



Universidades Lusíada

Farinha, Magda Marília Sequeira, 1980-

Qualidade de vida do idoso em centro de dia : a influência da instituição na perspectiva do utente

<http://hdl.handle.net/11067/1358>

Metadados

Data de Publicação	2015-01-16
Resumo	O presente trabalho teve como pretensão analisar, na perspectiva dos idosos com mais de 75 anos, em Centro de Dia (CD), a influência Institucional e o seu contributo para a sua Qualidade de Vida (QdV). A investigação incidiu sobre uma amostra de 12 idosos utilizadores da valência de CD da Associação de Reformados e Idosos da Póvoa de Santa Iria (ARIPSI), localizada na União das Freguesias da Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa. No âmbito desta investigação foi elaborado um guião da entrevista,...
Palavras Chave	Centros de dia - Portugal, Qualidade de vida, Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal, Idosos - Política governamental - Portugal, Serviço social com idosos - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T09:50:08Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência
da instituição na perspectiva do utente**

Realizado por:

Magda Marília Sequeira Farinha

Orientado por:

Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes

Orientador: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Arguente: Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso

Dissertação aprovada em: 13 de Janeiro de 2015

Lisboa

2014



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a
influência da instituição na perspectiva do utente

Magda Marília Sequeira Farinha

Lisboa

Agosto 2014



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da
instituição na perspectiva do utente

Magda Marília Sequeira Farinha

Lisboa

Agosto 2014

Magda Marília Sequeira Farinha

Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da instituição na perspectiva do utente

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Lisboa

Agosto 2014

Ficha Técnica

Autora Magda Marília Sequeira Farinha
Orientador Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar
Título Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da instituição na perspectiva do utente
Local Lisboa
Ano 2014

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FARINHA, Magda Marília Sequeira, 1980-

Qualidade de vida do idoso em centro de dia : a influência da instituição na perspectiva do utente / Magda Marília Sequeira Farinha ; orientado por Duarte Gonçalo Rei Vilar. - Lisboa : [s.n.], 2014. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - VILAR, Duarte Gonçalo Rei, 1954-

LCSH

1. Centros de dia - Portugal
2. Qualidade de vida
3. Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal
4. Idosos - Política governamental - Portugal
5. Serviço social com idosos - Portugal
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Adult day care centers - Portugal
2. Quality of life
3. Aging - Social aspects - Portugal
4. Older people - Government policy - Portugal
5. Social work with older people - Portugal
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1455.2.P8 F37 2014

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não seria possível sem a disponibilidade de todos aqueles que ao longo deste último ano contribuíram, directa ou indirectamente, para a sua construção.

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

Ao Prof. Doutor Duarte Vilar, meu orientador, pelo apoio metodológico, pela colaboração e disponibilidade prestada ao longo desta investigação.

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

Agradeço à Associação de Reformados e Idosos da Póvoa de Santa Iria por me ter acolhido, e em particular à Assistente Social Dr.^a Bruna Quítalo pela disponibilidade e conhecimento partilhado e a todas as funcionárias pela ajuda e apoio prestado.

A ti minha avó, que te devo tudo o que sou, pelo amor, força, estímulo, disponibilidade e apoio incondicional dado em mais uma etapa da minha vida.

A ti Andreia, por todo o estímulo, apoio e optimismo dado ao longo deste percurso.

APRESENTAÇÃO

Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da Instituição na perspectiva do utente

Magda Marília Sequeira Farinha

O presente trabalho teve como pretensão analisar, na perspectiva dos idosos com mais de 75 anos, em Centro de Dia (CD), a influência Institucional e o seu contributo para a sua Qualidade de Vida (QdV).

A investigação incidiu sobre uma amostra de 12 idosos utilizadores da valência de CD da Associação de Reformados e Idosos da Póvoa de Santa Iria (ARIPSI), localizada na União das Freguesias da Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa.

No âmbito desta investigação foi elaborado um guião da entrevista, tendo por base alguns instrumentos orientadores, a saber: o WHOQOL – Bref, a versão portuguesa do EASYCare (Elderly Assessment System, Sousa et al., 2009) e a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso, elaborado pela Direcção Geral de Saúde, em 1992.

Os resultados demonstram que a oferta de serviços da Instituição é adequada à promoção da QdV dos idosos com mais de 75 anos a frequentarem o CD.

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

Verificou-se que a QdV é uma dimensão essencialmente subjectiva, que tende a depender mais da percepção que o indivíduo possui acerca da mesma, do que de indicadores objectivos, tais como a saúde física e aspectos de natureza social.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idosos, Qualidade de vida, Políticas Sociais, Respostas Sociais, Centro de Dia.

PRESENTATION

Quality of Life in Elderly Day Centre: The influence of the institution from the perspective of the user

Magda Marília Sequeira Farinha

The present work pretends to analyze, from the perspective of elderly over the age of 75, Day Center Institutional influence and its contribution to their quality of life.

The research focused on a sample of 12 elderly users of the Day Center valence of the Associação de Reformados e Idosos da Póvoa de Santa Iria, located in Póvoa de Santa Iria.

Within this research a script of the interview was prepared, based on some guiding instruments, namely the WHOQOL - Bref, the portuguese version of the EasyCare (Elderly Assessment System, Sousa et al, 2009.) and Life Quality Assessment Grid of the Elderly, prepared by the General Directorate of Health in 1992.

The results demonstrate that the provision of the institution services is suitable for the promotion of quality of life on elderly people over 75 years attending the Day Center.

The present study also revealed that, for this group of seniors, the Day Center institution's reply is perceived as a promoter of quality of life.

It was found that quality of life is essentially a subjective dimension, which tends to depend more on the perception that the individual has about it, than objective indicators, such as physical and social aspects.

Keywords: Aging, Elderly, Quality of life, Social Policy, Social Responses, Day Center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Modelo de Qualidade de Vida de Lawton (Silva et al, 2009, p. 164).....	37
Ilustração 2 - Determinantes do Envelhecimento Activo (Adaptado, OMS: 2002, p. 19).	41

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ARIPSI - Associação de Reformados e Idosos da Póvoa de Santa Iria
- AVDs - Actividades de Vida Diária
- CD - Centro de Dia
- CNAPTI - Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade
- CSI - Complemento Solidário para Idosos
- DGS - Direcção Geral de Saúde
- EA - Envelhecimento Activo
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos
- PCHI - Programa Conforto Habitacional para pessoas Idosas
- PILAR - Programa Idoso em Lar
- PROGRIDE - Programa para a Inclusão e Desenvolvimento
- QdV - Qualidade de Vida
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. Introdução	15
1.1. Objectivos sociais/ Pertinência do estudo.....	15
1.2. Objectivos Científicos do Estudo.....	18
1.2.1. Pergunta de partida	18
1.2.2. Objecto de estudo.....	18
1.2.3. Objectivo Geral	18
1.2.4. Objectivos específicos.....	18
2. Problemática/Estado da Arte.....	19
2.1. Envelhecimento	19
2.1.1. Envelhecimento demográfico	19
2.1.2. Modificações Associadas ao Processo de Envelhecimento.....	21
2.1.3. Envelhecimento Activo	23
2.2. Políticas Sociais de Velhice.....	25
2.2.1. Antecedentes históricos	25
2.2.2. Políticas Sociais na Actualidade	29
2.3. Qualidade de Vida	30
2.3.1. Perspectiva Histórica da Qualidade de Vida.....	30
2.3.2. Conceito (s) de Qualidade de vida.....	31
2.3.3. Qualidade de vida e terceira idade	33
2.3.4. Avaliação e Mensuração da Qualidade de Vida dos Idosos	38
2.4. Envelhecimento Activo e Qualidade de Vida	40
2.5. Redes de Suporte Formal: O Centro de Dia	42
2.5.1. Perspectiva Histórica dos Centros de Dia	42
2.5.2. Conceito de Centro de Dia	43
2.5.3. Motivações para a utilização desta resposta social.....	46
3. Modelo de Análise	49
3.1. Identificação e definição conceptual das variáveis.....	49
3.2. Operacionalização das Variáveis	49
3.2.1. Caracterização socio-demográfica dos idosos	49
3.2.2. A QdV percebida pelos idosos	49
3.2.3. A QdV objectiva	49
3.2.4. O contributo do CD na QdV vista pelos idosos.....	50
4. Metodologia de Investigação.....	51
4.1. Metodologia	51

4.2. Instrumentos	52
4.3. Universo e Selecção da Amostra	53
4.4. Procedimentos de Investigação	54
4.5. Tratamento de dados.....	55
5. Apresentação e Interpretação dos resultados	57
5.1. Caracterização Socio-Demográfica da amostra do estudo	57
5.2. Qualidade de Vida – Indicadores Subjectivos	58
5.3. Qualidade de Vida – Indicadores Objectivos	60
5.3.1. Caracterização do Estado de Saúde dos Idosos.....	60
5.3.2. Caracterização da QdV dos Idosos	63
5.3.2.1. A dimensão relacional e a QdV.....	63
5.3.2.2. Actividades de vida diária e a QdV	64
5.3.2.3. Mobilidade e a QdV	65
5.3.2.4. O ambiente e a QdV.....	66
5.3.2.5. Lazer e a QdV.....	67
5.3.2.6. Os recursos económicos e a QdV	69
5.3.2.7. A espiritualidade e a QdV.....	70
5.4. O contributo do CD na QdV.....	71
6. Conclusões Finais.....	75
6.1. Implicações para o Serviço Social	79
6.2. Implicações, limitações e perspectivas do estudo	80
Referências.....	83
Bibliografia	91
Apêndices	93
Lista de apêndices.....	95
Apêndice A	97

1. INTRODUÇÃO

1.1. OBJECTIVOS SOCIAIS/ PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A pertinência deste tema é uma consequência directa do envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos em geral, e em Portugal, de modo particular, transformando num problema social impossível de camuflar. Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica no nosso país, no passado recente, caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. As projecções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações seniores e uma redução secular do peso da população activa¹.

Segundo Carneiro et al

o efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa (2012, p. 31).

O envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações². Neste processo, observa-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (i.e., menor peso de efectivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efectivos populacionais idosos).

A família, em Portugal, está em profunda mudança. A evolução das estruturas familiares é um dos factores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e em termos de organização das respostas públicas e privadas com vista à promoção do bem-estar individual e colectivo no processo de envelhecimento.

¹ Segundo o Eurostat informação do exercício Europop2010 a actual crise e as elevadas taxas de desemprego deverão ter contribuído para o reforço dos movimentos migratórios, observando-se fortes fluxos de emigração. Estes recentes desenvolvimentos deverão contribuir significativamente para um processo mais rápido do envelhecimento da sociedade portuguesa. i.e., os desafios do envelhecimento deverão ocorrer mais cedo e com maior intensidade.

² A redução da mortalidade está associada ao aumento da esperança de vida das populações, reforçando assim o peso da população sénior num quadro de taxa de fertilidade baixa.

As teorias do envelhecimento defendem que o idoso deve manter-se activo, devendo ser respeitado nos seus hábitos de vida e preferência, no entanto, o processo de envelhecer pode tornar-se delicado e doloroso, se as políticas sociais não permitirem que o idoso disponha de um conjunto de respostas sociais satisfatórias que lhes proporcione QdV. Desta forma, motivados pelo interesse em obter um melhor conhecimento do impacto que a resposta social Centro de Dia (CD) pode ter na promoção da QdV dos idosos residentes na comunidade, a frequentarem Centros de Dia, procedemos à realização desta investigação.

Assim, a nível científico a presente investigação pretende aumentar o conhecimento ao nível das práticas de intervenção do Serviço Social, no âmbito dos processos de envelhecimento dos indivíduos. A escolha da presente investigação deve-se essencialmente à necessidade de compreender e conhecer melhor o fenómeno do envelhecimento e em particular, a importância do CD como resposta à promoção da QdV da população idosa.

Esta proposta de estudo procura assim indagar através da perspectiva dos idosos com mais de 75 anos, em CD, a influência da Instituição para a sua QdV;

A nível pessoal escolhemos este tema, não só pela importância que tem em si mesmo, mas também pela afectividade que este assunto nos desperta. Gostaríamos que este trabalho fosse útil em primeiro lugar para os idosos, que os ajudasse a reflectir sobre a sua vida. Depois, para as pessoas de qualquer idade que as ajudasse a melhor compreender os problemas dos seus pais e avós.

A definição da metodologia encontra-se directamente relacionada com a questão orientadora e com os objectivos da investigação, neste sentido, optou-se por um estudo qualitativo, pretendendo-se perceber a forma como os sujeitos dão sentido, atribuem significado às suas experiências e ao mundo em que vivem.

Esta opção metodológica pressupõe a utilização de um guião de entrevista, elaborado com base em alguns instrumentos orientadores, o WHOQOL – Bref, a versão portuguesa do EASYCare e a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso.

Para tratamento dos dados recorreu-se à análise de conteúdo.

Inicialmente foi aplicado um pré teste no sentido de constatar dificuldades encontradas na passagem dos instrumentos, quer por parte dos sujeitos entrevistados, quer por parte do entrevistador.

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

Embora o estudo não contemple uma amostra muito significativa e os resultados nele encontrados não possam ser generalizados ao universo em que se inscreve a amostra, permite contudo ter uma visão objectiva da influência da Instituição para a promoção da QdV dos idosos que frequentam o CD, bem como analisar o significado do conceito QdV para estes idosos.

O presente trabalho estrutura-se em seis capítulos que passamos a apresentar:

No primeiro capítulo, é feita uma descrição sucinta dos objectivos sociais/pertinência do estudo, os objectivos científicos, a pergunta de partida, o objecto de estudo e objectivos gerais e específicos.

No segundo capítulo, resultado da revisão bibliográfica levada a cabo, apresentamos cinco grandes temas, a saber: Envelhecimento; Políticas Sociais de Velhice; Qualidade de Vida; Envelhecimento Activo e Qualidade de Vida; Redes de Suporte Formal: O Centro de Dia, estes constituem e suportam o presente estudo, constituindo desta forma a sua fundamentação teórica.

No terceiro capítulo, apresentamos o Modelo de Análise e procedemos à identificação, descrição e operacionalização das variáveis em estudo.

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

No quinto capítulo procedemos à apresentação e interpretação dos resultados obtidos, através da análise de conteúdo efectuada às respostas dos entrevistados.

No sexto e último capítulo, procedemos às conclusões finais do presente estudo e abordamos as implicações para o Serviço Social bem como, limitações e perspectivas do estudo.

1.2. OBJECTIVOS CIENTÍFICOS DO ESTUDO

1.2.1. PERGUNTA DE PARTIDA

Tendo presente que idosos sempre estarão presentes na sociedade, como parte efectiva, a sua problemática não deve ser contornada, tendo de ser assumida pelo Serviço Social, pelo que é pertinente conhecer o grau de satisfação de vida na velhice em relação a cada idoso, promover estratégias metodológicas de acção que visem desenvolver uma boa QdV. Deste conjunto de ideias, surge a pergunta de partida: Como percebem os idosos com mais de 75 anos o contributo do CD para a sua QdV?

1.2.2. OBJECTO DE ESTUDO

Segundo Fortin (1999) “ (...) o objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer (...) “ (Fortin, 1999:99). Na presente investigação pretende-se indagar qual a influência da Instituição para a promoção da QdV dos idosos com mais de 75 anos, em CD.

1.2.3. OBJECTIVO GERAL

- Analisar na perspectiva dos idosos com mais de 75 anos, em CD, a influência da Instituição para a sua QdV;

1.2.4. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o significado de “qualidade de vida” para os idosos com mais de 75 anos em CD;
- Identificar a forma como os idosos com mais de 75 anos em CD percebem a resposta da Instituição como promotora de QdV;

2. PROBLEMÁTICA/ESTADO DA ARTE

2.1. ENVELHECIMENTO

2.1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico define-se “a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade activa, ou de ambas” (Carrilho, 2007, p. 24). Neste âmbito, o envelhecimento está associado ao declínio da fertilidade, à diminuição da natalidade e ao aumento da longevidade, e à consequente modificação da estrutura da população jovem, adulta e idosa.

Enquanto abordagem teórica, o envelhecimento demográfico “assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos” (Carrilho, 2007, p. 24). O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento do número de pessoas idosas com 65 e mais anos no total da população (EC, 2006, p. 5).

O fenómeno do envelhecimento demográfico ou populacional atinge actualmente todos os países. A nível mundial surge como um dos grandes desafios do século XXI. No entanto, foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que as sociedades, principalmente as europeias, começaram a confrontar-se com o que classificamos de “duplo envelhecimento” (na “base” e no “topo” da pirâmide etária) (Nazareth, 1988; Fernandes, 1997). Contudo, o envelhecimento demográfico depressa adquiriu uma dimensão de proporções mundiais, embora com intensidades diferentes consoante as regiões e os países. O problema coloca-se de forma mais urgente nos países desenvolvidos, mas atingirá também os países emergentes por volta de meados do presente século. Segundo dados disponibilizados pelas Nações Unidas, a idade média da população no mundo e na Europa passou respectivamente de 24 anos e 30 anos, em meados do século XX, para 29 anos e 40 anos, em 2010, podendo atingir, em 2050, os 38 anos no mundo e 47 anos na Europa. No caso de Portugal, essa evolução foi ainda mais significativa do que na Europa, passando a idade média da população de 26 anos, em 1950, para 38 anos, em 2000, situando-se actualmente, em termos globais, nos 41,8 anos, contra os 39 de 2001. Segundo previsões das Nações Unidas a idade média da população pode chegar aos 50 anos em 2050. O

Instituto Nacional de Estatística (INE) registou igualmente um decréscimo para os 15% da população jovem, sendo que, numa década, se perdeu população em todos os grupos etários até aos 29 anos e que, no grupo entre os 0 e 14 anos de idade, os valores registados são ligeiramente superior a 1,5 milhões de habitantes. Segundo ainda projecções do INE, em 2060 a proporção de jovens (menos de 15 anos) reduzir-se-á dos actuais 15% para 11,9% da população, enquanto a proporção das pessoas com mais de 65 anos passará de 17,4% para 32,3% da população total. Estas tendências são praticamente irreversíveis e os fluxos migratórios³ são somente uma solução de curto prazo que não altera, de forma substancial, este processo.

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

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

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

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

³ Saída de jovens à procura de melhores condições de vida, ficando os mais idosos para trás e por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem.

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

É um fenómeno de duplo envelhecimento, onde a par do crescimento do número de pessoas idosas e a viver até mais tarde, assiste-se ao decréscimo da taxa de natalidade, reflectido nos resultados dos Censos 2011 (INE, 2011). Há 30 anos, em 1981, cerca de $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11.4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com mais de 65 anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (Paúl & Ribeiro, 2012).

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

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

2.1.2. MODIFICAÇÕES ASSOCIADAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Envelhecimento não é um conceito de fácil definição. Por isso mesmo, é possível encontrar na literatura algumas definições de envelhecimento. Gonçalves & Alvarez (1997) referem, nas suas conclusões que a velhice/envelhecimento está intimamente ligada a situações que confluem em patologias e a um estado de dependência, muitas vezes com elevada comorbilidade entre ambas (Loures, 2001).

A corroborar esta tese está Gonçalves & Oliveira (2011), o envelhecimento é uma palavra que nos é familiar, mas que não se afigura com uma definição simples e fácil. Esta circunstância advém, segundo os mesmos autores, do facto contextual, que deve ser considerado no momento de estabelecer a definição. No entanto, os autores definem envelhecimento referindo que este “é um processo multifacetado e complexo

e, simultaneamente, universal, lento e gradual” (Gonçalves & Oliveira, 2011, p. 245). De acordo com Loures (2001), o envelhecimento é um processo natural, com um ritmo próprio pelo qual todos os indivíduos passam, mas cada um a seu ritmo e estando sempre dependente do contexto em que se inserem.

Tentando evitar colocar a tónica numa idade cronológica para o processo de envelhecimento, autores como Birren e Cunningham (1985) *apud* Fonseca (2004), consideram ser vantajoso o recurso às seguintes “categorias” de idade defendidas:

- *idade biológica*: o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, importante na vertente saúde que afecta os indivíduos – o funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- *idade psicológica*: capacidades de natureza psicológica das pessoas para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, determinando as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a auto-estima;
- *idade sociocultural*: conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam numa sociedade, influenciando os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, entre outros.

A idade biológica constitui somente um indicador do processo de envelhecimento. De facto, as experiências e as vivências ao longo da vida de cada ser são importantes para compreender o comportamento humano (do(a) idoso(a)).

Para Gorman

O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice (2000, p. 7).

Por sua vez, Fernández-Ballesteros (2000) propôs a noção de *idade funcional*, tendo em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física, biológica), outras estabilizam (personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). Uma das implicações deste conceito é a de que uma intervenção externa orientada para reforçar algumas das funções (competências dos idosos) pode permitir uma melhoria nas condições para um envelhecimento

satisfatório – exemplo: informação sobre alimentação mais saudável. Fonseca (2004) conclui que “se o objectivo for a manutenção da capacidade funcional ao longo dos últimos anos de vida, isto pressupõe, na linha do que recomenda a Organização Mundial de Saúde, educar as pessoas a partir da meia-idade⁴” (Fonseca, 2004, p. 104).

Segundo Carneiro

a QdV está condicionada por factores psicológicos, para além da saúde física, e da percepção do indivíduo sobre si próprio e a sua vida; os determinantes da QdV oscilam com o grupo de idade: enquanto para a população com mais de 75 anos a QdV tem muito a ver com doenças e suas consequências no plano funcional, já para o grupo etário 65-74 anos, os seus problemas têm mais que ver com o respectivo enquadramento familiar e social (2012, p. 26-27).

2.1.3. ENVELHECIMENTO ACTIVO

O termo Envelhecimento Activo (EA) adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no final dos anos 90, procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que a designação envelhecimento saudável, reconhecendo que, para além dos cuidados com a saúde, existem outros factores que afectam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Katache & Kickbush (1997) *apud* Jacob, 2007).

“Bandeira” da OMS a partir de 1994⁵, o conceito de EA é definido como “o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Assenta numa concepção de saúde como concretização, ao longo da vida, do potencial de bem-estar (em que as componentes mental e social são tão importantes como a física), acrescentando-lhe outros dois pilares: participação e segurança. Esta última, que engloba também a ideia de protecção, dignidade e cuidados, remete mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa. Fá-lo, no entanto, enfatizando, como noutras vertentes, uma perspectiva de direitos e não de assumpção das pessoas idosas como receptores passivos de cuidados. A noção de “actividade” está, nesta conceptualização, associada à de participação (“social,

⁴ Ver, por exemplo “Carta de Promoção da Saúde de Otava” de 1986 (World Health Organization, 1986)

⁵ Inicialmente lançado pela OMS no Ano Internacional das Pessoas Idosas, foi depois reforçado como enquadramento global para políticas multissetoriais e para a investigação sobre envelhecimento no âmbito do Plano Internacional de Acção sobre Envelhecimento, na II Assembleia Mundial de Envelhecimento (WHO, 2002).

económica, cultural, espiritual e cívica – WHO, 2002, p. 12) e tem portanto conotações que vão muito para lá da actividade física ou laboral.

O principal objectivo do EA é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a QdV para todas as pessoas, mesmo as que apresentam maior fragilidade ou incapacidade. Este paradigma de envelhecimento reconhece as pessoas idosas como um grupo heterogéneo, cujas diferenças tendem a aumentar com o avançar da idade e atribui-lhes uma responsabilidade política e social, no exercício de uma participação activa em sociedade (WHO, 2002).

O conceito definido contempla uma explícita referência às suas múltiplas vertentes e determinantes. De referir que esta proposta explora diversas determinantes da saúde, em sentido amplo, situadas a vários níveis (desde influências transversais como a cultura e o género, até factores pessoais e comportamentais, passando pelos serviços sociais e de saúde e o ambiente físico e social), salientando a importância de considerar a sua influência conjunta e interrelacionada ao longo da vida (WHO, 2002).

De acordo com Paúl (2005a) o envelhecimento depende da interacção de uma multiplicidade de determinantes, tanto individuais como ambientais (a nível físico, social, económico, etc.). A intervenção deverá atentar ao conjunto desses factores e à forma que se traduzem em termos da “congruência entre o idoso e o ambiente, otimizando a adaptação” (Paúl, 2005a, p. 39).

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) remete-se, assim, o termo “activo” para uma participação e envolvimento pleno na sociedade, tanto a nível cultural, social, económico, cívico como espiritual e não apenas enquanto cidadão activo como força de trabalho ou como estando “fisicamente activo” (Ribeiro e Paúl, 2011).

Importa ainda reconhecer o papel proactivo que os indivíduos podem assumir, face ao seu próprio percurso e às dinâmicas colectivas. Modelos e políticas devem ter em conta, e encorajar, essa “agência”, mas também as condições e capacidades que são pré-requisitos para que as pessoas possam escolher/agir adequadamente e, ainda, os factores estruturais relevantes para o envelhecimento (Paúl, 2005a).

2.2. POLÍTICAS SOCIAIS DE VELHICE

Por políticas sociais de velhice entende-se o “conjunto das intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997, p. 22).

Inserem-se no “Estado-Providência que se estrutura como estabilizador político-social e garante aos indivíduos os direitos sociais” (Vaz, 2008, p. 64), e são direccionadas “à população não produtiva, encarada como grupo homogéneo, que vive num período de vida que se apresenta com necessidades e problemas sociais comuns (Fernandes, 1997, p. 65). Constituem-se segundo Carvalho

[...] como um ramo da política social que fornece instrumentos de apoio essencial ao bem-estar dos indivíduos, modificando as consequências do mercado sobre a disponibilidade de recursos na velhice, providenciando bens e serviços essenciais à satisfação das necessidades das pessoas nessa condição (2005, p.172).

Como medida de política social de velhice explícita, considera-se, por exemplo as transferências financeiras, sob a forma de pensões de velhice, pensões de sobrevivência e as pensões de invalidez e de viuvez. E como medidas implícitas: por exemplo a isenção das taxas moderadoras, a redução do custo dos medicamentos e/ou de exames complementares de diagnóstico efectuados através de comparticipação às entidades privadas, assim como a criação do rendimento mínimo garantido e a política de subsídios de rendas de casa entre outras (Carvalho, 2005).

As políticas sociais têm por finalidade colmatar as necessidades da população idosa que decorrem na sua entrada na velhice, tendo como principal interveniente o Estado.

2.2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Como refere Maia (1984), embora seja só no século XX, principalmente nas últimas décadas, que os diferentes países e comunidade internacional passam a atribuir uma particular atenção aos problemas humanos, sociais, económicos, políticos e científicos que derivam do fenómeno do envelhecimento, a génese das políticas sociais pode ser encontrada em épocas mais remotas.

A corroborar desta tese está Fernandes (1997), ao advogar que, a emergência das políticas sociais para a população idosa resultaram da tomada de consciência para a necessidade imperativa de intervenção social junto desta população.

A fundação no século XVIII, da Casa Pia de Lisboa, pode estar, de acordo com Maia (1984) *apud* Fernandes (1997) na base da assistência social pública em Portugal. Entre as acções desenvolvidas, a autora destaca a criação de várias instituições de assistência social pública, como asilos de infância, asilos de mendicidade e asilos para velhos e inválidos.

Fazendo uma breve análise sobre as políticas sociais em Portugal, Quaresma (1998) refere que “ [...] até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente” (*apud* Martins, 2006, p. 127).

Na opinião de Gomes (2000) “[...] só em 1969 se inicia a discussão na Assembleia Nacional sobre os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno do envelhecimento da população e a política de velhice” (*apud* Martins, 2006, p. 127-128).

Em 1971, é criado o serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social inserido na Direcção Geral de Assistência Social, que viria a substituir o Instituto de Assistência aos Inválidos.

Esta mudança é importante por criar pela primeira vez um Departamento com afinidades no estudo e na procura de soluções para os problemas da população idosa.

Para Veloso (2008) podem considerar-se alguns períodos na análise da política de terceira idade em Portugal, a saber: de 1976 a 1985; de 1985 a 1995; de 1995 a 2002; e de 2002 até à actualidade.

O primeiro período, com a declaração de política da terceira idade na Constituição de 1976, caracteriza-se pela mudança no modo de gerir a velhice e de tratar os idosos que se “concretiza na transformação dos asilos em lares e na emergência de serviços e instituições para a terceira idade”. Neste período o idoso passa a ser visto, ao contrário do passado, como indivíduo activo, autónomo e integrado e, assim, defende-se a “manutenção do idoso na sua residência” e criam-se equipamentos e serviços de apoio, designadamente, Centros de Dia; Apoio Domiciliário e Centros de Convívio. Esta política tinha como objectivos, integrar os idosos no seu meio social, fomentar o convívio e reduzir o isolamento, bem como a redução da despesa pública. Neste período, são criados 306 Centros de Dia.

No segundo período, de 1985 a 1995, mantém-se a política de manutenção do idoso no domicílio e a política de redução de despesas por parte do Estado. Esta redução caracteriza-se “ [...] por uma transferência de serviços públicos para o sector privado, como se verificou no âmbito da saúde” [...] como também “ [...] se traduziu em incentivo, apoio, financiamento e até na criação de instituições sem fins lucrativos que intervêm na acção social, principalmente na área da terceira idade e do apoio a deficientes” (Santos, 1993 *apud* Veloso, 2008, p. 6).

Com o objectivo de definir e executar uma “política nacional para os idosos” é criado em 1988 pelo XI Governo Constitucional, a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI). Face à importância política dos mais velhos, devido ao seu peso demográfico, mas também às suas consequências, especialmente no âmbito dos sistemas de segurança social, surge entre 1991 e 1993, o primeiro “Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas”.

Neste âmbito é instituído, em 1993, o Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações e no ano seguinte é criado, em Portugal, o “Programa de Apoio Integrado a Idosos” (PAII). Este programa só entrará em vigor em abril de 1995 e visa criar condições para que o idoso se mantivesse no seu domicílio; dar apoio às famílias cuidadoras de familiares idosos; promover e apoiar acções de formação a profissionais, técnicos e voluntários e prevenir o isolamento, a exclusão e a dependência.

Ainda com este programa foram outros projectos promovidos, entre eles: “Passe para a Terceira Idade”; “Serviço de Teleassistência”; “Serviço de Apoio Domiciliário”; “Centro de Apoio a dependentes”; “Formação de Recursos Humanos e Saúde” e “Termalismo”.

No período de 1995 a 2002 mantém-se a política de manutenção do idoso na sua residência e continua a promover-se e a apoiar projectos que visam criar respostas às diferentes necessidades sentidas pelos mais dependentes sendo criado em 1997, o “Programa Idoso em Lar” (PILAR). Financiados pelo programa PAII são criados, em 1995, o Programa “Turismo para a Terceira Idade” e o “Programa Saúde e Termalismo”. Em 1997, é criado pelo Decreto-Lei n.º 102/97, de 28 de Abril, o Cartão do Idoso.

Este período será, igualmente, marcado pelas orientações internacionais das Nações Unidas, referidas na II Assembleia Mundial de Madrid sobre o Envelhecimento 2002, como pela OMS (2002), na “defesa de um estilo de vida activo”.

De 2002 até ao presente ano, as medidas e programas criados neste hiato procuram criar não só condições de maior autonomia dos idosos, de prevenção de situações de dependência e de institucionalização, de evitamento de pobreza e exclusão social, mas também que a permanência no domicílio ocorra no maior tempo possível.

No sentido de evitar situações de pobreza e exclusão social, foi criado, em 2004, o “Programa para a Inclusão e Desenvolvimento” (PROGRIDE), através da Portaria n.º 730/2004, de 24 de junho, e regulamentado pelo Despacho n.º 25/2005, de 3 de Janeiro.

O PROGRIDE é dirigido para grupos em situação de exclusão, marginalidade e pobreza persistente, assentes na participação de todos os actores locais e na congregação das várias sinergias locais.

Com a finalidade de ajudar a recuperar ou manter a sua autonomia e/ou a maximizar a sua QdV, foi implementado pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a idosos em situação de dependência, tanto no domicílio como em estruturas da comunidade.

Por último, para prevenir e evitar a institucionalização foi desenvolvido o Despacho n.º 6716-A/2007, o “Programa Conforto Habitacional para pessoas Idosas” (PCHI), que tem por finalidade melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade dos idosos beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário ou utilizadores do CD ou ainda cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional.

Em resumo, da análise evolutiva das “políticas sociais” tendo como público-alvo a população idosa em Portugal, podemos destacar como principais pontos uma mudança de percepção dos idosos, passa-se de uma visão de “dependentes e inactivos” para “activos e independentes” e “potenciais consumidores”; alteração das respostas e equipamentos, com o objectivo de possibilitar a manutenção do idoso na sua residência e a criação de programas no âmbito da Saúde e do Turismo.

2.2.2. POLÍTICAS SOCIAIS NA ACTUALIDADE

O aumento da população idosa tem levado a uma crescente preocupação das políticas públicas, nacionais e internacionais, bem como no desenvolvimento de programas que contribuam para a QdV deste grupo populacional.

Portugal tem vindo a desenvolver políticas sociais que procuram contribuir para um EA e para a QdV das pessoas idosas. As medidas que têm vindo a ser concretizadas inserem-se num quadro de transversalidade de vários ministérios e entidades da sociedade civil, tendo por base duas linhas estratégicas de intervenção, a saber: fazer face ao impacto das alterações demográficas e promover a inclusão social. Entre a diversidade de instrumentos públicos destacam-se os seguintes:

- Oportunidades de Ganhos em saúde ao Longo da Vida: o Plano Nacional de Saúde (2011-2016) e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, aprovado em Junho de 2004, que assenta em três dimensões: promoção do envelhecimento activo, melhor adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e promoção de ambientes seguros e capacitadores de autonomia; “Saúde e Termalismo Sénior” que consiste num programa de férias e lazer, focado na “saúde e bem-estar” oferecendo condições e ambientes para tratamentos termais no território nacional (Portugal, 2012).

Com uma programação que contempla actividades culturais e turísticas, oferece aos idosos as condições e ambientes próprios à realização de tratamentos termais em algumas estâncias no território nacional, sendo este factor contemplado na definição do plano de actividades. Este programa apresenta como objectivos:

- Melhorar a QdV e o bem-estar da população a quem se destina o programa, nomeadamente através da efectivação de tratamentos termais;
- Possibilitar à população sénior com menores recursos financeiros o usufruto de períodos de férias e lazer;
- Estimular a interacção social, enquanto factor de combate à solidão e exclusão;
- Incentivar a utilização de estâncias termais, promovendo a realização de tratamentos durante as férias;

- Dinamizar e potenciar a actividade económica das regiões abrangidas pelo programa;
- Dinamizar a actividade cultural das regiões.

Em matéria de acção social e actuando numa lógica de proximidade, foram desenvolvidas modalidades flexíveis de intervenção, designadamente através duma rede de serviços e equipamentos sociais, orientada para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida⁶, mesmo daquelas que se encontram em situação de dependência. Neste âmbito, é de realçar a resposta CD⁷.

2.3. QUALIDADE DE VIDA

2.3.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA QUALIDADE DE VIDA

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

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

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

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

⁶ Para prevenir o desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos, é necessário manter os idosos no seu domicílio, contribuindo para a sua QdV, e envolver a família na prestação de cuidados ao seu idoso, criando-se uma resposta mais económica a nível de política social e mais humana no que respeita ao enquadramento natural do idoso.

⁷ O Centro dia – CD enquadrado pelo Despacho Conjunto n.º 191/2005, é uma resposta social que procura evitar a institucionalização, este serviço funciona como um espaço de convívio e relacionamento entre idosos, para os que vivem em solidão, isolamento social ou ainda quando as famílias trabalham e não podem cuidar do familiar idoso. (Portugal, 2014b)

Se na primeira metade do século XX, o interesse pela QdV surgiu igualmente ligado aos sistemas de indicadores sociais (Cummins, 2000; Rapley, 2003, *apud* Canavarro et al., 2006), em que prevalecia uma abordagem essencialmente economicista que analisava o crescimento económico das sociedades através da evolução do respectivo PIB (Produto Interno Bruto) ou do rendimento *per capita*. A partir da segunda metade do século XX, a evolução das democracias e o aumento da consciência das populações de que tinham o direito a participar activamente na definição da sua vida levou à necessidade de encontrar outros indicadores que expressassem melhor esta nova perspectiva, mas também, que os tornassem susceptíveis de avaliação pelo que, o argumento de que os indicadores económicos fossem indicadores de bem-estar, já não era plausível junto das populações.

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

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

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

2.3.2. CONCEITO (S) DE QUALIDADE DE VIDA

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

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

Cramer (1993;1994) define QdV como, “bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas a ausência de doença” (*apud* Ribeiro, 1994, p. 183), sendo esta, exactamente igual à definição de saúde proposta pela OMS. Na mesma linha se encontram os autores Shumaker, Anderson e Czajkowsky (1990) também citados por Ribeiro (1994), ao definirem QdV como, “a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal de bem-estar” (Ribeiro, 1994, p. 183).

Segundo Giovanni Pires et al. (1998) “Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolvem portanto saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhe dizem respeito [...]” (*apud* Pocinho et al. 2012, p. 151).

Segundo Donald (1997) *apud* Jacob (2007) podemos definir o conceito de QdV através da formulação de cinco categorias gerais, a saber:

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

A dificuldade em definir QdV, levou a OMS a organizar o World Health Organization Quality of Life – Group (WHOQOL), que propôs a definição que melhor traduz a abrangência do conceito QdV. O grupo WHOQOL em 1994 define QdV como sendo “... a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema

de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, World Health Organization Quality of Life – Group, 1994, p. 28). Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio na avaliação subjectiva da QdV individual (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998).

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

A QdV não depende somente de saúde, bem-estar, mas também da capacidade de percepção dos obstáculos que rodeia um determinado indivíduo, de forma a poder-se defender, estando também este mesmo conceito associado à interajuda que se estabelece entre o meio onde o indivíduo se encontra. A QdV esta assim relacionada com tudo o que possa satisfazer um determinado indivíduo, sendo um tema multidimensional e complexo, resultante da interacção de múltiplas influências objectivas e subjectivas, macro e micro, positivas e negativas (Walker, 2005).

2.3.3. QUALIDADE DE VIDA E TERCEIRA IDADE

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

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

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

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

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

A nível psicológico e social, o idoso caracteriza-se muitas vezes pela solidão e pelo isolamento familiar. Conforme refere Rosa (2012) “Uma importante parcela dos agregados familiares, em Portugal, é constituída por uma única pessoa com 65 ou mais anos. À morte do cônjuge, ou de familiares e amigos, juntam-se, por vezes, as

distâncias físicas entre membros de uma mesma família, fruto, por exemplo, da emigração dos mais jovens para as cidades, ou mesmo para outros países” (Rosa, 2012, p. 34-35).

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

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

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

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

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

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

Imaginário (2008), define a QdV como o valor que se associa à longevidade da vida modificada pela incapacidade, pelo estado funcional, pela percepção e pelas

consequências sociais resultantes de uma doença, de um acidente ou de uma decisão política, social ou sanitária, visando o impacto e as implicações directas/indirectas da doença sobre o indivíduo, de tal forma que sugere que, a avaliação da QdV se passasse a fazer através da quantificação dos períodos livres de doença ou perturbação social. No entanto, ainda existe uma preocupação por parte dos investigadores em encontrar indicadores fiáveis de QdV, realizada e percebida pelos idosos, dando especial ênfase à própria percepção que os próprios têm da sua saúde e do seu bem-estar.

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

Campos (1982) *apud* Amaral e Vicente (2000), afirmam que é fundamental efectuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos, pelo que, se requer não apenas uma abordagem biomédica, mas sobretudo uma abordagem holística. Esta abordagem, consiste na realização exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sócio familiar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os factores que promovem a saúde. Esta perspectiva esclarece que não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a QdV ou o futuro do idoso, mas sim a sua autonomia e independência. Os múltiplos, complexos e inter-relacionados problemas dos idosos requerem, uma abordagem bio-psico-social, com esta postura procuram-se determinados problemas que nos idosos constituem as causas mais frequentes de incapacidade. A obtenção de dados da esfera funcional, física e social é

extremamente rica, uma vez que nos fornece contributos para o nível de assistência a proporcionar aos idosos.

Segundo Lawton (1991) *apud* Fleck et al, (2008) a QdV na velhice provém de uma avaliação multidimensional relacionando-se com critérios socionormativos e intrapessoais com referência a relações actuais e passadas e ao contexto. A QdV na velhice depende de múltiplos factores em constante interacção ao longo da vida. Um modelo de velhice de natureza multidimensional na literatura gerontológica internacional é o modelo de QdV de Lawton (1991) (Ilustração 1).

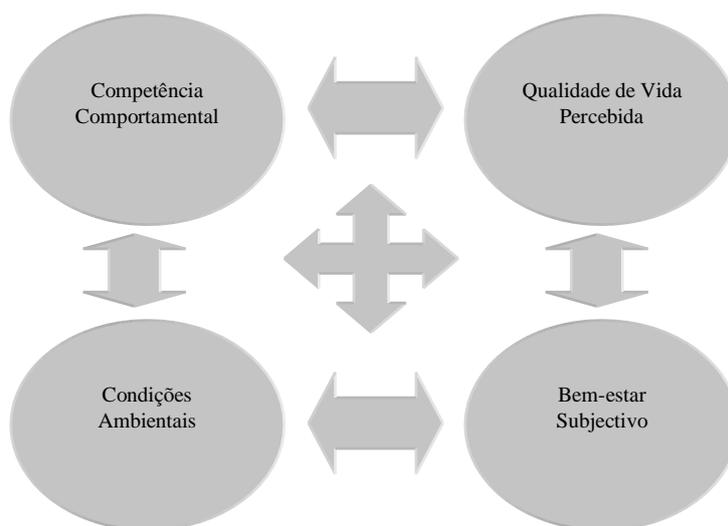


Ilustração 1 - Modelo de Qualidade de Vida de Lawton (Silva et al, 2009, p. 164).

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

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

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

2.3.4. AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

A avaliação do conceito de QdV na velhice envolve, como afirma Neri

a adopção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socio-estrutural”, para tal devemos considerar um conjunto de indicadores, a “longevidade, saúde biológica, saúde mental, competência social, continuidade dos papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações familiares em grupos primários (2007, p. 10).

A falta de consenso relativamente à definição de QdV deve-se, sobretudo, à complexidade do seu estudo, determinada pelo seu carácter temporal e natureza multidimensional, onde intervêm factores objectivos e subjectivos. Béatrice Fermont & Marie-Èvel Joel (1996) com o intuito de minimizar as ambiguidades conceptuais no contexto da avaliação e mensuração da QdV, alertaram para a necessidade dos investigadores não negligenciarem do ponto de vista científico, a subjectividade inerente a este conceito. A intenção das autoras foi demonstrar a importância de distinguir os factores/dimensões da QdV e os indicadores de QdV. Enquanto os primeiros participam de uma filosofia de acção da qual a QdV dos indivíduos é o objectivo, os segundos, inscrevem-se numa dimensão qualitativa.

A avaliação/mensuração da QdV dos idosos e conseqüentemente, os instrumentos utilizados para a mesma, deverão ter em conta, as situações de limitações e restrições inerentes à especificidade desta faixa etária. Na elaboração destes instrumentos devemos não só ter em conta indicadores funcionais (objectivos), mas também indicadores perceptivos (subjectivos), no que concerne à percepção que o próprio idoso tem, do seu bem-estar (QdV).

Se tivermos em conta que os indicadores perceptivos são, fundados essencialmente sobre a expressão das satisfações ou insatisfações dos indivíduos, os mesmos deveriam teoricamente ser elaborados pelos indivíduos, objecto de avaliação. Além disso, os indicadores são elaborados para a população em geral, não tendo em

consideração as especificidades deste grupo etário (Béatrice Fermont & Marie-Èvel Joel, 1996).

Como refere Birren (1991) *apud* Cassou (1996) o conceito de QdV não tem o mesmo conteúdo no adulto jovem e na pessoa idosa. Esta observação fomenta a necessidade, conforme refere Bury (1991) *apud* Cassou (1996), a conceptualizar de forma diferente a relação entre as condições objectivas e subjectivas no estudo da QdV nos idosos. A dimensão subjectiva aparece como aquela que deve ser privilegiada, na medida em que é do domínio da experiência interior do indivíduo.

Assim, a avaliação da QdV, não deve apenas e só incidir nos níveis de performance do indivíduo (QdV objectiva), mas sobre o relato do indivíduo sobre essa mesma experiência íntima (QdV subjectiva), porque esta narrativa reflecte, a distância que separa os seus objectivos, da sua efectiva realização (Farquhar, 1995 *apud* Cassou, 1996).

É pertinente, que a evolução psicológica deste grupo etário, não seja apenas analisada em termos da degradação das suas capacidades, mas que sejam progressivamente considerados os constrangimentos ligados à idade que alteram a forma de estar e pensar desta população.

Existem diversos instrumentos para avaliar a QdV. A OMS, em 1991, com o objectivo de fornecer uma medida transversal cultural da QdV relacionada com o bem-estar global, apresentou o inventário WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). O primeiro instrumento de avaliação da QdV desenvolvido pelo WHOQOL Group foi o WHOQOL-100. Trata-se de uma medida genérica cuja estrutura assenta nos seguintes seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. No âmbito de cada domínio, 24 facetas específicas sumariam o domínio particular em que se inserem. Adicionalmente, o instrumento contempla uma faceta geral que avalia a satisfação global com a QdV e a percepção geral de saúde. Cada faceta é avaliada através de quatro perguntas.

A versão abreviada do WHOQOL é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo ainda uma faceta sobre QdV geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à excepção da faceta sobre QdV em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à QdV em geral e outro sobre a percepção geral da saúde.

Em 2005, foi introduzido o modelo WHOQOL – Old como um complemento do WHOQOL – BREF contendo seis aspectos/dimensões relevantes para a QdV na população idosa: capacidades sensoriais; autonomia; acontecimentos passados, presentes e futuros; participação social; morte e intimidade.

2.4. ENVELHECIMENTO ACTIVO E QUALIDADE DE VIDA

O EA constitui um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a QV das pessoas que envelhecem (OMS, 2002). A DGS (2004) preconiza que o EA depende de uma variedade de influências ou determinantes, que englobam os indivíduos, suas famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos esses factores, assim como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores de qualidade de envelhecimento das pessoas e populações. Deste modo, apresenta-se o esquema representativo das determinantes do Envelhecimento Activo (Ilustração 2).

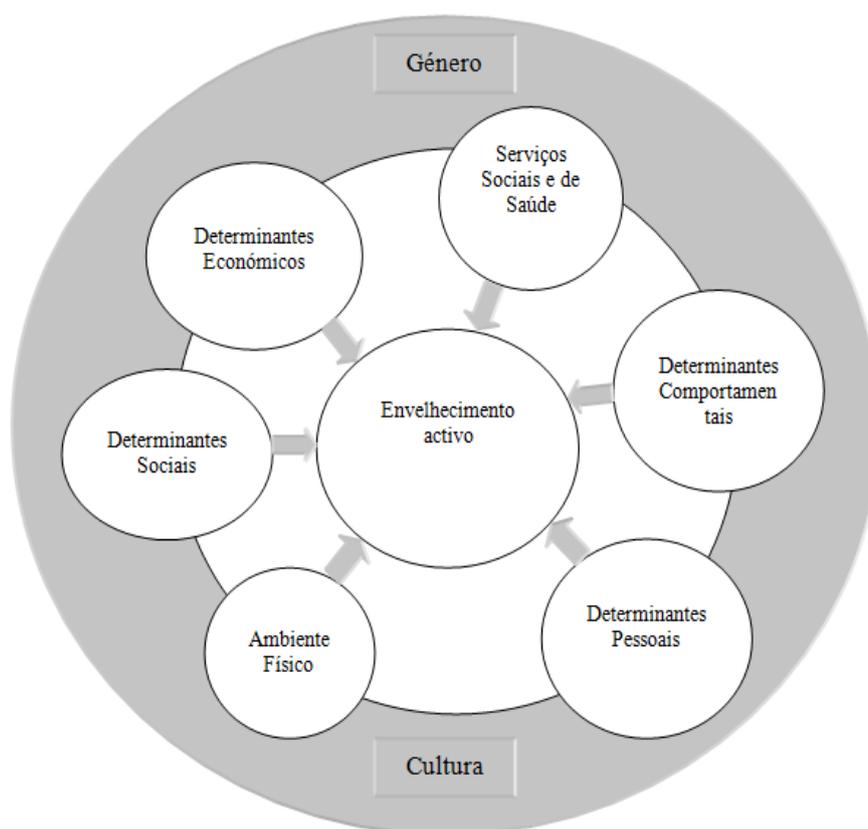


Ilustração 2 - Determinantes do Envelhecimento Activo (Adaptado, OMS: 2002, p. 19).

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

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

c) Ao nível emocional emerge a importância da motivação. Mesmo sabendo o que é *melhor para nós*, nem sempre conseguimos ter a motivação para seguir esses pressupostos.

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

2.5. REDES DE SUPORTE FORMAL: O CENTRO DE DIA

2.5.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS CENTROS DE DIA

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

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

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

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

Actualmente há um conjunto de propostas de políticas sociais baseadas na concepção de “cuidado comunitário” (*Community Care*), que aproximam a assistência institucional

e a não-institucional, a formal e a informal, incluindo as redes de solidariedade primárias (parentesco, amigos, vizinhos) e o voluntariado. A proposta de “*Community Care*” surge na década de 70, na área da saúde mental, como uma vertente dissidente à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional (Clarke, 2001 *apud* Serapioni, 2005). Esta corrente possui raiz histórica nas actividades comunitárias desenvolvidas por voluntários que prestavam apoio aos mais necessitados (Sousa et al., 2004).

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

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

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

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

O CD 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).

2.5.2. CONCEITO DE CENTRO DE DIA

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

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

Para Sannino (1999) *apud* Arrazola et al., (2003) as estruturas de apoio diurno, associadas ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas, constituem uma alternativa definitiva ou transitória ao internamento. A autora destaca como principal objectivo, deste programa, a melhoria da QdV dos seus utilizadores através de um acompanhamento particular e abrangente do indivíduo (Arrazola et al., 2003). Este modelo de intervenção impede a desintegração do seu contexto familiar, assim como, apoia a família ao nível da prestação de cuidados (Arrazola et al., 2003).

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

Para Inza (1999) o serviço diurno é vocacionado para pessoas com dificuldades ao nível sócio assistencial, desenvolvido com o intuito de prestação de um tipo de apoio de carácter preventivo, reabilitador, de supervisão, de suporte ao idoso e ao seu agregado familiar, surgindo como uma alternativa possível ao internamento (*apud* Arrazola et al, 2003).

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

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

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

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

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

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

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

2.5.3. MOTIVAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DESTA RESPOSTA SOCIAL

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

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

De um modo geral, a integração da pessoa na resposta social de CD surge, de acordo com o estudo anterior, como uma solução para as necessidades de supervisão e monitorização ao nível da saúde, integração e acompanhamento na vertente emocional, alívio dos cuidadores na prestação de cuidados e possuindo, ainda, como

elemento privilegiado, o facto de ser economicamente menos dispendiosa tendo em conta o grau de abrangência do apoio prestado ao idoso.

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

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

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

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

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

Com a tendência demográfica actual, a maioria das respostas sociais existentes em Portugal são destinadas à população idosa representando 52,4 % do total⁸. Segundo dados de Portugal (2011), existem no nosso país aproximadamente 1997 Centros de

⁸ Desde 1998, o tipo de respostas sociais, que apresentaram mais crescimento foram as destinadas a pessoas idosas (+67%), enquanto as destinadas a crianças e jovens o aumento verificado foi de 26,5%.

Dia, sendo que estes possuem capacidade aproximadamente para 63 166 utentes (Portugal, 2011).

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

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

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

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

3. MODELO DE ANÁLISE

3.1. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO CONCEPTUAL DAS VARIÁVEIS

No âmbito da investigação que se pretende desenvolver, são definidos quatro grandes grupos de variáveis, a saber:

- Caracterização socio-demográfica dos idosos;
- A QdV percebida pelos idosos;
- A QdV objectiva;
- O contributo do CD na QdV vista pelos idosos.

3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

3.2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS

Nesta variável são analisadas através de questionário, um conjunto de elementos sócio-demográficos: o sexo; a idade; a zona de residência; o estado civil; a escolaridade; a composição do agregado familiar; o número de filhos; a proximidade geográfica dos filhos; a (s) fonte (s) de rendimento e o rendimento mensal.

3.2.2. A QdV PERCEBIDA PELOS IDOSOS

Esta variável procura compreender o mundo tal como ele é, ao nível da experiência subjectiva. As explicações são ancoradas na subjectividade e na tomada de consciência individual, a partir dos pontos de vista dos actores.

Serão analisadas questões como a percepção que os idosos têm de QdV e quais as necessidades que percebem para a sua concretização.

3.2.3. A QdV OBJECTIVA

A variável QdV objectiva será avaliada com base nos domínios que constituem o WHOQOL-BREF versão portuguesa, nomeadamente: o domínio físico; o domínio psicológico; o domínio das relações pessoais; domínio ambiente; as facetas da QdV

geral e percepção geral de saúde, pela Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso, elaborado pela DGS, em 1992.

3.2.4. O CONTRIBUTO DO CD NA QdV VISTA PELOS IDOSOS

Nesta variável analisamos através do ponto de vista dos idosos o contributo do CD para a sua QdV. Avaliamos o grau de satisfação do suporte social percebido e analisamos as necessidades percebidas para este contributo.

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1. METODOLOGIA

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que apoiam as inquietações e as linhas orientadoras de uma investigação (Fortin, 1999). Um método implica a recolha de dados, a organização e a sistematização da informação, através da análise e interpretação do material de pesquisa recolhido (Quivy, 1998).

A definição de um método para a realização de qualquer tipo de trabalho é sempre importante, porque ao definir o método a utilizar, o investigador terá já uma linha de orientação definida, o que lhe irá facilitar uma melhor recolha de informação e respectiva análise.

A partir do momento em que se nos tornou clara a problemática do estudo, tornou-se evidente que o método de pesquisa teria de reflectir, de forma clara, a perspectiva dos idosos com mais de 75 anos, em CD, sobre a influência Institucional e o seu contributo para a sua QdV.

Para este trabalho de investigação, definiu-se o método a utilizar em função da pergunta de partida, do quadro teórico e do conjunto de questões que estão na sua base, o estudo baseia-se numa abordagem qualitativa. Entendemos, que, através desta, se poderá perceber os sentimentos e o significado das acções e relações humanas presentes, em determinada realidade social. A investigação qualitativa é uma forma de estudo da sociedade que se baseia na dimensão interpretativa dos sujeitos, na forma como dão sentido, atribuem significado às suas experiências e ao mundo em que vivem.

Segundo Fortin (1999), o método qualitativo, é a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo tendo como objectivo descrever ou interpretar, mais do que avaliar.

Assim, teremos como base um estudo fenomenológico, uma vez que pretendemos descrever, compreender e interpretar um fenómeno ocorrido numa realidade social específica. O objectivo será o de compreender, não só a realidade da Instituição como também o seu contributo para a QdV dos utentes, através da perspectiva e vivência dos próprios.

4.2. INSTRUMENTOS

Técnicas são, procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem aplicados novamente nas mesmas condições e adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa. A escolha das técnicas depende do objectivo que se quer atingir, o qual, por sua vez, está ligado ao método de trabalho (Carmo, 1998), importa assim, proceder à descrição e justificação das técnicas utilizadas.

Para a realização deste trabalho de investigação, recorreu-se à técnica de recolha de informação: a análise de documentos científicos e, tendo em conta que se pretende uma análise de problemas “por dentro” e uma análise do “estado de espírito” do entrevistado, pareceu-nos pertinente a utilização da entrevista. A técnica que nos propusemos utilizar e, porque nos pareceu ser a mais apropriada, foi a entrevista semi-estruturada. Sendo uma técnica de recolha de dados que utiliza a comunicação verbal e que quanto ao conteúdo tem como principal objectivo a indagação de factos e a determinação de opinião dos mesmos.

Segundo Selltiz et al (1967) esta técnica de recolha de dados, “é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes” (*apud* Imaginário, 2008, p. 98).

Foi elaborado um guião da entrevista, tendo em conta os objectivos do presente estudo. A elaboração deste trabalho de investigação tem por base alguns instrumentos orientadores, a saber: o WHOQOL – Bref, a versão portuguesa do EASYCare (Elderly Assessment System, Sousa et al., 2009) e a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso⁹, elaborado pela DGS, em 1992 e divulgada pela mesma entidade em 1993.

⁹ A Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso surgiu em 1992, fruto do trabalho levado a cabo pelo Ministério da Saúde/Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Este instrumento baseia-se na avaliação de sete componentes básicos da vida adulta (Isolamento/Comunicação Afectiva e Social, Mobilidade, Actividades de Vida Diária, Actividade Ocupacional, Actividade Lúdica, Relação Familiar e Recursos Económicos) e, segundo os seus autores permite ainda avaliar, de forma rápida e eficaz, as necessidades de apoio global aos idosos e ao mesmo tempo, servir de modelo de abordagem na identificação das prioridades de intervenção, monitorizando a evolução de cada indivíduo e dos resultados obtidos pela intervenção.

O guião construído no âmbito desta investigação, encontra-se dividido em cinco partes, uma primeira parte que pretende recolher os dados sócio-demográficos (idade; sexo; estado civil, composição do agregado familiar; número de filhos; proximidade geográfica dos filhos; escolaridade; profissão e fonte de rendimento) dos entrevistados, uma segunda parte, que pretende recolher informação relativa à auto-percepção da QdV dos idosos, a terceira e quarta parte contempla os indicadores objectivos da caracterização do estado de saúde e QdV respectivamente, por último a influência Institucional e o seu contributo para a QdV dos entrevistados.

4.3. UNIVERSO E SELECÇÃO DA AMOSTRA

Segundo o Diagnóstico Social do Concelho de Vila Franca de Xira, o número de idosos/as tem vindo a aumentar, verificando-se um aumento do índice de envelhecimento no Concelho. Este índice passa de 71,3 em 2001 para 84,6 em 2009. Verifica-se que o índice de dependência dos/as idosos/as no Concelho, tem sofrido um acréscimo ao longo dos anos sendo de 16,1 em 2001 e de 20,4 em 2009.

Segundo ainda este diagnóstico, para fazer face ao impacto das alterações demográficas, perspectiva-se um conjunto de acções que conduzam à melhoria das suas condições de vida, quer ao nível da melhoria e/ou criação de respostas sociais, quer ao nível da construção de equipamentos sociais que permitam responder às necessidades da população idosa/dependente residente no Concelho.

O universo do estudo é constituído por todos os idosos utilizadores da valência de CD da ARIPSI, localizada na União das Freguesias da Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa.

A selecção da amostra foi realizada em duas etapas. Primeiramente foi escolhida a Instituição onde se desenvolveu o estudo. A escolha não foi aleatória, tendo-se escolhido a Instituição que maior número de utentes tem na União das Freguesias da Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa, na valência CD.

A amostra deste estudo foi seleccionada através do método não probabilístico de amostragem por selecção racional, sendo composta por utentes do CD da ARIPSI, que obedeçam aos critérios de inclusão: idade superior a 75 anos, frequentadores deste equipamento há pelo menos um ano, discurso coerente e orientação no tempo e no espaço, capacidade de expressar opiniões e mostrarem-se disponíveis para

participar na investigação. “A amostragem por selecção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para construir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico...” (Fortin, 1999, p. 209)

O facto de a amostra contemplar, idosos que frequentam CD há pelo menos um ano, prende-se com o facto de que, com uma frequência destes equipamentos com tempo inferior, os idosos podem ainda não ter uma opinião fidedigna e maturado um juízo crítico relativamente ao contexto envolvente, nomeadamente o contributo deste serviço para uma melhor QdV.

4.4. PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

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

Posteriormente foi realizado um pré-teste no sentido de constatar as dificuldades encontradas na passagem dos instrumentos, quer por parte dos sujeitos entrevistados, quer por parte do entrevistador, que assim se pôde familiarizar melhor com os instrumentos de trabalho.

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

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

4.5. TRATAMENTO DE DADOS

No que diz respeito ao tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo¹⁰ temática categorial que teve como intuito categorizar as respostas dos entrevistados de acordo com os objectivos do estudo. Estas categorias, tal como refere Oliveira

[...] deve primar pela objectividade (na base de uma lista de indicadores que permitam identificar as unidades temáticas a colocar nessa categoria), pela pertinência (responder aos objectivos da investigação), pela exaustão (todas as unidades devem ser classificadas, e numa só categoria – exclusão mutua) e pela homogeneidade (que respeite sempre o mesmo principio de classificação) (1999, p. 335).

¹⁰ A análise de conteúdo é definida por Bardin (2008) como sendo um conjunto de técnicas de análise e de comunicação, permitindo obter por meio de procedimentos sistemáticos e objectivos, de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores qualitativos e quantitativos, que propiciem a inferência relativamente às condições de produção e de recepção dessas mensagens.

5. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do presente estudo, quanto ao sexo, é constituída por dez mulheres e dois homens. O envelhecimento é um fenómeno de género. As mulheres tendem a viver durante mais tempo que os homens, fazendo da terceira idade uma idade altamente “feminina”.

As idades dos idosos entrevistados variam entre os 75 anos e os 90 anos, sendo que, dez destes idosos pertencem, à quarta idade.

Relativamente ao estado civil apenas uma das entrevistadas é casada, os restantes são viúvos. O avanço da idade traz a probabilidade de ocorrência de viuvez, mais frequente entre as mulheres pelo dado factual da sobre mortalidade masculina face à feminina.

A nossa amostra caracteriza-se por um nível de instrução ao nível do ensino básico, isto é, a maioria frequentou a escola. No entanto, não é uma maioria esmagadora, há quatro idosos que não sabem ler e escrever. A pobreza também poderá ser relevante, sobretudo para quem pensa numa sociedade futura constituída por um número muito elevado de idosos com características idênticas às dos idosos actuais: menos instruídos e mais vulneráveis financeiramente do que a população global. De acordo com Rosa (2012) “ [...] em 2010, cerca de três em cada quatro pessoas com 15 ou mais anos que não possuíam qualquer nível de escolaridade tinham 65 ou mais anos” (Rosa, 2012, p. 35).

Todos os idosos que compõem a nossa amostra têm filhos sendo este número entre um e quatro. Relativamente à composição do agregado familiar, verificamos que metade reside sozinho e a outra metade na casa dos filhos.

A investigação tornou evidente que os idosos dão um grande valor à possibilidade de envelhecer na sua própria casa, sendo esta entendida num sentido amplo, visto que, ao argumentar esta ideia, os idosos referem-se não só à sua casa mas ao bairro onde vivem e onde mantém relações de vizinhança e/ou amizade. No entanto, como referem “enquanto tal seja possível”, já que os idosos estão cientes de que um dia essa opção já não seja uma possibilidade. Assim, envelhecer na própria casa, mas também ir viver para casa dos filhos, é entendido como uma aposta na QdV, uma

opção desejada enquanto se mostrar melhor do que qualquer outra. Dos idosos que vivem sozinhos, seis têm os filhos a viver em localidade próxima, sendo que um destes idosos, tem um dos dois filhos a viver na mesma localidade.

A fonte de rendimento dos idosos entrevistados divide-se entre reforma e pensão. O rendimento mensal dos idosos reformados oscila entre os 500 e os 700 euros. Nos idosos pensionistas este valor ronda os 250 euros. De salientar que três dos idosos pensionistas acumulam a sua pensão com a pensão de viuvez o que sobe o valor dos rendimentos para 550 euros, de salientar que um destes idosos desconhece o valor do seu rendimento actual bem como, um outro entrevistado que, tendo como fonte de rendimento a pensão no valor de 250 euros, acresce rendimentos prediais.

5.2. QUALIDADE DE VIDA – INDICADORES SUBJECTIVOS

A avaliação da auto-percepção da QdV pelos nossos entrevistados teve dois objectivos, a saber: perceber o entendimento que este grupo de idosos tem do conceito de QdV e em segundo lugar aferir os aspectos por estes considerados, para ter uma boa QdV.

Segundo Carneiro et al

A qualidade de vida está condicionada, para além da saúde física, e da percepção do indivíduo e sua vida, por factores psicológicos que podem ser perceptíveis através de relações sociais, de valores pessoais, de sentimentos de isolamento/solidão e de preocupações com a segurança e situação financeira. Na verdade a QdV das pessoas também é afectada por questões monetárias e de privação material (2012, p. 77).

Ainda o mesmo autor refere que para a população com mais de 75 anos, “ [...] a qualidade de vida tem muito a ver com muitas doenças e suas consequências no plano funcional [...]” (Carneiro et al 2012, p. 78).

As preocupações com a situação financeira (valor das reformas/pensões) constituem a segunda palavra que no entender dos idosos entrevistados define QdV, a seguir à saúde. Domínios extremamente importantes para além da saúde, como a ausência de problemas financeiros, suporte familiar e solidão definem QdV para estes idosos.

Enunciamos de seguida as respostas de todos os entrevistados, pois parece-nos pertinente perceber para além dos domínios enunciados como definidores de QdV também, a narrativa que cada entrevistado lhes confere: “Qualidade de vida é a gente

ter dinheiro para gastar....Que é coisa que a gente não tem...” (entrevistado A); “Andar, ir à rua, fazer as minhas compras...” (entrevistado B); “Ter mais reforma...” (entrevistado C); “A melhor coisa que me podem dar, é carinho...” (entrevistado D); “É ter alguma coisinha para me governar, não estar a dever nada a ninguém...” (entrevistado E); “É ter saúde e fazer por ela...” (entrevistado F); “É ter saúde...” (entrevistado G); “É ter saúde e ter ocupações...” (entrevistado H); “É ter saúde...” (entrevistado I); “É ter saúde, mexer-me, andar, gosto muito de passear...” (entrevistado J); “É ter um pouco mais de saúde...” (entrevistado K); “Não faltar nada...” (entrevistado L).

Vemos assim que, a maioria dos idosos entrevistados entende QdV como um conceito que traduz, uma boa saúde física e psíquica, uma boa situação financeira e boas relações familiares.

No que diz respeito à questão se os idosos podem ter QdV, apenas o entrevistado F respondeu de forma negativa à pergunta “Não, eu vejo por mim, a minha qualidade de vida hoje já não é nenhuma ... agora é esperar que venha a morte...” (entrevistado F), os restantes participantes respondem de forma positiva com a ressalva da existência de uma boa saúde “Sim, mas se não tiverem saúde, não...” (entrevistado K) uma boa situação financeira “Sim, mas é difícil...ter uma reforma melhor, era mais fácil...” (entrevistado G) e a existência de suporte familiar “Podem, mas também depende muito da família que tiverem...” (entrevistada D).

Importa salvaguardar que as necessidades do idoso não se manifestam apenas no domínio biológico, mas também ao nível psicológico, sociológico, cultural, entre outros.

Segundo Imaginário (2008) “Cardoso (2000), no seu estudo constatou que os idosos referiam como necessidades prioritárias, ter saúde, ter dinheiro, ser jovem, ter afecto/companhia e habitação” (Imaginário, 2008, p. 51).

Esta dimensão invoca a perspectiva funcionalista da pirâmide das necessidades de E. Maslow que também é recuperada por autores como Ribeiro (1994) e Pimentel (2005) que definem a QdV como a avaliação subjectiva (incluindo as suas especificidades, percepções e expectativas) relativamente à satisfação das suas necessidades nos vários domínios da vida e considerando ainda os seus padrões de vida.

Assim, quando questionados sobre o “fundamental para ter uma boa QdV na velhice”, as opiniões dividem-se. No entanto para além das razões de saúde física e psíquicas invocadas, “A saúde é coisa melhor que a gente pode ter...” (entrevistada I) uma boa situação financeira constitui, um dos factores que mais contribui para a uma boa QdV da população idosa “É a gente ter dinheiro para gastar....Que é coisa que a gente não tem...” (entrevistada A).

Em Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos. Segundo fontes comunitárias a população de 75 e mais anos apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 24,4% depois das transferências sociais, sendo na UE apenas de 20,3%.

Quanto à questão “o que piora a QdV na velhice” as mais referidas por este grupo, encontram-se uma vez mais, ligadas a questões essencialmente do foro económico, no que se refere à necessidade de aumento do valor das reformas, para fazer face aos custos com medicação e outras despesas “São estas pensões de miséria, que não dão para nada...” (entrevistado E), o sofrimento provocado pelas dores físicas e desta forma pela ausência de saúde “A saúde, não me mexo como me mexia, está mais fraco...” (entrevistado J) e as questões decorrentes do isolamento, como sejam, a ausência de contacto com familiares “O distanciamento da família...” (entrevistada A).

Na sua maioria os idosos entrevistados consideram ter uma má QdV, justificando as suas respostas pelo sofrimento provocado pelas dores físicas e desta forma pela ausência de saúde “Má, eu estou numa infelicidade, estou dependente da minha filha para tudo...para me lavar, vestir...sou um animal vivo que ando aqui na estrada...” (entrevistada G) quer pelas dificuldades que a ausência de rendimentos provoca “A QdV é má ...o dinheiro é pouco...” (entrevistada F).

5.3. QUALIDADE DE VIDA – INDICADORES OBJECTIVOS

5.3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS IDOSOS

Segundo a OMS “A saúde é um estado completo, bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade” (Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde). Como podemos aferir pelas respostas dos nossos entrevistados, a sua maioria, refere aspectos de bem-estar

físico com particular incidência nas doenças e nas dores físicas, o que nos remete para a ideia de que a sua percepção de saúde, está directamente relacionada com aspectos físicos, desvalorizando outras dimensões que por não serem sentidas fisicamente ou por não serem tão sentidos, não são ponderados na sua avaliação.

A auto percepção da saúde corresponde, ao estado subjectivo de saúde, ou seja, à forma como os indivíduos classificam o seu próprio estado de saúde. No que diz respeito à questão “como classifica o seu estado de saúde actual”, todos os entrevistados classificam-no de comprometido ou mau, como nos refere o entrevistado A “... Mau, tenho que andar sempre a tomar medicamentos...tenho uns comprimidos que não posso passar sem eles...” e o entrevistado J “... É comprometido...a minha saúde não é muita”.

Na questão “em que medida o seu dia-a-dia é influenciado pela prestação de cuidados de saúde”, metade dos entrevistados refere-a, sendo esta, interpretada como a necessidade de tomar medicação “Sim, se eu não tomar os comprimidos, choro, grito com dores nas pernas e ombros...” (entrevistado I).

Ao nível das doenças crónicas os resultados dos vários inquéritos à Saúde promovidos pelo Ministério da Saúde e pelo INE em particular os dados do 4.º INS apresentam como principais problemas de saúde que afectam significativamente as pessoas mais idosas, a tensão arterial alta, doença reumática, dor crónica, depressão, entre outras.

Entre as doenças crónicas mais relatadas (quatro entrevistados), encontramos as doenças cardíacas “Sim, arritmia...” (entrevistado B) e a Diabetes “Sim, tenho diabetes...” (entrevistado L).

Quanto à saúde psíquica, na sua maioria os entrevistados gozam das suas normais capacidades. No entanto, são referidas doenças como a demência, provocada sobretudo pela doença de Alzheimer “Sim, Alzheimer...” (entrevistado D), a depressão “Sim, depressão e a arritmia...” (entrevistado E) e a doença de Parkinson “Sim, tenho a doença de Parkinson...” (entrevistado K).

Segundo Oliveira

É na memória a longo prazo (secundária) que as queixas dos idosos são mais pertinentes. As dificuldades dos anciãos (...) residem sobretudo a nível de codificação

e de evocação e não propriamente de armazenamento, tendo maior dificuldade em organizar e processar a informação e também evocá-la (2012, p. 45).

Quanto a outros problemas de saúde referidos pelos entrevistados sobressai questões ligadas à memória “Esqueço-me muito facilmente das coisas...” (entrevistada I) e “Ando muito esquecida...” (entrevistada B).

No que se refere à toma de medicação, verificamos que todos os entrevistados tomam medicação. No entanto, o número de comprimidos oscila, uma idosa de 74 anos refere “tomo uns 25 comprimidos por dia...” (entrevistado K) enquanto uma outra idosa de 84 anos refere “tomo dois comprimidos por dia” (entrevistado L).

Os idosos entrevistados gozam ainda de alguma autonomia e não apresentam problemas de saúde incapacitantes, apesar de muitos terem doenças crónicas, (para além das inevitáveis doenças agudas), que necessitam de um seguimento médico regular. Assim, no que concerne ao recurso ao médico de referência no último mês, verifica-se que a maioria dos idosos não o fez. De referir que um entrevistado o justifica com o acesso aos serviços de saúde, apontando como principal razão de não ter recorrido ao médico, a dificuldade que tem na marcação de consulta “Não...porque é muito difícil conseguir consulta, tem-se de se ir para lá, as 7 da manhã...” (entrevistado C).

Nesta fase da vida verifica-se um aumento da incidência de doenças crónicas, em virtude de todo um conjunto de alterações biológicas que se processam na senescência, das quais doenças físicas, incapacitantes sensoriais e incapacitantes motoras que, no seu conjunto ou individualmente, proporcionam uma baixa QdV conforme refere o entrevistado K “Influencia muito, porque por exemplo já não sou capaz de assinar, ir a qualquer lado e escrever o meu nome...” e “Sim, porque dependendo dos outros...” (entrevistado G).

Os órgãos dos sentidos, que permitem o relacionamento da pessoa com o meio em que vive, podem sofrer alterações. A visão é atingida, vendo-se, por isso, a maioria dos idosos com óculos. Os problemas auditivos aumentam significativamente com a idade, mormente a perda auditiva (Ribeiro, Alves e Meira, 2009).

A maioria dos entrevistados alega pouca saúde funcional que lhes permita conservar a sua independência nas diversas actividades diárias, devido em parte ao mau funcionamento dos sentidos, particularmente da visão e da audição.

Três dos entrevistados referem que se encontram em acompanhamento para operação às cataratas “Tenho, vou agora ser operada às cataratas ao olho esquerdo...” (entrevistado E) e faz uso de aparelhos auditivos “Tenho aparelho no ouvido esquerdo...sem isto não ouço nada, do direito já não ouço nada...” (entrevistado I).

Sublinho como conclusões centrais da caracterização do estado de saúde dos idosos entrevistados, que a sua quase totalidade revela incapacidade física, seja ela auditiva, visual e, doença crónica, o que vem corroborar a fragilidade deste grupo de idosos.

5.3.2. CARACTERIZAÇÃO DA QDV DOS IDOSOS

5.3.2.1. A DIMENSÃO RELACIONAL E A QDV

O Manual coordenado por Triadó e Villar (2006) apresenta um capítulo sobre as relações sociais, da autoria da Pinazo (2006, p. 253-285). Nele escreve-se que na velhice assiste-se a uma progressiva redução da actividade social, devido a diversos factores e perdas: reforma, viuvez, independência dos filhos, perda de autonomia, perda de amigos, etc.

Segundo Oliveira (2012) existe essencialmente duas teorias explicativas do decréscimo das relações sociais na velhice, e uma terceira que tenta integrar as outras duas, a saber:

- 1) Teoria da desvinculação que explica a redução da actividade social como um processo natural preparando o indivíduo para a desvinculação final que acontece com a morte;
- 2) Teoria da actividade que considera que a pessoa idosa se adapta melhor ao envelhecimento precisamente tentando manter o nível de actividades e vínculos sociais anteriores;
- 3) Teoria da selectividade socioemocional que considera o decréscimo das relações sociais muito selectivamente, afectando sobretudo os contactos mais secundários e superficiais enquanto as relações mais íntimas, particularmente com a família, permanecem basicamente inalteráveis (Oliveira, 2012, p. 60).

De uma forma geral, os idosos entrevistados referem manter relações familiares próximas ou muito próximas com filhos e netos, em muitos casos, pais e filhos vivem

próximo e mantém um contacto frequente “É muito boa, eu vivo sozinha, mas aos fins-de-semana vou para casa dos meus filhos, vai rodando por todos, tenho uns filhos muito bons, são muito bons para mim...” (entrevistado H). Mesmo que não estejam perto, há uma comunicação regular por telefone “Tenho uma filha que me telefona todos os dias à noite...” (entrevistado B). No entanto, transparece no discurso dos idosos que vivem sozinhos alguma dualidade face aos mais novos e às expectativas sobre como estes estão a acompanhar o processo de envelhecimento dos seus pais/avós “Não vejo os meus filhos com frequência, só com uma ...nem pelo telefone ... não me ligam...” (entrevistado G). Salienta-se ainda que dois dos entrevistados referem que os mais novos em particular a geração dos filhos, têm uma vida difícil, muitas vezes com falta de tempo, dinheiro, emprego, problemas para os quais, não raro, necessitam do apoio dos pais “Dou-me bem com a minha filha mais velha...com a outra não nos falamos, ela queria que eu lhe emprestasse dinheiro, mas eu não o tinha...” (entrevistado E).

Fora do âmbito familiar, as oportunidades para contactar com outras pessoas são proporcionadas na sua maioria no CD “É só aqui, fora daqui não me dou com ninguém...” (entrevistado G), pelas relações de vizinhança “Dou-me com os vizinhos, já moro naquela casa vai para 45 anos...” (entrevistado K) e pela vivência na comunidade “Tenho muitas amigas, tenho o passe de fim-de-semana e vamos sempre passear...” (entrevistado C).

Alguns entrevistados referem que os seus contactos sociais desapareceram, gradativamente, após a morte do cônjuge e de outros membros da família e amigos bem como, a saúde, que em declínio, limita a sua capacidade de participação social “Não tenho vida social, já me custa muito deslocar-me...” (entrevistado H).

Assumem assim grande importância, as questões relacionadas com a existência de locais que facilitem as trocas sociais, como o CD, onde os idosos referem passar longas horas no convívio com o grupo de pares.

5.3.2.2. ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E A QDV

Quanto à capacidade para desempenhar AVDs, a maioria dos entrevistados considera-a boa, referindo que ainda se encontra com capacidade funcional para realizar a sua higiene pessoal, para se vestir e despir. “A higiene faço sem problema, o resto faço com ajuda...” (entrevistado J). No entanto, a alimentação e a limpeza da

casa foram actividades referidas com maior necessidade de apoio, sendo a sua capacidade de desempenho caracterizada como comprometida, argumentada pela condição física, havendo mesmo entrevistados que já não realizam nenhuma destas duas tarefas quotidianas “O marido lava-me as costas, mas entro e saio da banheira sozinha...as outras coisas não...por exemplo o pó, parto tudo e no fogão entorno tudo...” (entrevistado K).

As capacidades que o indivíduo possui para concretização e realização das AVDs, com as limitações fisiológicas do próprio envelhecimento, vão-se tornando progressivamente mais difíceis “A higiene faço sem problema, o resto faço com ajuda...” (entrevistado A). A necessidade de recorrer à ajuda de outras pessoas, familiares ou até profissionais, é cada vez maior “Faço a minha higiene...as compras, são os meus filhos que me levam a casa, as limpezas, vai lá a casa uma empregada de 15 em 15 dias...” (entrevistado H).

Apurámos que o que condiciona mais as AVDs, para a totalidade dos entrevistados são questões de saúde “A falta de saúde, condiciona-me muito...” (entrevistado D).

Conferimos que a totalidade dos idosos entrevistados considera que a sua incapacidade condiciona o desempenho das AVDs “Condiciona, porque tremo muito... já não mexo em certas coisas, tenho medo...” (entrevistado J).

5.3.2.3. MOBILIDADE E A QdV

A OMS lançou em 2007 o “Programa Cidades Amigas das Pessoas Idosas” orientado para a operacionalização do conceito de EA: processo de optimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a QdV à medida que as pessoas envelhecem. Este programa tem como pressupostos: o reconhecimento das pessoas mais velhas como representando um leque alargado de capacidades e recursos; a necessidade de antecipar e dar respostas flexíveis às necessidades e o respeito pelas suas decisões e escolhas de estilo de vida; protecção dos mais vulneráveis e a promoção da inclusão dos mais idosos e da sua contribuição em todos os aspectos da vida comunitária.

No que se refere à capacidade dos entrevistados para se movimentarem e deslocarem por si próprios, os idosos na sua maioria consideram ter uma boa capacidade de mobilidade “Boa, não preciso de ajuda para me mexer...” (entrevistado D).

Importa referir que os entrevistados que avaliam a sua mobilidade como comprometida, ou má, apontam razões de saúde, como dores nas pernas “Ando com uma bengala, que me ajuda com esta perna...” (entrevistado F).

Os entrevistados identificaram ainda a existência de barreiras físicas que os desincentivam a saírem de casa. O estado do piso tem um impacto óbvio na capacidade de locomoção dos idosos. Ruas estreitas, desniveladas, com buracos, ou que apresentem obstáculos, são potencialmente perigosas e afectam a capacidade dos idosos circularem na via pública. É recorrente encontrar nas cidades veículos estacionados em cima dos passeios que obrigam os pedestres a caminhar na estrada. Esta situação contribui segundo os entrevistados para o aumento da dificuldade de locomoção nas suas deslocações “Não, eu já não ponho o pé na rua para essas coisas...então como elas estão, cheias de buracos e carros por todo o lado, tenho medo ... são as minhas filhas que me fazem as compras...” (entrevistado I).

Dos entrevistados, três referem que tratam de todas as suas compras “Sim, sem problema vou daqui ao Areeiro fazer as compras, gosto...” (entrevistado C); os restantes referem que já necessitam de alguém que os acompanhe “Sim, mas se for muito pesado o marido vai para ajudar...” (entrevistado K) ou que já não conseguem ir às compras “Não, já não tenho cabeça...” (entrevistado D).

A maioria dos idosos entrevistados referem que já não consegue deslocar-se aos serviços públicos, referindo-se à percepção dos seus próprios atributos físicos e psicológicos bem como, a responsabilidade que têm sobre a sua própria vida. “Sozinha já não consigo, quando é preciso vou com o meu filho, já não tenho capacidade mental...” (entrevistado D); “Sim, passei uma procuração para a minha filha fazer tudo...” (entrevistado G). Esta situação implica delegar nos filhos certas responsabilidades, como tratar de questões relacionadas com os bancos, finanças e pensões/reformas.

5.3.2.4. O AMBIENTE E A QDV

No que diz respeito ao ambiente, foi analisada a satisfação dos entrevistados com as características das casas onde vivem, bem como do edifício onde habitam.

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de

vivências e projectos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a QdV, na óptica do bem-estar ou da satisfação com a vida, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios entre eles, a qualidade da habitação.

As características das habitações são fundamentais para a segurança e bem-estar.

As entrevistas realizadas permitiram aferir um conjunto de características das residências que na opinião dos entrevistados não são promotoras de QdV “são casas muito antigas...apanha sempre muita humidade...tenho lá um aparelho para tirar água...” (entrevistado A). A conservação e manutenção das habitações também é referida “estou sentada a comer e está a cair água do teto...moro numa cave, ora a minha casa não presta...a senhoria diz que não faz obras...” (entrevistado C). Os idosos dizem-se incapazes de fazer melhoramentos devido aos custos envolvidos, quando comparados com as reformas auferidas.

Salienta-se que todos os idosos que vivem em casa dos filhos, referem que as características das habitações são promotoras de uma boa QdV, dizendo que são prédios mais recentes e com outras condições “Sim, é uma casa boa, é confortável, bate sol todo o dia...” (entrevistado H).

A importância de se ter prédios acessíveis é amplamente reconhecida, também é fato que muitos prédios, especialmente os antigos, são de difícil acesso aos idosos, pela inexistência de elevadores, especialmente para facilitar o acesso aos pisos superiores. Acrescem neste contexto potenciais barreiras no acesso a própria habitação, que podem levar a um maior isolamento da parte deste segmento populacional “moro num 3.º andar e sem elevador, já me custa muito subir...” (entrevistado H).

No entanto a maioria dos entrevistados, diz que mora em andares térreos, onde essa dificuldade não se coloca, ou em andares mais altos, mas onde existe elevador “Sim, é um 4.º andar mas tem elevador...” (entrevistado L).

5.3.2.5. LAZER E A QdV

Segundo Oliveira (2012) o étimo “lazer” provém certamente do verbo latino *licére*, que significa “ser permitido, ter direito”; daí indicar o tempo a que se tem direito, o direito de ter tempo (quando se tem tempo de ter tempo); tempo livre e libertador [...] (Oliveira, 2012, p. 66).

O lazer é um fenómeno psicossocial de difícil definição, embora etimologicamente seja fácil de intuir o seu significado. Os autores falam de diversos modelos e funções do lazer, de algumas variáveis a considerar (como o género, a idade, a classe social), das diversas actividades de lazer (dentro e fora de casa), dos constrangimentos ao lazer, da relação entre lazer e saúde, lazer e aborrecimento (Freire, 2004, p. 305-349).

Segundo Oliveira

[...] o lazer pode significar muitas dimensões, a começar pelo descanso (após tanto stress com trabalho e horários), recreação (divertimento e entretenimento, passeio) e desenvolvimento pessoal (cultural, moral, etc.). Para desenvolver todas as competências que o tempo livre proporciona, o idoso deve ser apoiado [...] por instituições que favoreçam a alegria de viver e conviver (2012, p. 67).

Segundo o estudo “os idosos e as actividades de lazer” de Martins as actividades de lazer

[...] devem constituir momentos onde o indivíduo (idoso) se empenhe, algo que escolha de livre e espontânea vontade, que lhe dêem prazer e que contribuam para o desenvolver como pessoa. Os prazeres podem ser encontrados em diferentes actividades lúdicas, como ler, ver televisão, jogar cartas, jardinagem, fazer bordado, tricô, etc...(2010, p. 244-245).

Dos doze entrevistados apenas dois referiram a realização de actividade lúdica “Faço muita renda em casa, às vezes vou daqui e ainda estou até às duas da manhã a fazer renda, gosto também muito de passear, vou a Algés, Gare do Oriente e a Costa da Caparica, gosto muito...” (entrevistado C); “Gosto muito de fazer ponto cruz ... e gosto de ver televisão...” (entrevistado J).

Constata-se uma baixa participação de actividades de lazer fora do CD, bem como actividades que requerem maior disposição/predisposição “Não, já não...não tenho muita disposição...” (entrevistado H); “Não...essas actividades já não são para mim...” (entrevistado A).

Salienta-se que a realização de actividades lúdicas aparece como imperativo na medida em que através de um estudo levado a cabo, em 1995, pela DGS, sobre a QdV dos idosos portugueses, se mostrou que “a ausência de actividade lúdica” constituía um dos factores que mais contribuía para a diminuição da QdV da população idosa.

Conforme refere, Oliveira os

“obstáculos à fruição justa do tempo livre podem ser os preconceitos (por parte do próprio idoso ou da sociedade de que só o trabalho merece consideração), a saúde precária, as dificuldades financeiras, falta de segurança, equipamentos insuficientes e outras barreiras (2012, p. 67).

Conforme salienta o entrevistado D “Não, a minha cabeça já não me permite e a pouca vista que tenho, também não...” e o entrevistado C “Sim, gosto muito de passear, antigamente ia em excursões todos os fins-de-semana, mas agora vim para aqui e para poupar o dinheiro não posso a ir a muitos passeios...”

5.3.2.6. OS RECURSOS ECONÓMICOS E A QdV

Em Portugal o fenómeno da pobreza nas pessoas idosas tem sido objecto de medidas de política activas, nomeadamente no âmbito do PNAI, cuja finalidade é, não só melhorar as condições das instituições que actuam com este grupo social, mas também aumentar os recursos financeiros das pessoas idosas mais pobres, como é exemplo o Complemento Solidário para Idosos (CSI).

No entanto, este tipo de políticas foi afectado pela crise económica e financeira da maioria dos estados europeus, entre eles Portugal¹¹. Se, por um lado, houve melhorias nos rendimentos dos idosos, o actual contexto de austeridade, fruto da dívida soberana, acarreta um recuo do Estado na protecção das populações mais fragilizadas, neutralizando muitas das medidas anteriormente postas em prática.

O rendimento dos idosos tem uma incidência directa sobre as condições de privação e, deste modo, sobre a QdV. A maioria dos entrevistados auferem uma pensão/reforma pequena e a pobreza, independentemente da idade, exclui os indivíduos da sociedade. Conforme refere Rosa (2012) “o risco de pobreza das pessoas com 65 ou mais anos que vivem sós também é maior, sendo quase o dobro do valor médio da população (em geral)” (Rosa, 2012, p. 35).

Segundo Farinha (2008) a estratificação social que se verifica na sociedade leva a situações de desigualdade, onde a pobreza e os factores sociais influenciam de um modo exponencial o aparecimento de situações críticas para quem as vive, com as

¹¹ Quase 210 mil idosos receberam em dezembro de 2013 o CSI, menos cerca de 14 mil do que em Novembro. Dados do Instituto da Segurança Social, actualizados a 27 de julho mostram que o número de idosos com direito a receber o CSI tem vindo a diminuir desde agosto de 2013, altura em que 225.567 pessoas recebiam esta prestação social, actualmente com 188.749 beneficiários. (Portugal, 2014a)

devidas implicações ao nível da QdV. Conforme refere o entrevistado K “Às vezes estamos à espera que venha a reforma para irmos à farmácia...”.

Segundo os dados fornecidos pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), em junho de 2013, um terço dos idosos reduziu as idas ao dentista, os gastos com óculos, com as próteses auditivas, as visitas a médicos particulares ou ao sector público, e assume ter deixado de tomar medicamentos ou de espaçar a sua toma, tudo por dificuldades económicas.

No que respeita ao grau de suficiência económica a maioria dos entrevistados refere que os recursos económicos servem apenas moderadamente as suas necessidades básicas, acrescentando que para estes recursos serem suficientes têm de levar uma vida de poupança “Que remédio, faço a vida conforme o dinheiro...” (entrevistado F), “Sim, mas tenho de poupar para dar...” (entrevistado C). Apenas a entrevistada L refere que não tem quaisquer problemas financeiros “Há sempre dinheiro, peço à minha filha e ela traz-me, é ela que toma conta de tudo...”, importa realçar que dos entrevistados esta idosa é a que tem outras fontes de rendimento para além da pensão, o que eventualmente pode explicar uma maior disponibilidade de rendimentos.

5.3.2.7. A ESPIRITUALIDADE E A QdV

Em geral, pode definir-se espiritualidade como a busca de significado e de objectivos na vida relacionados com o sagrado ou o transcendente. Inclui aspectos ou elementos cognitivos, mas também afectivo/volitivos e experienciais.

Segundo Moberg (2005) escrevendo sobre a investigação em espiritualidade e religião na terceira idade, defende embora não distinguindo praticamente entre religião e espiritualidade a importância deste tópico no idoso. “A vivência religiosa correlaciona positivamente com a satisfação com a vida, o bem-estar psicossocial, a saúde física e mental, ao mesmo tempo que ajuda a recuperar da doença e é fonte de significado e objectivos de vida” (*apud* Oliveira, 2012, p. 22).

A procura de sentido é uma constante em todas as idades e, mais ainda, na terceira idade, havendo muitos estudos, entre eles um livro editado por Weiss e Bass (2002) intitulado: “Desafios na terceira idade: sentido e finalidade na idade avançada” que se refere particularmente ao sentido existencial na vida dos idosos.

Segundo Seifert (2002) “A busca de sentido existencial relaciona-se particularmente com a religião e a espiritualidade, pois a maior parte das pessoas, designadamente os idosos, aí procuram respostas para as perguntas mais cruciais” (*apud* Oliveira, 2012, p. 37).

As mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns nos idosos levam-nos a enfrentar perdas, diminuição do nível de saúde bem como, diversas situações desfavoráveis não controláveis. Neste contexto, o idoso procura encontrar apoio na família, na vizinhança, nos amigos e nas instituições e a sua QdV depende das respostas que conseguir obter. Conforme refere Figueira (2010) “melhor saúde mental e maior desejo de se sentir saudável associa-se a mais espiritualidade e a mais esperança. Mais ganhos em qualidade de vida, mais ganhos em saúde estão aqui associados a um maior índice de espiritualidade” (Figueira, 2010, p. 57).

Os idosos entrevistados, apontam a saúde (física e mental) como a dimensão fundamental para alcançarem o bem-estar psicológico “Tenho muitas doenças, sofro muito dos ossos, da coluna, sofro das minhas pernas e quando estou pior estou mais triste...” (entrevistado E) e “Eu se tivesse a minha cabeça, como tenho o resto do corpo eu continuava a ser uma grande mulher, como fui...” (entrevistado D).

5.4. O CONTRIBUTO DO CD NA QdV

No âmbito do objectivo geral do presente estudo, as questões elaboradas nesta última parte tem como propósito perceber através do ponto de vista dos idosos o contributo da resposta CD para a sua QdV. Conhecer as motivações que os levaram a frequentarem esta resposta social, bem como, avaliar a importância, a satisfação e as alterações que sentiram nas suas vidas após a frequência do mesmo.

Na sua maioria os idosos estão vinculados à Instituição desde a sua entrada para o CD “Desde que estou no Centro de Dia, antes não conhecia...” (entrevistado F), no entanto quatro dos entrevistados referem estar vinculados como associados à Instituição há vários anos “Há muitos anos, vinha cá pagar as cotas...” (entrevistado K).

A totalidade dos entrevistados frequentam o CD há mais de um ano, sendo que um dos idosos frequenta o CD há 8 anos “Faz oito anos que eu estou aqui...”

(entrevistado A), os restantes onze entrevistados frequentam no máximo o CD há dois anos.

Os entrevistados chegam a Instituição na sua maioria através da sugestão dos filhos. No entanto esta sugestão precede uma situação de viuvez, quando um dos cônjuges morre, instala-se uma solidão objectiva (falta de companhia). É necessário que o idoso tenha estratégias de coping ou recursos pessoais (gerir melhor o tempo, procurar ocupação e convívio, apelar à espiritualidade, entre outros), familiares e comunitários que lhe permitam mitigar ou ultrapassar a solidão. “Foi quando a minha mulher faleceu ...o meu neto mais velho sugeriu que viesse para o Centro de Dia...e foi assim, ele é que me meteu isso na cabeça...” (entrevistado A); “Foi por sugestão do meu filho, para não ficar em casa sozinha...” (entrevistada D); “Para ter convívio, eu gosto muito de jogar ao dominó, às cartas...” (entrevistado C).

Quando questionados sobre a importância do CD na sua vida/quotidiano, os idosos entrevistados são unânimes em afirmar que o CD tem uma forte importância nas suas vidas, para a diminuição da sua solidão, sentindo-se mais acompanhados “É muita, senão estava ali em casa o dia todo sozinha ... sem conhecer ninguém...” (entrevistada I), tem a possibilidade em participar nas actividades de lazer e entretenimento “Para mim, tem muita importância fazemos trabalhos manuais, vimos filmes, há baile, há fados, sinto-me muito bem aqui...” (entrevistado C) e de conviver, bem como ter acesso aos serviços que o CD proporciona aos seus utentes “É muito bom...a gente aqui conhece muita gente...o convívio é tudo ...para além do resto ... eu almoço e lancho aqui...” (entrevistado A).

Todos os idosos referem que o facto de frequentarem o CD influencia a sua QdV. Na sua opinião estar num CD proporciona aos entrevistados um modo de vida socialmente desejável, manutenção das actividades da meia-idade, sentimentos de satisfação com as suas actividades e com a vida em geral, um atendimento personalizado e variado, onde mantêm a sua autonomia e independência, (na medida do possível), sendo ajudados pelo pessoal e pelos técnicos, mas acima de tudo, uma forma de combater a solidão referindo que se não estivessem no CD, a televisão seria a sua única fonte de lazer e conexão com a sociedade. Expomos de seguida as respostas de todos os entrevistados, pois parece-nos pertinente perceber as razões que levam os utentes a perceber o CD como um elemento influenciador para a sua QdV: “Sim, porque tenho aqui a minha namorada...” (entrevistado A); “Sim, se eu cair

numa cama doente, não posso vir...e eu gosto muito de aqui estar...” (entrevistado B); “Sim, tem... sinto-me mais activa...” (entrevistado C); “Sim, é uma coisa boa para os idosos, assim não estou em casa sozinha...” (entrevistado D); “Sim, sempre estou melhor, estou acompanhada...quando estou sozinha dá-me ansiedade, de pensar que estou sozinha...” (entrevistado E); “Sim, estou muito melhor ... não me ralo com nada, fazem-me tudo...” (entrevistado F); “Sim, se não estivesse aqui, estava sozinha em casa o dia todo... olhe via televisão...” (entrevistado G); “Sim, porque eu em casa não tinha a actividade nenhuma, estava sempre deitada... sozinha...” (entrevistado H); “Sim, porque assim dou-me com outras pessoas...” (entrevistado I); “Sim influência, porque aqui distraio-me, se estivesse em casa, estava só a dormir...” (entrevistado J); “Quer dizer, sempre converso mais do que estando lá todo o dia em casa...sem conversar com ninguém...” (entrevistado K); “Sim, porque assim não estou sozinha...” (entrevistado E).

Quando avaliado o grau de satisfação face ao suporte social recebido no CD, verifica-se que de uma forma geral e maioritária, os idosos entrevistados estão muito satisfeitos ou satisfeitos com o suporte social recebido pelo apoio social formal. Referem que o que mais gostam são as actividades desenvolvidas “Gosto das festas...ainda danço, dos passeios ao exterior e gosto muito do pessoal...” (entrevistado G) bem como, o apoio afectivo recebido (alguém com quem se possa partilhar sentimentos, falar, confiar) “Do convívio, das relações com os outros idosos e com o pessoal ... tem espaços grandes, as actividades, são boas ... é tudo bom...” (entrevistado F).

Todos os entrevistados avaliam de forma positiva os serviços prestados pelo CD. No entanto de todos os serviços, o mais realçado pelos entrevistados a ser melhorado, foi o da alimentação “A comida...por vezes não é muito adequada...as espinhas, para quem não vê muito bem e tem problemas na boca, é mais difícil...” (entrevistado B).

De realçar que três entrevistados referiram como resposta que gostaria de ver melhorado o valor da prestação cobrada “A prestação ...isto aqui é caro, é caro para a minha reforma...” (entrevistado G).

Os entrevistados na sua maioria referem que não está ao alcance da Instituição fazer algo para melhorar a sua QdV “Mais do que eles estão a fazer é difícil...” (entrevistado J) no entanto dois entrevistados sugerem mais e, mais variadas actividades “Ter mais actividades no exterior...estamos sempre sentados, no inverno não saímos muito...”

(entrevistado A). Estes entrevistados gostariam de ter oportunidades que fomentassem a integração dentro da comunidade e junto a pessoas de outras faixas etárias. Nesta pergunta obtivemos ainda como respostas argumentos relativos à alimentação “A alimentação ser melhor...pois isso reflecte-se na minha saúde, por causa da colite...” (entrevistado H) e o valor da prestação “Se baixassem a prestação era muito melhor ... a reforma é tão pequenina, o que são 200€...” (entrevistado G).

6. CONCLUSÕES FINAIS

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o aumento das necessidades de apoio aos idosos emerge como um dos problemas prioritários nas políticas sociais. Cada vez mais, a abordagem desta questão passa também pela qualidade das respostas sociais, principalmente as que privilegiam a permanência do idoso no seu domicílio. Neste sentido, prevalece a necessidade da organização de estruturas na comunidade que contribuam para a prossecução de uma política orientada para a maximização da QdV dos idosos.

Relativamente aos resultados do estudo, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões a que se chegou. As mesmas emergem da análise de conteúdo das entrevistas, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico. Apesar dos resultados obtidos coincidirem com os que se conhecem acerca desta problemática, não poderão ser extrapolados à população em geral, mas podem ser utilizados no contexto onde foi desenvolvida a investigação.

Os dados obtidos através do estudo, permitiram analisar, segundo a perspectiva dos idosos com mais de 75 anos em CD, a influência da Instituição para a sua QdV, bem como analisar o significado de QdV e identificar a forma como estes idosos percebem a resposta da Instituição como promotora de QdV. Do percurso investigativo desenvolvido apresentam-se as principais conclusões.

I

Ser idoso é a condição geral dos indivíduos que têm o privilégio de experienciar esta última fase da vida. Esta condição compreende-se na continuidade das histórias de vida, corresponde a diferentes padrões de comportamento e contextos. Conforme referem Paúl & Fonseca (2005) as várias formas de envelhecer incluem idosos com um envelhecimento bem-sucedido e activo, mas também idosos cuja autonomia está comprometida pela doença ou pelo meio onde vivem.

Enriquecer a última etapa da vida, com um sentimento de bem-estar e de sentido para a vida, é um enorme desafio para as sociedades que têm assistido ao aumento exponencial do número de idosos. Viver cada vez mais tem implicações importantes para a QdV. A longevidade associa-se a doenças crónicas e a incapacidades, exigindo

mais serviços médicos e outras formas de cuidados pessoais e sociais. Segundo Pinto (2001) *apud* Ribeirinho

envelhecer com sucesso é uma alternativa possível à perspectiva determinista do envelhecimento associado à dependência, à doença, à incapacidade, à depressão. Um conjunto de esforços articulados entre as diversas áreas do saber, permitirão uma associação entre o aumento da esperança de vida e uma boa qualidade dessa mesma vida, com autonomia e integração/participação na sociedade e na família, aproveitando as capacidades individuais das pessoas idosas (2005, p. 61).

Assim, podemos concluir que os idosos participantes no nosso estudo apresentam preocupações e dificuldades de adaptação às mudanças resultantes do seu envelhecimento. Aferimos que estes idosos estão cientes das suas limitações, tais como a diminuição progressiva da capacidade motora, visual e auditiva.

As percepções face ao envelhecimento dos idosos entrevistados reflectem preocupações ao nível do seu estado de saúde, existência de suporte familiar e outros aspectos que gostariam de ver melhorados para uma boa QdV (recursos económicos, condições das habitações e solidão).

A maioria dos idosos entrevistados dispõe de retaguarda familiar. No entanto, dos idosos que residem sozinhos, quando lhes foi perguntado se caso necessitassem de auxílio permanente alguém os auxiliaria, dois responderam que não, usando como justificação o facto de os filhos terem a sua vida profissional e não poderem prescindir desta visto que têm filhos menores a seu cargo, empréstimos bancários, entre outros; dez dos entrevistados responderam que sim, afirmando que caso necessitassem de ajuda poderiam contar com os filhos.

Neste sentido, prevalece a necessidade da organização de serviços que contribuam para a prossecução de uma política orientada para a valorização do quadro de vida das pessoas idosas, nomeadamente através da construção de um ambiente securizante e de qualidade, adequado às suas necessidades, garantindo os seus direitos sociais e de cidadania.

II

Tendo por base a análise de conteúdo de um corpus de doze entrevistas que permitem abordar a QdV através de relatos na primeira pessoa, podemos concluir que (apesar de não ser uma amostra representativa), o facto de os idosos frequentarem o CD influencia a sua QdV.

Na sua opinião estar num CD proporciona aos entrevistados a possibilidade de manter, desenvolver e/ou melhorar as suas funções físicas e/ou mentais, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as AVDs e a interacção social. De referir que a maioria dos entrevistados relata que a frequência no CD, em nada alterou a sua saúde física, as dores persistem e as doenças chegam como resultado natural do envelhecimento, no entanto a inserção neste tipo de estrutura, teve um forte contributo para aspecto não menos importantes da QdV, como sejam uma melhor e maior saúde psicológica, pois fornece a possibilidade de contactos sociais e integração social, mas acima de tudo, uma forma de combater a solidão.

Para o núcleo dos seis idosos que vive na companhia dos filhos, o CD define-se como recurso de apoio ao seu agregado familiar que oferece durante o dia, a supervisão necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais, com o objectivo de promover a sua autonomia e permanência no domicílio, surgindo como uma alternativa possível ao internamento. Sendo referido por estes idosos que se não estivessem no CD, a televisão seria a sua única fonte de lazer e conexão com a sociedade.

III

A QdV designa o juízo subjectivo do indivíduo, sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades, nos vários domínios de vida. A QdV está assim relacionada com tudo o que possa satisfazer um determinado indivíduo, segundo os seus acontecimentos de vida e necessidades actuais. Não sendo nossa a veleidade de obter uma definição de QdV no âmbito da terceira idade, podemos apenas apontar as dimensões mais frequentemente referidas, que no entender nos nossos entrevistados definem QdV.

No presente estudo, todos os entrevistados enunciaram a saúde, como a dimensão que melhor define QdV, seguida das dimensões: ausência de problemas financeiros, existência de suporte familiar e solidão.

As opiniões dividem-se quando nos referimos ao fundamental para ter uma boa QdV. No entanto para além das razões de saúde física e psíquicas invocadas, uma boa situação financeira constitui, um dos factores que mais contribui para a uma boa QdV neste grupo de idosos.

Importa ressaltar que apenas um entrevistado referiu como necessidade para ter uma boa QdV receber afecto/carinho.

Em termos de avaliação a QdV tem a ver, como já vimos, com a menor ou maior satisfação e gratificação que um indivíduo atribui à sua existência, considerada na sua globalidade (incluindo o passado e as suas projecções) seja em termos físicos (o que inclui a saúde), as emoções e afectos que experimenta, a auto – realização, o seu sucesso e aceitação junto dos pares, os seus padrões de vida (o que inclui habitação e acesso a bens de consumo), os significados que atribui à sua existência. No entanto não podemos deixar de chamar à atenção a avaliação feita por este grupo de idosos relativamente à situação económica, ao clima político e aos factores ambientais que na sua opinião influenciam de forma determinante a sua QdV.

Infelizmente nestes tempos conturbados de crise económica encontramos muitos idosos com graves carências financeiras, que vivem de pensões baixas, agravadas com cortes (como é exemplo o corte no CSI) e pelo aumento de impostos, com a presença de patologias, várias delas incapacitantes, tendo desta forma problemas na aquisição de medicamentos que necessitam de tomar diariamente, bem como a compra da alimentação. Deste grupo de doze idosos, são a maioria, aqueles que nos referem que todos os dias, o equilíbrio orçamental é um exercício verdadeiro de corda bamba de privações.

IV

Os utentes são a razão de ser de qualquer instituição e desta forma devem ser considerados como agentes activos, pleno de direitos, expectativas, capacidade de avaliação e decisão e por isso devem ser chamados a participar em todas as actividades e acções que se desenvolvam, no CD.

Os projectos desenvolvidos em CD devem assim ter presente o conceito de “envelhecimento activo”, de forma a não negligenciar um conjunto de determinantes como uma alimentação adequada, actividade física, actividades recreativas e de lazer aos idosos.

Atendendo às entrevistas realizadas concluímos que os idosos percebem a resposta da Instituição como promotora de QdV. Esta resposta social em equipamento na opinião dos nossos entrevistados constitui-se como um recurso de combate efectivo

ao isolamento geográfico e social. Na sua opinião, o facto de frequentarem o CD proporciona-lhes por um lado, o acesso aos cuidados básicos de saúde e por outro, permite a ocupação saudável dos seus tempos livres com a dinamização de várias actividades recreativas. No entanto há pontos a melhorar, de todos os serviços, o mais realçado pelos entrevistados a ser melhorado, foi o da alimentação bem como a sugestão de mais e, mais variadas actividades, nomeadamente as de realização no exterior.

Se considerarmos que metade da nossa amostra vive só, sem uma rede de apoio familiar próxima parece-nos importante que o serviço de CD que funciona de segunda a sábado, das 8h30 as 18h00, possa considerar alargar o horário até mais tarde, considerando até a opção de jantar na Instituição, bem como a prestação do serviço ao domingo e feriados.

A Instituição através da caracterização psicossocial do idoso deve propor uma rotina diária de acordo com as suas capacidades e preferências que lhe permitam um desempenho dos níveis físico, cognitivo e emocional que assegurem a melhor QdV, nomeadamente a participação nas AVDs, de convívio e de lazer.

Sugere-se igualmente a capacitação dos cuidadores informais em relação às necessidades/prestação de cuidados aos idosos dependentes com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a QdV dos idosos.

6.1. IMPLICAÇÕES PARA O SERVIÇO SOCIAL

O envelhecimento é, actualmente, uma questão da maior relevância social e científica. Apesar da visibilidade e do conhecimento substantivo que cada vez mais existe sobre esta questão, muito ainda há a fazer, não só para a compreender, mas para actuar no sentido de promover um envelhecimento efectivamente activo, com protecção social, com participação em saúde, bem como uma solidariedade intergeracional efectiva.

As alterações demográficas, aumento da população idosa e muito idosa e diminuição das gerações mais jovens acarreta graves repercussões no financiamento ao nível da segurança social, face à individualização do processo de envelhecimento, pois cada indivíduo, como já vimos envelhece de forma diferente, torna urgente um novo paradigma, com carácter holístico e transversal, bem como uma Política Social de Envelhecimento focada no idoso como cidadão.

Neste sentido, prevalece a necessidade da organização de estruturas na comunidade que contribuam para a prossecução de uma política orientada para a valorização do quadro de vida dos idosos, nomeadamente através da construção de um ambiente securizante e de qualidade, adequado às suas necessidades, garantindo os seus direitos sociais e uma cidadania activa.

Como sabemos, com o aumento de idosos na estrutura da população e com a configuração das políticas sociais de velhice, o envelhecimento passou de uma realidade escondida, orientada para uma intervenção assistencialista, para uma questão de direitos humanos e de dignidade humana.

Sendo a profissão do Serviço Social influenciada pelo modo como os Estados e as políticas se direccionam para dar resposta aos problemas da sociedade, esta tem uma relação implícita com as políticas sociais e de velhice, sobretudo na prestação de cuidados e de gestão dos recursos, mas também do acesso e promoção a diversos mecanismos de protecção social que fomentem os direitos e a dignidade humana.

Nesta assunção, o Serviço Social deve assumir o exercício de uma função flexível das políticas sociais, ao planear e gerir acções que atendam às situações ou directivas emergentes, às quais as políticas sociais, pela sua rigidez e normatividade, protelam em acolher.

Neste âmbito, como refere Philipson (2008), o

Serviço Social é desafiado a promover o envelhecimento activo, nomeadamente a: sensibilizar a sociedade para o impacto do idadismo, combatendo a discriminação pela idade; providenciar e gerir diferentes tipos de respostas e serviços para os idosos, pois estes são essenciais para que os idosos possam usufruir de uma via com qualidade; potenciar as capacidades das pessoas idosas e desafiar os direitos negativos; e defender os direitos positivos, sobretudo no que diz respeito à criação de legislação específica de protecção das pessoas idosas (*apud* Carvalho, 2013, p. XXI).

6.2. IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

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

Em relação às limitações do estudo, destacamos a dimensão reduzida da amostra, que impede a generalização e impõe restrições na interpretação dos dados. Outro

aspecto limitativo advém de na Instituição haver um grupo de idosos que, por não possuírem os critérios de inclusão definidos para este estudo, foram excluídos e o seu contributo não pode ser analisado. Pela importância destes contributos, quer em termos de idade, tempo de frequência do equipamento e limitações mentais e/ou com dificuldades no discurso, considera-se pertinente a execução de uma investigação cujo instrumento de recolha de dados possibilite a inclusão destes idosos.

A investigação é um processo sistemático de colheita e análise de dados empíricos, com vista à resolução de um problema. Desta forma há que considerar perspectivas futuras de pesquisa, nomeadamente o alargamento deste tipo de estudo, envolvendo um maior número de indivíduos (bem como a representatividade do sexo masculino). Consideramos ainda que o desenvolvimento deste estudo deveria ser estendido a utentes de vários Centros de Dia, no sentido de aferirmos a sua influência na QdV do idoso.

Pretende-se ser um contributo para uma compreensão integradora que futuramente possa desenvolver intervenções mais objectivas e adequadas, às necessidades desta população, pelo que as limitações encontradas, não devem ser desencorajadoras, mas sim, servir como ponto de partida para outros estudos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Maria Fernanda. ; VICENTE, Maria Odete (2000) - Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Lisboa. 18:2 (2000) 23-31. [Consult. 21 Set. 2013]. Disponível em WWW: <URL:https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-02-2000.pdf>.

ARRAZOLA, Leturia F.J., dir. ; MÉNDEZ, Uriarte A., dir. ; LEZAUN, Yanguas J.J., dir. (2003) – Centros de Día : atención e intervención integral para personas mayores dependientes e con deterioro cognitivo [Em linha]. [S.l.] : Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales. [Consult. 22 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://www.cvirtual.org/sites/default/files/siteuploads/document/u16/centros_dia.pdf>.

BARDIN, Laurence (2008) – Análise de Conteúdo. Lisboa : Edições 70.

BENET, Anna Soldevila. (2003) – Los centros de día para personas mayores. Lleida : Edicions de la Universitat de Lleida.

CANAVARRO, M. C. [et al.] (2006) – "Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal_: Apresentação de um Projecto". In VI HIV/AIDS VIRTUAL CONGRESS (2006) - Prevenção da SIDA : Um desafio que não pode ser perdido [Em linha]. Lisboa : SIDAnet, Associação Lusófona. [Consult. 22 Out. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://www.google.pt/url?url=http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx%3FDocumentId%3D2698%26Version%3D1&rct=j&frm=1&q=&esc=s&sa=U&ei=cwcXVLjALY_aaObigfgH&ved=0CCMQFjAD&usg=AFQjCNEq2Bmi-sdsKHiK1rruulNdgYD0IQ>.

CARMO, Hermano ; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998) – Metodologia da investigação – guia para auto-aprendizagem. Lisboa : Universidade Aberta.

CARNEIRO, Roberto [et al.] (2012) – Envelhecimento da população : dependência, ativação e qualidade. Lisboa : Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão

Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa. [Consult. 12 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf>.

CARRILHO, Maria José ; GONÇALVES, Cristina (2007) – Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. Revista de estudos demográficos. Lisboa. 40 (2007) 21-38.

CARVALHO, Maria Irene de (2005) – Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na Velhice em Portugal. Intervenção Social. Lisboa. 31 (2005) 163 – 192.

CARVALHO, Maria Irene de (2009) – Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade, risco ou protecção efectiva?. Locus SOCI@L : revista de serviço social, política social & sociedade. Lisboa. 1:2 (2009) 67 - 80.

CARVALHO, Maria Irene de (2013) – Serviço social no envelhecimento. 1.^a ed. Lisboa : LIDEL, Pactor. V. 1.

CONRAD, K.J., [et al.] (1993) – Classification of adult day care : a cluster analysis of services and activities. Journal of Gerontology: Social Sciences. 48:3 (1993) 112 – 122.

EUROPEAN UNION. European Commission (2006) – The demographic future of Europe : from challenge to opportunity [Em linha]. Brussels : EC. [Consult. 20 Jan. 2014]. [Consult. 22 Set. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0571:FIN:EN:PDF>>.

FERNANDES, Ana (1997) – Velhice e sociedade : demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras : Celta.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2000) – Gerontologia Social : una introducción. Madrid : Ediciones Pirámide.

FERNANDEZ-MAYORALAS, G. [et al.] (2007) – El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Informes Portal Mayores. Madrid. 74 (2007). [Consult. 20 Jan. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>>.

FONSECA, António Manuel Godinho da (2004) – Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”: desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Tese de Doutoramento.

FORTIN, Marie Fabienne (1999) – O Processo de investigação : da concepção à realização. Loures : Lusociência.

FREIRE, Teresa (2004) – Psicologia social do Lazer. In NETO, F. coord. - Psicologia social aplicada. Lisboa : Universidade Aberta. p. 305-349.

GONÇALVES, Cidália Domingues. ; OLIVEIRA, Albertina. Lima de (2011) – Sabedoria e educação : um estudo com adultos da universidade sénior. In ALCOFORADO, L, ed. [et al.] - Educação e formação de adultos : políticas, práticas e investigação. Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra. p. 245-254.

GORMAN, Mark (2000) – Healthy and active ageing. Brussels : EuroHealthNet. [Consult. 21 Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>>.

IMAGINÁRIO, Cristina (2008) – Idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau.

INE (2011) – Censos 2011 : resultados provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. I.P.

JACOB, Luís (2007) – Animação de idosos: actividades. Porto : Âmbar. (Idade do Saber).

JACOB, Luís; Fernandes, Hélder (2011) – Ideias para um envelhecimento activo. Almeirim : RUTIS – Associação Rede de Universidades da Terceira Idade.

LEITNER, Michael Jay ; LEITNER, Sara F. (1995) – Senior day care centers . In LEITNER, Michael Jay ; LEITNER, Sara F. - Leisure in later Life. 4.^a ed. [S.I.] : Sagamore (2012). p. 47 – 62.

LOURES, Marta Carvalho (2001) – Avaliação da depressão, do estresse e da qualidade em alunos no início e final do curso da universidade aberta da terceira idade

[Em linha]. Brasília : Universidade de Brasília. Dissertação de Mestrado em Ciências de Saúde. [Consult. 10 Dez. 2013]. Disponível em WWW:URL:http://files.bvs.br/upload/T/unb/2001/Loures_Avaliacao_depressao.pdf.

MAIA, Fernando (1984) – O Fenómeno do envelhecimento demográfico e a protecção social da população idosa. Estudos políticos e Sociais. 11:1-2 (1984) 5-39.

MANCHOLA, Enrique Arriola (2000) – Recursos sociosanitarios : El Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. Revista Multidisciplinar de Gerontologia. 10:2 (2000) 115-123.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2006) – Envelhecimento e políticas sociais. Millenium : Revista do Instituto Politécnico de Viseu. 32 (Fevereiro 2006) 126-140. [Consult. 18 Dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium32/10.pdf>>.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2010) - Os idosos e as actividades de lazer. Millenium : Revista do Instituto Politécnico de Viseu. 14:38 (Junho 2010) 243-251.

MONTORIO, Ignacio (1996) – Atencion psicológica. In MONTALBO, Miguel, org. - Centro de Día para personas mayores dependientes : guía práctica. Madrid : IMSERSO. p. 237-250.

NAZARETH, Joaquim Manuel Pantoja (1988) – O Envelhecimento demográfico. Psicologia. 6:2 (1988) 135-146.

NERI, Anita Liberalesso (2007) – Qualidade de vida no adulto maduro : interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In NERI, Anita Liberalesso, org. - Qualidade de Vida e idade madura. 7.^a ed. Campinas SP : Papyrus Editora. p. 9-56.

OLIVEIRA, José (1999) – Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis personológicas e representação da morte. Revista de Psicologia, Educação, Cultura. 3:2 (1999) 323-343.

OLIVEIRA, José (2012) – Psicologia do idoso temas complementares. Porto : Livpsic Edições de Psicologia.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) – Active ageing, a policy framework. Genève : OMS. [Consult. 28 Dez. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007) – Guia global das cidades amigas das pessoas idosas [Em linha]. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian [Consult. 18 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf>.

PAÚL, Maria Constança (2005a) – A construção de um modelo de envelhecimento humano. In PAÚL, C., coord. ; FONSECA, A. M., coords. (2005) - Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa : Climepsi. p. 21-41.

PAÚL, Maria Constança ; FONSECA, António (1999) – A saúde e a qualidade de vida dos idosos. Psicologia, Educação e Cultura. 3:2 (1999) 345-362.

PAÚL, Maria Constança ; RIBEIRO, Óscar (2012) – Manual de Gerontologia. Lisboa : Lidel.

PERISTA, Heloísa (1999) – Sistemas formais de apoio às pessoas idosas : necessidades e dilemas. In SEMINÁRIO ENVELHECER : UM DIREITO EM CONSTRUÇÃO - Envelhecer : um direito em construção : Actas do Seminário. Lisboa : CESIS. p. 97-101.

PIMENTEL, Luísa Maia Gaspar (2005) – O lugar do idoso na família – Contextos e Trajectórias. Coimbra : Quarteto Editora.

POCINHO, Ricardo [et al.] (2012) – Envelhecer em tempos de crise : Respostas Sociais. Porto. Legis Editora.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (1995) - Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação: relatório. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Governo (2012) – Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações : programa de ação, 2012 : Portugal [Em linha]. [S.l.] : Governo de Portugal. [Consult. 15 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2011) – Carta social : Rede de Serviços e Equipamentos Sociais – Relatório 2011 [Em linha]. Lisboa : Gabinete de Estratégia e Planeamento. [Consult. 12 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2011.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014a) – Estatísticas. In PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social Segurança Social [Em linha]. Lisboa : MSESS. [Consult. 13 Jan. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www4.seg-social.pt/estatisticas>>.

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014b) – Idosos. In PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social Segurança Social [Em linha]. Lisboa : MSESS. [Consult. 13 Jan. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www4.seg-social.pt/idosos>>.

PORTUGAL. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Direcção Geral dos Assuntos Europeus. CENTRO DE INFORMAÇÃO EUROPEIA JACQUES DELORS (2012) – Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações : 2012 (nível III) / Centro de Informação Europeia Jacques Delors. Lisboa. Editor Centro de Informação Europeia Jacques Delors [Consult. 22 Nov. 2013]. Disponível em WWW:<URL:https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=service&doc_library=CIE01&doc_number=000049267&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA>.

QUIVY, Raymond ; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998) – Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa : Gradiva.

RIBEIRINHO, Carla (2005) – Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio. Lisboa : Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Dissertação de Mestrado. [Consult. 18 Dez. 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>>.

RIBEIRO, José Luís País (1994) – A importância da qualidade de vida para a Psicologia da saúde. Análise Psicológica. 12:2-3 (1994) 179-191.

RIBEIRO, Liliane ; ALVES, Pâmela ; MEIRA, Elda (2009) – Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. Ciência, Cuidado e Saúde. 8:2 (Abr./Jun.2009) 220-227.

RIBEIRO, Oscar ; PAÚL, Constança (2011) – Envelhecimento activo. In RIBEIRO, Oscar, coord ; PAÚL, Constança, coord. - Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa : Edição Lidel.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (1999) – Los Centros de Día : un servicio de respiro para la familia cuidadora. In MONTALBO, Miguel - Centro de Día para personas mayores dependientes: guía práctica. Madrid : IMSERSO. p. 19-48 [Consult. 25 Jan. 2014]. Disponível em WWW: <URL:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=605370>>.

ROSA, Maria João Valente (2012) – O envelhecimento da sociedade portuguesa. Lisboa : Relógio D'Água Editores

SANCHO CASTIELLO, Mayte (1999) – Centro de día : conceptualizacion. In MONTALBO, Miguel, org. - Centro de Día para personas mayores dependientes: guía práctica. Madrid : IMSERSO. p. 49-66.

SERAPIONI, Mauro (2005) – O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Revista Ciência & Saúde Colectiva. 10 (2005) 243-253. [Consult. 25 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>>.

SILVA, José Vítor, org. (2009) – Saúde do Idoso : Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos. 1.^a ed. São Paulo: Látria.

SOUSA, Liliana ; FIGUEIREDO, Daniela ; CERQUEIRA, Margarida (2004) – O recurso aos apoios formais : a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. Envelhecer em família : Os cuidadores familiares na velhice. 1.^a ed. Porto: Âmbar.

VELOSO, Esmeraldina (2008) – A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002. In VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA MUNDOS SOCIAIS: SABERES E PRÁTICAS - Mundos sociais : saberes e práticas. Lisboa : UNL. Organizado pela Associação Portuguesa de Sociologia, que decorreu entre 25 e 28 de Junho de 2008, na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Nova de Lisboa. p. 12.

WALKER, Alan (2005) – A European perspective on quality of life in old age. European Journal of Ageing. 2 (2005) 2-12.

WHO (1998) – Health Promotion Glossary, Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – Active Ageing : A policy Framework, Geneva : World Health Organization. [Consult. 18 Jan. 2014]. Disponível em WWW:URL:http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>.

WHOQOL Group (1993) – Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. 2:2 (1993) 153-159. [Consult. 19 Jan. 2014]. Disponível em WWW:URL:<http://link.springer.com/article/10.1007/BF00435734#page-1>>.

WHOQOL Group (1994) – Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health. 23:3 (1994) 24-56.

WHOQOL Group (1995) – The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Science & Medicine. 41:10 (1995) 1403-1409.

WHOQOL Group (1998) – The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) : Development and general psychometric properties. Social Science e Medicine. 46:12 (1998) 1569-1585.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) - The Ottawa Charter for Health Promotion. In WORLD HEALTH ORGANIZATION - World Health Organization [Em linha]. Geneva : WHO. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>.

XAVIER, Patrícia ; LEAL, Isabel (2006) – Um olhar sobre o envelhecimento; Bem-estar e autonomia funcional em idosos com apoio formal. LEAL, Isabel Leal, org. [et al.] - . Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Faro : Universidade do Algarve. [Consult. 29 Jan. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/Envelhecimento_apoio_formal.pdf>.

BIBLIOGRAFIA

BENET, Anna Soldevila ; LLANE, Jaume March (2002) – Nivel de Salud y Autonomía en los Centros de Día para Mayores. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 12:1 (2002) 5-13.

CABRAL, Manuel Villaverde [et al.] (2011) – Seniores de Lisboa : Capital Social e Qualidade de Vida. Lisboa : UL. [Consult. 12 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://www.ienvelhecimento.ul.pt/images/Relatorios/Seniores_Lisboa_final_online_01032012.pdf>.

CARDOSO, Fernando Alberto (2000) – Ancianidade : contribuição para a avaliação da qualidade de vida de uma população urbana. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Comunitária, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

DUBOULOZ, Claire-Jehanne (2000) – Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. 2.^a ed. Loures : Lusociências.

HORTELÃO, António Pedro Santos (2004) – Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. Revista Servir. 52:3 (2004) 119-128.

LEAL, Carla Manuela da Silva (2008) – Reavaliar o conceito de Qualidade de Vida. Açores : Universidade dos Açores.

MACHADO, Paulo (2007) – Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento activo, pensando no envelhecimento em meio urbano. Revista Fórum Sociológico. S. 2:17 (2007) 53-63.

NERI, Anita Liberalesso ; CACHIONI, Meire (1999) – Velhice bem sucedida e educação. In NERI, A., ed. ; DEBERT, G.G. Ed. - Velhice e Sociedade. Campinas : Papyrus.

PAÚL, Maria Constança (2005) – Envelhecimento activo e redes de suporte social. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia. 15 (2005) 275-287.

PAÚL, Maria Constança. [et al.] (2005) – A satisfação e a qualidade de vida : um estudo em idosos portugueses. In PAÚL, Maria Constança, org. ; FONSECA, António, org. - Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de cuidados. Lisboa : Climepsi Editores. p. 77-95.

SOUSA, Liliana ; FIGUEIREDO, Daniela (2003) - (In)dependência na população idosa – um estudo exploratório na população portuguesa. Psychologica. 33 (2003) 109-122.

SOUSA, Liliana ; GALANTE, H. ; FIGUEIREDO, Daniela (2003) - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública. 37:3 (2003) 364-371.

SOUSA, Liliana ; FIGUEIREDO, Daniela (2000) - Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. Psychologica. 25 (2000) 19-24.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Guião de Entrevista

APÊNDICE A

Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Caraterização Sócio-Demográfica do Idoso

- Sexo
- Idade
- Zona de residência
- Estado civil

Solteiro(a);

Casado(a) União de fato;

Divorciado (a);

Viúvo(a);

- Escolaridade

Analfabeto;

Ensino básico;

Ensino preparatório;

Ensino superior;

- Agregado familiar (composição)

Sozinho;

Em casal;

Com família alargada;

Outra situação. Qual?

- Filhos? Se sim, número de filhos?
- Proximidade geográfica com os filhos

Na mesma casa;

Mesma localidade;

Localidade próxima;

Localidade distante;

- Fonte (s) de rendimento
- Rendimento mensal

Indicadores Objectivos

Caracterização do Estado de Saúde dos Idosos

- Como classifica o seu estado de saúde atual?

Ótimo;

Bom;

Comprometido;

Mau;

- Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim;

Com dificuldade;

Não vê nada;

- Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?

Sim;

Com dificuldade;

Não ouve nada;

- Em que medida o seu dia-a-dia é influenciado pela prestação de cuidados de saúde?
- Sofre de doenças crónicas? Se sim, quais?
- Sofre de outros problemas de saúde? Se sim, quais?
- Toma medicação? Se sim, número de medicamentos dia?
- Recorreu ao seu médico de referência no último mês?
- Como classifica a sua QdV hoje?

Ótima;

Boa;

Comprometida;

Má;

- Em que medida o seu estado de saúde influencia a sua QdV?

Indicadores Objectivos

Caracterização da QdV dos Idosos

- Como caracteriza a sua capacidade para desempenhar actividades de vida diária (higiene; alimentação)?

Ótima;

Boa;

Comprometida;

Má;

- Refira o que condiciona mais estas actividades de vida diária?
- Em que medida esta incapacidade condiciona o desempenho das actividades de vida diária?
- Como avalia a sua mobilidade? (capacidade para se movimentar e deslocar s/ajudas)

Ótima;

Boa;

Comprometida;

Má;

- Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras);

Com alguma ajuda (precisa de alguém vá consigo sempre que vai às compras);

Não consegue ir às compras;

- Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p.ex. consultório médico, farmácia, finanças)

Não tem dificuldade;

Com alguma ajuda;

Não consegue deslocar-se aos serviços públicos;

- Refira o que condiciona mais estas deslocações?

- De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim;

Não;

- Na sua opinião as características da sua residência são promotoras de QdV?

Se sim, Porquê?

Se não, Porquê?

- Na sua opinião as características do edifício onde habita são promotoras de QdV?

Se sim, Porquê?

Se não, Porquê?

- No seu entender são promovidas actividades de lazer e outras actividades suficientes para a população idosa?
- Consegue realizar actividades de lazer e outras actividades que são importantes para si?
- Realiza alguma actividade lúdica? Se sim, qual?
- Tem dinheiro suficiente para as necessidades básicas?

Sim;

Não;

- Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?

Não chegam para as necessidades;

Suficientes;

Sobra algum dinheiro;

Indicadores Subjectivos

Auto percepção da QdV

- Para si o que é QdV?
- As pessoas idosas podem ter QdV?
- Refira o que para si é fundamental para ter uma boa QdV na velhice?
- Refira o que para si piora a QdV na velhice?
- Como classifica a sua QdV?

Dimensão CD

Contributo do CD para a QdV

- Há quanto tempo está vinculado a esta Instituição?
- Há quanto tempo está nesta resposta social?
- Qual o motivo que o/a levou a frequentar o CD?
- Que importância tem o CD na sua vida/quotidiano?
- O fato de frequentar o CD influencia a sua QdV?
- O que poderia o CD fazer para melhorar a sua QdV?