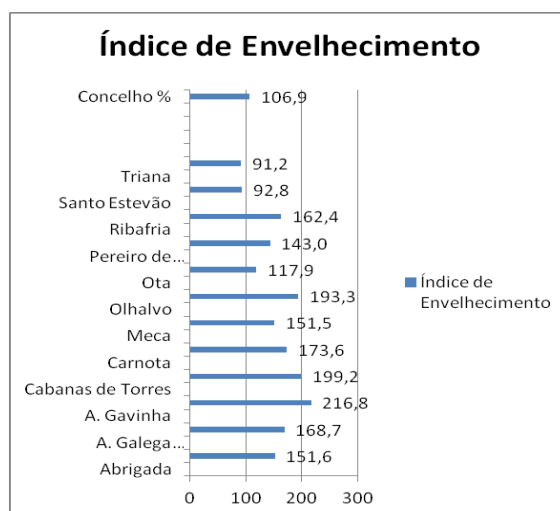
**Gráfico 1** - Evolução do índice de envelhecimento no Concelho de Alenquer



Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado em 26/11/2014.

No ano de 2011, este valor é de 106,9% no concelho, o que significa que para cada 100 jovens com idade inferior a 15 anos, existem 107 idosos. Esta situação poderá ser justificada com a ocorrência de um duplo envelhecimento da estrutura etária, marcada tanto pelo aumento da proporção de idosos no conjunto da população residente, devido ao aumento da esperança média de vida fruto do incremento de políticas de bem-estar social junto das populações, assim como pela diminuição do peso detido pelos escalões etários mais jovens nesse contexto, justificada por um decréscimo do número de filhos por casal.

**Gráfico 2** - Evolução do índice de envelhecimento por freguesias no Concelho de Alenquer



Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado em 26/11/2014

Este Índice é superior a 100 na grande maioria das freguesias do concelho, como se verifica no Gráfico 2, à excepção de Santo Estêvão e Triana, o que indica que, excluindo estas duas freguesias, todas as outras possuem um número de idosos superiores ao total de residentes com idade inferior a 15 anos. Constata-se ainda a existência de freguesias extremamente envelhecidas e merecedoras de uma especial atenção como Aldeia Gavinha, com um valor de 216,8%, Cabanas de Torres com um valor de 199,2%, ou Olhalvo, com 193 idosos para cada 100 jovens.

Estes indicadores são, de alguma forma, preocupantes, na medida em que os efeitos económicos e sociais de uma estrutura demográfica envelhecida podem ser diversos e devem estar presentes no planeamento das políticas sociais em geral, concretamente no que concerne aos serviços e equipamentos sociais. Existe a clara percepção, pelo conhecimento que temos, enquanto estagiário mas também autarca, de que muitos idosos do concelho se encontram em situação de isolamento, tanto familiar como geográfico. Este problema tem as suas raízes no facto de existir uma dispersão geográfica do concelho que, juntamente com o facto de a rede de transportes ser insuficiente, faz com que os idosos se encontrem numa situação de isolamento geográfico. A entrada da mulher no mercado de trabalho e a desresponsabilização das famílias podem também ser identificados como sendo duas causas deste problema, bem como a questão de se verificar cada vez mais um envelhecimento da população, resultante de um aumento da esperança média de vida, como aliás já vimos. No entanto, existe uma série de factores que não ajudam à resolução do problema, que consistem essencialmente na conjuntura económica; menor cooperação das famílias; na resistência dos idosos à mudança e na fragilidade dos idosos, que fazem com que estes se mantenham nas suas habitações, por vezes sem as condições adequadas à sua situação física, e não procurem apoio nas respostas sociais existentes.

## **PARTE EMPÍRICA**

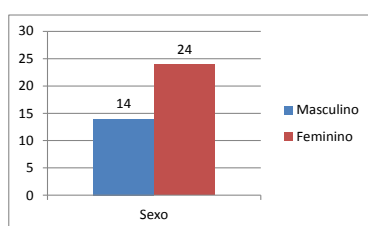
### **Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados**

## 4.1 Introdução

Neste capítulo, o objectivo passa por fazer uma apresentação e uma discussão dos resultados obtidos com o estudo realizado. Neste caso a investigação passou pela realização de entrevistas aos 38 clientes da valência de Centro de Dia da AAIJFM, onde iremos analisar de forma descritiva as variáveis sociodemográficas e outras complementares que nos permitem caracterizar os sujeitos em estudo. Por fim, neste capítulo procuraremos também conjugar os dados encontrados com este estudo com os conceitos já explanados anteriormente na parte teórica do presente projecto.

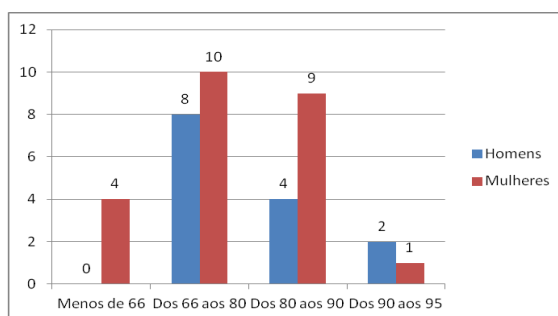
## 4.2 Caracterização dos participantes em função do sexo e da idade

**Gráfico 3** - Distribuição dos participantes em função do sexo



Como podemos observar no Gráfico 3, dos 38 clientes que frequentam a valência de CD na AAIJFM, 24 (63%) pertencem ao sexo feminino, e 14 (37%) ao masculino. Há uma predominância nos grupos do sexo feminino. Tais resultados confirmam a tendência nos estudos relacionados com idosos, designadamente os de Debert (1996) ao verificarem que nos grupos de idosos a participação masculina é inferior à feminina. Confirma-se nestas zonas rurais uma percentagem mais elevada de mulheres idosas, tal como indicam os dados dos censos (INE, 2011), por grupos etários e sexo, relativos ao concelho de Alenquer, assim como as teorias do envelhecimento, em que as mulheres têm um processo de envelhecimento e estilos de vida diferente da dos homens e, por isso, possuem uma maior esperança média de vida.

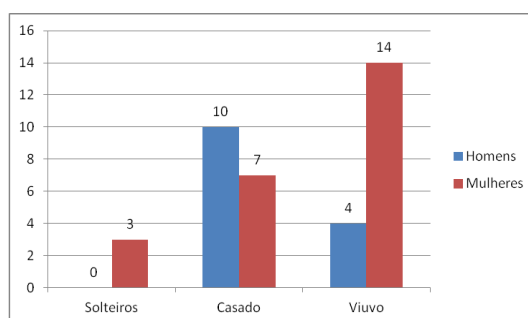
**Gráfico 4** - Distribuição dos participantes em função da idade e do sexo



Em relação à idade os sujeitos de estudo apresentaram uma idade mínima de 46 anos, e a máxima de 92 anos, perfazendo uma média de 78 anos de idade, estando em sintonia com a esperança de vida à nascença em Portugal segundo dados do INE (2011), que é de 78,2 anos. A grande maioria dos idosos encontra-se nos intervalos etários dos 66 aos 90 anos, são 31 (82%) clientes. De acrescentar que a média de idades dos homens é de 82 anos, sendo que as mulheres têm uma média menor, ou seja de 76 anos.

### 4.3 Caracterização dos participantes em função do estado civil, da residência e convivência

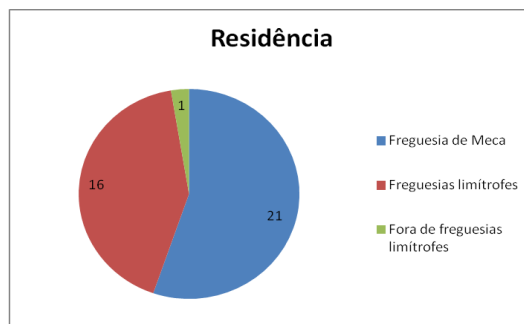
**Gráfico 5** - Distribuição dos participantes em função do estado civil



Em relação ao estado civil, os idosos viúvos predominam nesta amostra global e nos grupos ou centros de dia, com 18 clientes (47%), seguido pelos casados, com 17 clientes (45%), existindo nestes, quatro casais, 3 clientes são solteiras (8%). As mulheres idosas constituem o maior número de participantes do estudo, facto confirmado pela interpretação da variável de viuvez, em contraste com a situação dos homens da mesma

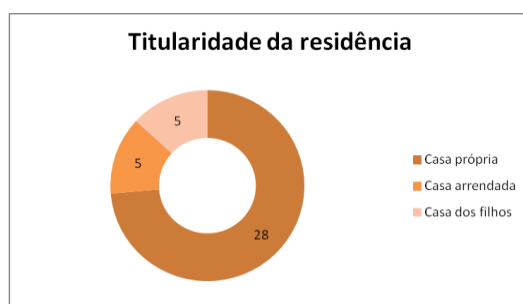
faixa etária. Tais diferenças explicam-se, não somente pela menor longevidade dos homens, mas, também, pela maior frequência dos homens voltarem a casar/juntar, após a viuvez, e maior tendência destes se casarem ou se juntarem com mulheres mais jovens.

**Gráfico 6** - Distribuição dos participantes em função do seu local de residência



Em relação à moradia/residência, constatámos neste trabalho que a maioria dos idosos que frequenta o centro de dia reside na freguesia e/ou povoação onde está localizada a instituição. Encontram-se nesta situação 21 (55%) clientes, distribuídos por 11 mulheres e 10 homens, tendo uma média de idades de 76 anos. De referir ainda que dentro deste grupo existem três dos quatro casais que frequentam o CD. Neste centro de dia, existem ainda 16 (42%) clientes que são de freguesias limítrofes: os restantes (3%) provêm de uma outra freguesia próxima pertencente ao concelho de Alenquer. Este grupo é composto por 13 mulheres e 4 homens, existindo aqui um casal. Estes idosos apresentam uma média de idades de 81 anos. O facto de existirem mais idosos residentes na freguesia que frequentam o CD e da média de idades destes ser inferior aos de fora da freguesia, revela-nos que a proximidade e o conhecimento que têm com a instituição e os seus funcionários, faz com que os idosos tomem a iniciativa de frequentar o CD bem mais cedo do que os outros de fora da freguesia.

**Gráfico 7** - Distribuição dos participantes em função da titularidade da residência



Nesta variável, e como é habitual nas zonas rurais, existe uma grande percentagem de idosos que vivem em casas próprias, 28 (74%). Apenas 5 (13%) vive em casa arrendada, e outros 5 (13%) clientes vivem em casa dos filhos, sendo que uma cliente tem duas filhas e vive quinze dias em casa de cada uma.

**Quadro 4** - Indicadores referentes à convivência dos participantes

Pessoas com quem vive?	N.º de Clientes	Homens	Mulheres	Média de idades
<b>Sozinho</b>	11	3	8	78
<b>Com familiares (cônjuge ou filhos)</b>	25	11	14	81
<b>Com familiares (pai)</b>	1	0	1	53
<b>Com familiares (irmão)</b>	1	0	1	57

Ao analisarmos os dados referentes à convivência dos idosos, verificamos que 11 (29%) vivem sozinhos, mais do dobro das mulheres em relação aos homens, e têm uma média de idades de 78 anos. De salientar que estes idosos regressam do centro ao fim da tarde às suas casas, levando alguns alimentos para a noite e recomendações de medicação. Convivem com os seus familiares 27 (71%) dos clientes do CD, 16 mulheres e 11 homens, com uma média de idades de 81 anos. De salientar que existem 2 clientes que vivem uma com o pai, outra com o irmão que sofrem de deficiência mental. A situação familiar dos idosos reflecte o efeito acumulado de eventos socioeconómicos e demográficos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital. A mortalidade diferencial, a viuvez, o desemprego, as separações ou migrações dos filhos originam, ao longo do tempo, distintos tipos de arranjos familiares e domésticos. Morar ou viver sozinho ou morar com familiares pode ser resultado desses mesmos desenlaces.

#### 4.4 Caracterização dos participantes em função do grau de escolaridade

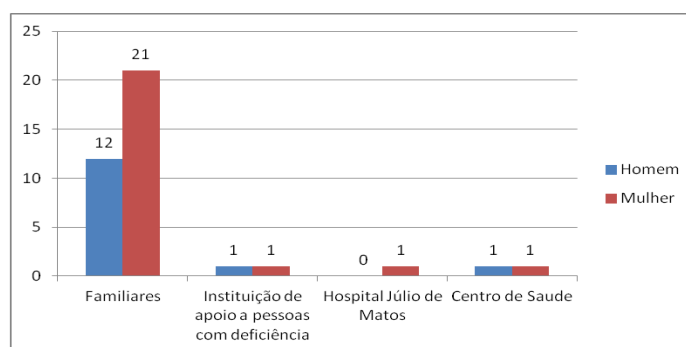
Quadro 5 - Indicadores referentes à escolaridade

Habilitações literárias	N.º de Clientes	Homens	Mulheres	Média de idades
<b>Não frequentou a escola</b>	29	13	16	81
<b>Terceira classe</b>	1	0	1	85
<b>Primária</b>	7	1	6	73
<b>Ensino secundário</b>	1	0	1	46

Em relação às habilitações literárias, a maioria dos idosos é analfabeta, 29 (76%), com uma média de idades de 81 anos, e estando 13 homens e 16 mulheres nesta situação. De referir que estes nasceram ou nos finais da 1.ª República ou nos inícios do Estado Novo, vivendo a sua juventude no Estado Novo, onde o ensino não era obrigatório, a miséria e a pobreza ou escassez de recursos económicos das famílias (numerosas), obrigavam, desde muito cedo, a maioria dos filhos a dedicarem-se ao trabalho e, principalmente, à agricultura para ganharem algum dinheiro (jornaleiros, pastores) ou trabalhando no campo com os pais. Lembramos que a política educativa do Estado Novo só na década de 50 é que organizou as campanhas de alfabetização (Planos Nacionais de Alfabetização), mas nessa altura os idosos do nosso estudo já eram adultos e estavam a construir a sua vida familiar, não se disponibilizando a aprender as primeiras letras. É de salientar que uma idosa com 85 anos conseguiu fazer a antiga terceira classe. E 7 (18%) de idosos fizeram a quarta classe, seis mulheres e um homem, com uma média de idades mais baixa que os anteriores, 73 anos, abandonando a escola de seguida para trabalharem. Só uma cliente com 46 anos fez o décimo segundo ano de escolaridade.

#### 4.5 Caracterização dos participantes em função do modo como conheceram a AAIJFM e do tempo de frequência no centro de dia

**Gráfico 8** - De que forma os participantes conheceram a AAIJFM



De referir que a esmagadora maioria dos clientes do CD conheceu a instituição através de familiares directos (filhos) 33 (87%), 21 mulheres e 12 homens. 1 casal (5%) foi indicado por uma instituição de apoio a pessoas com deficiência, devido ao facto do filho e da neta terem uma deficiência e terem passado para o CAO da AAIJFM, assim ao frequentarem o CD poderão estar próximos destes. 1 (3%) senhora vítima de depressão foi conduzida pelo Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos para a instituição. 2 clientes (5%), um homem e uma mulher, foram indicados pelo centro de saúde de Alenquer para a AAIJFM. O cliente é amputado dos membros inferiores e a cliente, depois de estar acamada temporariamente, e mesmo depois de recuperada, quis permanecer no CD. De salientar que o facto de grande parte dos clientes ter conhecido a instituição através de familiares. Tal deve-se à circunstância de praticamente não existir meios de comunicação social no concelho de Alenquer e também de não haver canal nenhum de organizações oficiais que divulgue as instituições/valências existentes no município, junto desta população, existindo apenas o transmitir do conhecimento dessa realidade de pessoa para pessoa.

**Quadro 6**- Indicadores referentes ao tempo de frequência no CD

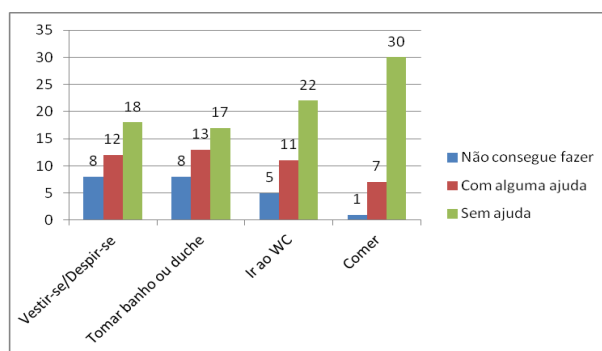
Ano	N.º de Clientes	Homens	Mulheres	Média de idades	Freguesia de Meca	Fora da freguesia de Meca
	13	6	7	78	12	1
	8	1	7	74	4	4
	17	7	10	81	5	12

Em relação ao tempo de frequência no CD, é necessário ter presente que esta instituição é muito recente pois iniciou a sua actividade, com as respostas sociais de CD e de AD em Fevereiro de 2012. De referir que dos 13 (34%) clientes que se inscreveram no ano de início de actividade, 2012, existiu um equilíbrio de género que não mais voltou a dar-se pois inscreveram-se 7 mulheres e 6 homens. De salientar que 12 (92%) são moradores na freguesia de Meca (incluindo três casais), o que se explica pela falta de conhecimento que existia em relação à AAJFM, fora desta freguesia.

Existem apenas 8 (21%) clientes inscritos em 2013, dos quais 7 são mulheres e 1 homem. Dos três anos em análise, este foi aquele em que se inscreveu menos clientes, tendo existido um equilíbrio em relação aos clientes da freguesia e de fora da freguesia, 4 de cada. 2013 foi um ano de transição, dado que, no ano seguinte, 2014, o número de clientes de fora da freguesia, 12 (71%), superou bastante os restantes oriundos da freguesia, que são 5 (29%) a maioria destes idosos estão há cerca de 1 ano a frequentar o CD, 17 (45%), o que significa que muitos desses idosos enviuvaram recentemente, ou por dificuldades ou impedimento dos filhos e vizinhos passaram a frequentar os centros devido à alimentação (mais rica e variada e a tempo e horas), à convivência (relações de amizade ou convívio) e aos apoios sociais que lhes dão, e também devido a problemas de saúde. No fundo, foram as circunstâncias de vida destes idosos fizeram que frequentassem há mais ou menos tempo o CD.

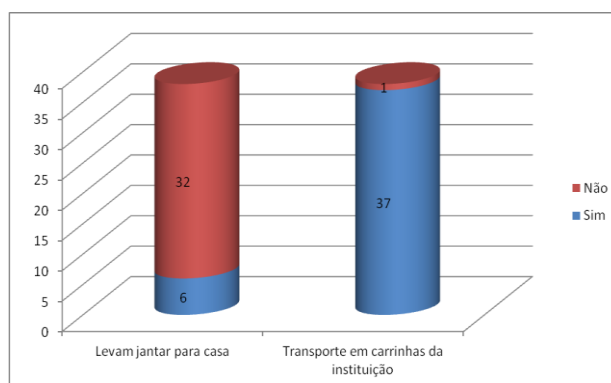
#### 4.6 Caracterização dos participantes em função do seu grau de autonomia

**Gráfico 9** - Distribuição dos participantes em função do seu grau de autonomia



Ao analisarmos o Gráfico 9, reparamos que existe um número considerável de clientes, 8 (21%) que não conseguem realizar tarefas como vestir-se/despir-se, ou tomar banho. Estas são as tarefas diárias onde os clientes têm maior dificuldade, de referir ainda que estes são os que têm em média a idade mais avançada, 83 anos. Em sentido oposto, 22 (58%) clientes conseguem sem nenhuma ajuda ir ao WC, e 30 (79%) clientes comer, com uma média de idades de 76 anos. Estes números vão ao encontro daquilo que tem sido a realidade do CD, com muitos clientes com dificuldades motoras, devido a problemas de saúde, tendo assim maior facilidade de efectuar acções que exijam menos esforço físico, como comer e ir ao WC.

**Gráfico 10** - Indicadores referentes ao transporte utilizado e sobre quem leva, ou não, jantares para casa



Ao lermos o Gráfico 10, concluímos que grande parte dos clientes do CD não leva jantar para casa, 32 (84%), numa altura em que vivemos uma crise económica profunda e em que muitas das parcas reformas de bastantes idosos servem para auxiliar as economias familiares dos filhos, e visto que o dinheiro “não estica”, talvez esteja aqui a explicação para tão poucos idosos levarem o jantar da instituição 6 (16%). De acrescentar que os idosos que levam jantar para casa têm uma média de idades já avançada, 84 anos. Em relação ao transporte, 37 (97%) clientes utilizam as carrinhas da AAIJFM, e apenas 1 (3%) não utiliza, porque vai a pé para a instituição, pois vive relativamente perto desta.

#### **4.7 Caracterização dos participantes em função das razões pelas quais frequentam o CD e dos seus rendimentos**

**Quadro 7** - Indicadores referentes aos motivos para frequentar o CD

Motivos	N.º de Clientes	Homens	Mulheres	Média de idades
Saúde/AVC	13	8	5	82
Saúde/Alzheimer	5	1	4	83
Saúde/Depressões profundas	2	0	2	58
Saúde/Deficiência mental	2	0	2	55
Saúde/Amputado das duas pernas	1	1	0	80
Isolamento	9	3	6	79
Acompanhar marido vítima de AVC	4	0	4	81
Acompanhar filho e neta deficientes	2	1	1	80

O Quadro 7 é suficientemente esclarecedor em relação aos motivos que levaram os idosos em estudo para o CD. De forma destacada surgem problemas com a saúde, 23 (61%) dos clientes; dentro desta área destacamos as vítimas de AVC, 13 que representam 57% dos casos relacionados com a perda de saúde, com uma média de idades de 82 anos, e com preponderância para o sexo masculino, 8 clientes. Este número tão elevado poderá ser explicado devido aos maus hábitos alimentares que ainda persistem, nomeadamente a ingestão de elevadas quantidades de sal na alimentação (não esquecer que estas pessoas passaram a infância, a juventude e parte da vida adulta, sem frigorífico, e conservavam a comida em salmouras), e da parte principalmente dos homens o abuso das bebidas alcoólicas, e do tabaco. Ainda na área da saúde, gostaríamos de destacar os doentes com Alzheimer, 5 (13%). Esta é uma doença que cada vez está a trazer mais clientes para o CD, 4 entraram em 2014. Têm uma média de idades bastante alta, cerca de 83 anos, e são clientes que requerem um acompanhamento constante.

O isolamento é o segundo motivo para frequentar o CD, 9 (24%), com 6 mulheres e 3 homens, e com uma média de idades de 79 anos. Uma das razões do isolamento deve-se ao facto do concelho de Alenquer ser bastante grande em termos geográficos, 304,2 Km<sup>2</sup>, constituindo-se o terceiro maior do distrito de Lisboa. Existe uma enorme

dispersão habitacional, havendo muitas casas isoladas. Ora, com a idade a mobilidade vai ficando reduzida, o que dificulta as movimentações dos idosos, muitos deles ficam “presos” nas suas próprias casas. Outra razão prende-se com o facto de alguns desses idosos viverem com os filhos, que durante o dia se ausentam de casa para trabalhar. É nessas alturas que a solidão “ataca”, e claramente sentem a necessidade de ocupar o tempo, e assim surge o CD como resposta de combate ao isolamento. Gostaríamos ainda de destacar mais dois casos: o primeiro relacionado com o facto de existir um casal que frequenta o CD para acompanhar o filho e a neta, ambos com deficiência, que estão no CAO desta instituição. O outro caso relaciona-se com o facto de existir quatro clientes femininas que se inscreveram no CD para acompanhar os maridos vítimas de AVC, com uma média de idades de 81 anos. De salientar que duas delas após a morte dos respectivos maridos decidiram continuar no CD, o que revela o grau de satisfação em relação à AAIJFM sentido por estas clientes.

**Quadro 8** – Indicadores referentes aos rendimentos dos participantes

Rendimentos/mês	N.º de Clientes	Homens	Mulheres	Média de idades
<b>Menos de 300€</b>	12	2	10	75
<b>Entre 300€ e 400€</b>	11	6	5	80
<b>Entre 400€ e 500€</b>	8	2	6	79
<b>Entre 500€ e 600€</b>	4	2	2	80
<b>Entre 600€ e 700€</b>	1	0	1	85
<b>Entre 800€ e 900€</b>	1	1	0	79
<b>Entre 1.500€ e 1.600€</b>	1	1	0	80

<b>Rendimento mensal médio dos 38 clientes</b>	<b>407,09€</b>
<b>Rendimento mensal médio das 24 clientes do sexo feminino</b>	356,52€
<b>Rendimento mensal médio dos 14 clientes do sexo masculino</b>	493,77€

Ao analisarmos o Quadro 8, depressa reparamos que a maioria dos clientes recebe pensões bastante baixas, sendo que 12 (32%) recebem menos de 300€ mensais. Neste grupo gostaríamos de destacar o enorme peso que as mulheres têm, 10 (83%), assim

como se observarmos o rendimento médio mensal das clientes do sexo feminino (356,52€), deparamo-nos com um rendimento muito inferior ao dos homens (493,77€), e também inferior à média mensal dos 38 clientes do CD (407,09€).

Esta diferença de rendimentos talvez tenha explicação no facto de em pessoas destas idades, aquando da sua vida activa, o habitual, principalmente nestas zonas rurais, era apenas o homem ter emprego e, por conseguinte, na maior parte das vezes, descontar para a segurança social. A mulher tinha “apenas” o papel de responsável pelos trabalhos domésticos da família, e criar os filhos.

De facto, 33 (87%) dos idosos recebem um valor de pensão ou subsídio escasso para as suas despesas diárias, enquanto só 5 (13%) dos idosos, recebem uma pensão superior ao ordenado mínimo nacional. Uma das características marcantes destes idosos é o seu baixo poder aquisitivo. Muitos deles têm despesas com medicação elevadas, assim como outros gastos com a saúde, pois no contexto do envelhecimento o ser humano apresenta maior fragilidade do seu organismo, podendo favorecer o surgimento de doenças e outros desconfortos físico-motores, psíquicos e sociais, e/ou em alguns casos, mesmo sendo baixa a reforma, tem que servir ainda para ajudar a família (e.g., filhos desempregados, filhos divorciados). Os rendimentos mensais destes idosos variam entre os 234,84€ e os 1.555,17€.

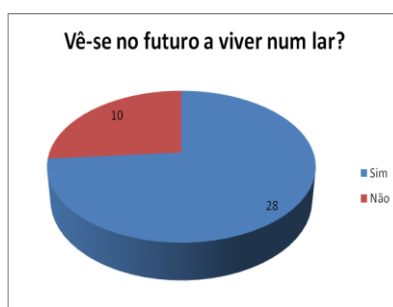
#### 4.8 Caracterização dos participantes em função das actividades que mais gostam de praticar e da sua percepção acerca da possibilidade de virem a viver num lar

**Gráfico 11** - Indicadores referentes às actividades que os participantes mais gostam de praticar



Para perceber quais as actividades praticadas pela Instituição e que os idosos mais gostavam de frequentar, pedimos para que nos transmitissem até três actividades da sua preferência. Os resultados indicam que as actividades preferidas dos clientes do CD da AAIJFM são: passear, 23 (36%), e praticar ginástica, 21 (33%). Seguido de trabalhos manuais, 9 (14%) e jogos de mesa, 7 (11%), trabalhos de costura e ver Tv, aparece na cauda das preferências com 2 (3%) cada. De salientar que 7 clientes afirmaram que não gostavam de praticar nenhuma actividade, o que representa cerca de 18% do total dos clientes.

**Gráfico 12** - Indicadores referentes à percepção que os participantes têm de virem a viver num lar



A esta questão, 28 (74%) clientes revelaram uma grande abertura quanto à possibilidade de, no futuro, poderem viver num lar. Já 10 (26%) clientes não colocam essa hipótese. Estamos convictos que esta alta taxa de aprovação deve-se precisamente ao facto de estes idosos já frequentarem um regime de apoio, em que passam praticamente todo o dia numa instituição, ficando assim com uma melhor noção do que realmente poderá ser passar a viver num lar.

### **Reflexões finais**

Durante este trabalho propusemo-nos tentar encontrar as razões principais que levavam um idoso a frequentar um CD numa zona rural, tendo ficado claro que as questões relacionadas com problemas de saúde, nomeadamente AVC e Alzheimer, em conjunto

com o isolamento característico de um concelho enorme em termos geográficos e com uma grande dispersão habitacional, são as causas principais que levaram os idosos da AAIJFM a frequentarem a valência de CD desta instituição. Podemos considerar que o Centro de Dia surge como um recurso intermédio que vem colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais.

Tendo como principal objectivo ser um recurso social de utilização diurna, alternativo à institucionalização, o Centro de Dia foi concebido para pessoas idosas que sofram algum grau de deficiência física, psíquica ou dependência, mas o facto de viverem sozinhos, em estado de viuvez e necessitarem de conviver e ter uma alimentação regulada e equilibrada, faz com que recorram também a este equipamento social. Trata-se de um recurso de apoio familiar que oferece durante o dia a atenção necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais das pessoas idosas, afectadas ou não por diferentes graus de dependência, promovendo a autonomia e a permanência em contexto domiciliário (Sanchez, 1997).

Um outro grande objectivo do trabalho consistiu, precisamente, em caracterizar sócio-demograficamente os clientes que frequentam o CD da AAIJFM. Podemos afirmar que a maior parte dos idosos que frequentam o CD é do sexo feminino, cerca de dois terços, e viúvas; têm uma média de idades já avançada, 78 anos, sendo as mulheres em média mais novas do que os homens; maioritariamente são da freguesia onde está sediada a AAIJFM, freguesia de Meca; a maior parte destes clientes tem casa própria (74%); e convivem com os seus familiares (cônjuge ou filhos) cerca de 71% dos clientes, havendo quase um terço dos clientes que vivem sozinhos (29%); um número bastante significativo de idosos nunca frequentou a escola, são analfabetos (76%); a esmagadora maioria (87%) conheceu a instituição através de familiares; existe um número considerável de clientes (21%) que não conseguem realizar tarefas como vestir-se/despír-se, ou tomar banho; a nível de rendimentos situam-se consideravelmente abaixo do valor do salário mínimo nacional, tendo um rendimento médio mensal na ordem dos 407,09€. As mulheres são quem, em média, tem rendimentos mais baixos, cerca de 356,52€; passando para as actividades que os idosos preferem praticar na instituição, aparece em grande destaque passear e ginástica. Estas duas actividades reúnem cerca de 69% das preferências; de realçar também o facto de 74% dos idosos aceitar de bom grado no futuro poder vir a viver num lar.

Com esta realidade como pano de fundo podemos afirmar que o CD é como um programa que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal. Daí que, o objectivo geral da intervenção assenta no apoio integral e de qualidade aos idosos dependentes, sem necessidade de institucionalização. O CD é, deste modo, encarado como uma estrutura de serviços sociais, assistenciais e comunitários de funcionamento diurno. Pretende manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as actividades da vida diária e interacção social. Trata-se de um serviço de acolhimento diurno, de assistência às actividades da vida diária para pessoas idosas com alguma dependência, cujos objectivos a alcançar são a recuperação e a manutenção do máximo grau de autonomia do idoso, de acordo com as suas próprias potencialidades e capacidades.

Torna-se desta forma fundamental realçar que na lide com populações neste âmbito não existem receitas, razão pela qual o ajustamento entre aquilo que é oferecido pelo Assistente Social e as especificidades da população com que este trabalha pode muito bem ser a chave que determina o sucesso da intervenção.

Com a conclusão do presente trabalho e após todos os obstáculos ultrapassados, sentimos que o mesmo foi realizado da melhor forma possível e que através do mesmo adquirimos e reforçámos competências ao nível académico, profissional e pessoal. Academicamente, sentimos claramente uma progressão, uma vez que executámos as tarefas com mais rigor e sentimo-nos mais capazes de executar as diversas tarefas. O rigor com que trabalhamos agora tem também reflexo a nível profissional. A nível profissional vimos também as técnicas da entrevista e da observação serem trabalhadas em profundidade, o que tem repercussões importantes para o bom decorrer do trabalho que teremos enquanto futuros assistentes sociais. E finalmente, ao nível pessoal, sentimos um amadurecimento enquanto pessoa que se mostrará importante em todos os âmbitos da nossa vida: académico, profissional e pessoal.

Para terminar esta reflexão gostaríamos apenas de acrescentar que se é realmente verdade que os idosos tendem a tornarem-se “invisíveis”, descartáveis, aos olhos de uma sociedade que valoriza cada vez mais a juventude, a vitalidade e a aparência física,

não é menos verdade que os idosos transformaram-se numa parcela cada vez maior da população. Assim, se souberem fazer ouvir essa força emergente de uma maioria silenciosa como instrumento de pressão política, irão adquirir cada vez uma maior e preponderante influência social.

## Referências Bibliográficas

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

Annder-egg, E. (1995). *Introdução ao trabalho social*. Petrólis, Vozes.

Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. São Paulo, Martins Fontes.

Berguer. Mailloux, P. (1996). *Pessoas idosas, uma abordagem geral*. Lisboa, Lusodidacta.

Bonfim, C., Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia (condições de localização, instalações e funcionamento)*. Lisboa, Núcleo de documentação técnica e divulgação da Direcção geral da Acção Social.

Bosi, E. (1994). *Memória e Sociedade. Lembranças de velhos*. 3ª Edição. São Paulo, Companhia das Letras.

Carlos, M. (1999). *Se esta casa fosse nossa. Instituições e processos de imaginação na educação especial*. São Paulo, Pleuxus.

Carvalho, C. (2003). *Programa Psicomotor para Gerontes – Estudo da Coordenação Dinâmica Geral e Organização Espaço-Temporal* (Memória do curso Motricidade Humana – Educação Especial e Reabilitação) Almada, I.S.E.I.T. Jean Piaget.

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

Carta Social. (2006). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2006*. Gabinete de Estratégia e Planeamento-Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

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

Cattani, R., Perlini, N. (2004). *Cuidar do idoso no domicílio na voz de cuidadores familiares*, *Revista electrónica de enfermagem* 6, nº2, pp. 254-271.

Champagne, P. (1996). *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis, Vozes.

Conrad, K. Huges, S. et al. (1993). *Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities*, volume nº 48, pp. 112-122.

Costa, E. (2002). *As relações sócio-familiares dos idosos institucionalizados no abrigo Sagrada Família*. Goiás, Faculdade de Enfermagem/UFG.

Debert, G. (1996). *As representações (estereótipos) do perfil do idoso na sociedade atual*. In: *Anais do 1.º Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: Um Agenda para o final do século*. Brasília, MPAS/SAS.

Equipo de Trabajo do Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. (2004). *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*. Libro Blanco. Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Secretaria de Estado de Serviços Sociais, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Fonseca, V. (1988). *Contributo para o estudo da génese da psicomotricidade*. 4ª Edição. Lisboa, Editorial Notícias.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.

Freitas, E. et al. (2002). *Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global*.

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi – Editores.

Giddens, A. (2009). *Sociologia*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Gaugler, J., Zarit, S. e Townsend, A. (2003). *Evaluating Community – based Programs for Dementia Caregivers: The cost implications of Adult Day Service*,. *The Journal of Applied Gerontology* N° 1, Vol.22, pp. 118-133.

Governo de Portugal. (2012). *Programa de acção do ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre gerações*.

INE. (1999). “*As famílias unipessoais de idosos têm crescido nos últimos anos, principalmente as famílias unipessoais de mulheres*”, (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas. Série de Estudos* N°. 83. Portugal), Lisboa.

Instituto da Segurança Social, I.P. (Abril 2013). *Guia Prático – Apoios Sociais – Idosos*.

Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt>.

Lemos, M. (2013). *Parecer de Iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Portugal, Conselho Económico e Social.

Martin, I. et alii. (2007). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio á Terceira Idade\_2006*. Porto, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos.

Netto, M. (2006). *O estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Edição nº 2. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

Neves, C. (2012). *Estereótipos sobre idosos*. Castelo Branco, UBI

Novaes, M. (2000). *Psicologia da terceira idade. Conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro, Nau.

OMS. (1994). *Planificación Y organización de los Servicios Geriátricos*. Informe Técnico, 843. Ginebra.

O’Keeffe, J. Siebenaler, K. (2006). *Adult Day Services: A Key Community Service for Older Adults*. Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy; Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation; U. S. Department of Health and Human Services.

Paugan, S. (1999). *O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social In As Artimanhas da exclusão Social. (Org)*. Petrópolis, Vozes.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra, Quarteto Editora.

Quaresma, M. (1996). *Cuidados Familiares às Pessoas muito Idosas*. Lisboa, Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

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

Salgado, M. (1980). *Velhice, uma nova questão social*. São Paulo, Sesc-Ceti.

Sanchez, A. (1997). *La Animación Hoy una respuesta a la realidad social*. Madrid, Editorial CCS.

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

Sousa, L., et alli. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto, Coleção Idade do Saber .

Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Loures, Lusociência.

# ANEXOS

# ANEXO A

(Guião de entrevista)

Idoso n.º \_\_\_\_\_

1.Sexo

Masculino

Feminino

2.Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

3.Qual é o seu estado civil?

Casado

Separado

Divorciado

Viúvo

Solteiro

Numa relação

4.Local de Residência

5. Quantos anos andou na escola? \_\_\_\_\_

6.Com quem vive?

Com membros da família

Com um/a amigo/a

Sozinho/a

Com empregada

7.Situação da habitação

Tem casa própria

A casa é arrendada

Vive em casa/prédio de habitação social

Outro \_\_\_\_\_

8.É capaz de ... (1) Sem ajuda- (2) Com alguma ajuda- (3) Não consegue fazer

Vestir-se e Despir-se

Tomar Banho ou Duche

Ir à casa de banho

Comer

9.Como conheceu esta instituição?

10.Quais os motivos que o/a levaram a recorrer aos serviços da instituição?

11.Há quantos meses/anos frequenta este Centro?

---

12.Quantos dias por semana é que costuma vir para este Centro? \_\_\_\_\_

13.Qual é o meio de transporte que habitualmente usa para vir para o Centro?

Em veículo particular

Transportes públicos, sem incluir carrinhas especiais ou autocarros para idosos

Carrinhas ou autocarros para idosos financiados [não sendo propriedade do centro de dia]

Veículo do Centro de dia

14.Situação Económica Rendimentos Mensais

(-) de 199€ Quanto?

De 199€ a 300€

De 301€ a 500€

De 501€ a 700€

(+) de 700€ Quanto?

15.Atividades que preferem praticar no Centro de Dia

Ginástica

Hidroginástica

Passear

Trabalhos de costura

Fazer jardinagem /cuidar da horta / cuidar de vasos

Realizar outras actividades

16.Vê-se no futuro a viver a tempo inteiro num lar

# ANEXO B

(Pedido de Autorização para realização de investigação)



Exmo. Srº. Director da Associação de Apoio a  
Idosos e Jovens da Freguesia de Meca

Meca, 27 de Outubro de 2014

Encontro-me, neste momento a realizar o Projecto de Graduação intitulado de “Escutar o Silêncio”, com o principal objectivo de conhecer e caracterizar a realidade institucional, da valência de centro de dia desta instituição.

Assim venho por este meio solicitar a colaboração de V. Exª no sentido de autorizar a utilização da vossa base de dados e da realização de entrevistas (conversas informais), realizadas com os idosos durante o meu tempo de estágio na instituição.

A confidencialidade dos dados fornecidos, e o anonimato dos clientes serão garantidos ao longo de todo o estudo.

Sem outro assunto, agradeço a sua atenção e subscrevo-me,

Atenciosamente

---

Pedro Monteiro

# ANEXO C

(Declaração de consentimento informado)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

**Quais as motivações principais, que levam os idosos a frequentarem um centro de dia num meio rural?**

Eu, tomei conhecimento do objectivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as questões que coloquei foram respondidas. Compreendi que tenho a possibilidade de me recusar a participar no estudo de investigação, sem que para isso precise de justificar a minha escolha. A informação dada para o estudo será apenas a que eu entender dar, com a garantia de que será respeitada a confidencialidade dos dados no momento da divulgação dos resultados.

Além disso, foi-me transmitido que tenho o direito de interromper a minha participação a todo o tempo no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pelo investigador, para a realização do respectivo estudo.

Data:     /     / 2014

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

O Investigador Responsável:

Nome: Pedro Monteiro

Assinatura: \_\_\_\_\_

(A elaboração do presente documento inspirou-se nas recomendações da Comissão de Ética da UFP).