

**JOANA RITA CORREIA VIEGAS**

**O CONTRIBUTO DA ANIMAÇÃO NA QUALIDADE  
DE VIDA DOS IDOSOS DO SERVIÇO DE APOIO  
DOMICILIÁRIO DO CENTRO COMUNITÁRIO DE  
ESTOI**

Mestrado em Educação Social

Trabalho efetuado sob orientação de:  
Doutora Cláudia Cristina Guerreiro Luísa



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Escola Superior de Educação e Comunicação

2016

# **O CONTRIBUTO DA ANIMAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO DO CENTRO COMUNITÁRIO DE ESTOI**

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

---

Copyright © Joana Rita Correia Viegas

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

## Dedicatória

À minha mãe, o meu mundo.  
Ao meu pai, o meu porto de abrigo.  
À minha irmã, a minha melhor metade.  
Aos meus amigos, a minha segunda família.  
E, claro, aos meus animais, os melhores do mundo.

*In memoriam*  
Aos meus avós e bisavós, as minhas estrelas.

## Agradecimentos

Ao Diácono Doutor Luís Galante, pela oportunidade de integrar o meu estágio no Centro Cultural e Social da Paróquia de São Martinho de Estoi.

À Dr.<sup>a</sup> Dora Luís, pela constante preocupação e disponibilidade em ajudar-me no que fosse preciso.

À Dr.<sup>a</sup> Rute Fernandes, Andreia Barracha, Soraia Niquice e Sara Guerreiro, minhas companheiras de gabinete, por todo o apoio e ajuda dispensados.

A toda a equipa do Centro Comunitário de Estoi, sem exceção, por me fazerem sentir em casa.

Aos idosos, por quem fui sempre recebida de braços abertos, por me ensinarem e ajudarem a perceber que o melhor modo de trabalhar com eles é estar próxima deles.

Ao professor Doutor António Fragoso, na altura diretor do mestrado, pela paciência e dedicação (quase) infinitas para o bem e para o mal.

À professora Doutora Cláudia Luísa, minha orientadora e confidente, por todo o tempo e apoio dispensado à minha pessoa e ao meu trabalho.

A todos os meus professores até então, que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de turma de mestrado, em especial à minha querida Nilza, por todas as quartas-feiras (e não quartas-feiras) passadas em conjunto repletas de ideias e desabafos.

A todos os meus amigos, por todos os momentos que passámos juntos e por tudo o que já fizeram por mim. Em especial à Márcia, à Catarina e à Sofia (entre muitos outros) pelos cafés em Faro, à Joana e à Inês (entre muitos outros) pelos cafés em Albufeira e à Filipa pelos cafés em ambas as cidades.

À Ana Rita, minha irmã, por ser ela própria e me fazer o jantar.

E, como os últimos são sempre os primeiros, aos meus pais, por sempre me terem incentivado e ajudado a prosseguir os estudos, pela educação que me deram, pelos valores que me transmitiram, por todos os sacrifícios que fizeram ao longo das suas vidas para que nada me tenha faltado, por nunca me terem deixado desistir de alcançar os meus sonhos, pela paciência que (quase) sempre tiveram comigo e, acima de tudo, por acreditarem e confiarem em mim. É a eles a quem devo tudo.

Muito obrigada e um bem-haja a todos!

“Não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam actualmente o saber, legam-nos seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos” (Paúl, 1997, p.7).

## Resumo

Numa sociedade marcada pelo visível aumento de idosos e pela vasta gama de instituições de apoio a esta faixa etária, o animador surge como um dos técnicos que deverá marcar a diferença entre o tradicional processo de envelhecimento (que reduz a velhice a um tempo de espera passiva) e o necessário envelhecimento ativo (em que a pessoa idosa se torna ativa e agente do seu próprio desenvolvimento quanto às suas vontades e necessidades).

Deste modo e procurando vir a colmatar algumas necessidades identificadas como prioritárias, surge uma urgência em capacitar os idosos para um envelhecimento bem-sucedido, pois a maioria destes tende a manter uma postura passiva acabando por desvalorizar as suas próprias competências, realidade que se deve essencialmente às representações negativas impostas pela sociedade.

O pressuposto deste trabalho é incidir nas temáticas do envelhecimento, qualidade de vida, saúde e animação e trabalhá-las no que diz respeito ao aumento e criação de oportunidades para que os indivíduos sintam a sua experiência de vida e competências adquiridas, ao longo desta, valorizadas. Assim, o objetivo geral deste trabalho recai em promover o bem-estar biopsicossocial do idoso num todo.

A presente investigação baseia-se numa amostra de três domiciliados do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi que usufruem do recente serviço de “Animação/Socialização”.

Através da investigação-ação criou-se um plano de intervenção educativa e sociocultural que visou melhorar e/ou manter a qualidade de vida dos idosos que usufruem deste serviço constante.

Conseguiram treinar-se alguns aspetos que ajudaram o idoso a tornar-se mais autossuficiente, consciente e empreendedor no seu quotidiano e na relação com a comunidade e grupos a que pertence.

**Palavras-chave:** Animação sociocultural; envelhecimento; qualidade de vida; serviço de apoio domiciliário.

## **Abstract**

In a society marked by this visible increase in the elderly and the wide range of institutions to support this age group, the animator emerges as one of the technicians who will make the difference between the traditional aging process (which reduces old age to a waiting time passive) and the necessary active aging (where the elder becomes active and agent of his own development and to his wants and needs).

Therefore looking and come to fill some identified as priority needs, there is a urgent need to empower the elderly to a successful aging, as most of these tend to maintain a passive attitude tends to devalue their own skills, a reality that is essentially the negative representations imposed by society.

Therefore, the working assumption presented to focus here is the aging issues, quality of life, health and work them with regard to the increase and creating opportunities for individuals to feel your life experience and skills acquired throughout this valued. As such, the main goal of this work stands to promote bio-psychosocial well-being of the elderly in plenitude.

This research is developed based on a sample of three resident who use the new service “Animation/Socialization” of the Estoi Community Center home support service.

Through research-action we created an educational and socio-cultural intervention plan that aimed to improve and/or maintain the quality of life for seniors who enjoy this constant service.

We managed to train up some aspects that helped the elderly to become more self-sufficient, conscious and enterprising in their daily lives and in the relationships that they maintain with the community and groups to which they belong.

**Keywords:** Socio-cultural animation; aging; quality of life; home support service.

# Índice

<b>Dedicatória</b>	<b>III</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>IV</b>
<b>Resumo</b>	<b>VI</b>
<b>Abstract</b>	<b>VII</b>
<b>Introdução</b>	<b>1</b>

## **Parte I**

### **Capítulo 1. Enquadramento teórico: Envelhecimento, Qualidade de vida e Saúde**

1.1. O envelhecimento humano	4
1.1.1. Envelhecimento demográfico	4
1.1.2. Envelhecimento e o seu processo	6
1.1.3. Políticas sociais de apoio ao idoso	12
1.2. A qualidade de vida e o envelhecimento	15
1.3. A animação sociocultural como promotora da qualidade de vida	22

### **Capítulo 2. Enquadramento do objeto de estudo: Serviço de Apoio Domiciliário**

2.1. O SAD e o seu contributo para a qualidade de vida do idoso	28
2.2. O SAD na família e no contexto dos serviços de proximidade	33

### **Capítulo 3. Enquadramento institucional: Centro Comunitário de Estoi**

3.1. União de Freguesias da Conceição e de Estoi	38
3.2. Espaço físico do Centro Comunitário de Estoi	38

## **Parte II**

### **Capítulo 4. Enquadramento metodológico**

4.1. Formulação do problema de investigação	42
4.1.1. Delimitação dos objetivos	42
4.1.2. Justificação do estudo	42
4.1.3. Questões de investigação	43
4.1.4. Amostra do estudo	43
4.1.5. Diagnóstico de necessidades	44
4.2. Metodologia de investigação	45
4.3. Método de investigação	46
4.4. Técnicas de recolha de dados	48
4.4.1. Pesquisa e análise documental	49
4.4.2. Notas e diário de campo	49

4.4.3 Observação direta participante	50
4.4.4. Conversas informais	51
4.4.5. Inquérito por questionário	52
4.4.6. Entrevista semiestruturada	53
<b>Capítulo 5. Apresentação e análise interpretativa dos dados</b>	
5.1. Informação relativa ao inquérito da amostra do estudo/idosos	55
5.2. Informação relativa ao inquérito das auxiliares	57
5.3. Informação relativa à entrevista à responsável do SAD	58
5.4. Análise dos resultados obtidos	62
<b>Capítulo 6. Plano de intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi</b>	<b>71</b>
<b>Capítulo 7. Avaliação geral do plano</b>	<b>81</b>
<b>Considerações finais</b>	<b>85</b>
<b>Referências</b>	<b>96</b>

## Índice de anexos

Anexo I – Código deontológico para a profissão de educador social em Portugal	102
Anexo II – Nota explicativa do protocolo de cooperação 2013-2014	106
Anexo III – Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas	123
Anexo IV – Organograma I	124
Anexo V – Organograma II	125
Anexo VI – Cronograma de tarefas	126
Anexo VII – Cronograma mensal das atividades	127
Anexo VIII – Plano de intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi	128
Anexo IX – Resultados - Miniexame do estado mental (MEEM)	134
Anexo X – Tabela de avaliação diária da atividade	158
Anexo XI – Relatório diário da atividade	159
Anexo XII – Trava-línguas	160
Anexo XIII – Adivinhas	161
Anexo XIV – Provérbios	162
Anexo XV – Cálculo matemático	163
Anexo XVI – Labirintos	164
Anexo XVII – Estimulação tátil	165
Anexo XVIII – Rimas	168
Anexo XIX – Semelhanças e diferenças	170
Anexo XX – Sinónimos e antónimos	171
Anexo XXI – Sardinha e cartaz da festa	172
Anexo XXII – Jogos de tabuleiro	173
Anexo XXIII – Estimulação auditiva	174
Anexo XXIV – Exercícios de aquecimento para iniciar as atividades do plano	176
Anexo XXV – Inquéritos por questionário à amostra do estudo	179
Anexo XXVI – Gráficos e tabelas dos inquéritos à amostra do estudo	200
Anexo XXVII – Inquéritos por questionário às auxiliares do SAD	213
Anexo XXVIII – Gráficos e tabelas dos inquéritos às auxiliares do SAD	237
Anexo XXIX – Guião de entrevista semiestruturada à responsável pelo SAD	252
Anexo XXX – Transcrição da entrevista à responsável pelo SAD	258

## **Listas de abreviaturas, siglas e símbolos**

ASC – Animação sociocultural

CCE – Centro comunitário de Estoi

CCSPSME – Centro Cultural e Social da Paróquia de São Martinho de Estoi

CLDS+ – Contratos Locais de Desenvolvimento Local +

CMF – Câmara Municipal de Faro

DGS – Direção Geral de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social

JFE – Junta de Freguesia de Estoi

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

PEA – Programa de Emergência Alimentar

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SS – Segurança Social

UE – União Europeia

WHOQOL Group – *The World Health Organization Quality of Life Group*

E<sub>1</sub> – Entrevistado

% – Percentagem

## **Introdução**

No âmbito do curso de mestrado em Educação Social foi proposto aos discentes a escolha entre a realização de um estágio, de um trabalho de projeto ou de uma dissertação, onde o objetivo principal recaía na aplicação dos conhecimentos e competências adquiridas ao longo de todo o nosso percurso académico e profissional.

Incidindo a nossa escolha no estágio, tencionámos escolher uma entidade ligada à área da terceira idade, pois esta sempre foi ao encontro dos nossos interesses e expectativas em explorar as várias hipóteses de intervenção e também a que, até à data, sempre nos estimulou e motivou a querer desenvolver ou implementar algum tipo de projeto.

Ao propor que o estágio fosse desenvolvido na maior e mais recente estrutura do Centro Cultural e Social da Paróquia de São Martinho de Estoi (CCSPSME) – o Centro Comunitário de Estoi (CCE) – pudemos ter contacto com a realidade em questão e procuramos desenvolver um trabalho de campo que implementasse mudanças e transformações na vida dos idosos que usufruem do serviço de apoio domiciliário (SAD – Animação e Socialização).

Visto que frequentemente ouvimos que Portugal está envelhecido, que o número de idosos é cada vez maior e que a taxa de natalidade tem diminuído, desequilibrando assim a pirâmide demográfica, aproveitamos esta oportunidade para procurar um desafio motivante num contexto bastante característico, o qual proporcionasse uma aprendizagem aliciante e produtiva ao nível da intervenção social.

Estando o estágio integrado no CCE e ligado à terceira idade, foi importante desenvolver algumas temáticas-chave. Desta forma, iniciaremos este relatório com um enquadramento teórico acerca dos conceitos “Envelhecimento, Qualidade de vida e Saúde” abordando o envelhecimento humano, o envelhecimento bem-sucedido, a qualidade de vida e a animação sociocultural (sendo estas a base de todo o trabalho).

Para além de uma abordagem teórica, pretendemos recolher e perceber através da aplicação de algumas metodologias uma conceção mais clara do que se espera de um educador social e do seu papel nos diversos contextos, de modo a dar espaço para que os indivíduos sintam a sua história de vida reconhecida e para que as suas próprias competências possam ser integradas, passando por compreender e, igualmente, motivar os idosos e a comunidade a lidarem com o fator mudança no sentido de se gerar um

grupo cada vez mais consciente, no que diz respeito às oportunidades a que todos os cidadãos têm direito.

A implementação de um plano de intervenção social na terceira idade já não se reduz meramente a ações destinadas ao entretenimento propriamente dito do idoso, mas cada vez mais à criação e dinamização de atividades que o coloquem como agente de promoção de aprendizagens. É, para nós, importante desenvolver um perfil, enquanto educador social, que não se limite a ser, estar e fazer em contexto institucional, mas que potencie os saberes dos idosos, estimulando e criando o encontro e a partilha.

Portanto, este estágio beneficiará de uma vertente de intervenção educativa e sociocultural, apoiando-se nas temáticas já referidas e usando-as como base para a construção do plano. Este procura colmatar algumas necessidades identificadas como prioritárias, porque infelizmente existe, na maior parte dos casos, uma urgência em capacitar os idosos para um envelhecimento bem-sucedido – a maioria destes tende a manter uma postura passiva, desacreditando-se das suas próprias aptidões.

Sendo o principal foco do estágio trabalhar com os idosos que recebem o SAD, contaremos em fazer um enquadramento deste objeto de estudo, falando sobre o seu contributo para a qualidade de vida do idoso e, também, sobre o seu impacto na família e no contexto dos serviços de proximidade do domiciliado.

Encontrando-se o SAD num organismo, faz todo o sentido fazer-se um enquadramento institucional. Em seguida, serão então sinteticamente abordados os temas da união de freguesias da conceição e de estoi e do espaço físico do CCE.

Para que tudo isto fosse possível de perceber, foi necessário desenvolver-se um enquadramento acerca da metodologia, dos métodos e das técnicas pensadas para aplicar as diferentes medidas. É neste capítulo “Enquadramento metodológico” que iremos explicar a formulação do problema de investigação. Começaremos por delimitar os objetivos, justificar o estudo com a ajuda das questões de investigação, falar da amostra do estudo e, por último, o diagnóstico das necessidades. Seguidamente virão a metodologia e o método de investigação em que nos suportámos e, em continuação, quais as técnicas que foram utilizadas para a obtenção dos dados.

Depois deste capítulo é a vez de falarmos da apresentação e análise interpretativa dos dados, do plano de intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi, da avaliação geral e das considerações finais. Por fim, teremos a lista de referências utilizadas em todo o relatório e os anexos, como complementaridade dos capítulos abordados.

# Parte I

# **Capítulo 1. Enquadramento teórico: Envelhecimento, Qualidade de vida e Saúde**

## **1.1. O envelhecimento humano**

O envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível e inevitável em todos os seres vivos. No ser humano, o envelhecimento resulta não só do envelhecimento orgânico das células, tecidos e órgãos, com a diminuição do seu funcionamento e consequente diminuição da sua capacidade de sobrevivência, mas, também, da alteração dos seus papéis na sociedade (em geral) e na família (em particular) e ainda da representação mental que o indivíduo faz de si próprio e do meio que o envolve (Cordeiro, 1994).

A interação destes quatro principais fatores, ao longo do seu ciclo vital, é que irá determinar o modo, mais ou menos saudável, como o indivíduo encarará o seu próprio envelhecimento, as suas incapacidades e limitações físicas (Erikson, 1998).

### **1.1.1. Envelhecimento demográfico**

O envelhecimento demográfico é uma realidade, atualmente vivida a nível mundial, confirmada pelos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) quando afirma que haverá mais pessoas octogenárias e nonagenárias no mundo do que nunca, de tal forma que, entre 2000 e 2050, o número de pessoas com 80 anos ou mais aumentará quase quatro vezes chegando a 395 milhões (INE, 2011).

Esta tendência está espelhada quer na comunidade europeia quer na sociedade portuguesa. Portugal ocupa a 6ª posição na tabela dos países com maior índice de envelhecimento da União Europeia, segundo os dados estatísticos da Pordata (2014).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a proporção da população com 65 ou mais anos era, em 2011, de 19% em contraste com os 8% verificados em 1960 e com os 16% da década anterior, ultrapassando este valor a proporção de jovens, que é de cerca 15%. Também o índice de envelhecimento da população, que em 2011 apresenta um valor de 129, comprova que Portugal tem hoje mais população idosa do que alguma vez teve.

Ainda nos resultados apresentados nos Censos de 2011, verifica-se que 60% da população idosa vive sozinha ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, situação cuja dimensão aumentou 28% ao longo da última década (INE, 2011).

Em 2001 haviam 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100, enquanto em 2011 este valor é apenas de 45. Alterações nos indicadores demográficos como o aumento da esperança média de vida, o aumento da taxa de emigração da população ativa e a diminuição das taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade, são responsáveis pelo envelhecimento demográfico (INE, 2011).

Nos últimos 30 anos, a esperança média de vida cresceu, mas em ordem inversa. A evolução científica e tecnológica ou a nova visão sobre o significado de qualidade de vida têm-se evidenciado cada vez mais como dois dos fatores justificativos para este aumento. Pela redução da taxa de fecundidade e natalidade que originam a redução da população ativa e jovem do país, prevê-se um futuro onde os idosos predominam, e cresce a preocupação com o apoio que esta população necessitará (INE, 2011).

Entre 1970 e 2001 a esperança média de vida da população do sexo masculino situava-se inicialmente em 60,9 anos e nos últimos anos em 73,4 anos. Por sua vez, o sexo feminino, além de apresentar uma esperança média de vida superior, acompanhou a mesma evolução, respetivamente de 66,4 anos e 80,5 anos de idade (INE, 2011).

Nas últimas duas décadas tem-se verificado um novo movimento de correntes imigratórias que têm permitido algum rejuvenescimento populacional, vindo a combater o fenómeno envelhecimento e a aumentar a população ativa. No entanto, este fator não resolve o panorama nacional vigente porque “A longo prazo a população activa, tenderá, pois, a envelhecer progressivamente, apesar do impacto positivo da imigração externa em Portugal...” (Cónim, 2005, p.18).

A Gerontologia, segundo Netto (citado por Freitas *et al.*, 2006), foi criada em 1903 por Elie Metchnikoff e define-se a partir das expressões *gero* (velhice) e *logia* (estudo), e, neste sentido lato, esta ciência tem vindo a valorizar-se, crescendo exponencialmente a sua visibilidade pública e política, em termos mundiais, já que enquanto campo do saber especificamente comprometido com a velhice e com o envelhecimento, a Gerontologia tem como objeto de estudo integrado a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações, sendo, atualmente reconhecida como uma área interessante e atrativa para estudos futuros (Ribeiro & Paúl, 2012).

Esta inquietação crescente para ampliar a Gerontologia deve-se, sem dúvida, aos inúmeros desafios lançados à sociedade moderna, como reflexo do envelhecimento

populacional ao longo dos anos, do aumento gradual da população idosa que torna, por sua vez, as populações envelhecidas.

A sociedade antiga, contrariamente ao que se verifica na sociedade moderna, estimava o saber e a experiência dos mais velhos, protegendo-os e cuidando-os a todo o custo, até um fim de vida respeitável. Como nos refere Daniel (2009), hoje não porque tenha desaparecido o conceito de família, mas por uma necessidade de readaptação constante às exigências sociais e económicas das famílias, o cuidado dos idosos é confiado, muitas vezes, a grupos sociais externos à família ou instituições.

Desta forma, este envelhecimento demográfico é apontado como o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, traduzindo-se na reestruturação familiar e profissional, para além das modificações ocorridas a nível individual e em novos estilos de vida na população portuguesa.

Este crescente fenómeno veio obrigar-nos a refletir sobre várias questões como são exemplo a qualidade de vida dos idosos, a sua saúde, o seu estatuto na sociedade e os serviços que existem ao seu dispor. Agora mais do que nunca, numa perspetiva de combater todos os estigmas. É essencial que se venha a capacitar o indivíduo para uma vida ativa e participativa nesta faixa etária, de modo a promover-se um envelhecimento positivo e a contribuir-se para uma boa qualidade de vida, onde não se exclua o idoso da restante sociedade, o que traduz uma forte preocupação na construção de infraestruturas que possam dar resposta a este número crescente de idosos que necessitam de apoios.

### **1.1.2. Envelhecimento e o seu processo**

Pensar no futuro para os idosos significa pensar em instituições e recursos humanos que possibilitem dar apoio a todos os níveis da vida da pessoa, contribuindo para a sua qualidade de vida. Contudo, não é só com as infraestruturas que nos devemos preocupar, pois deve subsistir uma prestação cuidada dos serviços, tendo como especial atenção, manter o idoso ativo e ajudá-lo a perceber que é importante viver, tal como em qualquer outra etapa da vida, o resto dos seus dias com qualidade, com as suas capacidades e respetivos saberes encarecidos.

Segundo Lopes (2008), atualmente o idoso é desvalorizado perante a sociedade. Isto deve-se à relevância que é dada, socialmente, ao jovem, em detrimento de outras faixas etárias, nomeadamente a dos idosos. É neste sentido que, a meu ver, a pertinência

de se intervir no campo da terceira idade ascende com a clara e progressiva necessidade de se criar um elo de ligação entre esta faixa etária – cada vez mais predominante – e a sociedade na qual se insere, devendo-se habilitar o indivíduo para este estágio da vida, onde possa ver como reconhecidas e úteis as suas vivências do passado e, conseqüentemente, como alguém provido de sabedoria e não como fardo, mudando gradualmente a concepção que a sociedade possui do idoso.

Sendo cada um de nós portador de uma herança genética, herdamos dos nossos progenitores a predisposição para desenvolver determinados comportamentos, incluindo a forma como envelhecemos e de como impulsionamos o nosso próprio processo de envelhecimento. Já que envelhecer é uma inevitabilidade do ser humano, envelhecer com qualidade é, sobretudo, uma escolha que deve ser feita o quanto antes.

Tendo em conta as alterações das sociedades ao longo dos séculos, que contribuíram para a transformação da visão sobre o envelhecimento e para a evolução das instituições, atualmente estas têm revelado deter uma missão preponderante para proporcionar uma velhice digna ao indivíduo, mostrando como deve ser respeitado o envelhecimento e tudo o que está subjacente a este.

O ciclo de vida compreende que a pessoa nasça, cresça, atinja o auge das suas capacidades físicas, envelheça e, finalmente, morra. Com a evolução dos cuidados de saúde e da medicina, tem havido um aumento da qualidade de vida dos idosos, o que permite ao indivíduo desfrutar da sua velhice em pleno. Em 1999 foi proclamado o Ano Internacional da Pessoa Idosa onde a expressão “por uma sociedade para todas as idades” foi adotada com o *slogan* pela Assembleia das Nações Unidas, pressupondo “A participação dos idosos na vida da comunidade, nas vertentes cultural, social económica e política, em comunhão com todas as outras gerações, dando particular atenção aos seus espaços relacionais e garantindo a continuidade dos laços familiares e sociais” (Damas, 2007, p.16).

De facto, nos últimos anos tem-se verificado um maior apoio a vários níveis às pessoas idosas, apesar da velhice nem sempre ter sido tratada da mesma forma. Hoje em dia, expressões como terceira idade e velhice são utilizadas de forma arbitrária, sem nos apercebermos, muitas das vezes, do que cada uma implica e que processos e construções sociais conduziram a essas expressões.

A cada uma destas expressões “velhice” e “terceira idade” (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) corresponde, histórica e sociologicamente, uma definição e uma forma de intervir na velhice.

Desde a Revolução Industrial até meados do século XX, a velhice era associada à incapacidade para o trabalho e à pobreza, sendo, portanto, incluída na categoria dos indigentes, cujo apoio se resumia a instituições de beneficência. Era sinónimo de dependência e inutilidade, encontrando-se inserida na área de exclusão social, onde os idosos de classes sociais mais favorecidas eram apoiados pelo setor doméstico. Assim, a velhice não pertencia a uma categoria social autónoma, nem havia uma intervenção pública dirigida especificamente à mesma. Estávamos, segundo Guillemard (citado em Veloso, 2005, p.31), “... perante uma velhice invisível”.

Todavia, diferentes mudanças fizeram emergir a categoria social autónoma da terceira idade.

Uma das grandes alterações que contribuiu para mudar a forma de perspetivar a velhice foi a constituição e a generalização de sistemas de reforma. Como defende Guillemard (citado em Veloso, 2005, p.49), “a difusão das reformas ... representa a condição essencial da emergência de uma nova concepção de velhice e de uma nova maneira de a gerir”. Com esta medida, o termo velhice deixou de estar associado a uma incapacidade para trabalhar e passou a ser entendido como inatividade pensionada, ou seja, a generalização do sistema de reforma contribuiu para que todas as pessoas, a partir de uma determinada idade, ficassem dispensadas de trabalhar independentemente da sua capacidade para realizar trabalho.

A construção dos sistemas de reforma contribuiu para se provocar uma alteração nos estatutos sociais. Passou-se para uma sociedade na qual a segurança já não se baseava na propriedade, no estatuto ou na família, mas no trabalho. Portanto, as reformas valorizavam o indivíduo, passando este a ter um futuro emancipado da família e a ser mais independente.

Na ótica de Guillemard (citado em Veloso, 2005) a situação de reforma, ao ser comum para um determinado grupo etário, conferiu identidade ao idoso e tornou-o identificável. A entrada para o mundo da reforma marcava a saída do mundo ativo por critérios formais e não pelo facto de o trabalhador não ter capacidade para desempenhar as suas funções. Neste sentido, os indivíduos ficam dispensados de trabalhar, mesmo que a sua idade varie de acordo com a profissão, a posição hierárquica e social. Perante as alterações que se fizeram sentir, o mesmo autor afirma que estamos perante uma velhice identificada.

A expressão “terceira idade” corresponde, então, a uma nova definição de velhice, vencendo a imagem decadente e indigente, e dando lugar a uma velhice autónoma, independente, capaz e ativa em que Morato (1986, p.176) esclarece-nos que

Os conceitos ligados às palavras velho, envelhecer, velhice e envelhecimento são muito complexos. O adjectivo velho, no grau positivo, significa deteriorado e aplica-se a coisas, pessoas ou animais; como substantivo refere-se exclusivamente a pessoas de idade avançada; já como adjectivo no grau comparativo têm apenas um significado cronológico.

Por conseguinte, todas as definições que se possam dar nunca serão suficientes para dizer o que na realidade é ser idoso. Há, no entanto, necessidade de definições para nos entendermos na comunicação. Por isso, a OMS classifica como idosos as pessoas “...com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento” (Imaginário, 2004, p.45).

Na perspectiva de Marchand (2005), o desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida, caracterizando-se por ser multidirecional (efetua-se por múltiplas vias), multidimensional (ocorre em diferentes dimensões: física, intelectual e social) e contextual. Em muitos escritos, subsiste o pressuposto de que a última fase da vida é, essencialmente, um tempo de perdas, de deterioração do funcionamento e de regressão a uma segunda infância.

Lima (2006) evidencia que a investigação gerontológica tem vindo a dissipar os estereótipos associados aos idosos enquanto seres frágeis, dependentes ou pobres e, só mais recentemente, tem contribuído para a descrição do que é o adulto na maturidade tardia. Pois para Paúl (1997, p.11),

A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento.

Assim, o envelhecimento deve ser encarado como sendo um processo natural e biológico, de todos os seres humanos, porque desde que nascemos começamos a envelhecer. Reforçando a sua ideia, Paúl (1997, p.7) ainda nos diz que

O ser humano envelhece porque é um processo universal inerente a todos os seres vivos; é um processo normal, que faz parte da vida de qualquer ser

humano. Envelhecimento é diferente de velhice dado que o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice dado que o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice e os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade.

O conceito de velhice está intimamente ligado a um determinado período de vida de uma determinada pessoa, mas não só. Quando perguntamos a alguém o que é uma pessoa idosa, rapidamente compreendemos que são, maioritariamente, encarados como alguém inválido, que pode ser um fardo para a sociedade ou para a família. Ou seja, mediante esta perspectiva percebemos que é um termo estereotipado e associado à solidão, à incapacidade e até mesmo à apatia. São estes estereótipos que a nossa sociedade cria e reproduz, tal como nos diz Fernandes (2005, p.12), “... vivemos numa civilização de jovens em que se evita a velhice, em que se evitam as próprias aparências de velhice”.

Repensando no conceito de velhice de acordo com Fernandes (2005), devemos procurar encará-la como um estado de espírito, como uma forma de ser e de estar e que varia de pessoa para pessoa, de acordo com a experiência de vida, fatores sociais, culturais, religiosos, entre outros, e que não está propriamente correlacionado com uma idade como afirmava o autor. Portanto, “... ser-se mais velho, em termos biológicos, não tem sempre o mesmo significado em termos sociais ... a condição de idoso na nossa sociedade é um produto de determinadas circunstâncias demográficas e outras” (Rodrigues, 1999, p.21).

Tal como afirma Fonseca (2006, p.22),

Quando pensamos em idade pensamos habitualmente no tempo que vivemos desde que nascemos, isto é, a idade cronológica. ...Assim, mais importante do que o tempo em si mesmo é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem durante a passagem desse tempo ...

De acordo com alguns dos estudos realizados por Simões (1999) neste domínio, compreende-se que as pessoas mais velhas mantêm a sua capacidade de aprender, uma plasticidade mental razoável, assim como a experiência e saberes adquiridos e construídos ao longo da vida. As descobertas sugerem que a última fase da vida é um período de satisfação para a generalidade das pessoas. Relativamente à memória dos idosos, os problemas identificados não se devem à perda de capacidade de armazenamento, mas “... dos processos que garantem a transferência da informação de

armazenamentos transitórios para os da memória a longo prazo, e sua recuperação” (Marchand, 2005, p.153).

Podendo o envelhecimento ser definido de uma forma prática e simplista como sendo um processo pelo qual a pessoa se vai transformando em idoso, ou então procurar uma definição biológica, assim saberemos que se trata de um conjunto de fenômenos que levam à redução da capacidade de adaptação a sobrecargas funcionais.

Em traços gerais, o envelhecimento poderá ser entendido conjugando-se a análise de duas perspectivas: por um lado a biológica, que incluirá tudo o que se relacione com o corpo, as capacidades, as patologias e as vulnerabilidades que vão surgindo com o avançar da idade; e a psicológica, que envolverá todos os aspectos referentes ao bem-estar emocional do idoso.

Contudo, não nos podemos esquecer que, para Zimmerman (2000, p.22), “... com o passar dos anos, o desgaste é inevitável. Sabemos que a velhice não é uma doença, mas, sim, uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças”, mas Ferreira e Maciel (2010, p.2) esclarecem-nos dizendo que “... a dependência não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, cuja evolução pode-se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados”.

Se por um lado Zimmerman (2000) diz-nos que não devemos dizer que uma pessoa é velha pela idade que tem, por outro esclarece-nos que devemos ter em conta aquilo que a pessoa realmente é, ainda que existam sinais visíveis que nos indicam que determinada pessoa é idosa. Para a autora, a expressão “velho” não é depreciativa mas até carinhosa, pois velho é sinal de experiência, de sabedoria e de reconhecimento, ainda que, tendencialmente, se associe a palavra “velho” a uma conotação depreciativa, o que leva a que se opte pela palavra “idoso”.

Portanto, envelhecer é transitar para uma nova etapa da vida e deve ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva, pois a “Velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças” (Zimmerman, 2000, pp.19-22).

É de salientar que o envelhecimento humano não é só um problema demográfico, mas é sobretudo um fenómeno mais complexo que envolve aspectos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Por isso, a reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do

envelhecimento. Devem ser estimuladas atividades de tempos livres variadas, contactos afetivos e sociais, relações familiares, formas de apoio e assistência na doença, na alimentação e na higiene.

### **1.1.3. Políticas sociais de apoio ao idoso**

O envelhecimento demográfico e as suas repercussões sensibilizaram, de facto, as sociedades e os seus dirigentes para a necessidade de inclusão, integração e valorização desta população que se via a aumentar. Repare-se que já em 1991 são definidos princípios a favor da pessoa idosa, nomeadamente o princípio da independência onde se inclui o acesso aos direitos básicos bem como a possibilidade de se residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.

Todo este percurso temporal das políticas sociais vem determinar os valores e os princípios das políticas sociais. Citando Kraan *et al.* (1993, p.44) “...a mais moderna noção de inovação nas políticas sociais para a terceira idade em Portugal caracteriza-se por programas descentralizados, desenvolvidos no âmbito local mas que têm implicações a nível central”. Acontece que em Portugal a política caracteriza-se pela sua centralização completa no desenho de políticas num organismo central nacional que é o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Neste sentido, revela-se necessário e conveniente descentralizar as políticas relacionadas com a terceira idade, em termos de desenho, implementação e avaliação de cada uma das medidas para este setor. É com uma efetiva descentralização que, a partir da elaboração de diagnósticos sociais feitos a nível local pelos trabalhadores de terreno, se vão inovando pouco a pouco algumas respostas sociais que posteriormente inspirarão as políticas de envelhecimento (Lopes, 2008).

Na realidade, as respostas sociais vão surgindo para que se solucionem ou amenizem algumas questões relacionadas com o envelhecimento, mas a estrutura (política) fundamental em que se deveriam apoiar estas respostas carece de uma estrutura suficientemente firme que, afinal de contas, não passa sob um ponto de vista individual, de uma política suavizante usada em situações de emergência, sendo as respostas sociais intenções convertidas em ações utilizadas como o meio mais imediato para estes fins, porque “A política de velhice tem de ser necessariamente intersectorial...exigente na diversificação das respostas, e na respetiva contextualização,

bem como na qualidade, na abrangência e na precocidade da intervenção” (Quaresma, 1999, p.18).

As dinâmicas das políticas sociais, numa primeira fase, começaram por se apresentar num contexto mais assistencialista em que a única modalidade de intervenção então concebível seria o alojamento coletivo – a institucionalização. Para Correia (2011, p.17):

As políticas sociais europeias começaram a apelar à assistência ao idoso no sentido da prevenção, da recuperação e da preservação da independência, dando prioridade às ações que visem manter o idoso no seu domicílio, dando relevância à desinstitucionalização (ou pelo menos à institucionalização o mais tardia possível), orientada para a valorização da vida do idoso numa perspetiva de inserção na comunidade.

Ou seja, permitiam a continuidade da interação com as pessoas que lhes são próximas, o que se traduz em menos uma perda no seu processo de envelhecimento.

Foi assim que, ao tornar-se um problema social, o envelhecimento da população passou a mobilizar um conjunto de medidas que revertissem a favor do bem-estar e das condições de autonomia da pessoa idosa.

Torna-se inevitável começar a dar-se mais importância ao fenómeno do envelhecimento demográfico e às políticas sociais de velhice. São, então, formuladas várias respostas com o fim de garantir o envelhecimento bem-sucedido do idoso e respetivo bem-estar, estando, entre elas, os centros de convívio, os centros de dia e de noite, as estruturas residenciais para idosos, residências, acolhimento familiar de idosos, centros de acolhimento temporário de emergência para idosos e os serviços de apoio domiciliário.

A medida do SAD, que assenta numa vasta oferta de serviços diversificados, pela sua estrutura e planeamento, incorpora uma intervenção distinta das outras respostas sociais e surgiu como opção para inverter a situação de centralização evidenciada anteriormente pelas políticas sociais relativas aos idosos. Rodríguez e Sánchez (2000, p.17) explicam-nos que

*La atención en su domicilio de personas dependientes es un modo operativo descentralizado, contrario a la prestación del servicio en un centro. El próprio término “centro” revela que la intervención residencial en el mismo representa una manera centralizada de acción.*

O serviço de apoio domiciliário surge como sendo uma das medidas políticas pertencentes ao Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) cujo objetivo pressupõe a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no seu meio habitual de vida, junto dos seus familiares, amigos e vizinhos, implementando-se através de projetos de desenvolvimento central e a nível local.

De acordo com a Segurança Social, o PAII foi criado por Despacho conjunto, de 1 de Julho de 1994, dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social e propõe alcançar os seguintes objetivos: i) promover a autonomia das pessoas idosas ou pessoas em situação de dependência, prioritariamente no seu meio habitual de vida; ii) estabelecer medidas que melhorem a mobilidade e acessibilidade a serviços; iii) implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas em situação de dependência, especialmente idosos; iv) promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade; v) desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão; vi) contribuir para: vi.i) a solidariedade entre as gerações; vi.ii) uma sociedade para todas as idades; vi.iii) o desenvolvimento de respostas inovadoras e integradas (saúde/ação social); vi.iv) a promoção de parcerias; vi.v) a criação de postos de trabalho.

Reflexo disso foi o resultado do diálogo social e as negociações com os parceiros que foram introduzidos pela Comissão Europeia em 1994 dando uma reconfiguração diferente à palavra «rede», que passou a constituir desde então a nova morfologia social das nossas sociedades. Segundo Castells (2006, p.25):

A sociedade em rede correspondente à nova estrutura social surgiu a 18 de Novembro de 1997 pela Resolução do Conselho de Ministros no âmbito das políticas sociais - o Programa Rede Social - uma medida de política social que reconhece e incentiva as atividades das redes de solidariedade local no combate à pobreza, à exclusão social e à promoção do desenvolvimento social. Define-se como sendo um fórum de articulação e conjugação de esforços, baseando-se na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar, conjugando os seus esforços fundamentados na responsabilização e mobilização do conjunto da sociedade para o esforço do alcance de um padrão social dominante de bem-estar, através de um trabalho em parceria.

Foi em consequência de toda esta evolução e alterações no quadro da política social e do envelhecimento que se vai alcançando o aumento da rede social, com a pretensão de se chegar cada vez mais às pessoas e às suas reais necessidades.

## **1.2. A qualidade de vida e o envelhecimento**

Um dos triunfos mais significativos do século XX foi o aumento da esperança média de vida da população. A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura demográfica mundial, verificando-se uma inversão das pirâmides etárias na generalidade dos países desenvolvidos.

A terceira idade consiste numa fase dominada por enormes transformações quer a nível físico, psíquico ou social e apesar do envelhecimento ser um processo natural, depende em grande parte dos comportamentos e hábitos de vida do indivíduo.

Vimos que o progressivo envelhecimento demográfico constitui um dos traços mais marcantes das sociedades contemporâneas. Se, por um lado, a longevidade representa um notável progresso social, por outro, impõe grandes exigências económicas, sociais, políticas e culturais.

Tanto o envelhecimento do indivíduo como a mudança das estruturas sociais sofreram duas evoluções distintas, cujas dinâmicas são independentes, mas, no entanto, uma acaba sendo capaz de influenciar a outra (Riley & Riley, 1991). Pensando no que ocorre nas sociedades modernas nas últimas décadas, a inquietação e a perplexidade são sensações reais, onde “A dinâmica do envelhecimento traz consigo a mudança da dinâmica das estruturas” (Riley & Riley, 1991, p.6), que implica um desequilíbrio entre as forças e as capacidades potenciais do número cada vez maior de pessoas que viveram muitos anos, e a ausência de papéis produtivos ou carregados de sentido, que significa postos na estrutura social que aprovariam encorajar e recompensar essas novas forças.

Através das primeiras pesquisas pudemos entender que é cada vez mais frequente falar de um envelhecimento ativo reconhecendo que este aplica-se, de acordo com o pensamento de Jacob (2007, p.20),

... tanto a indivíduos como a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e inclui a participação activa dos séniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais.

Fonseca (2006) realça a questão da saúde física e mental nos idosos, “real e percebida como um aspecto fundamental na análise das condições psicológicas do envelhecimento, nomeadamente a satisfação com a vida e a própria qualidade de vida do idoso” (p.125).

A OMS (citada em Imaginário, 2004, p.54) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição reflete um conceito holístico de saúde, que reconhece não apenas o aspeto físico do envelhecimento, mas também os aspetos sociais e emocionais da saúde.

Hoje, para além do desejo de viver muitos anos, há uma grande preocupação com a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, encarados como indicadores de qualidade de vida.

A partir do momento em que a qualidade de vida passou ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas.

A associação dos conceitos de qualidade de vida e envelhecimento revela-se complexa, uma vez que os dois conceitos dependem de inúmeros fatores. O crescente envelhecimento da população tem vindo a despertar interesse nesta temática, nomeadamente no que diz respeito à qualidade de vida no idoso (Paúl & Fonseca, 2001).

A qualidade de vida é, cada vez mais, um tema de particular interesse, uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim uma forma de promoção da saúde em vez da doença. Deste modo, a promoção da qualidade de vida nas pessoas idosas implica a adoção de estilos de vida adaptados às alterações biológicas e psicológicas do envelhecimento (Squire, 2005).

A definição do conceito “qualidade de vida” é algo difícil de materializar. Bond e Corner (2004) referem que existem dois tipos diferentes de definições: as definições dos especialistas e as definições laicas. Existem ainda diferenças entre as perspetivas individuais e sociais acerca da qualidade de vida, que se constitui como um conceito multidimensional, com limites mal estabelecidos. Desta forma, estes autores identificam alguns domínios-chave na qualidade de vida: a satisfação subjetiva, fatores do meio físico e social, fatores socioeconómicos, fatores culturais, fatores do estado de saúde, fatores de personalidade e fatores de autonomia pessoal.

Nobre (2009) refere que o conceito de qualidade de vida parece estar relacionado com as experiências de vida de cada pessoa. Castellón (2003, citado em Fonseca, 2005) afirma existirem diversas formas de conceptualizar a qualidade de vida na velhice, nomeadamente: (i) em termos das condições de vida; (ii) em termos de satisfação pessoal com as condições de vida; (iii) combinando as condições de vida e a satisfação; (iv) combinando condições de vida e satisfação pessoal de acordo com os critérios do próprio sujeito.

Ou seja, já não se trata apenas de prevenir o aparecimento de doenças, mas de propiciar, sobretudo, qualidade de vida em termos de bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social, pois o termo “qualidade de vida” foi, e continua a ser, muito utilizado em definições que não têm uma aceitação igual, o que parece lógico dada a evidência da pluralidade conceptual ao nível dos indivíduos.

É neste sentido que o termo envelhecimento ativo foi adotado pela OMS (2005), no final dos anos 90. Este pretende transmitir uma mensagem mais abrangente, que reconhece, para além dos cuidados a nível da saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Ou seja, a OMS (2005, p.13) propôs este conceito como sendo um “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Assim, a qualidade de vida, o bem-estar e a manutenção das qualidades mentais estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade.

Perante essas exigências, em Abril de 2002 na Segunda Assembleia Geral sobre o Envelhecimento, os governos lançaram o desafio para a estruturação de um Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento, plano esse que se “... dirigia em três direções fundamentais: as pessoas de idade e o desenvolvimento; a promoção da saúde e do bem-estar na velhice e a criação de ambientes emancipadores e propícios” (Imaginário, 2004, p.14).

Neste âmbito, convém salvaguardar que esta urgência na criação de um plano não foi novidade, já que em 1982 as Nações Unidas tinham estabelecido o Plano de Viena de ação para o envelhecimento e, posteriormente em 1991, foram estabelecidos os princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas que se organizavam em cinco dimensões: “independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade” (Fonseca, 2006, p.15).

Por conseguinte, com base nas conclusões resultantes dos encontros acima referidos, a OMS (2005) introduziu o conceito de envelhecimento ativo, definindo-o como o processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, com o objetivo de aumentar a esperança de uma vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida para todos os indivíduos que estão a envelhecer, incluindo aqueles que se encontram incapacitados fisicamente e que precisam de cuidados específicos. Este conceito estabelece assim um novo paradigma da velhice, em que esta deixa de ser sinónimo de exclusão social e incapacidade, passando a ser sinónimo de inclusão social e atividade.

A noção de envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos como a grupos criando várias formas de participação ativa dos idosos na sociedade. Neste sentido, uma dessas formas refere-se ao voluntariado, área onde os seniores ocupam já uma faixa importante. Geralmente, o voluntariado exercido pelos idosos focaliza-se na cultura, no ensino e na ação social e humanitária, constituindo tudo isto um importante elemento para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida na velhice (Jacob, 2008).

A nível individual, Jacob (2008) clarifica que o envelhecimento ativo pode ser definido como o conjunto de ações e atitudes que os indivíduos podem adotar de forma a prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao processo de envelhecimento. Neste campo de ação destacam-se atitudes como a adoção, ao longo da vida, de hábitos alimentares saudáveis, a realização de jogos intelectualmente estimulantes, a prática de exercício físico regular, a escrita e a leitura, entre outros.

Para além disso, o envelhecimento ativo também pode ser promovido nas instituições de acolhimento de idosos. De um modo geral, este tipo de instituições são espaços tendencialmente autoritários e de pouca privacidade, ou seja, por vezes existem situações em que a participação do idoso na vida da instituição é quase nula dada a onnipotência da organização sobre todos os aspetos da vida comunitária. Deste modo, torna-se necessário dar voz às preferências e gostos dos idosos onde, por exemplo, estes possam participar em tarefas simples como na elaboração da ementa, escolherem a hora de acordar e de se deitar ou ajudar os auxiliares em qualquer tipo de tarefas.

Cada situação, de todas as esferas de vida, contribui para uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de vantagens e desvantagens que se equilibram, diferentemente, em cada percurso individual. Assim, o modelo de envelhecimento preconizado pela OMS (2005) depende de uma diversidade de fatores, denominados de determinantes sociais.

Por conseguinte, um primeiro fator diz respeito à saúde. De forma a promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde precisam ter uma perspectiva de trajeto de vida que vise a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acesso imparcial dos indivíduos a cuidados primários de qualidade e a tratamento de longo prazo. Por sua vez, os serviços de saúde e os serviços sociais precisam estar integrados, acessíveis e coordenados (OMS, 2005).

O *The World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group, 1994, citado em Paúl & Amado, 2005) é um grupo de trabalho sobre a qualidade de vida, criado sob a salvaguarda da OMS na década de 1990, que definiu a qualidade de vida como “... a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, citado em Paúl & Amado, 2005, pp.77-78).

A qualidade de vida está implicitamente ligada a um envelhecimento bem-sucedido, que Paúl e Amado (2005) afirmam ser, na sua versão mais básica, a autonomia física, psicológica e social dos idosos. Para estes autores, o sucesso no envelhecimento depende da competência e empenho na vida.

O conceito de envelhecimento ativo integra a influência da cultura e do género no processo de envelhecimento, onde se incluem ainda vários outros fatores, tais como: fatores económicos, fatores relativos a serviços sociais e de saúde, fatores comportamentais, fatores pessoais, ambiente físico e fatores sociais. Os vários aspetos a ter em conta nestes fatores contribuem com pesos diferentes para a satisfação e qualidade de vida dos idosos, conforme os seus contextos (OMS, 2005). O indivíduo é, pois, um ator e responsável direto pela sua qualidade de vida, sobretudo em idades mais avançadas.

As teorias de envelhecimento bem-sucedido, de acordo com Fonseca (2005, p.288),

vêm os indivíduos idosos como pró-ativos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objetivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se ativamente na preservação do seu bem-estar.

Um segundo fator, o comportamento do indivíduo, remete para a adoção por parte deste de estilos de vida saudáveis, tais como a prática de exercício físico regular

ou uma alimentação saudável, o que pode aumentar a sua qualidade de vida (OMS, 2005).

O terceiro fator, particularmente importante, é o ambiente físico, o qual pode determinar a independência ou dependência do indivíduo. Por exemplo, pessoas idosas que habitem em ambientes ou áreas de risco com diversas barreiras físicas, provavelmente saem com menos frequência e, por isso, estão mais sujeitas à depressão, isolamento, redução da forma física e a um aumento de problemas de mobilidade (OMS, 2005). Nesse sentido, cabe à sociedade criar espaços seguros e acessíveis a todos os idosos.

Um quarto fator, o económico, remete para a importância de se ter em conta o rendimento, o trabalho e a proteção social. Grande parte dos idosos dispõe de poucos recursos económicos, o que afeta negativamente a sua saúde e independência. Neste sentido, as políticas de envelhecimento ativo precisam de se cruzar com projetos mais amplos de modo a garantir que os idosos tenham melhores recursos económicos (OMS, 2005).

O quinto fator, meio social, diz respeito a aspetos como o apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente. Neste domínio, o apoio social permite reduzir a solidão e o isolamento social na velhice e, naturalmente, evitar o aparecimento de problemas psicológicos nos idosos. Assim, torna-se importante que a sociedade promova redes de contacto sociais para as pessoas idosas a partir de grupos comunitários liderados pelos idosos, como é exemplo o voluntariado ou programas que promovam a intergeracionalidade que desenvolvem as competências e a confiança que necessitam para se adaptarem e permanecerem independentes à medida que envelhecem (OMS, 2005).

Por último, importa considerar os fatores pessoais como a genética e a capacidade cognitiva, dado que determinam, igualmente, a promoção do envelhecimento ativo.

Fonseca (2008) refere que na fase mais avançada da vida, existem de uma forma geral mais perdas do que ganhos, pelo que se pode falar em vulnerabilidade dos idosos, assumindo a saúde um papel primordial nessa vulnerabilidade. Bond e Corner (2004) dizem que a saúde é extremamente importante na perceção individual da qualidade de vida. Já Paúl (1997) afirma que a saúde, real ou percebida, é um aspeto fundamental para se perspetivar um envelhecimento ótimo, pois é ela a principal preocupação dos idosos.

Fonseca e Paúl (2008) afirmam mesmo que se pode prever a qualidade de vida dos idosos pela sua saúde. Quando, do ponto de vista da saúde, não há sucesso no envelhecimento, surgem as patologias, sendo que as patologias mais frequentes nos idosos são a depressão (com caráter mais psicológico) e as demências, especialmente tipo Alzheimer (de caráter mais fisiológico) (Fontaine, 2000).

Se no campo da saúde, o prolongamento da vida se avalia facilmente através das taxas de mortalidade, a qualidade de vida já é mais difícil de quantificar, exigindo uma definição mais precisa do termo e uma metodologia adequada à sua medição. Para Fonseca e Paúl (2008), o conceito de qualidade de vida tem a ver com a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar o estado de felicidade e de realização pessoal na procura de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

Coste (1993, citado em Herrisson & Simon, p.33), afirma que a qualidade de vida na pessoa idosa dependerá da

... preparação física, psicológica e social para a reforma, prolongando o período de actividade e capacidade para viver autónomo; minimização nas dificuldades e desconforto que as doenças crónicas possam provocar e promoção de um suporte emocional à pessoa idosa e família, assegurando menor stress físico e mental perante doenças terminais.

A educação para a saúde aqui entendida, refere-se não só à saúde física, mas também à saúde mental e social. O idoso, ao manter as relações interpessoais e através de atividades de estimulação cognitiva e motora, contribui para a saúde na sua totalidade, levando a uma melhor qualidade de vida onde "... o processo de educação para a saúde deve permitir ao idoso a promoção das condições necessárias ao exercício de uma autonomia sem entraves e incentivando a auto-realização pessoal" (Almeida, 2006, p.116).

Quaresma (2008, p.51) entende o envelhecimento ativo como "a possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, continuando a participar plenamente na sociedade enquanto cidadão ativo. Independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e a usufruir de uma boa qualidade de vida".

O envelhecimento ativo está inteiramente relacionado com a promoção da autonomia e assenta em duas premissas: a prevenção do isolamento social e a solidão

das pessoas idosas. Também a questão da qualidade de vida e do bem-estar estão diretamente ligadas ao convívio, à participação, à atividade familiar e ao sentir-se útil.

O isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo. Esta realidade, já identificada por várias entidades, é a razão pela qual se procura, através da prevenção e da articulação, a identificação de situações de vulnerabilidade nesta população e começar a intervir desde logo com todas as ferramentas para ajudar o idoso a se sentir parte integral do grupo e do meio.

Falar do idoso implica não só refletirmos sobre uma pessoa, que faz parte de uma sociedade e comunidade, mas também percebermos algumas alterações específicas que estão associadas à idade. Como temos vindo a salientar, esta etapa pode e deve ser vivida com felicidade, no entanto não deixa de ser uma fase complicada por diversos fatores. Estes fatores contribuem para a tristeza e infelicidade, levando a depressões e a outros problemas de saúde. Desta forma, é necessário ter em conta a história de vida de cada um e a caracterização familiar e social em que o idoso vive, para que se possa atuar precocemente antes que advenha algum tipo de demência, por exemplo.

Envelhecer bem e ativamente é um processo diferenciado, varia de indivíduo para indivíduo, na medida em que cada um o vive consoante determinados contextos físicos, sociais e humanos, aliados a todas as vivências e projetos de vida individual. A qualidade de vida nesta faixa etária depende claramente de vários domínios e só se verifica quando há longevidade, saúde biológica e mental, interação e competência social, controlo e autonomia, bem-estar e atividade.

### **1.3. A animação sociocultural como promotora da qualidade de vida**

A animação nasceu na Europa durante os anos 50 e 60 como resposta à crise da identidade urbana e aos défices socioculturais provocados pelo crescimento acelerado e pela concentração de grandes massas de população sem equipamentos culturais nem estrutura associativa.

Acompanhando a proposta de Lopes (2008), reconhece-se a emergência da animação sociocultural em Portugal associada ao Movimento da Escola Nova e de Educação Popular, assim como a importância de que se revestiram as campanhas do pós 25 de Abril de 1974, distinguindo-se pelo seu carácter revolucionário, emancipatório e de forte potencialidade mobilizadora da população.

A expressão “animação sociocultural” não tem sido sinónimo de clareza e rigor conceptual. Conforme Canário (2000, p.72),

as dificuldades de conceptualização representam a tradução da distância que separa, por um lado, o desenvolvimento real destas práticas, no campo social e cultural, e por outro, a limitada exploração a que estas práticas têm sido submetidas, a partir de estratégias de investigação.

Ainda assim, esta apareceu “com a finalidade principal de fomentar atitudes de participação ativa dos indivíduos, no processo do seu próprio desenvolvimento, quer social quer cultural” (Valente, 2010, p.13). Logo, vem tornar importante a estimulação de vivências e saberes dos indivíduos, de maneira a contornar a ideia de que os conhecimentos adquiridos ao longo da vida não são valorizados e que, como nos refere Zimmerman (2000, p.27), “no «pacote» da velhice devem constar ideias como a de que os velhos já produziram muito ao longo da sua vida, continuam produzindo de diversas maneiras e agora merecem receber mais atenção e respeito”.

A partir de 2010 ficou claro que as competências técnicas que hoje se exigem a um profissional de animação sociocultural registam-se na sua capacidade de caracterizar um contexto, reconhecendo-lhe as suas potencialidades e fragilidades; de intervir junto de populações vulneráveis, com finalidades e objetivos que explicitem a sua intencionalidade; e de avaliar os resultados da intervenção.

Neste seguimento, Osório (citado em Valente, 2010, p.14) afirma que “a prática da animação sociocultural tem a missão de criar uma nova imagem cultural alternativa à visão negativa do envelhecimento”, tornando assim o processo de envelhecimento uma etapa de vida positiva, pois para Osório (citado em Trilla, 1998, p.262)

... considera-se que é possível (...) potenciar o crescimento psicológico e o desfrute da vida ... . Cada vez é mais a pessoa idosa que não está disposta a aceitar a idade avançada como uma diminuição. Este facto supõe inverter, de forma importante, as concepções sobre a velhice e, ao mesmo tempo, oferecer-lhe as oportunidades específicas de estilos de vida mais saudáveis sob os pontos de vista sanitário, social, psicológico, formativo...É possível continuar a descobrir novos horizontes na vida e a prática da animação sociocultural tem a missão de criar uma imagem cultural alternativa à visão negativa do envelhecimento.

Por outras palavras, umas das mais-valias da animação sociocultural dirigida à terceira idade consiste no facto de as pessoas se transformarem em agentes e

protagonistas do seu próprio desenvolvimento. Tal como entendem Lopes, Galinha e Loureiro (2010), uma das primeiras características que emerge na aproximação ao conceito de animação é o seu caráter polissémico. Assim, a animação engloba sentidos de vida, movimentos e alegria.

Assim, Pereira (2010) esclarece-nos que as atividades de animação sociocultural não devem ser postas em prática só de acordo com os gostos individuais de cada pessoa, mas sim com os de todos, pois a essência destas remete para o convívio entre todos os participantes. Então, devem ser sempre as atividades a adaptarem-se ao idoso e não o oposto, pois às pessoas idosas tem que ser maioritariamente solicitada a sua participação.

Esta definição espelha-se neste estágio, uma vez que os idosos é que vão selecionar os conteúdos e as atividades que pretendem desenvolver em função dos seus objetivos pessoais, sociais e culturais. Besnard (citado em Quintana, 1993, p.30) assumiu uma posição semelhante ao considerar que “a animação sociocultural é uma acção intencional destinada a transformar as atitudes individuais e colectivas dos sujeitos, através da realização de actividades sociais, culturais e lúdicas, em que todos participam”.

Este estágio sustentado na animação sociocultural pressupõe a oferta de um leque variado de atividades a idosos em contexto institucional e à comunidade envolvente, o que deverá provocar mudanças nas mentalidades da sociedade atual e, por conseguinte, estimar cada vez mais esta faixa etária. É neste sentido que o educador social deverá procurar intervir, ao potencializar a equidade nas classes sociais, ao inspirar uma sociedade cada vez mais coesa e ao realçar as faculdades de cada indivíduo.

Primeiramente, estas atividades pretendem estimular as competências motoras, pois, na nossa visão, são fundamentais para que se evite uma degradação acentuada no idoso. Este incentivo parece proporcionar aos idosos uma maior disposição mental e também social, sugerindo a manutenção das suas características e referentes propriedades. Tal como referem Benedetti, Borges, Gonçalves e Petroski (2008, p.303), “existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não-ativos”. Assim sendo, o exercício físico revela-se decisivo no processo de envelhecimento, no indício de que “a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessárias para a promoção da saúde e

qualidade de vida durante o processo de envelhecimento” (Matsudo, S., Matsudo, V. & Neto, 2001, p.11).

O estímulo mental do idoso também é um elemento fulcral para o processo de um envelhecimento saudável, no que é extremamente necessário um trabalho contínuo para que sejam exercitadas as várias áreas do cérebro. O caso que frustra e desmotiva mais o idoso é a diminuição da capacidade de memória, sendo que, na verdade “a memória não envelhece, o que ocorre frequentemente é que ela passa a ser menos exigida, piorando pela falta do uso” (Zimerman, 2000, p.29), ou seja, o que muitas vezes falta é o encorajamento e a aplicação frequente de processos de memória no decorrer do envelhecimento, em que a conduta de atividades a nível físico, mental e social é imperativa para que a memória não se degenere. Quando tal não acontece, o idoso pode levar-se “ao autoabandono, perda da autoestima e seu isolamento da sociedade e até mesmo do ambiente familiar” (Chaves & Souza, 2005, p.14).

Podendo também se recorrer à animação para desenvolver uma maior coesão e relações a nível grupal, é de salientar o impacto dos vínculos no modelo de um envelhecimento saudável e ativo. Estes interferem com a motivação e a confiança que o idoso tem em si próprio, sendo indispensável trabalhar na direção de um ajustamento das suas relações sociais, no convite a novos relacionamentos, na conjugação da esfera de socialização com os domínios psíquico e biológicos.

Assim, no decorrer do estágio assumimos uma atitude especialmente interativa e relacional, tendo em consideração o idoso não como indivíduo isolado na instituição, mas como ser humano que tem o direito de estar em constante interação com o mundo que o rodeia, trabalhando sempre uma comunicação positiva entre pessoas, grupos, comunidades, espaços e outras instituições.

Para além disso, alguns pontos-chave que cremos serem importantes ressaltar, e que tivemos em conta no delineamento do nosso perfil como animadoras socioculturais neste estágio, referem-se: ao papel de mediação que desempenhamos, pois tivemos que ter a capacidade de intervenção, de antecipação, de iniciativa e improviso nas mais variadas situações, adaptando-nos às circunstâncias; à realização de um plano de atividades dinâmico, inovador e criativo, que tivesse um conjunto abrangente de atividades que conjugassem diversas componentes e que fomentasse o espírito de equipa; e o valor de estarmos sempre empenhadas, motivadas e de acreditarmos no trabalho que iríamos desempenhar com e para os idosos, construindo uma boa relação de confiança e empatia com cada um deles, para que, de modo, possa contribuir para o

seu bem-estar (Código Deontológico para a Profissão de Educador Social em Portugal, 2001, Anexo I).

É importante destacar que o animador sociocultural deve ser coerente naquilo que diz ou faz, para não confundir o idoso, e que deve assumir o papel de agente de desenvolvimento inicial, onde o seu objetivo é trabalhar para que o grupo ganhe autonomia e motivação própria suficiente para dirigir o seu envelhecimento saudável e ativo, devendo-se, assim, procurar o empenho coletivo porque todo o corpo institucional contribui para a evolução do idoso e para uma qualidade de vida melhor.

Antes de se ser animador sociocultural, é-se pessoa e, portanto membro de uma comunidade, portador de crenças e valores que podem ou não ser norma. A ética profissional que deve reger a atividade deste técnico de intervenção social deve sempre ser clara: há que saber respeitar e inculcar valores como a tolerância, a compreensão e a igualdade de direitos.

É natural que com a passagem dos anos haja alguma perda de capacidades, que haja o que desvaneça ou que acrescente dificuldades, mas essa travessia no tempo também se exprime sempre na chegada de um tempo novo, um tempo digno de ter história, como em qualquer outra paragem anterior, um tempo para que se dê continuidade à arquitetura pessoal, para que se ateste a vida com a vida que ainda remanesce, e para que se desafie a mesma com o que o tempo- sempre que existe- permite ainda ensaiar, descobrir e prescrever. É nesta linha que pretendo trabalhar no meu estágio: quero expressar, como animadora sociocultural, uma atitude de escolha, de dinamização de atividades e ações que orientem a formação dos idosos para a sua participação ativa, trazendo-lhes novas aprendizagens que, por sua vez, deverão levar a uma mudança de postura, marcadamente mais ativa, mais participativa- a transição da passividade para a atividade (Código Deontológico do Animador Sociocultural, 2010).

Nas sessões de atividades de animação tencionam-se realizar diversas atividades de natureza pessoal, social, comunicacional e cultural, tais como: raciocínio lógico, partilha de saberes e opiniões, diálogos e jogos. Em cada atividade o importante é conseguir-se captar a atenção dos idosos, envolvê-los e valorizá-los nas práticas educativas.

Para finalizar, a animação para a terceira idade assumiu um papel primordial no estágio, logo foi a partir dela que se vão alcançar as necessidades, os desejos, os problemas vividos pelo grupo, as relações interpessoais, a trocas de ideias, a autoestima,

entre outros parâmetros (Código para a Profissão de Educador Social em Portugal, 2010).

Contudo, o que importa nesta fase da vida é proporcionar experiências de gratificação às pessoas idosas e facultar-lhes um ambiente rico e estimulante, fazendo ver que o fator idade não tem que ser obrigatoriamente sinónimo de doença. Problemas como a perda de memória e défice de audição/visão podem superar-se com a adequada prevenção e tratamento e é, neste sentido, que pretendemos implementar um estágio vinculado à animação sociocultural dos idosos que usufruem do SAD no CCE.

Pois, e de acordo Pereira e Lopes (2011, p.39),

um programa de animação sociocultural para a terceira deve ser criado não para trabalhar para a terceira idade, mas sim com a terceira idade, fazendo dos utentes protagonistas levando-os à projeção e à partilha das suas vivências, memórias saberes e inquietações.

Ou seja, é usando esta ferramenta da animação sociocultural como uma metodologia de intervenção social que se estende a nível social, cultural, educativo e político que pretendemos levar o indivíduo a tornar-se ativo e a ser agente do seu próprio desenvolvimento e do meio envolvente relativamente às suas vontades e necessidades.

Este princípio posto em prática num trabalho multidisciplinar contribuirá para que a comunidade tenha melhores condições para perceber as suas necessidades, no que se refere ao seu próprio corpo e saúde, na qual o contato com o lazer é bastante importante. Seja qual for o contexto em que cada um se encontra, o envelhecimento ativo constitui um processo que diz respeito a todos os indivíduos. Neste domínio, cabe à sociedade criar as condições que permitam que se envelheça de forma bem-sucedida, ativa e digna.

Em forma de síntese, cabe ao animador encarar e divulgar a imagem do idoso como portador de saberes e experiências que podem e devem ser partilhadas com outras faixas etárias, evitando um envelhecimento intensificado pela indiferença ou inércia do indivíduo, e atribuindo um papel social ao idoso, de modo a gerar o seu bem-estar. Há que ter em consideração que nesta faixa etária em particular é preciso adequar a forma de agir e, acima de tudo, seleccionar cuidadosamente as técnicas a aplicar e as dinâmicas a desenvolver, sempre com a finalidade máxima de potenciar as competências do idoso.

Como se pôde observar até agora, a prática da animação sociocultural assume-se como um dos meios primordiais para a promoção do bem-estar dos idosos. No decorrer deste estágio a intenção consistiu em empregar um plano de atividades com diferentes finalidades, na busca de respostas capazes de: promover o bem-estar biopsicossocial do idoso através de um plano de animação sociocultural; capacitar o idoso para um envelhecimento ativo; potenciar a realização pessoal e a autoestima; incentivar/criar um maior nível de coesão e relações afetivas, quer com familiares, amigos, vizinhos, auxiliares ou crianças; e motivar os idosos para que continuem ativos e participativos na manutenção ou aumento da sua qualidade de vida para se aproveitar o potencial cultural e experiências pessoais de cada um, valorizando-os.

Segundo Hervy (citado em Jacob, 2007, p.31), “a importância da animação social das pessoas mais velhas é facilitar a sua inserção na sociedade, a sua participação na vida social e, sobretudo permitir-lhes desempenhar um papel, inclusive, reactivar papéis sociais”, dando um sentimento de pertença a uma sociedade, para cujo avanço podem continuar a contribuir.

Levar o idoso a querer manter um estilo de vida ativa com o desejo de continuar a aprofundar conhecimentos, experimentar novos conceitos e conhecer outros espaços, é a chave para desconstruir ideias erradas presentes na sociedade, pois, partindo do ensinamento de Freire (1994, p.11), “Pensar a prática é, por isso, o melhor caminho para pensar certo”.

## **Capítulo 2. Enquadramento do objeto de estudo: Serviço de Apoio Domiciliário**

### **2.1. O SAD e o seu contributo para a qualidade de vida do idoso**

O serviço de apoio domiciliário é uma resposta social orientada sobre um modelo de linhas de diretrizes interventivas que, localmente, devem criar e adotar os seus próprios mecanismos de intervenção para prestar um serviço de qualidade. Para Quaresma (1999), é necessário ter-se sempre em consideração fatores como a individualidade para uma perceção clara das necessidades do indivíduo; ter igualmente em conta a contextualização porque como intervenção específica que se processa no âmbito da intimidade e do espaço individual, tem que se ter presente a diversidade de

contextos com que se vai conviver, designadamente: hábitos pessoais, cultura, condições habitacionais, meio envolvente, etc.; bem como o fator da intersectoralidade, na medida em que esta diversidade dos contextos obriga a respostas também elas diversificadas, sustentadas numa lógica da diversidade dos serviços adequados à heterogeneidade das situações e, para isso, a estratégia tem que ser holística e interdisciplinar.

Quaresma (1999, pp.18-23) sublinha que “...enquanto serviço de primeira linha deve ser concebido em função da intervenção precoce, na base da flexibilidade e da intersectorialidade necessárias, garantindo assim uma ação preventiva de inestimável importância na valorização da autonomia das pessoas idosas”.

Assim, e de acordo com o Despacho Normativo nº 62/99 (p.1), o serviço de apoio domiciliário é uma resposta social que consiste

... na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária.

Logo, entende-se por SAD a disponibilização de serviços necessários a pessoas dependentes, que não podem ser prestados de forma adequada pela família ou pelos amigos, e que lhes permitem permanecer em suas casas. Ou seja, este serviço visa a prevenção e vigilância, mantendo uma vida autónoma num ambiente próprio e familiar, antecipando o complemento ou substituição do apoio da família, isto através do alívio da família das tarefas desgastantes que perturbam a sua rotina. O que tem o benefício indireto de dar oportunidade à família de estimar melhor o idoso. Estas funções procuram evitar os serviços de internamento (que será o último recurso), pois o internamento é a alternativa ao apoio no domicílio (Fernandes, 1997).

Na sua diversidade, este tipo de serviços procura atingir os seguintes objetivos: “Promover a autonomia, evitar/retardar a dependência; Apoiar nas actividades de vida diária; Promover estilos de vida saudáveis; Prestar cuidados de saúde; Melhorar as condições de habitabilidade; Evitar o desenraizamento/manter laços; Combater o isolamento e a solidão; Fomentar a solidariedade...” (Fernandes, 1997, p.19).

Atualmente, e devido às diferentes alterações que se têm verificado nas sociedades, constata-se uma viragem de orientação e de desenvolvimento das formas de apoio no domicílio, que faz com que o domicílio se torne cada vez mais num recurso.

Da evolução histórica da rede de serviços sociais para idosos, conclui-se que se tem dado, na última década, especial ênfase a estas políticas sociais que privilegiam a manutenção da pessoa idosa no seu quadro habitacional – e mais do que uma manutenção da subsistência, procuram a autonomia e a qualidade de vida.

De acordo com a evolução das respostas sociais para as pessoas idosas (Anexo III), os dados representados são tanto mais evidentes se os compararmos com os restantes equipamentos sociais de apoio a idosos. Já desde 2000 que os SAD estão em vantagem a nível de valores, concluindo que há 11 anos, pelo menos, esta resposta social é opção de eleição para muitos idosos como se pode verificar na imagem que se segue.

Segundo a Nota Explicativa do Protocolo de Cooperação 2013-2014 (Anexo II), o SAD inclui serviços para a satisfação das necessidades físicas e psicossociais das pessoas e/ou a realização de atividades instrumentais da vida diária (com um mínimo de dois dos serviços considerados indispensáveis). Este deve ainda reunir condições para prestar quatro dos seis seguintes serviços: i) higiene pessoal; ii) higiene habitacional; iii) alimentação; iv) tratamento de roupas; v) serviço de teleassistência e serviço de animação/socialização (que abrange atividades semanais).

Indo à etiologia da palavra, o conceito de SAD assume uma dupla vertente: por um lado, é um serviço que procura prevenir situações de dependência e respetiva perda de autonomia – «*care*»; por outro, assume-se como reabilitador, na medida em que procura estimular o treino de competências e capacidades para a vida diária e por intensificar os laços com a rede social – «*cure*» (Fernandes, 1997).

Segundo a definição contemplada pelo Instituto da Segurança Social (ISS, 2013, p.1), os SAD são uma:

Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

Para que esta definição seja vista através de uma perspetiva prática, os SAD baseiam a sua ação nos seguintes objetivos: i) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; ii) garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias (contribuindo para o seu equilíbrio e bem-

estar); iii) apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária; iv) criar condições que permitam preservar e incentivar as relações interfamiliares; v) colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; vii) contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; viii) prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia (Decreto Lei n.º 133-A/97, citado em Despacho Normativo n.º62/99).

Trigueros e Mondragón (2002, citados em Martín *et al.*, 2006, p.29) fazem uma avaliação das funcionalidades do apoio domiciliário, concluindo que “...o apoio domiciliário tem quatro grupos de funções: (i) assistenciais, (ii) preventivas, (iii) reabilitadoras e (iv) educativas”.

Ou seja, as funções assistenciais cobrem a assistência às pessoas, famílias ou coletivos que necessitam do apoio domiciliário para poder subsistir, e/ou ajuda para superar um momento de crise ou conflito e atuam sobre a necessidade de limpeza, preparação de alimentos e cuidados pessoais e do domicílio. As preventivas, reabilitadoras e educativas, por um lado, procuram prevenir situações de carências que aumentam o risco de perda de independência, criam hábitos saudáveis, fazem prevenção de quedas e reforçam os vínculos familiares e sociais. Por outro lado, pretende-se recuperar as capacidades funcionais perdidas ou em vias de se perderem, mediante o treino de habilidades para atividades da vida diária, tais como vestir, andar, cuidar-se, etc.

Guillemard (citado em Fernandes, 1997) reforça a ideia de que deveria ser considerada como palavra de ordem a “prevenção”, no sentido de retardar o mais possível o surgimento das dependências resultantes do envelhecimento biológico. Segundo este, o meio escolhido como adequado para promover o atraso das dependências, é a integração da pessoa no seu meio de vida, e com o SAD prossegue-se com esse princípio básico de respeito pelo meio de integração, contribuindo com serviços que se propõem a substituir os próprios na satisfação das necessidades, nas quais já encontram alguma dificuldade de realização.

Graças ao SAD honra-se o princípio básico de respeito pela integração da pessoa no seu meio de vida, estabelecendo-se os serviços que, segundo a situação concreta de um determinado idoso, se revelam adequados e imprescindíveis para a satisfação daquelas necessidades em que ele já manifesta real dificuldade de execução.

Todavia, o maior interesse não passa apenas por preservar a continuidade de uma vida no meio habitual do idoso, mas também por garantir que este meio continue a

assegurar o pleno bem-estar da pessoa beneficiária deste serviço, não ficando, contudo, confinado às suas necessidades de higiene, saúde e alimentação. Isto significa muito concretamente que assim como em ambientes institucionais existe a preocupação com a parte socioeducativa no processo de envelhecimento do idoso, é igualmente importante tornar a intervenção socioeducativa extensiva às situações de apoio domiciliário (Pereira, 2010).

Em consequência, é importante que se reconheça a importância desta vertente socioeducativa, mas não sem antes elaborar um diagnóstico de necessidades para que se evitem generalizar as práticas de ação. Uma resposta personalizada e ajustada às necessidades de cada um no âmbito de um serviço socioeducativo em contexto de apoio domiciliário torna possível um SAD atento a todas as necessidades e aspirações e com capacidade de resposta (Pereira, 2010).

A permanência do idoso no seu meio habitual de vida inclui mais vantagens do que aquelas que podemos imaginar, porque é no seu domicílio que encontramos os sinais do seu quotidiano e das suas vivências passadas, que são os fios com que ele tece a sua identidade. As fotografias, os móveis, um simples compartimento, funcionam como marcas indeléveis do percurso de uma vida. Mas este trajeto expande-se além do seu domicílio.

O contexto de vida do idoso pode também ser, por exemplo, constituído pelos vizinhos; eventualmente, por afazeres que tenha hábito de praticar fora da sua habitação; pequenos negócios locais; frequência da casa de um/a filho/a que, por exemplo, esteja localizada como anexo no seu terreno – algumas vezes, inclusive, construída pelo próprio idoso. Tudo isto são referências estruturantes do espaço/tempo da pessoa idosa e representam aspetos pertinentes da sua identidade. Quebrar esta rede de laços afetivos que constroem a história da relação com as pessoas e os objetos, introduz uma rutura nessa continuidade e influencia, inevitavelmente, o processo de envelhecimento do indivíduo idoso, como defende Quaresma (2008, p.37):

O domicílio constitui uma pedra angular da relação do homem com o seu meio, entendido como um lugar de vida, fator de promoção das relações sociais e intergeracionais comportando três dimensões: ambiente, habitação e condições físicas da habitação que correspondem ao valor atribuído à casa em que cada um vive: faz parte da sua história, partilha da história dos sítios e é espaço de memórias.

Investir realmente num trabalho socioeducativo com os idosos que ainda desfrutam de alguma independência, é o primeiro passo para a prevenção de possíveis situações de solidão, estados de desmotivação, tristeza ou apatia, favorecendo um envelhecimento saudável e ativo e podendo garantir a redução do número de casos de dependência precoce.

Através do Manual de Processos-Chave: Serviço de Apoio Domiciliário (VVAA, 2011, p.2) podemos perceber que

Face ao número crescente de pessoas mais velhas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários e a diminuição o mais possível da institucionalização da pessoa, leva à necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário.

Ou seja, relativamente aos idosos gravemente dependentes, também eles podem estar de igual modo inseridos neste investimento, embora a modalidade de intervenção deva ser adaptada a estas naturezas e, portanto, já não esteja preparada nos moldes de prevenção, mas de assistencialismo.

## **2.2. O SAD na família e no contexto dos serviços de proximidade**

Apesar do SAD procurar estender-se às necessidades do idoso, “...esta nova ideologia de prestação de cuidados aos idosos no domicílio não desresponsabiliza, porém, como em qualquer política social relacionada com a terceira idade, a família do seu papel de suporte afetivo” (Correia, 2011, p.17).

O suporte familiar é considerado parceiro dos cuidados sociais, sendo que, na maioria das vezes, são os primeiros prestadores de cuidados ao colaborar e ao promover o seu autocuidado. Oliveira e Cunha (2007, citados em Correia, 2011, p.17) defendem que “os idosos suportam melhor as condições de vida próprias do envelhecimento quando mantêm contacto com os familiares mais próximos”.

No entanto, há que considerar que nos dias que correm há uma mudança no perfil social da família que descaracteriza a valorização do cuidar do idoso. Por esse motivo, a assistência ao idoso por parte dos familiares pode-se tornar difícil, sendo esta, muitas vezes, a causa da institucionalização. Sobre isto, é muito importante que se enfrente o próprio processo de envelhecimento dentro de expectativas que combinem com as novas formas de organização familiar, e é também aqui que nos apercebermos

da importância de um profissional do âmbito social, nomeadamente dos educadores sociais na capacitação destes idosos muitas vezes postos ao abandono.

Apercebemo-nos, igualmente, no conjunto dos elementos participativos que se têm vindo a evidenciar – idoso, família, especialistas das ciências sociais e humanas – acompanhando a ideia de que os SAD não se devem concentrar apenas no indivíduo beneficiário de serviços no seu domicílio, mas em toda a rede vinculada ao idoso, especialmente a família, considerando também a cooperação e a interdisciplinaridade como uma estratégia imprescindível para uma visão holística do envelhecimento, de forma a promover uma maior humanização dos serviços. Esta visão holística do envelhecimento pode ser conseguida tanto quanto melhor for o diagnóstico da realidade a conhecer (Correia, 2011).

Nesta fase da vida é comum a alteração dos papéis sociais e, por exemplo em consequência da reforma, a perda de alguns deles. O idoso necessita, no entanto, de se sentir valorizado e protegido num espaço onde possa manter um papel ativo. No seio da família, ele pode participar de um ambiente que preservará a sua identidade e individualidade construída até então. Ora, quando o idoso vive num ambiente em que a participação dos seus familiares no seu processo de envelhecimento é assumida sem reservas, ele ao perceber que a sua família se preocupa, vive uma sensação de satisfação por ser querido e preservado, ampliando e alicerçando assim a sensação de bem-estar (Correia, 2011).

As políticas sociais por mais bem adaptadas que estejam, nunca terão a capacidade de substituir a dimensão familiar. Não há política alguma que seja a garantia exclusiva da promoção do bem-estar e qualidade de vida. Muito do sucesso destas políticas está na base das relações humanas informais de carácter afetivo que se estabelecem quando as há.

O SAD nos moldes de um serviço atento à vertente socioeducativa do idoso, não só poderá contribuir para a qualidade de vida do domiciliado, como para a qualidade de vida da sua família. Quando existe suporte familiar, há uma preocupação associada ao bem-estar dos familiares, e saber que existem pessoas que se preocupam com o seu bem-estar e que se dedicam a estes profissionalmente no sentido de os ajudar na adaptação ao seu envelhecimento, a prolongarem-se autónomos e independentes, a terem autoestima e autoconfiança, assegura também o bem-estar das suas famílias. Deste modo, o bem-estar dos seus idosos refletir-se-á no bem-estar dos seus familiares e vice-versa (Correia, 2011).

Infelizmente, nem todos os idosos usufruem deste suporte familiar e, mais uma vez, a amplitude da vertente socioeducativa poderá ser uma mais-valia no (re)estritamento de laços familiares.

Quando o idoso não tem família, os laços estabelecidos serão entre a rede de vizinhança e a comunidade. Aos idosos que vivem sós, também lhes está reservado o direito de qualidade de vida. Nestes contextos, o trabalho socioeducativo ganha maiores proporções porque há a necessidade de o idoso aprender a adaptar-se ativamente a essa situação e a buscar a felicidade e o bem-estar noutros domínios.

O serviço de apoio domiciliário é um serviço de proximidade, uma vez que corresponde a uma resposta social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, tendo apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades sócio-recreativas (VVAA, 2005).

Compreende-se por serviços de proximidade, sobretudo as atividades que tradicionalmente eram asseguradas pelas famílias, nas suas casas (tais como assistência a pessoas idosas, crianças, deficientes) e que, com a evolução das condições de vida, passaram a ser realizadas no exterior da esfera familiar.

Na ótica de Pimentel e Mesquita (2003), o desenvolvimento dos serviços de proximidade resultou, essencialmente, dos seguintes fatores: i) abandono dos campos e vinda das pessoas para as cidades, com a crescente influência dos centros urbanos; ii) crescimento do número de mulheres a trabalhar fora de casa, provocando a elevação dos rendimentos das famílias e, conseqüentemente, a procura de níveis de vida e de hábitos de consumo mais exigentes; iii) alterações da estrutura familiar, com redução do número de filhos; iv) habitações pouco espaçosas e, por fim, aumento da esperança de vida das pessoas, logo o aumento da população idosa.

Todas estas mudanças levaram a que determinadas atividades, sobretudo as de assistência a crianças, pessoas doentes e dependentes, antes asseguradas no seio da família, passassem a ser confiadas a pessoas ou a instituições exteriores ao agregado familiar, dando origem ao desenvolvimento de serviços de proximidade.

Contudo, porque se tratam de serviços prestados às pessoas, na sua maioria em situação de dependência, tais atividades mantêm a exigência de um relacionamento pessoal próximo, afetuoso, entre quem as exerce e quem delas beneficia (Pimentel & Mesquita, 2003).

Com a evolução das condições de vida obteve-se um aumento da procura destes serviços e também o aparecimento de outros, na medida em que as necessidades por satisfazer são, de dia para dia, mais heterogêneas, exigindo respostas cada vez mais inovadoras.

O apoio pessoal e social é, sem dúvida, o que mais desperta e justifica os serviços de proximidade, na medida em que responde às carências básicas das pessoas.

Os serviços de proximidade têm tido grande crescimento nos países desenvolvidos e decorrem das exigências de qualidade de vida, que levam ao aparecimento de novas necessidades, cuja satisfação contribui para o crescente bem-estar das pessoas (Pimentel & Mesquita, 2003).

Em Portugal, alguns serviços de proximidade, designadamente os serviços de apoio social, são prestados por instituições públicas ou por instituições de solidariedade social (por exemplo, misericórdias, centros sociais e paróquias, etc.) bem como por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos.

Os serviços de proximidade que respondem a necessidades mais genéricas das famílias e das comunidades locais têm sido assegurados, principalmente, por empresas para a prestação. Por vezes estes serviços são assegurados por pessoas particulares, em nome individual, trabalhando por conta própria (Pimentel & Mesquita, 2003).

Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente (a escolha da terminologia de cliente em detrimento da de utente tem como base as novas indicações da segurança social), contribuindo para a promoção da sua autonomia e prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento.

Devido ao envelhecimento progressivo da população, ocorrem com maior frequência situações de vulnerabilidade física e psíquica, que possibilitam o aparecimento de situações patológicas crónicas, as quais originam, na maioria dos casos, dependência dentro de limites nem sempre controláveis pelo próprio e/ou pelo seu agregado familiar, como é o caso das demências. De ressaltar que a situação de dependência pode ocorrer em qualquer outro grupo de idade, podendo igualmente necessitar deste tipo de resposta social (Pimentel & Mesquita, 2003).

As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade atual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que grande número de pessoas em situação de dependência continua a encontrar no serviço de apoio domiciliário uma resposta que

contribui para colmatar algumas das dificuldades com que elas próprias e/ou o seu agregado familiar se debatem quotidianamente.

Ao instituir-se legalmente a resposta social do SAD, no âmbito de medidas de política destinadas à população em situação de dependência, procurou-se que a mesma possibilitasse uma oferta de serviços diversificada, cujo acesso correspondesse à concretização de direitos de cidadania (Pimentel & Mesquita, 2003).

Os serviços que os clientes do serviço de apoio domiciliário solicitam têm vindo a sofrer alterações, na medida em que as situações de dependência pela sua complexidade afetam, na maioria dos casos, várias dimensões da pessoa, exigindo em muitos casos o estabelecimento de parcerias que capacitem esta resposta social para a concretização do seu objetivo.

O número crescente de pessoas mais velhas vulneráveis, o número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários e o retardamento o mais possível da institucionalização da pessoa, levam à necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do serviço de apoio domiciliário, para que a pessoa tenha, cada vez mais, a possibilidade de selecionar esta resposta social, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades com qualidade de vida (Pimentel & Mesquita, 2003).

Esta resposta é considerada por muitas pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afetos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores, incluindo voluntários que se deslocam ao domicílio, podendo constituir, para muitas dessas pessoas, o único elo de ligação com o exterior, donde a qualidade da intervenção deve ser uma exigência a ter em conta, permanentemente, na gestão desta resposta social (VVAA, 2005).

Assim, e para que haja um aproveitamento das sinergias desenvolvidas no contexto do SAD, é necessário um conjunto de critérios de qualidade. Na nossa opinião, o mais importante e que resume um pouco as ideias aqui expostas, diz respeito à ideia de VVAA (2005, p.2) aquando se deve sempre

Ter em consideração o superior interesse das pessoas em situação de dependência, especialmente quando se planifica o trabalho, o que exige uma articulação muito próxima com os clientes, pessoas próximas dos mesmos e entidades parceiras. Há que estabelecer uma parceria forte com o cliente e pessoa próxima, a fim de recolher a informação necessária sobre as

necessidades, expectativas, capacidades e competências, com a finalidade de se poder delinear o plano de desenvolvimento individual.

## **Capítulo 3. Enquadramento institucional: Centro Comunitário de Estoi**

### **3.1. União de Freguesias da Conceição e de Estoi**

Situada na zona de transição entre o Barrocal e a Planície Litoral, Estoi é sede da freguesia rural com o mesmo nome. A proximidade a Faro, Olhão, São Brás de Alportel e Loulé, polos que no conjunto representam 43% da população do Algarve, faz com que a localização desta Aldeia tenha assumido um papel preponderante no seu crescimento.

Recentemente, esta freguesia foi agregada à freguesia de Conceição e passou a designar-se por “União das Freguesias de Conceição e Estoi”, com sede, ainda que provisória, na Conceição de Faro, concretizado pelo ato eleitoral de 29 de setembro de 2013 e tomada de posse da nova Junta em 14 de outubro de 2013.

Atualmente, Estoi apresenta-se atualmente como uma alternativa habitacional a Faro, quer pela proximidade a esta cidade, quer pelas boas acessibilidades ou ainda pela tranquilidade e ruralidade que a caracterizam. O crescimento demográfico de 14,9 % verificado na freguesia na última década poderá estar relacionado com este facto.

Com uma população atual, na freguesia, de 3561 indivíduos em 2001 contra 3100 registados em 1991, Estoi é a freguesia do concelho de Faro com menor número de habitantes (INE, 2011).

### **3.2. Espaço físico do Centro Comunitário de Estoi**

O Centro Cultural e Social da Paróquia de São Martinho de Estoi (CCSPSME) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, criado pela Fábrica da Igreja Local, registada na Direção-Geral da Ação Social, em 5 de setembro de 1996, e reconhecida como pessoa coletiva de utilidade pública. O registo foi lavrado pela inscrição n.º 28/96, a fls. 102 verso do Livro das Fundações de Solidariedade Social. A Instituição tem a sua sede na freguesia de Estoi, concelho de Faro, com o número de pessoa coletiva 503713040.

O referido Centro visa a promoção cultural e social de todos os habitantes da paróquia, pelo fomento da solidariedade e da participação ativa da população na solução

dos seus próprios problemas. Este propõe-se promover a criação e manutenção das seguintes atividades: assistência à 1.<sup>a</sup> e à 2.<sup>a</sup> infâncias, cooperando com as famílias na educação integral dos seus filhos, nomeadamente através de uma creche e de um estabelecimento de educação pré-escolar, de apoio aos jovens na organização e orientação das atividades de tempos livres, orientação profissional e desportiva, de assistência à 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> idade (através do alojamento, alimentação e ocupação, assistência médica e enfermagem em regime de internato e assistência ao domicílio) e a outras atividades de índole cultural ou social que visem o bem-estar e desenvolvimento global dos habitantes da paróquia.

Relativamente aos seus valores, a instituição apresenta os seguintes: i) humanidade no cuidado e na prestação de serviços; ii) ideais cristãos de serviço, fraternidade e amor ao próprio; iii) justiça e ética; iv) centralidade das pessoas como critério de todos os atos da organização; v) probidade, exatidão e rigor em todos os atos de gestão e transparência.

Quanto aos seus objetivos, estes recaem em: i) respeitar e promover a dignidade da pessoa; ii) considerar a individualidade de cada pessoa enquanto sujeito de direitos e deveres; iii) contribuir para o desenvolvimento das dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual e social da vida de cada pessoa; iv) garantir o respeito pelo direito à identidade e à autonomia; v) satisfazer as necessidades fundamentais da pessoa; vi) providenciar e executar respostas de qualidade.

A instituição apresenta como missão, para todas as suas valências, promover a autonomia e a felicidade de cada pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, através de respostas de qualidade.

O equipamento mais antigo da instituição é o estabelecimento de educação pré-escolar e o maior e mais recente equipamento do CCSPSME é o Centro Comunitário de Estoi (inaugurado a 15 de Abril de 2011).

Este está localizado na freguesia com o mesmo nome, em Faro, e apresenta as respostas sociais de Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), SAD e Creche – conduzidas pelos técnicos presentes no organograma I (Anexo IV) e organograma II (Anexo V).

O CCE tem ainda, desde junho, uma nova resposta às necessidades locais: o serviço de cantina social, o qual é uma atividade que integra a convenção da rede solidária de cantinas sociais, para o designado programa de emergência alimentar

(PEA), que pressupõe a confeção e disponibilização de refeições, para consumo no domicílio.

As respostas sociais do Centro constituem prioridades locais, de acordo com o pré-diagnóstico da rede social de faro e justifica-se pelas taxas de cobertura do concelho. Nesta medida, o CCE emerge como um importante polo de desenvolvimento social.

Os principais parceiros da instituição são o Instituto de Segurança Social (ISS), a Câmara Municipal de Faro (CMF) e a Junta de Freguesia de Estoi (JFE). Aliás, os dois primeiros constituem importantes fontes de financiamento das respostas sociais do CCE.

A nível de financiamento público, o Centro foi apoiado pelo ISS através do programa de alargamento da rede de equipamentos sociais (PARES).

A nível do financiamento privado, utilizaram-se receitas próprias da Instituição, obtidas por donativos da população, pela celebração de festas/jantares de beneficência, por empréstimo bancário e pela colaboração financeira de 35%, assumida pela CMF.

## **Parte II**

## **Capítulo 4. Enquadramento metodológico**

### **4.1. Formulação do problema de investigação**

#### **4.1.1. Delimitação dos objetivos**

Através do conhecimento da realidade e do levantamento de necessidades, como todos os projetos sociais, este também implicou necessariamente a delimitação prévia dos objetivos que se pretendem alcançar com a concretização das diversas atividades desenvolvidas.

Deste modo, os objetivos do presente projeto encontram-se subdivididos em objetivos gerais e específicos de modo a caracterizar os clientes deste serviço e saber qual o contributo do serviço no aumento da sua qualidade de vida, nomeadamente através da aplicação de técnicas de recolha de informação – aos clientes, às colaboradoras deste serviço e à diretora técnica desta valência.

Assim, como objetivo geral temos:

- Promover o bem-estar biopsicossocial do idoso através de um plano de animação sociocultural;

E como objetivos específicos:

1. Capacitar o idoso para um envelhecimento ativo;
2. Potenciar a realização pessoal e autoestima;
3. Motivar os idosos para que continuem ativos e participativos na manutenção ou aumento da sua qualidade de vida;
4. Fortalecer e desenvolver as suas capacidades e competências;
5. Incentivar/criar um maior nível de coesão e relações afetivas, quer com familiares, amigos, vizinhos, auxiliares ou crianças.

#### **4.1.2. Justificação do estudo**

Este estudo de carácter exploratório vem no sentido de melhor compreender a dinâmica do SAD e o contributo da animação sociocultural no aumento da qualidade de vida e saúde dos idosos que usufruem do mesmo no CCE recorrendo a uma vertente educativa e sociocultural, que acabou por resultar no plano de intervenção social de atividades de animação sociocultural utilizado. Esta é uma investigação que tenta

permitir uma melhor análise da ação e da possível adoção de novos métodos de intervenção de forma a conseguir uma maior eficácia e qualidade no serviço.

#### **4.1.3. Questões de investigação**

De acordo com os objetivos e justificação do estudo em causa, levantaram-se algumas questões que ajudaram inicialmente a definir os mesmos. Foram elas:

- Qual o papel do SAD na vida dos clientes?
- O que caracteriza o grupo de clientes do SAD do CCE?
- Quais os hábitos de vida e necessidades específicas dos clientes?
- Qual a opinião dos clientes do SAD sobre o mesmo no que diz respeito à melhoria, ou não, da sua qualidade de vida?
- Será que as necessidades percecionadas pelos clientes são coincidentes com as das colaboradoras e com as da diretora técnica desta valência?
- O que realmente precisam estes clientes para melhorar a sua saúde e qualidade de vida?
- Será que um plano de animação sociocultural potencia uma melhor qualidade de vida?

#### **4.1.4. Amostra do estudo**

A presente investigação desenvolve-se alicerçada numa amostra de três domiciliados do universo dos atualmente dezassete clientes do SAD do CCE.

Destes dezassete clientes foram eliminados catorze indivíduos pelo facto destes não usufruírem do serviço de “Animação/Socialização”, pois, infelizmente, este foi recentemente implementado no CCE e, atualmente, só quatro pessoas o recebem. Nos outros serviços a afluência é maior. Temos então: i) fornecimento de alimentação – 14; ii) higiene pessoal – 9; iii) tratamento de roupas – 6; iv) higiene habitacional – 5; v) animação/socialização e teleassistência – 9 (em fase experimental).

Estes três clientes foram identificados como tendo alguma independência e beneficiam dos serviços de fornecimento de alimentação, higiene habitacional, higiene pessoal e animação/socialização.

Infelizmente não foi possível realizar o plano de atividades com um dos clientes pelo facto de este recusar, em várias ocasiões, fazer parte do estudo.

#### 4.1.5. Diagnóstico de necessidades

Neste ponto será importante refletir sobre o conceito de necessidade. Bradshaw (1972, citado em Almeida, 2006, p.58) distingue vários tipos de necessidades. São eles:

Necessidade normativa que faz referência às carências que um sujeito ou grupo tem, se as considerarmos relativamente a um determinado *standard* ou padrão tipo. [...] Necessidade sentida: é a resposta à pergunta “Que necessidades?”, “Que desejarias ter?”. Necessidade expressa ou procura: é a expressão comercial, objectiva da necessidade. [...] Torna-se a procura como indicador de necessidade. Necessidade comparativa baseada na justiça distributiva. Assim se convertem em necessidades todo aquele tipo de benefícios que um determinado grupo ou sector não possui [...] Necessidade prospectiva: aquela que com toda a probabilidade se manifestará no futuro.

Ainda de acordo com Bradshaw (1972, citado em Almeida, 2006, p.58), neste contexto de intervenção identificamos a presença da necessidade sentida e da necessidade prospetiva. A necessidade sentida está presente e é suscetível por meio da observação participante e conversas informais. A necessidade prospetiva também está presente, uma vez que toda a atividade educacional deve ser regulada ou pensada para o futuro.

Estimulando a aproximação dos idosos e dos colaboradores do CCE, chegou-se à conclusão que o veículo mais convincente na área de intervenção seria a animação sociocultural.

Posto isto, a intervenção foi pensada e delineada de acordo com as necessidades sentidas, mas sempre com o intuito de obter resultados para uma evolução continuamente ajustada às respetivas realidades com que se depara, e, neste caso em específico, despertar no idoso o impacto da animação na sua qualidade de vida através do SAD.

Assim, constrói-se o “Plano de Intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi” (Anexo VIII), aprofundado mais à frente no relatório, em que se encontram os blocos temáticos a trabalhar e áreas de intervenção subdivididas pelas quais se sentiram mais urgência em desenvolver atividades.

## 4.2. Metodologia de investigação

De acordo com Bogdan e Biklen (1982), um paradigma é aquilo que nos permite olhar o mundo e identificar o que nele é, para nós, importante. É um conjunto de crenças básicas que tratam de princípios elementares ou do foro mais profundo. Guba e Lincoln (1994) dizem-nos que o paradigma representa a visão do mundo que cada um tem, da sua natureza e do lugar que cada sujeito ocupa nesse mundo. As crenças dizem respeito a um conjunto de pressupostos básicos sobre a natureza das coisas que ampliam o nosso pensamento e que admitimos como verdadeiros. Embora possam ser mais ou menos justificadas, não é possível, em última instância, comprovar ou refutar a sua veracidade.

Guba e Lincoln (1994) propõe-nos uma análise comparativa entre diferentes paradigmas de investigação, assente em três grupos de questões relativas, respetivamente, a aspetos ontológicos, epistemológicos e metodológicos. Embora constituindo três campos de análise distintos, eles estão interrelacionados, isto é, são interdependentes. Por outras palavras, a forma como nos posicionamos face a um grupo de questões de um dos campos de análise influencia e determina a resposta a dar às questões de outro campo.

Podemos assim concluir que, no que respeita a atitude ética na investigação, como investigadores que trabalham no terreno, “devemos desenvolver uma responsabilidade moral e bom senso para como os sujeitos do estudo em primeiro lugar, com o próprio estudo, em segundo, e só por último, com nós próprios” (Fontana & Frey, 1994, p.372).

Diversos autores indicam a necessidade de se levarem a cabo diligências para que as interpretações realizadas num dado estudo de cunho interpretativo possam ser consideradas como credíveis. Como tal, o investigador deve explicitar, no início do estudo, as suas expectativas e convicções de forma a tornar claros e compreensíveis os seus efeitos em interpretações subsequentes (Denzin, 1989).

Para Trilla (2004), o paradigma de intervenção neste estágio de animação sociocultural e comunitária foi o paradigma interpretativo. Aqui o animador exerce uma função de mediação, propondo atividades de desenvolvimento pessoal e coletivo, promovendo o desenvolvimento de interações sociais e a prática de um envelhecimento bem-sucedido e ativo. Neste paradigma o indivíduo é o centro do processo formativo e

da aprendizagem, onde Trilla (2004, p.58) refere que “...o protagonismo é das pessoas, com as quais é preciso conversar e escutar para compreender”.

Por outro lado, o indivíduo é visto como um sujeito inserido na comunidade, cultura e contexto envolvente, tendo liberdade para exprimir os seus desejos e interesses. Também é um paradigma que reconhece as práticas desenvolvidas em instituições sociais, assim como as atividades que podem ser desenvolvidas, como são exemplo a expressão plástica, as comemorações festivas, os jogos, entre outros.

Foi neste paradigma que pretendi que se enquadrassem as ações que pretendo desenvolver ao longo de todo o estágio, pois procurei ser uma animadora/mediadora em constante preocupação com as necessidades e interesses do idoso, colocando-o, por isso, no centro do seu processo formativo.

### **4.3. Método de investigação**

A metodologia a utilizar neste trabalho será de origem qualitativa, uma vez que o estágio se destina a compreender e, ao mesmo tempo, a atuar nas relações sociais e culturais, assim como a intervir na comunidade de Estoi, parte-se do pressuposto de que o conhecimento resulta da interpretação de quem investiga, através de um processo dialético com os atores sociais implicados no seu contexto de atuação (Denzin & Lincoln, 2006).

A pesquisa qualitativa tem como uma das características principais ser presencial, sendo um trabalho com alguma duração, dentro de um contexto com as pessoas do mesmo. Para além disso, neste tipo de pesquisa a pessoa que orienta as ações também consolida conhecimentos e adota novas ferramentas e instrumentos sempre que achar necessário, constituindo, por isso, um elemento em constante formação. Por estas características é que considero que o este estágio se insere neste tipo de metodologia.

Tendo em conta a pesquisa qualitativa, e considerando a investigação-ação como um método que se insere neste tipo de pesquisa, utilizamos a investigação-ação como um método de intervenção direta, no campo de trabalho. Assim “a investigação-acção consiste na recolha de informações sistemáticas com o objectivo de promover mudanças sociais. ...A investigação-acção é um tipo de investigação aplicada no qual o investigador se envolve activamente na causa da investigação.” (Bogdan & Biklen, 1994, p.292). Ainda segundo Barbier (1985, p.157), podemos perceber que “a pesquisa-acção é uma actividade de compreensão e de explicação da *praxis* dos grupos sociais

por eles mesmos, com ou sem especialistas em ciências humanas e sociais práticas, com o feito de melhorar essa *praxis*”.

Por outras palavras, a investigação-ação é um método de intervenção direta, junto de um determinado grupo e contexto em que o investigador desse grupo participa e se envolve nos acontecimentos ao longo da sua intervenção. Desde que inicia a intervenção, procura-se compreender e dar respostas a algumas questões inicialmente formuladas, estando, por isso, permanentemente em avaliação para que possam melhorar as suas práticas e as práticas do grupo em que está inserido.

Outra característica importante da investigação-ação, segundo Barbier (1985, p.112), é o conceito de implicação, não só profissional mas também contextual, pois

... reconhecer a implicação histórica-existencial é levar em conta o *ethos* e o *habitus* da nossa classe social de origem. É pouco provável que o pesquisador oriundo de uma classe popular considere os factos sociais de maneira semelhante à de um da classe abastada.

É importante a aproximação e implicação do grupo, só conhecendo verdadeiramente a sua cultura, valores, hábitos e costumes é que podemos atuar sobre a realidade, tendo sido esta uma das preocupações a ter aquando iniciar o estágio.

Planificar, agir, observar e refletir são palavras que nos indicam ações e, neste caso em concreto, para uma intervenção que funciona ou que se desenvolve numa espiral. Tal como refere Latorre (2003, p.32),

*La investigación-acción se suele conceptualizar como un “proyecto de acción” formado por “estrategias de acción”, vinculadas a las necesidades del profesorado investigador y/o equipos de investigación. Es un proceso que se caracteriza por su carácter clínico, que implica un “vaivén” – espiral dialéctica – entre la acción y la reflexión, de manera que ambos momentos quedan integrados y se complementan. El proceso es flexible e interactivo en todas las fases o pasos del ciclo.*

Para terminar a justificação da escolha deste método, segundo Lewin (1947, citado em Esteves, 2008), a investigação-ação não é um mero método de investigação, mas também uma forma de se articularem os movimentos sociais, logo um modo de intervenção social onde não há uma realidade mas realidades. Para Lewin (1947, citado em Esteves, 2008, p.32), “a investigação que apenas produz livros não chega”.

Portanto, a investigação-ação desenvolve-se segundo diferentes técnicas e instrumentos, sejam eles de pesquisa ou não. As técnicas de recolha de informação que irei focar em seguida, tentam, assim, perceber em que ponto do percurso da intervenção é que cada um deve ser utilizado.

#### **4.4. Técnicas de recolha de dados**

LeCompte e Preissle (1993) elucidam-nos que esta fase inicia-se com uma abordagem clara no âmbito da realidade a pesquisar, os objetivos do estudo, a informação adequada às questões específicas da pesquisa e às estratégias mais adequadas para obter a informação necessária. O presente estágio procurará descrever um conjunto flexível de linhas orientadoras que relaciona os paradigmas teóricos com as estratégias de pesquisa e os métodos de recolha de todo material empírico.

Este estágio situa o investigador no mundo empírico e relaciona-o com contextos específicos, pessoas, grupos, instituição e materiais relevantes, nomeadamente documentos e arquivos. No que se refere à estratégia de pesquisa, esta compreende um conjunto de capacidades, pressupostos, pressuposições e práticas que os investigadores aplicam à medida que passam do campo teórico (paradigmático) ao campo empírico.

A seleção das técnicas a utilizar durante o processo de pesquisa constitui uma etapa em que o investigador não pode depreciar, pois destas depende a concretização dos objetivos do trabalho de campo.

À semelhança do que acontece com as restantes etapas, esta tem também um carácter aberto e interativo. As técnicas de recolha de informação predominantemente utilizadas na metodologia qualitativa agrupam-se em dois grandes blocos: técnicas diretas ou interativas e técnicas indiretas ou não-interativas.

Assim, as principais técnicas em que se sustenta o presente relatório são a pesquisa e análise documental; as notas e diário de campo; a observação direta participante; as conversas informais; os inquéritos por questionário; e, por último, a entrevista semiestruturada.

Foi pedida autorização para a aplicação destes mesmos instrumentos de pesquisa aos diferentes inquiridos e à instituição explicando a questão do respeito pela confidencialidade. Sendo esta defendida por Ludke e André (1986), informou-se a instituição e os inquiridos sobre a forma como os dados seriam recolhidos e codificados e como seriam reservados à investigação em curso.

#### **4.4.1. Pesquisa e análise documental**

Para um melhor conhecimento da temática central da investigação e de forma a retirar ideias para a implementação de qualquer outro projeto, é bastante importante que, numa primeira fase, se recorra à pesquisa e análise documental. Como defendem Quivy e Campenhoudt (2003, p.57), “O principal objectivo da leitura é retirar dela ideias para o nosso trabalho”.

Não faria qualquer sentido desenvolver um estágio sem antes se investigarem estudos anteriores que abordassem a problemática em questão ou que focassem temas que estejam relacionados com a mesma. Para Quivy e Campenhoudt (2003, p.51), é

... indispensável tomar conhecimento de um mínimo de trabalhos de referência sobre o mesmo tema ou, de modo mais geral, sobre problemáticas que lhe estão ligadas. Seria ao mesmo tempo absurdo e presunçoso acreditar que podemos pura e simplesmente passar sem esses contributos, como se estivéssemos em condições de reinventar tudo por nós próprios.

Por outro lado, a tomada de conhecimento de estudos anteriores e a leitura dos mesmos visa “assegurar a qualidade da problematização” (Quivy & Campenhoudt, 2003, p.49), na medida em que esses mesmos trabalhos acabam, muitas vezes, por sugerir pistas para novos estudos. Deste modo, a pesquisa e análise documental torna-se fundamental em qualquer tipo de estudo ou projeto que se pretenda realizar.

#### **4.4.2. Notas e diário de campo**

Consideramos também importante a utilização das notas do diário de campo uma vez que aborda dois pontos essenciais na ótica de Peretz (2000, p.125): “...a relação do investigador com o meio e o relato das jornadas de observação”.

Através da análise do diário de campo é possível ver a evolução do relacionamento do observador com a comunidade ou grupo com quem trabalha, facilitando, também, a observação e avaliação do trabalho desempenhado até à data.

Para Bogdan e Biklen (1994, p.151), as notas de campo “ajudam o investigador a acompanhar o desenvolvimento do projecto, a visualizar como é que o plano de investigação foi afectado pelos dados recolhidos ...”.

As notas do diário de campo dizem que o investigador regista, diária e sistematicamente as suas observações e informações, reflexões teóricas e metodológicas e todas impressões e estados de espírito. Costa (1986, p.132) teoriza que este

... diário de campo ... tem a preocupação de distinguir claramente cada um daqueles três tipos de registo. Na anotação da informação substantiva distingue ainda observações pessoalmente realizadas, informações prestadas por outras pessoas e enunciados verbais dos actores sociais em estudo, procurando transcrever estes últimos tão à letra quanto possível.

#### **4.4.3. Observação direta participante**

Se nos basearmos nos autores Quivy e Campenhoudt (2003, p.163), “a observação directa é aquela em que o próprio investigador procede directamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados. Apela directamente ao seu sentido de observação”. Ghiglione e Matalon (1993, p.8) definem-na “como um olhar sobre uma situação ... que tem por objectivos, a recolha de dados sobre a mesma”. O mesmo será dizer que a observação direta é uma forma de obter respostas sem fazer perguntas. Peretz (2000, pp.24-26) diz-nos que “a observação directa consiste em ser testemunha dos comportamentos sociais dos indivíduos ou grupos nos próprios locais das suas actividades sem lhes alterar o seu ritmo normal”.

Com este método é possível recolher dados importantes para a avaliação de forma natural sem provocar grandes alterações no contexto de investigação, logo “o objectivo da observação é encontrar um significado sociológico para os dados recolhidos, classificá-los e avaliar o seu grau de generalidade” (Peretz, 2000, p.15).

A observação direta está, por norma, associada à observação participante.

Digamos que estes dois tipos de observação se encontram interligados devido à semelhança das suas características. Tal como Costa (1986, p.137) refere, a observação participante “trata-se, evidentemente, duma observação directa, mas num sentido mais restrito”. Peretz (2000, p.77), por sua vez, declara que “a observação participante visa justamente penetrar num dado meio social para se aperceber dos seus diversos aspectos”.

Segundo Peretz (2000, p.44), “...a observação recorta na história de um meio social um período de que nos dá conta: ela presencia acontecimentos que têm um

princípio e um fim...”. Já quanto às notas desta observação, o autor Peretz (2000, p.118) explica-nos que

Na maior parte das vezes, o observador redige as suas notas ao fim do dia de trabalho, no domicílio ou no gabinete. Faz a redacção utilizando suportes variados: durante muito tempo, esta foi feita em papel, mas cada vez mais se transcrevem as notas directamente para o computador ...

Ou seja, em alguns casos, o observador faz o devido registo das suas notas no diário de campo, de modo a “acompanhar incessantemente as actividades dos outros, participar nelas sem as perturbar, não permite a tomada de notas durante o desenrolar da acção” (Peretz, 2000, p.101).

#### **4.4.4. Conversas informais**

Antes de mais, importa fazer a distinção entre conversas e entrevistas informais.

As conversas informais desencadeiam-se ocasionalmente, de forma espontânea e natural, permitindo a total liberdade de expressão entre o investigador e o seu interlocutor. Surgem de acordo com o momento ou a situação. As entrevistas informais podem ocorrer ocasionalmente mas o investigador tem objetivos ao fazer as questões, ainda que de uma forma bastante informal.

As entrevistas e conversas informais são, ao fim ao cabo, o ponto de partida para muitos estudos ou projetos a desenvolver. A troca de impressões de maneira espontânea e flexível permite uma maior proximidade com a comunidade em questão.

De certa forma, as conversas informais são conversas banais que consistem segundo Bogdan e Biklen (1994), em “... procurar um interesse ou um tópico em comum, uma oportunidade para se construir uma relação” (p.135), isto é, uma técnica para quebrar o gelo. As conversas informais são uma das técnicas mais adequadas “para a captação de acontecimentos, práticas e narrativas” (Costa, 1986, p.140), sendo “a técnica preferencial para a recolha de normas e classificações de *status* sociais de conhecimento geral no contexto social em estudo” (Costa, 1986, p.140).

Para além disto, estas constituem um meio natural e espontâneo de recolha de informação e de ideias que poderão ser fundamentais na avaliação de determinados critérios deste estágio. Não nos podemos esquecer que este tipo de entrevistas e conversas permite uma grande liberdade de expressão por parte dos intervenientes,

permitindo, por vezes, ao investigador recolher dados e informações bastante importantes aos quais não conseguiria ter acesso utilizando outros métodos, como tal, se oportuno, deve sempre procurar gravar-se todas as entrevistas realizadas para uma perceção mais facilitada e coerente do discurso do entrevistado.

#### **4.4.5. Inquérito por questionário**

Relativamente à aplicação de inquéritos por questionário como elementos de investigação, Quivy e Campenhoudt (2003, p.188) dizem-nos que a utilização de questionários

Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores.

Em conformidade com Ghiglione e Matalon (1993, p.121) o questionário

... é um instrumento rigorosamente estandarizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, é absolutamente indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador.

Só desta forma é que se conseguem obter respostas objetivas sem que estas sejam influenciadas pelo investigador ou pela pessoa responsável pela elaboração dos questionários.

Ghiglione e Matalon (1993, p.70) falam-nos de dois tipos de questionários:

O *questionário aberto*: a formulação e a ordem das questões são fixas mas a pessoa pode dar uma resposta tão longa quanto desejar e pode ser incitada por insistência do entrevistador.

O *questionário fechado*: a formulação das questões, a sua ordem e a gama de respostas possíveis são previamente fixadas.

No entanto estes expõem que, muitas vezes, pode-se recorrer a métodos mistos, ou seja, "...um questionário alternando questões abertas e questões fechadas" (p. 70). A este respeito, Vala (1986, p.107) assegura ainda que:

Sempre que o investigador não se sente apto para antecipar todas as categorias ou formas de expressão que podem assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados, recorrerá a perguntas abertas sendo as respostas depois sujeitas à análise de conteúdo.

#### **4.4.6. Entrevista semiestruturada**

Por último, e não menos importante, entre os vários tipos de entrevista temos as entrevistas não-diretivas e as entrevistas semi-diretivas. A definição de entrevista como "uma conversa tendo em conta um objetivo apresenta a vantagem de ser suficientemente ampla para englobar uma grande variedade de entrevistas possíveis, mas, em contrapartida, é muito vaga para permitir distinguir os diferentes tipos de entrevista" (Ghiglione & Matalon, 1993, p.71).

A entrevista semidirecta, ou semi-dirigida, é certamente a mais utilizada em investigação social. É semi-directiva no sentido em que não é totalmente aberta nem conduzida por um grande número de perguntas particularizadas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas-guia, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. Não colocando necessariamente todas as perguntas pela ordem em que as anotou ou sob a formulação prevista, tanto quanto possível, o entrevistador "deixará o entrevistado à vontade para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier" (Quivy & Campenhoudt, 2003, p.192).

De acordo com Ghiglione e Matalon (1993, p.70),

*A entrevista semi-directiva (por vezes chamada clínica ou estruturada): o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista.*

Uma vez apresentadas as características das entrevistas semi-directivas, importa salientar a opinião de Ghiglione e Matalon (1993, p.142), quando estes afirmam que

Na recolha de informação pela via da entrevista ou do questionário tem de se ter sempre em conta que, mesmo nas questões ditas mais objectivas, tudo o que se obtém é uma declaração do sujeito sobre a observação que ele faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação.

Ou seja, de uma forma muito geral, o uso dos instrumentos de recolha de informações permitem escutar as percepções dos atores, segui-las, ouvi-las, registá-las e fazer um retrato de uma situação social particular recolhendo estilos de vida, componentes culturais, perspectivas, valores, atitudes, conhecimentos e interações dos sujeitos. Deste modo, o investigador compreende as perspectivas, os significados e o envolvimento dos sujeitos numa situação em particular.

Após recolhido todo o material, foi feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação. Ao aplicar as técnicas de recolha de informação foi assegurado o anonimato e confidencialidade de todos os envolvidos no projeto, sendo esclarecido que todos os dados obtidos seriam estritamente para fins académicos. Tendo sido pedido para respeitar ao máximo a privacidade dos participantes, as notas e diário de campo tal como os relatórios das várias atividades não se encontrarão em anexo, pois visto ser um número tão reduzido de idosos seria fácil perceber através da especificação das notas quais fizeram parte do estudo.

Reconhecendo a Declaração de Barcelona de 2001 a ética como “elemento central da prática profissional, apontando, a partir daí, a adopção de padrões de conduta comuns e a promoção de processos participativos de diálogo e de formação como compromissos colectivos fundamentais” (Carvalho & Batista, 2004, p.105), vale ainda referir que em conformidade com os princípios éticos, importa manter viva a tensão criativa entre o como e o porquê da ação. Foi com esse cuidado que se destaca o carácter reflexivo da profissionalidade do educador social enquanto promotor da condição humana em toda a sua multidimensionalidade e mistério (Carvalho & Batista, 2004).

Sentiu-se a necessidade de aplicar todas estas técnicas de forma a compreender melhor o serviço desenvolvido no SAD, conhecer os seus utentes e necessidades e a partir daí, dado que estamos a falar de um trabalho de projeto aplicar um plano de intervenção que desse resposta às necessidades reais dos utentes e desta forma pudessemos contribuir para atingir os objetivos do estudo.

A análise dos dados foi qualitativa ou quantitativa de acordo com a sua natureza.

Na análise quantitativa utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics 21* (*Statistical Package for the Social Sciences 21, SPSS*). Esta escolha recaiu sobre este suporte informático devido à natureza e variedade de variáveis implicadas e à sua relativa complexidade.

Inicialmente, realizou-se toda uma categorização de maneira a que a análise se processasse de forma mais objetiva e sistemática.

Desta forma, procedeu-se à construção de tabelas de frequência, de gráficos de barras e de gráficos circulares. Não foram utilizados nem testes estatísticos nem análises ou gráficos/tabelas mais sofisticados dada a pequena amostra e o carácter exploratório da investigação não o justificar.

Relativamente ao tratamento da entrevista semiestruturada e às questões abertas nos inquéritos, a técnica utilizada foi a análise de conteúdo. Uma vez que se trata, de acordo com Vala (1986, p.114),

... da desmontagem de um discurso e da produção de novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise.

Por fim, todo o material foi devidamente codificado por forma garantir o total anonimato dos participantes.

## **Capítulo 5. Apresentação e análise interpretativa dos dados**

Passando agora à apresentação e análise interpretativa dos dados recolhidos, esta irá organizar-se da seguinte forma: 5.1. informação relativa ao inquérito da amostra do estudo/idosos (Anexo XXVI); 5.2. informação relativa ao inquérito das auxiliares (Anexo XXVIII); 5.3. informação relativa à entrevista à responsável do SAD (Anexo XXX); 6.4. análise interpretativa dos resultados obtidos.

### **5.1. Informação relativa ao inquérito da amostra do estudo/idosos**

A participação da amostra neste inquérito por questionário (Anexo XXV) de carácter exploratório teve como pressuposto observar a realidade concreta do SAD do CCE como resposta social, no sentido de analisar e compreender a dinâmica e o

contributo deste serviço no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

De modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão, as informações recolhidas foram necessárias para se tentar este cada vez melhor e mais eficaz.

Começando pelo primeiro módulo intitulado de **“Caracterização do/a idoso/a”**, podemos concluir que: a amostra é composta por um idoso do sexo masculino e por duas idosas do sexo feminino; o total das idades da amostra encontra-se situada no intervalo “De 81 a 85 anos de idade”; dois idosos estão na categoria de “Casado/a” e um na de “Viúvo/a”; um idoso “Não sabe ler nem escrever”, outro “Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal” e outro concluiu os estudos no “Ensino primário”.

Agora relativamente ao segundo módulo intitulado de **“Saúde e Qualidade de Vida do idoso no SAD do Centro Comunitário de Estoi”**, o qual tem questões relativas à “Saúde do/a idoso/a”, podemos deduzir que: dois idosos classificam a sua saúde no presente como “Má” e um como sendo “Boa”; comparativamente com o que acontecia há um ano atrás, dois dos idosos descrevem o seu estado de saúde como estando “Má” e um como estando “Boa”; a saúde do idoso o limita, “Completamente”, em: “Atividades físicas”, “Atividades domésticas”, “Levantar ou carregar compras”, “Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se” e “Passear sozinho”; os idosos avaliam a sua mobilidade/dependência dentro dos parâmetros “Boa”, “Razoável” e Muito má”; nas últimas semanas, os idosos sentiram-se “Quase sempre”: “Muito nervoso”, “Calmo e tranquilo”, “Cansado”, “Feliz”, “Sozinho” e “Ansioso”; todos os idosos consideraram “Verdadeiro” a afirmação “Estou convencido de que a minha saúde vai piorar”; dois classificam a sua qualidade de vida como “Razoável” e um como sendo “Boa”; todos os idosos consideram importante para ter qualidade de vida: “Ter saúde física” e “Poder passear e divertir-me”; dois idosos identificam que o SAD tem contribuído “Muito” para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida e um que “Nem muito nem pouco”; por fim, e existindo a possibilidade de melhorar o apoio prestado pelo SAD, gostariam de ver implementadas atividades ligadas à “Expressão plástica”, “Família e comunidade”, “Preservação do meio ambiente”, “Acompanhamento da saúde” e “Intergeracionais”.

## 5.2. Informação relativa ao inquérito das auxiliares

A participação das auxiliares neste inquérito por questionário (Anexo XXVII) de caráter exploratório teve como pressuposto observar a realidade concreta do SAD do CCE como resposta social, no sentido de analisar e compreender a dinâmica e o contributo deste serviço no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

De modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão, as informações recolhidas foram necessárias para se tentar este cada vez melhor e mais eficaz.

Começando pelo primeiro módulo intitulado de **“Caracterização do/a auxiliar”**, podemos concluir que: a amostra é composta por três auxiliares do sexo feminino; as suas idades encontram-se nos intervalos “De 32 a 42 anos de idade” e “De 43 a 53 anos de idade”; duas auxiliares na categoria de “Casado/a” (66,67%) e uma na de “Divorciado/a ou Separado/a”; todas concluíram o “Ensino secundário”; o agregado familiar de duas auxiliares é composto por “Casal com filhos/as”, enquanto o da outra auxiliar é de “Pessoa só com filhos/a”; todas as auxiliares têm curso de ajudante familiar; a parte do trabalho que mais gostam é “Trabalhar em equipa” e o “Convívio com o idoso”; todas classificam como maiores dificuldades ao prestar o SAD “A aquisição da confiança do idoso” e “O ajustar o serviço aos hábitos do idoso”; todas as auxiliares consideram que o SAD não preenche todas as necessidades dos idosos; por fim, o SAD não consegue satisfazer o tipo de componentes/necessidades “Sociais” e “Psicológicas e/ou cognitivas”.

Agora relativamente ao segundo módulo intitulado de **“Saúde e Qualidade de Vida do idoso no S.A.D. do Centro Comunitário de Estoi”**, podemos enumerar que: todas as auxiliares consideram que a qualidade de vida dos idosos melhorou com o SAD; todas as auxiliares são testemunhas dessa melhoria a “Nível Biológico e/ou físico”; todas pensam ser necessário “Mais ajudantes familiares”, “Desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e solidão” (a nível do SAD) e “Gratuidade de certos serviços ao domicílio para os que mais necessitam” (a nível da comunidade) para melhorar a qualidade de vida dos idosos; a saúde e qualidade de vida dos domiciliados é considerada “Razoável” segundo a experiência profissional de todas as auxiliares; as áreas/serviços apontadas por todas como mais importantes que ajudam a promover a qualidade de vida e saúde do idoso em SAD dizem respeito à “Alimentação”, à

“Higiene pessoal e habitacional” e ao “Controlo de medicação”; por fim, consideraram “Ter saúde física” e “Poder passear e divertir-se” importante para o idoso ter qualidade de vida.

### **5.3. Informação relativa à entrevista à responsável do SAD**

Sendo que o objetivo geral da aplicação desta entrevista (Anexo XXIX) recaia em “Compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário e a sua importância”, serão seguidamente apontados vários pontos que resumam e ilustrem o tipo de dinâmica e importância deste serviço.

Estando este guião agrupado por categorias, optou-se por seguir a mesma lógica de modo a conseguir-se uma compreensão mais simples e rápida dos conteúdos. Passaremos então à explicitação de várias citações do Entrevistado 1 (E<sub>1</sub>).

Na categoria “C. Contexto institucional”, E<sub>1</sub> diz-nos que:

*Acha que “Atualmente o número de técnicos e auxiliares é suficiente para garantir o normal funcionamento da Instituição” e que os recursos materiais existentes “Numa Instituição sem fins lucrativos ... existem sempre recursos materiais em falta.”* Salientando ainda que *“No SAD necessitamos de uma carrinha adaptada para o transporte da alimentação ao domicílio dos utentes apoiados nessa valência”.*

Na categoria “D. O SAD no Centro Comunitário de Estoi ”, E<sub>1</sub> afirma-nos que:

*O número de assistidos “...ao nível do SAD é oscilante” mas acha que “Face ao envelhecimento progressivo da população ... o recurso ao SAD tende a aumentar futuramente”.*

*A componente social é trabalhada através do SAD através de “... visitas domiciliárias e entrevistas de pré-diagnóstico com o intuito de aprofundar o conhecimento ... da realidade que facilitará e dará suporte ideológico às ações a desenvolver na dimensão física, psicológica e social do utente”, pois a vertente socioeducativa “... é muito importante no âmbito do SAD dado que através do desenvolvimento de um conjunto de ações socioeducativas aprofundam-se conhecimentos ... no sentido de contribuir, sempre que possível, para o aumento ou*

*manutenção da sua autonomia, da capacidade de comunicação e de relacionamento ... assim como os seus valores e interesses, costumes e crenças, para que rompa com a apatia e o desânimo e se sinta motivado a melhorar”.*

Nos SAD, por “*Regra geral é a família que solicita o apoio domiciliário pois o idoso normalmente já se encontra numa condição física e psicológica muito frágil...*” e que os serviços mais solicitados “*...são: fornecimento da alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupas”.*

Na categoria “E. Trabalho desenvolvido no SAD”, E<sub>1</sub> comprova-nos que:

É “*...desenvolvido um Plano de Atividades ... tendo em consideração as necessidades e expectativas de cada um dos utentes.*” Isto no que diz respeito às atividades de “*...Fornecimento de Alimentação, Higiene Pessoal, Higiene Habitacional, Tratamento de Roupa, Animação e Teleassistência”.*

Aqui existe “*... o cuidado de perceber quais são as reais necessidades do utente ... sendo de comum interesse integrar o idoso aquando da elaboração do seu Plano Individual...*” Pois na construção de um bom plano individual, os princípios-chave são “*os que estão agregados ao conhecimento de cada utente, focando essencialmente as necessidades e expectativas; uma correta articulação de informação e ação com a equipa SAD, familiares e significativos; a implementação do(s) serviço(s), a monitorização e avaliação do(s) mesmo(s) e por fim, a revisão do Plano Individual em função da realidade existente”.*

Esta animação “*...focaliza as particularidades de cada um. ...que por sua vez prioriza as necessidades e potencialidades de cada um dos utentes a fim de que fique determinado que a “atividade” é sempre um indicador positivo para que daí possa decorrer um envelhecimento saudável*”. Desta forma, pretende-se que das atividades de animação resultem “*...a participação e melhoria da qualidade de vida e bem-estar, remetendo essa atividade para melhorias no campo físico ou mental”.*

É graças ao SAD e às atividades desenvolvidas por este que “*...existem casos de melhoria ... Exemplo disso poderá ser o controlo da higiene habitacional e do tratamento de roupas, a garantia de habituação e incentivo à higiene pessoal e/ ou alimentação e o combate ao isolamento e a limitações decorrentes do envelhecimento”.*

No âmbito da promoção da qualidade de vida e saúde, “*...determina-se que a técnica que garante o Serviço de Animação promova um conjunto de atividades ou*

*dinâmicas que conduzam precisamente à sua melhoria através de sessões de gerontomotricidade e da consciencialização e promoção dos hábitos de vida saudável.”* No entanto, *“Essa ação é também alargada ao(s) cuidador(es) por se considerar uma mais valia a articulação e encadeamento de práticas com o(s) mesmo(s). Sendo uma área específica, muitas vezes é necessário o envolvimento de outros técnicos, a título de exemplo a enfermeira, para que seja possível assegurar o serviço da forma mais apropriada e fiável”*.

Na sua opinião, é preferível a institucionalização *“...quando não existe uma rede de suporte familiar ou de outros significativos que garantam em articulação com a Equipa SAD um correto desenvolvimento e satisfação plena das necessidades do utente”*.

Na categoria “F. Relações dos idosos”, E<sub>1</sub> expõe-nos que:

A boa relação entre as auxiliares e os idosos do SAD *“... é preservada por meio da simpatia, compreensão, afetividade, comunicação e satisfação das suas necessidades de forma correta e responsável”* e que a relação entre a Instituição e os familiares dos utentes *“... é positiva pois permite a troca de informações e articulação de práticas ou ações necessárias à melhoria dos cuidados ou condição dos utentes”*.

Salienta que entre todos os utentes das valências do SAD e ERPI *“...existem atividades de interação entre utentes do SAD e da ERPI cuja condição física e mental ainda permite a sua movimentação e perceção da ação proposta”*.

A triangulação das relações entre família – idoso – instituição *“Normalmente é feita através de contactos telefónicos e/ou presenciais com os familiares ou outros significativos e visitas domiciliárias, tendo como base a construção de uma relação de proximidade, cordialidade e responsabilidade em prol da prestação de um serviço adequado e eficiente”*.

Por fim, na categoria “G. Futuro do serviço: perceção e apreciação”, E<sub>1</sub> fala-nos de que:

Na sua opinião, *“...a animação contribui, sem dúvida, para retardar os efeitos do envelhecimento e potencializar a adoção de hábitos de vida saudável imprescindíveis à vivência da terceira idade de forma positiva e digna ”* e que o SAD

*“...tem contribuído para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida do utente ao enviar esforços no sentido de desenvolver um trabalho em equipa que congrega vários profissionais de diferentes áreas empenhados quer na satisfação de cuidados básicos, como a alimentação, a higiene pessoal e habitacional e o tratamento de roupas, quer na superação das limitações do idoso, no restabelecimento da autoestima, no reforço de laços de identidade, afetividade e sociabilidade”.*

A seu ver, *“... o atraso à institucionalização é benéfico para o idoso que ainda revela alguma autonomia ao nível físico e psicossocial mas que precisa de auxílio na execução de tarefas da vida quotidiana devido a limitações decorrentes de doença ou da idade. ... É muito importante para o idoso manter-se no seu meio sociofamiliar, ligado às suas raízes, à sua casa, aos seus pertences e às suas memórias... à história construída ao longo da vida”.*

Os principais problemas com que os idosos do SAD se confrontam *“Geralmente...prendem-se com a saúde e a incapacidade dos familiares ou outros significativos contribuírem para a sua resolução ou retardamento de dependências associadas...”.*

O modo de funcionamento do SAD *“...atualmente enquadra-se nas possibilidades a nível institucional e nas necessidades prementes dos utentes apoiados. O serviço é prestado por uma equipa que tem formação, sensibilidade e motivação para “levar” diariamente um gesto de carinho, uma palavra de conforto, o seu sorriso e a sua vontade de colaborar na manutenção do bem-estar geral dos nossos utentes”.*

Relativamente a projetos futuros, *“...seria benéfico para o SAD desenvolver, por exemplo, projetos de parceria com centros de saúde, hospitais e clínicas de reabilitação ... Também seria interessante a criação de uma rede de voluntários composta por profissionais das mais variadas áreas, dispostos a promover visitas domiciliárias para ouvir, conversar, partilhar, acompanhar e colaborar com o seu saber no bem-estar global dos utentes do SAD”.*

Por fim, as perspetivas futuras acerca da *“...expansão e conseqüente evolução do SAD depende, em grande medida, dos apoios, ações ou políticas que visem dotar as instituições de uma maior capacidade de resposta. Sem essa dotação é complicado “fazer mais” para colmatar a necessidade premente de proporcionar aos idosos a vivência da terceira idade com qualidade e dignidade”.*

#### 5.4. Análise dos resultados obtidos

Após o tratamento da informação apresentada nos pontos anteriores, vamos agora fazer uma articulação e análise da mesma, considerando alguns pontos mais importantes, relativos às temáticas privilegiadas no presente trabalho, correspondentes à animação, qualidade de vida e saúde.

Os idosos classificam a sua saúde no presente como “Má” chegando mesmo a referir que estão convencidos de que esta vai piorar e que, comparativamente com o que acontecia há um ano atrás, esta encontrava-se “Boa” na maioria dos casos. Ainda que indiquem que a sua qualidade de vida está “Razoável”, maioritariamente, a sua mobilidade/dependência foi avaliada como se encontrando “Muito má” e “Razoável”.

Eis uma questão que Saldanha (2009, p.3) nos coloca:

Será que a felicidade do ser humano como consequência do aumento do tempo de vida e da eterna juventude, se entendermos esta expressão como traduzindo de forma holística o bem estar físico e mental ao longo da sua existência, foi conseguida?

Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), referem que a falta de saúde contribui grandemente para a diminuição da qualidade de vida dos idosos. Para além da saúde real, a saúde percebida também é relevante e a maioria dos idosos demonstra estar insatisfeito com a mesma. Os indicadores da qualidade de vida não revelam grandes diferenças de género, à exceção do sentimento de solidão e da perceção de qualidade de vida psicológica.

A perceção de qualidade de vida aparece intimamente ligada a variáveis sociodemográficas, a variáveis físicas e de contexto. As associações verificadas entre a qualidade de vida e as variáveis contextuais físicas e sociais apontam no sentido da sua promoção numa perspetiva comunitária (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Aumentar o nível de educação e rendimento, o acesso a saúde e a serviços, bem como a integração social, podem ser meios para implementar o envelhecimento ativo e a qualidade de vida (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

A qualidade de vida na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais que procuram referências tanto nas relações atuais quanto nas passadas e também prospetivas na relação entre o idoso e o ambiente que o cerca. Deste modo, a qualidade de vida na velhice depende de muitos

aspectos que estão em constante interação ao longo da vida do ser humano. Acrescente-se que a qualidade de vida nesta etapa da vida pode ser entendida como um processo adaptativo multidimensional, a despeito da capacidade do sujeito lidar com diferentes demandas (Fleck, 2008).

Para Fontaine (2000) a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjetivo e a satisfação de viver dependem da participação social que se define por duas componentes: a manutenção das relações sociais e a prática de atividades produtivas.

Por sua vez, todas as auxiliares consideram que o SAD não preenche todas as necessidades dos idosos, especialmente o tipo de componentes/necessidades “Sociais” e “Psicológicas e/ou cognitivas”. Já de acordo com Luísa (2014), as coisas que os inquiridos do seu estudo apontam como mais importantes para termos uma boa qualidade de vida recaem nas categorias de saúde com 33,7%, seguida da categoria ausência com 30,3%, da comportamental com 25,3%, da social com 22%, ambas com valores próximos e expressivos.

Tratando-se do SAD de um serviço ainda muito vinculado ao assistencialismo, é na animação sociocultural que podemos intervir de modo a colmatar esta lacuna, pois no entender de Cunha (2009), a animação, no que diz respeito ao idoso, desempenha um papel fundamental, especialmente vocacionada para que se estabeleçam relações sociais e estas são essenciais para manter ou mesmo promover a saúde física, psicológica e social. Efetivamente que o bem-estar está associado a medidas de satisfação com a vida, a felicidade e a autoestima.

Contudo, as auxiliares dizem notar que a qualidade de vida dos idosos melhorou com o SAD a “Nível Biológico e/ou físico”. Todas estas referem-nos que, segundo a sua experiência profissional, a saúde e qualidade de vida dos domiciliados é considerada “Razoável” e que é importante trabalhar com o idoso para este ter qualidade de vida ao nível de “Ter saúde física” e “Poder passear e divertir-se”.

Neste entender, podemos recorrer, uma vez mais, à animação como estratégia de intervenção como a finalidade dinamizar o social, promovendo a participação e responsabilizando os indivíduos pela gestão e direção dos seus próprios recursos, no sentido de um desenvolvimento sustentado (Vallicrosa, 2004). Este desenvolvimento potencia a estabilidade e a igualdade de oportunidades para todos os elementos da comunidade a nível económico, social, educativo, cultural e político.

Estas atividades de animação podem ser uma forma do idoso manter o seu organismo ativo, em bom funcionamento biológico e em equilíbrio com as relações

afetivas e sociais. Portanto, um programa variado de atividades de animação trará, certamente, qualidade de vida ao idoso.

Desta forma, poder-se-iam tentar amenizar os principais problemas com que estes idosos se confrontam, pois *“Geralmente...preendem-se com a saúde e a incapacidade dos familiares ou outros significativos contribuírem para a sua resolução ou retardamento de dependências associadas...”* (E<sub>1</sub>).

Deve ter-se *“...o cuidado de perceber quais são as reais necessidades do utente ... sendo de comum interesse integrar o idoso aquando da elaboração do seu Plano Individual...”* (E<sub>1</sub>). Pois na construção de um bom plano individual, os princípios-chave que devem estar sempre presentes são aqueles *“que estão agregados ao conhecimento de cada utente, focando essencialmente as necessidades e expectativas; uma correta articulação de informação e ação com a equipa SAD, familiares e significativos; a implementação do(s) serviço(s), a monitorização e avaliação do(s) mesmo(s) e por fim, a revisão do Plano Individual em função da realidade existente”* (E<sub>1</sub>).

Este plano *“...focaliza as particularidades de cada um. ...que por sua vez prioriza as necessidades e potencialidades de cada um dos utentes a fim de que fique determinado que a “atividade” é sempre um indicador positivo para que daí possa decorrer um envelhecimento saudável”* (E<sub>1</sub>). Desta forma, pretende-se que das atividades de animação resultem *“...a participação e melhoria da qualidade de vida e bem-estar, remetendo essa atividade para melhorias no campo físico ou mental”* (E<sub>1</sub>).

Reforçando estas ideias, Jacob (2007) descreve a animação de idosos como a maneira de atuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos mais velhos, sendo um estímulo permanente da vida mental, física e afetiva da pessoa idosa. A animação é essencial em qualquer projeto com a população idosa, sendo considerada um elemento fundamental para a qualidade de vida dos idosos de estabelecimentos de acolhimento de pessoas idosas, cujo objetivo principal é preservar a autonomia dos idosos.

Na opinião E<sub>1</sub>, *“...a animação contribui, sem dúvida, para retardar os efeitos do envelhecimento e potencializar a adoção de hábitos de vida saudável imprescindíveis à vivência da terceira idade de forma positiva e digna”* e que o SAD *“...tem contribuído para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida do utente ao enviar esforços no sentido de desenvolver um trabalho em equipa que congrega vários profissionais de diferentes áreas empenhados quer na satisfação de cuidados básicos, como a alimentação, a higiene pessoal e habitacional e o tratamento de roupas, quer na*

*superação das limitações do idoso, no restabelecimento da autoestima, no reforço de laços de identidade, afetividade e sociabilidade” (E<sub>1</sub>).*

O desenvolvimento de atividades de lazer e animação, que se revelem do interesse do idoso, determinam o alcance de níveis satisfatórios de bem-estar e contribuem para a promoção da saúde (Terra & Cunha, 2001), pois o lazer é fundamental para o bem-estar físico, mental e social (Portugal & Azevedo, 2011).

Acrescente-se que a animação é uma ferramenta fundamental para aumentar a autoestima do sénior e do idoso. Deste modo, e no entender de Martínez (2001, p 95):

Quanto mais positiva é a nossa autoestima mais preparados estamos para enfrentar as adversidades e resistir às frustrações, mais possibilidades temos de ser criativos no nosso trabalho e de encontrar mais oportunidades de estabelecer relações enriquecedoras, mais dispostos nos sentimos para tratar os outros com respeito e mais satisfação encontramos pelo simples facto de viver.

Dois dos idosos identificam que o SAD tem contribuído “Muito” para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida. E<sub>1</sub> refere-nos que é graças ao SAD e às atividades desenvolvidas por este que “...*existem casos de melhoria ... Exemplo disso poderá ser o controlo da higiene habitacional e do tratamento de roupas, a garantia de habitação e incentivo à higiene pessoal e/ ou alimentação e o combate ao isolamento e a limitações decorrentes do envelhecimento”.*

Na mesma linha de pensamento temos as auxiliares que nos apontam as áreas/serviços “Alimentação”, à “Higiene pessoal e habitacional” e ao “Controlo de medicação” como sendo as mais importantes e que ajudam a promover a qualidade de vida e saúde do idoso em SAD.

Ainda no âmbito da promoção da qualidade de vida e saúde, “...*determina-se que a técnica que garante o Serviço de Animação promova um conjunto de atividades ou dinâmicas que conduzam precisamente à sua melhoria através de sessões de gerontomotricidade e da consciencialização e promoção dos hábitos de vida saudável.*”

No entanto, “*Essa ação é também alargada ao(s) cuidador(es) por se considerar uma mais valia a articulação e encadeamento de práticas com o(s) mesmo(s). Sendo uma área específica, muitas vezes é necessário o envolvimento de outros técnicos, a título de exemplo a enfermeira, para que seja possível assegurar o serviço da forma mais apropriada e fiável*” (E<sub>1</sub>).

Araújo e Melo (2013, p.156) justificam que com

A participação em atividades de lazer e de recreação permite a distração e, se desenvolvidas em grupo, promove a convivência e o aumento de relações ... melhora a ... autoestima e, ao adquirir novas aprendizagens, aumenta o crescimento pessoal e sente-se mais participativo e integrado na sociedade. Podem ser escolhidas actividades ... consoante os interesses pessoais de cada um, como, por exemplo, físico, intelectual, cultural, manual e artístico.

E<sub>1</sub> salienta ainda que entre todos os utentes das valências do SAD e ERPI “...existem atividades de interação entre utentes do SAD e da ERPI cuja condição física e mental ainda permite a sua movimentação e percepção da ação proposta”.

Segundo Zimerman (2005) o indivíduo devido à sua natureza é um ser sociável, vive em interação durante toda a sua vida com outros indivíduos. Este está inserido em vários grupos, como é o exemplo o grupo da família, amigos, escola e trabalho. Assim, a pessoa idosa ao longo da sua vida passou por todos estes grupos, no entanto passa por ela criar condições internas e a necessidade de se associar a um grupo com o qual se identifique.

As pessoas que têm amigos na terceira idade são mais felizes e saudáveis e que é com os amigos que vão confiar os sentimentos e pensamentos e que são os melhores a compreender as mudanças que se fazem sentir na fase do envelhecimento. Como nos dizem Araújo e Melo (2013, p.141),

Em muitos aspetos as nossas relações são âncoras que estruturamos as nossas prioridades, e uma convivência harmoniosa com os outros faz-nos sentir seguros, apoiados e compreendidos, contribuindo para a definição da nossa identidade, pois aquilo que pensamos de nós contribui para a imagem que vamos construindo de nós próprios.

E<sub>1</sub> assegura-nos que “Atualmente o número de técnicos e auxiliares é suficiente para garantir o normal funcionamento da Instituição” e que os recursos materiais existentes “Numa Instituição sem fins lucrativos ... existem sempre recursos materiais em falta”. Já as auxiliares não partilham da mesma opinião, pois acham ser necessário “Mais ajudantes familiares” ao nível do SAD.

Veiga-Branco (2012) defende que a “gerontologia é uma área multi e interdisciplinar de intervenção ... uma conduta no sentido da neuroplasticidade e da autoeficácia” (p.51), no sentido em que se torna necessário o rico trabalho em rede criando sinergias que beneficiem os idosos, que não tem como objetivo a aprendizagem

de novas matérias, “mas sim, serem eles mesmos, os conteúdos das suas aprendizagens de SI” (p.51).

Neste âmbito, quem deve intervir com os idosos serão todos os profissionais desde enfermeiros, psicólogos, médicos, educadores sociais, ajudantes familiares, entre outros, no entanto, existindo falta de alguns destes profissionais, deve procurar-se dar resposta ao máximo de necessidades possíveis do idosos até se conseguir um maior número de profissionais que assegure o pleno bem-estar da pessoa. É nestes casos que se torna fundamental o papel do animador como agente de ação educativa.

Afirmando que Educação Social auxilia no sentido em que mantêm as aptidões, Veiga-Branco (2012) contrapõe dizendo que a “educação deve estar presente na vida que se vive. Cada momento é o momento de vida até que a vida se extinga” (p.50).

Lemieux (2000, citado em Veiga-Branco, 2012, p.53) defende:

... a questão da educação antecede a referência ao envelhecimento e aos sujeitos envelhecidos, pois ... deve permitir a combinação de distintas especialidades, como a psicologia, a filosofia, a antropologia, a história, a sociologia e a economia, ... e ajudar no momento em que for necessário decidir sobre o quê, o como e para quê da educação às pessoas idosas.

O idoso é uma pessoa que possui uma história pessoal única, com todos os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Esta história pessoal é agora aproveitada e inserida em dinâmicas de grupo, para que a pessoa idosa possa falar e reanalisar as suas potencialidades. Desta forma, pretende-se organizar mudanças culturais nas representações sociais que se tem sobre a velhice, a nível das várias gerações.

A triangulação das relações entre família – idoso – instituição “*Normalmente é feita através de contactos telefónicos e/ou presenciais com os familiares ou outros significativos e visitas domiciliárias, tendo como base a construção de uma relação de proximidade, cordialidade e responsabilidade em prol da prestação de um serviço adequado e eficiente*” (E<sub>1</sub>).

A autora Zimmerman (2005, p.91) justifica esta situação com o facto de

Na prática, a família de muitos velhos não é sempre aquela que tem laços de consanguinidade. Seja por não terem parentes, por viverem afastados ou ainda por serem rejeitados pela família, certos velhos desenvolvem verdadeiros laços familiares com vizinhos, amigos e empregados ... são os cuidadores e outras pessoas fisicamente mais próximas, com quem acabam desenvolvendo fortes laços de amizade e confiança ... por estarem próximas na vida quotidiana, podem acabar conhecendo melhor o velho, os seus gostos e necessidades do que familiares que os visitam esporadicamente.

Ainda que esta boa relação entre as auxiliares e os idosos do SAD seja “... *preservada por meio da simpatia, compreensão, afetividade, comunicação e satisfação das suas necessidades de forma correta e responsável*” e que a relação entre a Instituição e os familiares dos utentes seja “... *positiva pois permite a troca de informações e articulação de práticas ou ações necessárias à melhoria dos cuidados ou condição dos utentes*” (E<sub>1</sub>), nas últimas semanas, os idosos sentiram-se “Quase sempre” muito nervosos, cansados, sozinhos e ansiosos.

De acordo com Duarte, Lapa e Nunes (2013), podemos comprovar que prestar um bom serviço passa por alguns aspetos como a “motivação para a área ... satisfação com o desempenho, atividade gratificante, ... relação de trabalho interpares, ... contributo pessoal na relação profissional, ... trabalho em equipa” (pp.268-269) mas infelizmente tais aspetos não são suficientes para colmatar os sentimentos apontados pelos idosos.

Zimmerman (2005) justifica esta situação com o facto de muitas vezes a família dos idosos não ser sempre quem desenvolve maiores laços com estes, seja por não terem família perto ou por falta de tempo. Nestes casos acabam por ser os colaboradores que estão mais presentes no seu dia-a-dia, desenvolvem maiores laços de amizade e confiança e chegam mesmo a conhecê-los melhor que os seus familiares.

Desta forma, e ainda que o modo de funcionamento do SAD se enquadre “... *nas possibilidades a nível institucional e nas necessidades prementes dos utentes apoiados*” (E<sub>1</sub>), é necessário fazer-se algo para melhorar o serviço de modo a combater tais sentimentos.

Mesmo sabendo que a sua saúde os limita “Completamente” em “Atividades físicas”, “Atividades domésticas”, “Levantar ou carregar compras”, “Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se” e “Passear sozinho”, todos consideraram importante “Ter saúde física” e “Poder passear e divertir-me” para ter qualidade de vida e é preciso orientar planos de atividades neste campo de ação.

Um dos aspetos mais significativos para a qualidade de vida é o suporte e apoio familiar, dos amigos e o envolvimento nas atividades sociais. Baixos níveis de contatos sociais estão associados a uma pobre qualidade de vida, pois atualmente há um grande número de pessoas que vivem sós, que perderam o/a companheiro ou perderam os amigos que foram falecendo e podem experienciar a solidão. De referir que Santos, Fernandes e Henriques (2002) realizaram um estudo sobre a *Qualidade de vida do idoso*

na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan, cujo objetivo era avaliar a satisfação de idosos em relação à sua qualidade de vida e onde a variável 15 – Socialização: “fazer amigos” apresentou maior índice de satisfação.

Assim, Cunha (2009, p. 33) comprova que

...a animação deve ser entendida como uma forma ideal de promover a socialização, formar os indivíduos para a vida em comunidade, sensibilizar e educar as pessoas para os valores humanos e para o desenvolvimento da sua personalidade.

Relativamente a projetos futuros, os idosos gostavam de ver implementadas atividades ligadas à “Expressão plástica”, “Família e comunidade”, “Preservação do meio ambiente”, “Acompanhamento da saúde” e “Intergeracionais”. Já as auxiliares acham ser necessário “Desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e solidão” (a nível do SAD).

Por fim, seria também “... *benéfico para o SAD desenvolver, por exemplo, projetos de parceria com centros de saúde, hospitais e clínicas de reabilitação ... Também seria interessante a criação de uma rede de voluntários composta por profissionais das mais variadas áreas, dispostos a promover visitas domiciliárias para ouvir, conversar, partilhar, acompanhar e colaborar com o seu saber no bem-estar global dos utentes do SAD*” (E<sub>1</sub>).

Como uma das grandes conclusões que podemos apreender é que a animação contribui para retardar os efeitos do envelhecimento e potencializar a adoção de hábitos de vida saudável, imprescindíveis à vivência da terceira idade de forma positiva e digna, e que o SAD tem contribuído para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida do cliente ao enviar esforços no sentido de desenvolver um trabalho em equipa que congrega vários profissionais de diferentes áreas, empenhados quer na satisfação de cuidados básicos – como a alimentação, a higiene pessoal e habitacional e o tratamento de roupas – quer na superação das limitações do idoso, no restabelecimento da autoestima, no reforço de laços de identidade, afetividade e sociabilidade, e é preciso continuar a orientar planos de atividades neste campo de ação.

Em inferência, o levantamento de necessidades permite avaliá-las em meio domiciliário e apontar lacunas encontradas, e dos resultados consequentes dos inquéritos e da entrevista conclui-se a necessidade da vertente socioeducativa no dia-a-dia do idoso domiciliado num processo de desenvolvimento ativo e integral, sem, no

entanto, esquecer a individualidade de cada interveniente e para que até ao fim cada um seja o autor da sua própria história.

Assim, poder-se-ia tentar amenizar os principais problemas com que estes idosos se confrontam, pois, na maioria das vezes, estes centram-se nas limitações da saúde e na incapacidade dos familiares ou outros significativos, contribuirão no apoio e abrandamento do processo de dependência. Para Kanning e Schlicht (2008) o bem-estar é um critério primordial para o envelhecimento bem-sucedido e para uma boa qualidade de vida. Segundo estes, o envelhecimento bem-sucedido está relacionado com a capacidade que os idosos têm em promover o bem-estar subjetivo tornando-se, assim, fulcral envolver os demais na procura do bem-estar do seu idoso.

Larson (1978) concluiu que entre todos os componentes da situação da vida de uma pessoa idosa, a saúde é a que está mais fortemente relacionada com bem-estar. Através da leitura, quer dos questionários quer da entrevista, podemos verificar que, de facto, o bem-estar físico aparece relacionado diretamente com facto de se ter saúde.

O crescente investimento futuro nestas linhas de atuação poderá ser determinante na alteração progressiva das mentalidades no que diz respeito à importância das relações, dentro e fora dos grupos, nos dias de hoje.

Desta forma, o convívio mostra-se também como um fator relevante no que concerne ao bem-estar social dos idosos. De acordo com a opinião quer dos idosos, quer dos colaboradores da instituição, pode-se constatar no contexto de relações sociais e afetivas, a interação aparece como sendo um fator muito significativo. Segundo Silva e Rezende (2005) o aumento da rede de contatos sociais proporciona um aumento do bem-estar, potencializa os recursos pessoais e coopera no entendimento da interdependência com os outros idosos.

Na nossa ótica, relativamente a projetos futuros benéficos para o SAD, tornam-se importantes de desenvolver, por exemplo, projetos de parceria com centros de saúde, hospitais e clínicas de reabilitação, assim como uma rede de voluntários composta por profissionais das mais variadas áreas, dispostos a agendar visitas domiciliárias para ouvir, conversar, partilhar, acompanhar e imprimir com as suas vocações, o bem-estar geral dos idosos.

Por um lado, os idosos gostariam de ver continuadas, atividades ligadas a: expressão plástica; família e comunidade; preservação do meio ambiente; acompanhamento da saúde e intergeracionalidade. Por outro, as auxiliares insistem em conferir alguma prioridade em desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e

solidão (a nível do SAD). Mas, a nosso ver, desde que o serviço seja prestado por uma equipa que tenha formação, sensibilidade e motivação para oferecer diariamente um gesto de carinho, uma palavra de conforto, um sorriso e uma vontade de coadjuvar na manutenção do bem-estar geral dos nossos utentes, encontram-se, então, reunidos os atributos essenciais para o perpetuamento dos cuidados de excelência.

Com a reforma, o tempo livre parece ser o maior aliado do isolamento, de solidão e de falta de vontade de viver, o que pode por instigar doenças como a depressão. Para combater estes problemas, é necessário procurarem-se alternativas satisfatórias para o indivíduo. Não basta apenas ocupar o seu tempo com qualquer tipo de atividade, é fundamental que este seja ocupado com atividades que lhe proporcionem satisfação na realização das mesmas.

Ter a capacidade de desbravar novos conhecimentos parece ser uma arte de se conquistarem também outros benefícios. De acordo com os dados comprovou-se que os idosos querem aprender coisas novas, que lhes possam trazer algum benefício, que possam contribuir para o seu bem-estar psicológico. Na opinião de Neri (2006), a atualização de conhecimentos pode ser compreendida como uma propensão para a efetivação de uma meta de vida. Fica clara a relevância não só da aquisição e troca de conhecimentos, como também a importância de conhecer novas pessoas e de ter condições favoráveis para a socialização.

A nosso ver, desde que o serviço seja “... *prestado por uma equipa que tem formação, sensibilidade e motivação para “levar” diariamente um gesto de carinho, uma palavra de conforto, o seu sorriso e a sua vontade de colaborar na manutenção do bem-estar geral dos nossos utentes*” (E<sub>1</sub>), vai-se sempre procurar “... *“fazer mais” para colmatar a necessidade presente de proporcionar aos idosos a vivência da terceira idade com qualidade e dignidade*” (E<sub>1</sub>).

## **Capítulo 6. Plano de intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi**

Para Serrano (2008), o projeto nasce como consequência do desejo de melhorar a realidade onde se está inserido. Os projetos podem ser muito diferentes e variados, tanto no que toca aos objetivos como à sua metodologia, no entanto, todos têm uma característica comum, o avanço antecipado das ações para conseguir determinados

objetivos, que permitam alcançar o fim previsto. Este passa por um plano de trabalho com carácter de proposta onde estão presentes os elementos necessários para alcançar os objetivos. Ou seja, o projeto tem como missão prever, orientar e preparar o que se vai fazer, para o seu desenvolvimento.

Em todos os projetos deve estar presente: a descrição do que se quer alcançar, bem como a sua finalidade; a adaptação do projeto às características do meio, e às pessoas que nele vão participar; os dados e as informações técnicas para o desenvolvimento do projeto, assim como, os instrumentos de recolha de dados; os recursos para a execução; e a calendarização do seu desenvolvimento (Serrano, 2008). Seguindo a mesma linha de pensamento de Serrano (2008), o que se pretende deste trabalho é a construção de um projeto de intervenção para satisfazer as necessidades detetadas no trabalho de investigação que se realizou.

O que se pretende passa, então, por consentir o desenvolvimento de jogos/dinâmicas/atividades para auxiliar no contacto com temáticas que de outra forma não seria possível, sem causar uma excessiva ansiedade. De acordo com Manes (2014), torna-se importante que as pessoas que participam estejam num ambiente onde se sintam confortáveis, que seja facilitador de reduzir os seus receios de modo a que explorem e se conscientizem dos temas que lhes sejam úteis.

Torna-se importante referir que apesar de cada atividade se desenvolver em âmbitos específicos, estas podem estar interligadas, assim como, o caso de se desenvolverem várias objetivos com a mesma atividade.

Desta forma, serão então apresentadas em seguida as atividades e os seus respetivos objetivos. Importa referir, antes de tudo o resto, que algumas sofreram mudanças no decorrer da sua implementação consoante as capacidades e gostos dos idosos.

Existiram, também, algumas alterações a nível de datas previstas, devido a alguns imprevistos que foram surgindo ao longo do percurso. Embora a ideia inicial fosse desenvolver as atividades duas vezes por dia nas duas habitações, foi-nos aconselhado fazer apenas uma habitação por dia. Tal facto não impediu que não pudessemos cumprir com o plano de atividades delineado inicialmente, pelo contrário: até o facilitou.

Relativamente à calendarização, esta foi construída entre as segundas e quartas-feiras (onde das 14h30 às 15h30 nos deslocávamos a uma habitação) e as terças e quintas-feiras (segundo o processo anterior mencionado). Assim, o plano de

atividades decorreu entre os dias 14 de maio de 2015 e marcou o seu fim a 14 de julho de 2015 com a última atividade (Anexos VI e VII).

As conclusões retiradas em cada atividade abaixo enunciadas foram alcançadas através da observação direta participante e de conversas informais, conduzidas com a ajuda da tabela de avaliação diária da atividade (Anexo X) e do relatório diário da atividade (Anexo XI).

Esta tabela de avaliação consistia na sondagem da opinião dos idosos em torno de dez questões com duas possibilidades de escolha – “Sim” e “Não”. Foram elas:

1. Gostou desta atividade?
2. Gostou da forma como foi feita esta atividade?
3. Acha que aprendeu alguma coisa com esta atividade?
4. Esta atividade foi de encontro aos seus gostos e interesses?
5. Sentiu que esta atividade se adaptou às suas necessidades?
6. Sentiu algum tipo de dificuldade em realizar esta atividade?
7. Alterava/substituía esta atividade?
8. Esta atividade permitiu que desenvolvesse algum tipo de hábito saudável?
9. Ao participar nesta atividade sentiu melhorias na sua saúde?
10. Gostaria que esta atividade tivesse continuidade? (Anexo X).

Já o relatório diário da atividade ajudava-nos a organizar a informação recolhida de acordo com a área de intervenção em que se baseava a atividade, o tema da semana em que esta se enquadrava, qual a atividade em específico e a sua data, hora, local, duração e participante(s). Depois fazia-se uma breve descrição do que consistia a atividade e quais o(s) seu(s) objetivo(s) e, por fim, um resumo de como esta correu (Anexo XI).

Falando agora acerca das atividades, falta ainda salientar que antes de quaisquer uma delas procurou-se sempre fazer um pequeno grupo de exercícios de modo a depois iniciar cada atividade do plano (Anexo XXIV) mas que nem sempre foi executado, pois em alguns dos dias os idosos recusaram fazê-lo.

Em seguida, e para uma melhor esquematização das atividades, optamos por dividi-las em blocos e subdividir estes pelas áreas de intervenção em que pretendiam desenvolver atividades. Dentro de cada área de intervenção estarão discriminadas as correspondentes atividades. Segue, então, o “Plano de Intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi” (Anexo VIII).

## **Atividade 1**

### **➤ Pré-teste e pós-teste**

- Avaliação física e cognitiva: “MiniExame do Estado Mental” de Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)”.

Os objetivos da aplicação deste pré e pós-teste serviram para identificar se existiria algum tipo de incapacidade física e/ou cognitiva agravante. Depois de aplicado o pré-teste, algumas das atividades iniciais foram retificadas de forma a tornarem-se mais simples de executar por parte dos idosos.

Este teste consistia em colocar questões ligadas à orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Em cada categoria consoante o idoso acertasse ou errasse era atribuído o número de pontos respetivo em cada questão.

No final do projeto aplicou-se o pós-teste de forma a comparar se existiria algum tipo de evolução ou regressão no estado físico e/ou cognitivo da pessoa.

As diferenças positivas deram-se em dois dos idosos que evoluíram de forma significativa a nível cognitivo, pois alcançaram-se melhorias em algumas questões. Quanto ao idoso em falta, esse sofreu de uma regressão, facto que se pode explicar através de ser uma pessoa com alzheimer (Anexo IX).

Os objetivos foram cumpridos tornando-se possível a identificação das principais dificuldades dos idosos em realizar determinado tipo de atividades. Foi-nos possível deduzir tais factos através da observação direta participante aquando o preenchimento do teste. Assim, foi notável o comportamento pouco interessado dos idosos durante a aplicação do mesmo, ainda que estes não demonstrassem grandes dificuldades na compreensão das questões acabando por concluí-los dentro do tempo previsto.

## **Atividade 2**

### **➤ Atividades lúdicas e recreativas**

- Estas atividades de expressão plástica consistiram em fazerem-se recortes e colagens, pinturas, desenhos, cortes e costura, modelagens e decalques.
- Foram também dinamizadas atividades de estimulação cognitiva/mental e sensorial ligadas a jogos de sala e jogos lúdicos, ao uso de algumas TIC

(Tecnologias de informação e comunicação), ao cálculo matemático, a exercícios de escrita sobre várias temáticas, a exercícios de memória, a jogos de semelhanças e diferenças e a jogos de reconhecimento auditivo, tátil e visual.

Falando-se sobre o Santo António e as tradições festivas alusivas a esta época, os idosos embelezaram sardinhas de papel que vieram a servir de decoração na festa de Santo António organizada pelo CCE para todos aqueles que quisessem comparecer. Graças a isso foram também partilhadas muitas memórias sobre como os idosos comemoravam esta altura e recolhidos alguns versos, em SAD e ERPI, que acabaram, também estes, por constar nos majericos que estavam à venda neste dia.

Para a festa de final de ano letivo das crianças, aproveitamos para moldar alguns ímanes em papel reciclado que acabaram por estar em exposição nesta mesma festa. A salientar que esta atividade também contou com a participação de alguns idosos da ERPI.

Os objetivos destas eram:

- i) Desenvolver a destreza manual;
- ii) Estimular a criatividade;
- iii) Desenvolvimento da atenção, concentração e coordenação;
- iv) Promoção da orientação espacial e temporal;
- v) Aquisição de novos conhecimentos.

Posto isto, todos os objetivos foram alcançados na medida em que se trabalhou cada um destes através da interação entre os participantes, quer em grupo quer individualmente, com as dinamizadoras das várias atividades plásticas. Isto foi-nos possível concluir através da observação direta participante e das conversas informais que se iam estabelecendo no decorrer de cada atividade.

Conseguiu-se observar que os idosos ficavam bastante mais entusiasmados quando estas eram feitas em grupo, pois a interação com os idosos da ERPI era muito dinâmica e permitia a que houvesse a oportunidade de aquisição de novos conhecimentos. Ainda assim, quando esta era feita a um nível mais restrito, os idosos também se mostravam satisfeitos por poderem realizá-las. Ainda a salientar que não foram demonstradas graves dificuldades no decorrer destas e tendo sido o tempo de duração das atividades mal controlado, acabou-se por ter sido necessário realizarem-se mais de duas sessões graças à dispersão da atenção no término das tarefas propostas.

Desde rimas e provérbios a labirintos e sons, este módulo contou com as atividades mais dinâmicas do plano na opinião dos idosos. Ainda que tenha existido alguma dificuldade nas atividades de cálculo matemático, tarefas verbais e jogos de memória, com ajuda todos os idosos acabaram por executar todas as tarefas até ao fim.

Infelizmente a atividade ligada às TIC não foi muito bem encarada por nenhum deles, pois sentiram desde início muitas dificuldades acabando por se mostrarem pouco à vontade para aprender a trabalhar com estas. A primeira parte desta consistia na enumeração de cinco coisas que gostassem e não gostassem, que conseguiu ser realizada, e a segunda resultaria na captação através da fotografia do mesmo, que ficou por concluir.

Relativamente ao cálculo matemático, só um idoso mostrou grande destreza e gosto em responder às questões.

Os jogos de reconhecimento auditivo, tátil e visual foram aqueles que mais se destacaram a nível de entusiasmo e espírito de grupo. Os auditivos consistiam na reprodução de sons digitais e identificação numa lista do que estes eram, os táteis eram compostos por vários objetos, onde o idoso através do toque (e com os olhos vendados) tentava adivinhar o que cada um era e, por fim, os visuais consistiam na exibição de alguns cartões com várias figuras e que se pedia ao idoso para, sem dizer o que estava na imagem, descrevê-lo de modo à pessoa que os mostrava adivinhar sem ver.

Os objetivos destas eram:

- i) Fomentar o espírito de grupo;
- ii) Aquirir novos conhecimentos e partilha de informação;
- iii) Evitar o isolamento;
- iv) Prevenir a rápida degradação mental;
- v) Estimular a memória, o raciocínio e a concentração.

Assim, foi-nos possível inferir que todos os objetivos foram cumpridos graças a este módulo ter sido apontado, no decorrer de cada atividade, como o mais divertido, sendo observável no decorrer de todas as atividades a boa disposição e o interesse na partilha de histórias relacionadas com as temáticas. O tempo de duração das atividades nem sempre muito foi bem controlado pois existia alguma dispersão, o que, por sua vez, também ajudou a que o idoso interagisse mais com quem o rodeava.

### **Atividade 3**

#### **➤ Atividades socioculturais**

Dividindo-se estas em três módulos, as atividades realizadas em cada um destes foram:

- Desenvolvimento pessoal e social: conversas informais; recolha de património oral; exercícios de conhecimento; leitura de notícias; estimulação da escrita; estimulação da leitura; rezar o terço; recolha de dizeres populares; descrição de profissões e atividades de antigamente;
- Família e comunidade + Intergeracionalidade: dinâmicas de grupo; atividades de troca de ofertas entre os idosos e as famílias; festa de Santo António; festa de final de ano letivo com desfile, atuações e jantar;
- Preservação do meio ambiente: plantação de sementes e flores; decoração de objetos com materiais recicláveis.

As festas de Santo António e de final de ano letivo, já referidas anteriormente, contaram com atuações dos clientes de todas as faixas etárias do CCE (ligadas ao canto e dança), convívio com comes e bebes e, ainda, alguma venda de peças feitas pelos idosos da instituição. Vale salientar que se dinamizou um desfile ligado à moda dos anos 40 na festa de Santo António e que este contou com a participação dos idosos de ERPI. Dois dos idosos da amostra compareceram mas ficaram só a assistir.

Ainda na altura desta época de Santo António, foram plantados, com a ajuda de dois dos idosos da amostra, alguns manjericos no CCE em conjunto com clientes da ERPI.

Criou-se também a oportunidade de cada idoso pintar e decorar uma tela em género de moldura a seu gosto para oferecer a um membro da sua família com uma fotografia sua.

Outra atividade que gostaria de salientar foi uma ligada à creche “O Caracol”. Nesta pediu-se aos idosos que dissessem o que gostavam nas crianças. Esse material recolhido constou no postal que foi oferecido a uma sala desta creche no dia mundial da criança.

A recolha de património oral deu-se em quase todas as atividades. Esta foi facultada, na íntegra, ao CCE e irá constar no seu futuro livro (encontrando-se ainda em fase de finalização).

Os objetivos traçados em cada módulo foram:

#### Desenvolvimento pessoal e social

- i) Estimular a comunicação verbal;
- ii) Valorizar a pessoa e a sua autoestima;
- iii) Fortalecer laços familiares;
- iv) Partilhar experiências;
- v) Educar para a cidadania;
- vi) Despertar o espírito crítico;
- vii) Promover a autonomia e a responsabilidade;
- viii) Promover o diálogo e troca de opiniões;
- ix) Estimular a memória;
- x) Reviver as vivências e experiências adquiridas ao longo da vida;
- xi) Promover a interação e coesão grupal.

#### Família e comunidade + Intergeracionalidade

- i) Reforçar os laços familiares entre os idosos e os seus familiares;
- ii) Contribuir para evitar o isolamento;
- iii) Permitir a relação com o meio envolvente;
- iv) Proporcionar momentos de convívio e confraternização;
- v) Envolver a comunidade nas comemorações festivas;
- vi) Incrementar a participação ativa dos idosos e crianças.

#### Preservação do meio ambiente

- i) Preservar o meio ambiente;
- ii) Educar para hábitos de poupança dos recursos naturais;
- iii) Contribuir para um desenvolvimento sustentável às gerações futuras.

No geral, os idosos mostraram-se cooperantes e interessados na maior parte das atividades mas nem sempre o tempo de duração das atividades fosse bem controlado. Não se conseguiu executar a atividade “rezar o terço” e ficaram por cumprir cinco objetivos. Estes dizem respeito ao seguinte:

- v) Educar para a cidadania;
- vi) Despertar o espírito crítico;
- i) Reforçar os laços familiares entre os idosos e os seus familiares;

- ii) Educar para hábitos de poupança dos recursos naturais;
- iii) Contribuir para um desenvolvimento sustentável às gerações futuras.

Foi-nos possível apurar que estes objetivos não foram concretizáveis pois, em conversa informal com a colaboradora que nos acompanhava em cada habitação, concluiu-se que seria preciso fazer um trabalho gradual de modo a ir-se inculcando aos idosos e às suas famílias alguma sensibilidade para o que cada um destes objetivos implicava.

#### **Atividade 4**

##### **➤ Atividades físico-motoras**

- Atividades de animação física ou motora onde se fizeram exercícios de aquecimento e relaxamento, exercícios de geromotricidade e jogos de *bowling*.

Neste quadro de atividades, os jogos de *bowling* devem ter sido as atividades que conseguiram despertar alguma satisfação. Talvez por não necessitarem de um grande esforço físico, contrariamente às outras duas atividades.

Todos os idosos mostraram severos problemas em executar quaisquer exercícios ligados à atividade física, inclusive era necessário incentivá-los a dobrar para que realizassem a atividade. Fator justificativo deste acontecimento talvez se deva à idade já um pouco avançada da amostra e à falta de ocupação livre que os obrigue a movimentarem-se.

Dentro das dificuldades sentidas, os exercícios de aquecimento e relaxamento ainda eram aqueles que, lentamente, ainda eram executados dentro dos termos em que era solicitado. Aquando pedido um exercício de geromotricidade, os idosos negavam logo à partida realizá-lo. Ainda assim, com muito custo, sempre acabaram por fazer a maior parte das atividades ligadas à animação física ou motora.

Os objetivos definidos foram:

- i) Estimular a comunicação não-verbal;
- ii) Estimular os/as idosos/as para as práticas desportivas;
- iii) Aquisição, coordenação e controlo do próprio corpo;
- iv) Aumentar a resistência física.

Tendo sido confessado pelos idosos ter sido este o módulo que menos gostaram, inferimos que seria necessário desenvolver, já de trás, um trabalho constante de modo a prevenir a rápida degradação física do idoso e a cativá-lo para a prática de hábitos saudáveis. Isto acabaria não só por ajudá-lo a que não sentisse tantas dificuldades em executar algum tipo de exercícios como, também, a sentir-se melhor consigo próprio por conseguir realizar alguns exercícios, ainda que com alguma ajuda. Infelizmente notou-se que nenhum idoso mostrava uma boa destreza física ou motivação em alterar este facto.

Não havendo um grande interesse na prática destas atividades, o tempo de duração destas foi bem controlado e deixaram-se dois objetivos por alcançar. Nomeadamente:

- iii) Aquisição, coordenação e controlo do próprio corpo;
- iv) Aumentar a resistência física.

### **Atividade 5**

#### **➤ Atividades de saúde**

- Ligadas ao acompanhamento da saúde do idoso, as atividades que se pretenderam promover diziam respeito a troca de informações com a equipa do SAD, a sessões informais de esclarecimento sobre doenças, prevenção de quedas, alimentação e outras temáticas, a medir a tensão, a cuidados de beleza e a confeção de alimentos.

As atividades realizadas nestes módulos foram a nível de troca de informações, em regime informal, com a equipa do SAD, de cuidados de beleza, que consistiu no tratamento e pintura das unhas das duas idosas da amostra (sugerida por uma idosa) e de confeção de alimentos (pães de cereais e alfarroba).

Os objetivos traçados para estas atividades recaiam em:

- i) Conhecer o historial clínico do/a idoso/a;
- ii) Melhorar ou preservar a qualidade de vida do/a idoso/a;
- iii) Promover a autonomia, a independência e os hábitos de vida saudáveis;
- iv) Promover a integração familiar na tomada de decisão;
- v) Detetar precocemente possíveis alterações a nível físico e/ou cognitivo na saúde do/a idoso/a;

- vi) Controlar a evolução dos problemas já existentes;
- vii) Prevenção de doenças e quedas;
- viii) Minimizar o impacto da posterior institucionalização.

Este foi o módulo em que mais atividades e objetivos ficaram por acontecer ainda que o tempo de duração das atividades tenha sido bem controlado e os idosos tenham gostado das atividades que conseguiram ser realizadas. Relativamente aos objetivos por cumprir, destacam-se os seguintes:

- iii) Promover a autonomia, a independência e os hábitos de vida saudáveis;
- iv) Promover a integração familiar na tomada de decisão;
- v) Detetar precocemente possíveis alterações a nível físico e/ou cognitivo na saúde do/a idoso/a;
- vi) Controlar a evolução dos problemas já existentes;
- vii) Prevenção de doenças e quedas.

Estes objetivos não foram alcançáveis pois, após algumas conversas, julgamos ser necessário, antes de tudo mais, criarem-se e implementarem-se algumas medidas a longo prazo que venham a capacitar os idosos para uma prevenção de cuidados ao nível da sua saúde. Só depois seria possível pensar-se em traçar um trabalho gradual que se fosse promovendo, a pouco e pouco, estes mesmos objetivos e desconstruindo algumas ideias erradas acerca desta temática.

## **Capítulo 7. Avaliação geral do plano**

De acordo com Serrano (2008, p.81), a avaliação “é um processo de reflexão que permite explicar e avaliar os resultados das acções realizadas. A avaliação permite-nos reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática, a fim de corrigir aqueles no futuro”. Como em todos os projetos sociais, também este foi sujeito a um processo de avaliação com o intuito de verificar o cumprimento ou não dos objetivos propostos na fase inicial do mesmo.

A avaliação do projeto visa a transformação de aspetos que possam não ter corrido da melhor forma no desenvolvimento das atividades, bem como perceber até que ponto os idosos se encontram satisfeitos com o decorrer do processo. Chama-se a isto uma avaliação com fins de acompanhamento, pois “...pretende-se saber se os

projectos de intervenção estão a atingir os grupos-alvo e se estão a assegurar os recursos e serviços previstos” (Serrano, 2008, p.196).

Para Almeida (1998, p.124), “A avaliação é um processo contínuo de renovação que, dia a dia, vem sendo enriquecido com várias vivências e experiências”. Assim, a avaliação deste projeto foi feita de forma contínua de modo a que fosse possível melhorar alguns aspetos referentes à organização e no decorrer das atividades, à medida que estas iam acontecendo. Foi através da observação direta participante, de conversas informais e do preenchimento da tabela de avaliação diária da atividade (Anexo X) e do relatório diário da atividade (Anexo XI) que esta se tornou possível.

Serrano (2008, p.96), por sua vez, diz-nos que

Através da avaliação progressiva do projecto vamos tomando consciência tanto dos progressos e avanços como dos desajustamentos e vicissitudes no processo de desenvolvimento do mesmo. Este caminho vai-nos indicando em que grau, de que forma e de que modo se vão alcançando os objectivos. A avaliação de qualquer projecto deve ser integrada nele próprio. Esta deve ser *contínua, sistemática e flexível*.

Tendo a avaliação sido feita a nível interno, foi realizada por pessoas que “...procedem do interior da instituição executora do projecto. Ou seja, é levada a cabo por pessoas implicadas no plano que possam proporcionar um *feedback* contínuo, de modo que possam integrar as adaptações necessárias” (Serrano, 2008, p.89). Importando aqui salientar o facto de esta também ser feita pelos idosos, não passando só pela equipa técnica face ao projeto.

Deste modo, torna-se imprescindível fazer uma breve avaliação das diferentes componentes envolvidas no projeto, nomeadamente de cada atividade e dos seus objetivos e do comportamento e participação dos idosos.

Por fim, e relativamente à avaliação final, esta é aplicada no fim do processo ou período de realização de um projeto. Para Serrano (2008, p.96), esta fase final implica

... a elaboração de uma síntese que se atinge com a conjugação de todos os elementos proporcionados pela avaliação inicial e processual para chegar a uma formulação global na qual se ponha em relevo se os objectivos do projecto foram alcançados, ou não, e em que medida. É necessário analisar os resultados alcançados e os seus efeitos nos beneficiários.

A avaliação final possibilita-nos compreender a forma como correu a intervenção revelando aquilo que os idosos aprenderam e gostaram, fortalecendo uma visão mais positiva sobre o envelhecimento. Esta avaliação foi realizada várias vezes após terminada cada atividade para perceber a opinião destes e ajudá-los a esclarecer alguma dúvida que possa ter surgido. Esta foi ainda novamente utilizada aquando o término do estágio junto da colaboradora que me acompanhava às habitações para que se pudessem distinguir pontos fortes e limitações desta intervenção.

De acordo com o plano de estágio, a avaliação das atividades passou por aplicar um pequeno questionário com perguntas simples, diretas e com vocabulário acessível, como já fora enunciado anteriormente. Este foi composto por dez questões com duas possibilidades de escolha – “Sim” e “Não” (Anexo X).

Na primeira vez que este foi aplicado, foi necessário explicar ao idoso qual a finalidade do questionário, tendo sido imprescindível fazer um acompanhamento individual durante a aplicação do mesmo. Esta situação fez-nos perceber, claramente, a amostra detinha graves problemas de literacia, isto deve-se ao facto de que, no seu tempo, poucos eram aqueles que não trabalhavam no campo e chegavam a estudar.

Posto isto, e considerando que a aplicação do questionário não seria viável, uma vez que se apresentaram grandes dificuldades no preenchimento e compreensão do instrumento, já para não falar que no caso dos idosos que sofriam da doença de alzheimer existia uma desorientação factual e temporal que os impossibilitava recordar a atividade no seu todo, que a melhor alternativa a este passava por se criar uma pequena conversa informal, com base nas questões da tabela e na observação de reações, de modo a recolher alguma informação que nos ajudasse a compreender a sua opinião relativamente à atividade em particular. Para tal, teve-se como suporte base a junção da tabela de avaliação diária da atividade com o relatório diário da atividade. Desta junção deram-se origem às notas e diário de campo, que ajudaram na esquematização dos aspetos mais relevantes em cada uma das atividades.

Uma vez que as respostas negativas foram muito inferiores às positivas (como já foi mencionado anteriormente quando se fala de cada atividade em particular), podemos concluir que os idosos gostaram dos temas propostos e de tudo o que estas envolviam numa generalidade.

Aquando o término do estágio, a colaboradora que nos acompanhava às habitações avaliou o plano em causa como sendo um bom potenciador de mudanças na vida quotidiana destes idosos.

Ao fim e ao cabo, o que se pretende com a implementação de um projeto exploratório deste género é, fundamentalmente, provocar mudanças – quer na instituição, quer no dia-a-dia dos envolvidos. Essas mudanças poderão vir a ampliar-se, eventualmente, a uma horizontalidade mais abrangente via projetos futuros, na medida em que estes, através do vasto leque de atividades propostas, encorajaram os idosos a fortalecerem o gosto pela partilha e comunhão.

De acordo com Zimerman (2005), através desta metodologia é possível criar as mais diversas relações, com o objetivo de incluir a pessoa no grupo, facilitando o seu desenvolvimento como pessoa individual e como membro do grupo, o que irá criar impacto também na família e na comunidade.

Este plano destacou as particularidades de cada um e, por sua vez, prioriza as necessidades e potencialidades de cada um dos utentes a fim de que fique determinado que a “atividade” é sempre um indicador positivo para que daí possa decorrer um envelhecimento saudável.

Em jeito de síntese, devemos sempre procurar incitar atitudes deste tipo, pois estes poderão vir, de certo modo, a contribuir para uma alteração das mentalidades relativamente à crescente relevância que as relações, dentro e fora de grupos, têm nos dias de hoje.

## Considerações finais

Com o aumento da população idosa, e com a diminuição do tempo disponível por parte das famílias para cuidar dos seus idosos, tornou-se urgente a criação não só de infraestruturas, mas também de atividades capazes de sustentar o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual de toda a população sénior.

A sociedade atual retirou ao idoso o lugar privilegiado de outrora, pois os conhecimentos de hoje estão em permanente atualização, o que deixa os idosos confinados a um papel secundário, em que o *know-how* dos mesmos é subvalorizado. Na sequência do panorama vigente, impera uma necessidade de revisão do estatuto do idoso e da forma precária como é aproveitada a experiência, sugerindo o desenho de novas fórmulas que integrem o processo de envelhecimento, com protagonismo, na construção do futuro das comunidades.

É nesta perspetiva que este estágio, envolvendo idosos que conosco partilham o seu dia-a-dia, possibilitou a realização deste plano, com uma abordagem recetiva, integradora, e cujo desígnio aludiu ao treino da autonomia e aspetos que tornem o idoso autossuficiente, oferecendo um papel mais consciente e empreendedor no seu quotidiano e na relação com a comunidade, a instituição e grupos a que pertencem.

A verdade é que se torna redutor encarar o envelhecimento apenas numa perspetiva biológica ou psicológica, na medida em que existem outros fatores que interferem no mesmo e sendo este um processo irreversível e diferenciado. Então, não sendo meramente um processo biológico, deve ser observado como um processo cultural e social. Isto é, o envelhecimento não resulta apenas da maior idade mas também de um conjunto de alterações de atitudes e mentalidades, fruto das próprias vivências do idoso. Tal como nos diz Fonseca (2006, p.186), não nos devemos centrar na perspetiva de velhice

... mas na pessoa, que antes de ser “velha” ou “idosa” é uma pessoa em desenvolvimento, um desenvolvimento marcado não apenas por uma evolução biológica mas também por uma modificação na forma como se dá sentido ao mundo e às coisas que nele (e na própria pessoa) vão acontecendo.

Envelhecer faz parte da nossa condição de seres vivos e esse processo decorrerá de forma distinta em cada indivíduo, dependendo do seu percurso de vida, do ambiente e contextos aos quais foi subjugado.

Trabalhar com idosos é um processo complexo não propriamente pelas dificuldades motoras, mas sim pelas alterações emocionais e psíquicas pelo qual este atravessa durante o processo de envelhecimento. Contudo, cabe aos técnicos mudar os estereótipos e combater estas limitações, tratando sempre o idoso de maneira adequada à sua idade e a eventuais patologias presentes. Foi neste sentido que mais se testemunhou um crescimento e enriquecimento pessoal e profissional.

Aprendemos a adequar o discurso e o verdadeiro significado das temáticas ao redor de todo o envelhecimento humano e o que este acarreta. Não nos sentimos capazes de mudar o mundo, mas já nos temos sentido mais capazes de desconstruir algumas noções tidas como erradas que, infelizmente, dominam numa grande fração das sociedades contemporâneas.

O desenvolvimento das políticas sociais em matéria de ação social e/ou solidariedade social perante o fenómeno da velhice, não invalida o princípio da responsabilidade das pessoas, das famílias e das comunidades na prossecução do bem-estar social, o que potencia a descentralização de competências da SS para o poder local e para as famílias.

Se na realidade dispomos de um conjunto de medidas de proteção social para as pessoas idosas, não deixa de ser legítimo questionar se tais medidas são suficientes, se há necessidade de repensar sobre o seu impacto no bem-estar desta população e, ainda, se estão harmonizadas com cada contexto de aplicação.

O envelhecimento, sendo um fenómeno social, é uma experiência individual no sentido de uma vivência singular, que comporta realidades específicas sob o ponto de vista físico, psicológico e social. É um processo biopsicossocial em que a pessoa humana, no seu existir quotidiano, experimenta ganhos e perdas, resultantes da interação entre o processo de envelhecimento, as alterações inerentes às múltiplas dimensões do seu ser, e as circunstâncias específicas em que este processo se dá.

Não existindo um modelo único de intervenção adequada a grupos, cada intervenção deve ter em conta a situação em que tem lugar, ou seja, onde estamos a intervir. Na consecução deste plano tivemos que analisar previamente as características do contexto e dos destinatários da intervenção, apesar de, muitas vezes, sentirmos dificuldade em dispor de algumas informações úteis em tempo real e, inclusive, debatermo-nos com contingências imprevistas (especialmente evidentes com os doentes de alzheimer), em que, por exemplo, apesar do conhecimento por parte do centro, e da cautela orientada para estes casos, a doença é algo constante, cuja progressão e respetiva

variância, ocorrem todos os dias da semana e a qualquer hora- situação em que uma ou duas horas semanais de acompanhamento demonstram ser limitativas, com contornos imprevisíveis, que alteram o estado e exigem o contínuo ajuste do plano de assistência, apresentando-se como o principal obstáculo neste plano.

Se por um lado falar de envelhecimento já não é novidade, por outro existe um caminho a percorrer, no que toca à inclusão dos mais velhos na vida social. Neste seguimento, devem ser incentivados os eventos intergeracionais que possibilitem relações de proximidade com pessoas de diferentes idades, outorgando aos mais velhos uma oportunidade de destaque e envolvimento, em que “o desafio de uma nova etapa para os idosos irá depender das políticas sociais...é necessário assumir o modelo proposto pela última Assembleia sobre envelhecimento (Madrid, 2002) «uma sociedade para todas as idades»” (Osório & Pinto, 2007, p.43).

Os SAD assumem-se numa tentativa de descentralização, pelo que pretendem ser uma resposta que ultrapasse as paredes institucionais. Porém, e de um ponto de vista pessoal, assiste-se a uma tendência de proceder a uma transferência de modelos de intervenção ignorando ou desvalorizando as especificidades reais desta resposta social. Isto é, por uma questão de facilitismo, não se está a tirar partido pleno desta característica de descentralização, tão importante na esfera das redes sociais em Portugal, o que reduz as multifacetadas virtualidades do SAD a um modelo único de intervenção.

Os cuidados são efetivados no domicílio das pessoas requerentes, mas a isto podemos chamar transferência de serviços e não de descentralização – as refeições são confeccionadas na instituição e distribuídas para os domicílios; as colaboradoras de limpeza da instituição são transferidas para os domicílios para prestar todos os cuidados de higiene habitacional regulamentados; o mesmo acontece na higiene pessoal, em que as colaboradoras responsáveis por estas funções na instituição, transferem as suas competências nesta matéria para os domicílios; entre outros. A descentralização existe nestes procedimentos, mas é uma descentralização aparente ou, melhor dizendo, apaziguada, em que na realidade ao que se assiste é à transferência de serviços assistencialistas de um sítio para outro, e apenas isto, restringindo-se, assim, as potencialidades do SAD.

Apesar destes benefícios que os atuais SAD têm proporcionado às populações, aumentando a sua cobertura a nível nacional, ainda existe um conjunto de constrangimentos que têm limitado a qualidade dos serviços. De acordo com Quaresma

(1999, pp.18-23), “Sendo distinto das demais respostas, o SAD carece de novos dinamismos que o projetem para o surgimento de conteúdos menos homogêneos, mais flexíveis e diversificados”.

Deste modo, no que diz respeito ao cariz prático dos SAD, às suas funções assistenciais deveriam também acrescentar-se as preventivas, reabilitadoras e educativas. Os SAD devem ser concebidos em função da intervenção precoce, na base da flexibilidade e intersectorialidade necessárias, garantindo assim uma ação preventiva de valor inestimável no campo da autonomia das pessoas idosas, em vez de intervir já numa última instância, sobre estados graves de dependência, o que levanta dúvidas quanto à credibilidade do estatuto da palavra «*care*» definida anteriormente.

Esta visão traz, sobretudo, uma mudança de paradigma, pois quebra com a intervenção que apenas procura satisfazer as necessidades básicas de higiene, saúde e alimentação, as chamadas funções assistencialistas. Logo, o SAD deve estar atento às verdadeiras condições e respetivas exigências da comunidade e dos idosos, e ir ao encontro desta procura.

Portanto, o ênfase nas medidas reparadoras não deve ser subestimado, nem o investimento na prevenção das doenças, das incapacidades e da perda das competências, pois para Walker (citado em Quaresma, 2008, p.21)

A promoção de medidas que favoreçam a autonomia e a iniciativa individual é uma estratégia a implementar numa lógica de parceria entre o cidadão e a sociedade, na partilha das responsabilidades e no respeito pelos direitos sociais que cabe à sociedade garantir de forma inequívoca.

Há que envolver no funcionamento do SAD um sistema de manutenção de capacidades, quaisquer que elas sejam - como as funcionais e as sensoriais - através da exploração do potencial existente; do refinamento da capacidade de criar objetivos personalizados (o que significa torná-los mais realistas e exequíveis); de mais apoio na gestão de práticas quotidianas e inovação, dentro do possível, para que o cliente possa manter e/ou melhorar a sua atividade, ainda num ambiente de conforto, consolado pela autonomia que ainda detém e na pretensão de poder progredir no seu seio, beneficiando da sua privacidade.

Para tal, há que avaliar alguns princípios como: i) enquadrar a pessoa face às suas características e face ao meio em que está inserida; ii) perceber o grau de autonomia da pessoa e quando possível, ajudá-la a considerar o seu estado, não como

fator limitativo, mas antes como potenciador da realização de tarefas que de outro modo não concretizaria; iii) perspetivar com a pessoa os seus gostos pessoais e encontrar tarefas que possam ir ao encontro dos mesmos, potenciar na pessoa um processo de evolução ou manutenção das suas capacidades atuais; iv) encontrar com a pessoa alternativas para a realização de tarefas, que apesar de serem indicadas para aquela pessoa, possam não surtir o efeito desejado.

Para o sucesso de um programa como o que se tem tentado descrever, a ligação da pessoa à realização das suas tarefas individuais parece ser o ponto de partida para toda a atividade. É através dessa ligação e da concretização (em muitos casos apoiada) de tarefas diárias, que se deviam criar projetos futuros. Pois, desta forma, iria permitir-se fazer uma manutenção da ligação ao real onde a pessoa não perca a sua capacidade de execução, ao mesmo tempo que se estimula sentimentos de segurança, confiança e emancipação.

Infelizmente, podemos então afirmar que os objetivos específicos que talvez tenham ficado por cumprir digam respeito a “3. Motivar os idosos para que continuem ativos e participativos na manutenção ou aumento da sua qualidade de vida” e a “5. Incentivar/criar um maior nível de coesão e relações afetivas, quer com familiares, amigos, vizinhos, auxiliares ou crianças”, pois como não se conseguiram executar a maior parte das atividades ligada à área da saúde, família + comunidade e intergeracionalidade não se conseguiram trabalhar estas áreas, podendo então apontar-se estes como grandes limitações do estudo.

Futuramente, para que se pudessem ver estes objetivos atingidos, seria fundamental garantir o acesso às mais diversas áreas da sociedade e criar condições que permitam aos idosos participar na mesma. Assim, ao nível do acesso à saúde, deveriam ser também criadas áreas de Geriatria nos serviços de saúde. Estas seriam responsáveis por promover não só cuidados físicos, mas, também, de acompanhamento psicológico, neuropsicológico e estimulação integral do idoso enquanto ser biopsicossocial.

Facilitar o acesso à cultura parece-nos também bastante significativo, pois admite aos idosos usufruir de iniciativas como cinema, teatro ou música, proporcionando momentos de lazer e convívio, tendo, obviamente, atenção aos interesses, às rotinas e às possibilidades financeiras dos idosos.

No âmbito da habitação, para que o idoso se mantenha autónomo o máximo tempo possível e permaneça na sua casa, é pertinente que se viabilizem condições de meios de transporte que auxiliem na mobilidade dos mais velhos.

Posto isto, é elementar perceber que a integração social dos mais velhos passa pelo envolvimento destes na criação de medidas sociais, que estimulem o envelhecimento ativo e saudável através de condições de participação, segurança e saúde.

Para que esta integração seja praticável, é imprescindível desmistificar as ideias pré-concebidas que existem sobre as pessoas mais velhas. O envelhecimento é um processo que faz parte da vida e não deve ser encarado como algo negativo, mas sim como uma etapa igualmente merecedora de um projeto de vida. Segundo o ciclo natural da vida, pressupõe-se que todos envelheçamos no futuro, e cabe-nos a nós perceber, como seres individuais e comunitários, como queremos viver essa fase e como podemos agir em prol do seu aperfeiçoamento.

A animação da terceira idade é o principal meio para produzir momentos de participação e interação, para criar espaços para a comunicação de grupos e pessoas, levando os mais velhos a colaborar no seu enriquecimento próprio. Assim, na ótica de profissionais, a animação corresponde à dinamização de atividades, nos diversos âmbitos que circunscrevem a vida de cada um. Interliga-se com diversas práticas socializadoras, como a educação, a identidade cultural, a participação, a criatividade coletiva, a crítica e a generalização da mudança social.

Para sabermos como intervir numa comunidade ou grupo, temos que ter em conta que não nos podemos sentir inibidos, mas sim à vontade para falar em público e passar uma imagem confiante e empenhada.

O animador não pode evitar ocasiões em que tem de lidar com um coletivo e deve avaliar sempre os resultados da sua intervenção. Convém que sejam usados alguns suportes quando se vai falar em público, como por exemplo, apontamentos para resguardo no caso de lapsos ou esquecimentos. Pedir a opinião ao público ou inclui-lo no que está a ser apresentado pode complementar a tarefa, para que estes se sintam envolvidos no desenrolar das atividades.

As decisões dos profissionais ligados à animação sociocultural devem ser tomadas com consciência dos seus resultados. Segundo o Código Deontológico para a Profissão de Educador Social em Portugal (2001, p.2, Anexo I)

Os animadores socioculturais devem também estar conscientes do impacto da tomada de decisões por parte das comunidades com quem trabalham, dos seus próprios valores pessoais e das suas crenças e práticas culturais. Devem estar conscientes de quaisquer conflitos entre valores pessoais e profissionais, lidando

com eles de um modo responsável. Para uma orientação mais responsável, os animadores socioculturais devem cuidar da sua informação no campo da ética, da ética profissional e do texto e espírito deste código.

Devemos considerar a animação como um processo em permanente reestruturação adaptativa a cada realidade social, no essencial, fruto do cruzamento de conhecimentos e ações nos domínios do social, do cultural e do educativo. Embora sendo um campo relativamente novo, para quem deseja intervir como animador, a animação sociocultural é assumida como uma ferramenta privilegiada. Como refere Simões (2006, p.134),

Ao contrário do que se pensa, não há, no ciclo da vida, uma idade da felicidade ... nem um período mais feliz ou satisfatório do que outros: em todas as idades (extrema velhice incluída) se pode ser, e se é, efectivamente feliz. Mais, em todas as idades, velhice incluída, se deve ser feliz. A felicidade é, com efeito, direito e obrigação do idoso, como direito é obrigação de cada um.

Sem dúvida que os idosos têm uma forma de encarar a vida, diferente da que tinham em estádios anteriores. É natural que agora julguem estar numa reta final e, por vezes, conjugando as dificuldades físicas às escassas relações sociais, formulem as ideias já mencionadas. O importante é que familiares, amigos, vizinhos e profissionais, contribuam para que o idoso se sinta uma pessoa útil e que encare esta etapa com uma mente aberta e positiva, onde pode e deve recordar o passado, frisando as experiências mais importantes, mas compreendendo o conhecimento que abarca, as emoções que ainda reserva, e a forma como a animação pode facilitar a transmissão para gerações mais novas ou mesmo a amizade entre idosos.

O idoso para além de estar associado à idade da reforma é visto como aquele que é mais dependente, onde as palavras “velho”, “sénior”, “terceira idade” e “envelhecimento” são predominantes, mas, por outro lado, engloba a figura sábia, experiente, e, acima de tudo, ainda capaz. Ou seja, cabe ao animador sociocultural pensar num plano de atividades devidamente ordenadas, para as quais se devem traçar objetivos específicos alcançáveis, focados na aprendizagem e valorização multidisciplinar, e que corresponda às necessidades dos idosos, capacitando-os.

O Direito Português encara os cidadãos idosos como sujeitos iguais a todos os outros. É uma abordagem que não categoriza os destinatários do direito em função da idade. Porém, nota-se uma preocupação crescente com os idosos, em ordem à definição

de um estatuto jurídico que, pontualmente corrija as desigualdades que a sociedade tem infringido àqueles que ultrapassaram a meta da idade (Costa, 1986).

Assim, podemos concluir com a ajuda do pensamento de Costa (1986) que devemos não só procurar a forma de contribuir para o aumento da esperança média de vida como, essencialmente, para o crescimento da sua qualidade. Ou seja, o segredo de um envelhecimento bem-sucedido é “a forma como se prepara a velhice, pois os comportamentos adotados ao longo da vida refletir-se-ão na fase final desta, mas nem sempre a participação ativa dos mais velhos tem estado na ordem dos trabalhos” (Jacob, 2008, p.35).

Portanto, tornou-se importante para nós ganhar ferramentas para desenvolver uma intervenção neste grupo que orientasse cada idoso a potenciar o seu envelhecimento ativo. Graças à dinamização destas atividades conseguimos estimular e, em alguns casos ajudar a pensar numa forma de prevenção de declínios prematuros com atribuição de papéis significativos aos idosos, ajudar a potenciar a sua qualidade de vida bem como o usufruto da mesma.

Cabe à Educação Social dar o seu contributo para melhorar a vida da comunidade, modificando os ciclos de distribuição dos recursos da comunidade e desenvolvendo novos recursos comunitários e sociais que vertam para o bem-estar da população, nomeadamente da população idosa, pois a base da intervenção deve ser traçada numa lógica de longo prazo, em que se aposte numa relação entidade-comunidade sólida.

A qualidade de vida e o bem-estar dependem de iniciativas premeditadas pela intervenção social, de interferência ou influência, através da criação de condições e oportunidades para que os cidadãos participem e assumam o controlo sobre as suas próprias vidas. Como diz Dolors (citado em Cardoso, 2006, p.13), somos uma profissão vocacionada para ajudar os outros, com competências para “... ajudar a formar pessoas capazes de evoluir, de se adaptarem a um mundo em rápida transformação e de dominar a mudança”.

Para tal, tem que se partir do princípio de que o cliente tem o direito a que as suas próprias decisões sejam legitimadas no âmbito da relação profissional, com o objetivo de incutir a responsabilidade individual do idoso na solução dos seus problemas, das suas fragilidades, das suas necessidades, com enfoque na capacidade e na melhoria das suas competências. Quando este princípio é respeitado, estabelece-se uma relação de carácter profissional (não-formal) em que se reconhece a necessidade de

se estar em conformidade, de se estabelecer estratégias em conjunto, e de se tomar decisões em comum, cada um na sua posição sem que o idoso e o profissional deixem de ser quem são.

A intervenção do SAD pretende-se personalizável, atenta aos comportamentos protagonizados pelo idoso. Todavia, a intervenção individual não é um fim em si mesmo.

A Educação Social, como área sensibilizada para a individualidade, tem que ir ao terreno questionar modelos de intervenção, prevenir situações de vulnerabilidade antes que estas sejam identificadas como problema e, contribuir para uma ação que não segue receitas mas que se estende de uma forma pró-ativa e moldada às pessoas e às conjunturas.

Do que pudemos apreender, confirma-se que a animação contribui para retardar os efeitos do envelhecimento e potencializar a adoção de hábitos de vida saudável, imprescindíveis à vivência da terceira idade de forma positiva e digna, e que o SAD tem contribuído para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida do cliente, ao enviar esforços no sentido de desenvolver um trabalho em equipa que congrega vários profissionais de diferentes áreas.

No que diz respeito a fatores externos condicionantes para o projeto, aquando da realização do mesmo, foram previstas a ocorrência de várias situações, designadas como constrangimentos ou como possíveis potencialidades.

No que respeita aos constrangimentos, existia a possibilidade dos idosos, inicialmente, não aderirem facilmente às atividades propostas ou ficarem impossibilitados, por motivos de saúde, de participar nas diversas atividades antes do fim do projeto. Visto que, da amostra deste estudo, dois dos idosos sofriam da doença de alzheimer e ainda dois deles tinham uma mobilidade reduzida, foi despendido algum tempo extra em deslocações ou no decurso das atividades em si.

Outro dos constrangimentos por nós apontados diz respeito ao facto de termos sentido a necessidade de recorrer, em algumas das atividades, à participação de pessoas externas ao plano de intervenção. Queremos nós com isto dizer que contámos com a participação de alguns clientes do CCE para que algumas atividades corresse da melhor forma, pois dado o número reduzido da amostra, em algumas atividades era necessário formar-se um grupo mais extenso para que se obtivessem resultados mais visíveis. Ainda que este aspeto possa também ele ser encarado como algo não negativo, pois potencia a interação entre pessoas, resolvemos encará-lo como entrave.

Para além disto, os meses iniciais de projeto estiveram cingidos, até integrarmos o SAD, facto que acabou por condicionar temporalmente o trabalho que pensara fazer primeiramente. O estágio iniciou-se no programa de contratos locais de desenvolvimento social + (CLDS+) aquando da primeira reunião na instituição nos foi transmitido que sentiam necessidade de incluir mais uma técnica. Face a alguma desorientação e falta de entusiasmo, ponderámos avançar com outra solução e, assim, acabámos por integrar o SAD no mês de janeiro, dando arranque à intenção do presente plano de raiz.

Fora estes aspetos, cabe-nos ainda referir o facto de não termos muita experiência prática na área, o que poderia levar a que, caso ocorresse algum problema durante as atividades, ficássemos limitadas na sua resolução ou contorno das mesmas. Pontualmente, chegou a ser impossível realizar a atividade nesse momento concreto, acabando por ter que ou reagendá-la ou substituí-la por qualquer outra.

Quanto às potencialidades, importa referenciar que, em primeira instância, encontrando-se Estou a, mais ou menos, 8 quilómetros de Faro ajudou-nos na redução de custos de deslocação. Depois, as duas habitações da amostra situavam-se, também estas, nas imediações do CCE, facilitando não só a deslocação como a realização de atividades conjuntas com cliente de ERPI. Já para não falar que o próprio CCE facultava-nos uma viatura para deslocação aos domicílios.

Sendo a amostra constituída por um grupo tão reduzido, conseguimos uma margem de manobra maior na planificação e execução das atividades. Interessa ainda mencionar que, como não nos encontrávamos empregadas, os horários eram mais flexíveis de modo a conseguir adequar o plano à nossa vida pessoal.

Em último, e não menos importante, cabe-nos ainda afirmar que, durante todo o processo, o apoio e a ajuda por parte de todos os colaboradores do CCE esteve sempre presente.

Em jeito de síntese, no contexto do presente relatório de estágio, a intervenção é vista como uma boa estratégia para detetar necessidades individualizadas, as quais permitem que se consiga contrariar uma política que se fez estandardizada. Este levantamento das necessidades deve ser trabalhado em função da avaliação diagnóstica em que se pressupõe a promoção do carácter socioeducativo do SAD como principal necessidade da valência em causa para que a capacidade de resposta aos seus clientes seja melhor. Isto porque, pessoalmente, acreditamos que a vertente socioeducativa seja um elemento propulsivo de bem-estar.

Nos dias de hoje, cada vez mais o mundo à nossa volta está em constante mudança e dificuldade, mas a nossa missão enquanto educadores sociais é acreditar, lutar e não desistir de tentar transformar o mundo. Devemos todos, mesmo que por vezes em mundos e realidades diferentes, lutar em conjunto pela igualdade e por uma educação baseada na partilha e na transformação, sendo e fazendo os outros felizes.

Na nossa curta experiência profissional devemos ser gratos por todas as coisas que vivemos, aprendemos e partilhamos. E por todas as pessoas que conhecemos.

Todos nós somos pessoas. Nem mais nem menos do que ninguém. Todos temos os mesmos direitos e deveres. Por isso, e antes de tudo o resto, nunca nos devíamos esquecer que “Ser velho – como ser jovem – é ser-se plenamente humano” (Carvalho & Batista, 2004, p.34).

## Referências

- Almeida, M. (1998). Crenças acerca do envelhecimento Humano. *Revista Referência*, n.º3, pp.7-14.
- Almeida, P. (2006). *A Educação para a Saúde em Idosos: Que Necessidades? Que Prioridades?*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Mestrado em Educação, Especialização de Educação para a Saúde.
- Araújo, L. & S. Melo (2013). Relacione-se com os outros. In Ribeiro O. & Paúl C., *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Barbier, R. (1985). *A Pesquisa-Acção na Instituição Educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Benedetti, T.; Borges, L; Gonçalves, L. & Petroski, E. (2008) Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista Saúde Pública*. (2ª ed.) Nº42, 302-7.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bond, J. & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. Berkshire: Open University Press.
- Bradshaw, J. (1972). In Almeida. (1996). *A Educação para a Saúde em Idosos: Que Necessidades? Que Prioridades?*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Mestrado em Educação, Especialização de Educação para a Saúde.
- Canário, R. (2000). *Educação de Adultos – Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Cardoso, A. (2006). Alguns desafios que se colocam à Educação Social. *Cadernos de Estudo*. Porto: CIPAF.
- Carvalho, A. & Batista, I. (2004). *Educação Social – Fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Castells, M. (2006). *A Sociedade em Rede - A era da informação: economia, sociedade e cultura*. (9ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Chaves, E. & Souza, J. (2005) O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Esc. Enferm UPS*. Nº39:13-9.
- Cónim, C. (2005). Envelhecimento Demográfico e Activo. In *Pretextos*. Instituto da Segurança social, I.P.
- Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra.
- Correia, F. (2011). Idosos: Manutenção no Domicílio e Educação Social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. Volume IV, N.º 2. Universidade Sénior Contemporânea.
- Costa, A. (1986). A pesquisa de terreno em sociologia. In Augusto Santos Silva & José Madureira Pinto (orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Coste. (1993). Evaluation de la Santé des Population et Instruments de Mesure de la Qualité de Vie. In Herrisson & Simon. (s/d). *Evaluation de la Qualité de Vie*. Paris: Masson.
- Código Deontológico para a Profissão de Educador Social em Portugal. (2001). Aprovado a 17 de Novembro de 2001 no II Fórum Nacional de Educação Social. Delegação Regional de Santarém do Instituto Português da Juventude, Santarém. [Anexo I]
- Cunha, M. (2009). *Animação sociocultural na terceira idade*. Chaves: Ousadias.
- Damas, A. (2007). *Aprender a viver num lar de idosos*. Dissertação de Mestrado em

- Ciências da Educação apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (área de Formação de Adultos).
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interacções*. Nº17.
- Despacho Normativo n.º62/99, de 12/11/1999. Disponível em [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/21583/Desp\\_N\\_62\\_99](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/21583/Desp_N_62_99) acedido a 14/05/2015.
- Denzin, N. (1989). *Interpretive interaccionism*. Newbury Park: Sage.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2006.). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Duarte, A., Lapa, F. & Nunes, C. (2013). Unidades Cuidados Continuados Longa Duração e Manutenção do Algarve: Perspetivas dos Profissionais, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (2), 266-271. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n2/v14n2a02.pdf> acedido a 12/02/2016.
- Erikson, E. (1998). *O Ciclo de Vida Completo: versão ampliada com novos capítulos sobre o nono estágio do desenvolvimento*. Porto Alegre: Art med.
- Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-acção*. Porto: Porto Editora.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. (2005). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira, O. & Maciel, S. (2010) O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Esc. Enferm UPS*. (4ª ed.). Nº 44:1065-9.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2008). Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade. In A. S. Carvalho (Coord.) *Bioética e vulnerabilidade*. Coimbra: Almedina.
- Fonseca, A. & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. In *Geriatrics & Gerontologia*. Nº2.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontana, A. & Frey, J. (1994). Interviewing: the art of science. In N. Dezin & Y. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. California: Sage.
- Fleck, M. (2008). *Avaliação de qualidade de vida – Guia para profissionais de saúde*. São Paulo: Artemed.
- Freire, P. (1994). *Educação e Mudança*. (20ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In Dezin & Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Lisboa: INE.
- Instituto da Segurança Social (ISS). (2013). Disponível em [http://www4.seg-social.pt/idosos?p\\_p\\_id=56\\_INSTANCE\\_4qMi&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=exclusive&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_56\\_INSTANCE\\_4qMi\\_struts\\_action=%2Fjournal\\_content%2Fexport\\_article&\\_56\\_INSTANCE\\_4qMi\\_groupId=10152&\\_56\\_INSTANCE\\_4qMi\\_articleId=134564&\\_56\\_INSTANCE\\_4qMi\\_targetExtension=pdf](http://www4.seg-social.pt/idosos?p_p_id=56_INSTANCE_4qMi&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_4qMi_struts_action=%2Fjournal_content%2Fexport_article&_56_INSTANCE_4qMi_groupId=10152&_56_INSTANCE_4qMi_articleId=134564&_56_INSTANCE_4qMi_targetExtension=pdf) acedido a 14/05/2015.

- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. (3ª ed.). Lisboa: Âmbar.
- Jacob, L. (2008). Participação Ativa da população idosa na Sociedade. *Revista de política social*. Nº41. Disponível em [http://www.reapn.org/publicacoes\\_visualizar.php?ID=123](http://www.reapn.org/publicacoes_visualizar.php?ID=123) acedido a 14/05/2015.
- Kanning, M. & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*. (2ªed.). Nº5.
- Kraan, R. *et al.* (1993). In Martin, I. & Lopes, E. (2008). *Políticas Sociais Gerontológicas*. Porto: REAPN/Portugal, Nº 41 (Jan./Junho), p.44.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of olders Americans. *Journal of Gerontology*. Nº33.
- Latorre, A. (2003). *La investigación-accción. Conocer y Cambiar la Prática Educativa*. Barcelona: Editorial Graó.
- LeCompte, M. & Preissle, J. (1993). *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. ISBN: 9780124405752.
- Lima, M. (2006). *Posso participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. (2ª ed.). Lisboa: Âmbar.
- Lopes, M. (2008). *Animação sociocultural em Portugal*. Chaves: Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Luísa, C. (2014). *Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas*. Huelva: Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Disponível em [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/8093/Teorias\\_leigas\\_sobre\\_saude.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/8093/Teorias_leigas_sobre_saude.pdf?sequence=2) acedido a 14 de abril de 2016.
- Ludke, M. & André, M. (1986). *Da Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Manes, S. (Org.). (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos – Um Manual para Psicólogos, Professores, Animadores Socioculturais*. Lisboa: Paulus.
- Matsudo, S., Matsudo, V. & Neto. (2001) Atividade física e envelhecimento: aspetos epidemiológicos. *Revista Bras Med Esporte*. Nº1, vol. 7 (Jan./Fev.).
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Martín, I.; Gonçalves, D.; Guedes, J.; Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). *Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal*. Lisboa: Edições Piaget.
- Morato, M. (1986). Teorias acerca do envelhecimento. *O Médico*. Nº1801, vol. 115 (Setembro). Lisboa.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*. Nº14.
- Netto, M. (2006) O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In Freitas, E. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nobre, A. (2009). *Envelhecimento e qualidade de vida em idosos da freguesia de Paramos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação e Orientação. Porto: Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.
- Nota Explicativa do Protocolo de Cooperação. (2013-2014). Assinado a 8 de Novembro o Protocolo de Cooperação de 2013-2014 e celebrado entre o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e a União das Mutualidades Portuguesas (UMP), a Confederação Nacional das Instituições/Misericórdias de Solidariedade (CNIS) e a União das Misericórdias Portuguesas (UM). [Anexo II]

- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Osório, A. (1998). Animación Sociocultural en la Tercera Edad. In Trilha (coord.). *Animación Sociocultural*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Paúl, M. (1997). *Lá Para o Fim da Vida, Idos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M. & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos de Portugal: A construção de um envelhecimento Humano*. Lisboa.
- Paúl, C.; Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005) Satisfação e Qualidade de vida em idosos Portugueses. In Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, L. (2010) *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural. Chaves.
- Pereira, J. & Lopes, M. (2011). *As fronteiras da animação sociocultural*. Chaves: Intervenção.
- Peretz, H. (2000). *Métodos em Sociologia para começar*. Lisboa: Temas e Debates.
- Pimentel, A. & Mesquita, M. (2003). *Serviços de Proximidade*. Lisboa: Edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Pordata. (2014). *Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Portugal, J. & Azevedo, M. (2011). Capítulo 8: Optimize o seu bem-estar. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (coord.). *Manual de Envelhecimento Ativo*. (pp.205-232). Lisboa: Lidel.
- Quaresma, M. (1999). Os Direitos das Pessoas Idosas - Da Ajuda Doméstica Domiciliária à Intervenção Integrada. In *Seminário Europeu Apoio Domiciliário - Cooperar, Inovar, Integrar*. Disponível em <http://redtess.gep.msss.gov.pt/> acedido a 14/05/2015.
- Quaresma, M. (2008). Questões do Envelhecimento nas Sociedades Contemporâneas. *Revista Kairós*. (2ª ed.). Nº11 (Dezembro).
- Quintana, J. (1993). *Los ambitos profesionales de la animación*. Madrid: Narcea.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer: um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Santos S., Santos, I., Fernandes, M. & Henriques, M. (2002). *Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Novembro-Dezembro; 10(6) pp. 57-64.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Riley, M. & Riley, J. (1991). Viellesse et changement des rôles sociaux. *Gérontologie et Société*. (6ª ed.). Nº56.
- Rodrigues, M. (1999). *Viver num Lar. Um estudo Monográfico da Experiência da Velhice*. Braga: Instituto de Ciências Sociais. Dissertação de Mestrado em Antropologia.

- Rodríguez, P. & Sánchez, M. (2000). El Servicio de Ayuda a Domicilio – Programación del Servicio. *Manual de formación para auxiliares*. Barcelona: Panamerica.
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais. Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.
- Silva, T. & Rezende, C. (2005). *Avaliação transversal da Qualidade de Vida de idosos participantes de Centros de Convivência e institucionalizados por meio de questionário genérico WHOQL-Bref*. Monografia. Universidade Federal de Uberlândia.
- Simões, A. (1999). A Educação dos Idosos: uma tarefa prioritária. *In Revista Portuguesa de Educação*. (2ª ed.). Nº12.
- Simões, A. (2006). A nova velhice – um novo público a educar. *Colecção: Idade do Saber*. Porto: Âmbar.
- Terra, N. & Cunha, R. (2001). Geriatria Preventiva e Qualidade de Vida. *In Terra, N. L. Envelhecendo com qualidade de vida*. (pp. 89-95). Brasil: Pucrs.
- Trilla, J. (2004). Conceito, exame e universo da animação sociocultural. *In Trilla, J. (Coord.). Animação sociocultural – teorias, programas e âmbitos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. *In Augusto Santos Silva & José Madureira Pinto (orgs.). Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Valente, C. (2010). *Participação através da animação sociocultural: Intervenção com idosos*. Universidade de Aveiro: Departamento de Ciência da Educação.
- Vallicrosa, J. (2004). Técnicas de intervenção na animação sociocultural. *In Trilla, J. (2004) (coord). Animação Sociocultural. Teorias, programas e âmbitos*. (pp. 171-188). Lisboa: Instituto Piaget.
- Veiga-Branco, A. (2012). Capítulo 3 – O Gerontólogo ... um Mediador no Espaço Gerontológico. *In Pereira F. (Org.), Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Veloso, E. (2005). *Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo numa Universidade de Terceira Idade em Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Educação apresentada à Universidade do Minho (área de Sociologia da Educação).
- VVAA. (2005). Gestão da Qualidade das respostas Sociais no serviço de Apoio Domiciliário. *Manual de Processo-chave: Serviço de Apoio Domiciliário*. vol. I. Instituto da Segurança Social: Sociedade de Edições e Impressão Lda.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

# **ANEXOS**

## **Anexo I**

### **Código Deontológico para a Profissão de Educador Social em Portugal**

**Aprovado a 17 de Novembro de 2001 no II Fórum Nacional de Educação Social,  
Delegação Regional de Santarém do Instituto Português da Juventude, Santarém**

#### **Deveres e direitos do Educador Social**

##### **Ponto 1- Em relação a si mesmo e à profissão**

1. O Educador Social deve reger o seu trabalho pelo critério da eficiência e competência profissional, tomando como referência as técnicas e metodologias reconhecidas pela prática social e interventiva e pela ética profissional.
2. O Educador Social tem o direito e o dever ao seu desenvolvimento profissional, através de actividades de formação permanente, sendo também promotor da sua auto-formação e actualização científica e metodológica tal como agente activo na inovação e investigação sócio-educativa.
3. O Educador Social deve assumir responsabilidade profissional nas matérias para as quais esteja capacitado pessoal e tecnicamente e com as quais se compromete.
4. O Educador Social deve desenvolver uma atitude de análise crítica e reflexiva permanente em relação a si próprio e ao seu desempenho profissional.
5. O Educador Social não deve praticar e tem o dever de denunciar às entidades competentes qualquer exercício sócio-educativo anti-ético, prejudicial ou com efeitos nocivos quer para o utente, para as instituições ou para a sociedade, praticados por Educadores Sociais ou por outros profissionais.
6. O Educador Social deve contribuir através da sua acção profissional para a dignificação social da sua profissão.
7. O Educador Social deve defender e fazer respeitar os direitos e deveres inerentes à sua profissão, tal como os constantes neste código.
8. O Educador Social deve ter para com os seus colegas respeito, consideração e solidariedade que fortaleçam o bom conceito da categoria.

9. O Educador Social deve esforçar-se para desenvolver em si qualidades pessoais que optimizem o seu desempenho profissional, tais como a paciência, a tolerância, o auto controle, a empatia, o altruísmo, o equilíbrio.
10. O Educador Social deve associar-se e prestigiar as associações e órgãos representativos da profissão, contribuindo para a harmonia e coesão profissional e para o desenvolvimento da profissão, enriquecendo-a através da investigação e da partilha de resultados.
11. O Educador Social deve programar e planificar as suas intervenções sócio-educativas não as deixando ao acaso e à aleatoriedade, recolhendo o maior número possível de informação que fundamente a sua intervenção.
12. Deve-se considerar Educador Social o profissional que detém uma formação adequada, de acordo com os diversos graus formativos previstos e ministrados e a devida comprovação pelas entidades competentes.
13. O Educador Social deve gozar de privacidade na sua vida particular, devendo no entanto ser coerente com a sua postura profissional durante o seu relacionamento informal, considerando a pedagogia do exemplo.
14. O Educador Social tem direito ao exercício autónomo e reconhecido da sua profissão nas instituições públicas e privadas.

#### **Ponto 2- Em relação aos utentes**

1. É dever do Educador Social informar, esclarecer e promover a participação dos utentes nos diversos momentos do processo pedagógico.
2. O Educador Social deve procurar desenvolver nos utentes competências que lhes permitam uma positiva integração social no contexto em que vivem. Deve procurar o desenvolvimento integral do pessoal sustentado em atitudes de respeito, criatividade, iniciativa, reflexão, coerência, sensibilidade, autonomia, fomentando a confiança e auto-estima.
3. Durante a relação educativa o Educador Social não deve manter um relacionamento com o utente que condicione nocivamente a boa prestação do seu desempenho profissional.
4. O Educador Social deve consciencializar o utente do problema que ele atravessa e esclarecer os objectivos e a amplitude da sua actuação profissional.

5. O Educador Social deve desenvolver com os utentes uma relação educativa ideologicamente desinteressada que promova o auto conhecimento cultural e o reconhecimento da multiculturalidade.
6. O Educador Social deve guardar o sigilo profissional, não utilizando indevidamente as informações que dispõe sobre os utentes e as famílias, só podendo ser transmitidas em situação de trabalho multidisciplinar, quando daí advenha benefício para a acção sócio-educativa.
7. O Educador Social não deve usar metodologias que afectem a dignidade dos utentes, respeitando a sua integridade.
8. O Educador Social deve ser cauteloso mas objectivamente crítico nas afirmações que profere e nos juízos que efectua sobre questões que possam dar azo a generalizações e a estigmatizações.
9. O Educador Social não deve na sua prática profissional criar expectativas no utente que não sejam possíveis de concretizar.
10. O Educador Social deve respeitar os direitos educativos das famílias com relação aos utentes numa postura de cooperação entre a família e a equipa sócio-educativa, entendendo a família como agente de socialização essencial ao utente.
11. O Educador Social deve ser conhecedor do contexto familiar da sua intervenção, desenvolvendo o contacto directo e contínuo de forma coordenada com a família.
12. O Educador Social tem o direito ao respeito por parte dos utentes e das famílias.

### **Ponto 3- Com relação às instituições**

1. O Educador Social deve respeitar de forma plena os compromissos assumidos com os contratadores, assim como, cumprir as normas institucionais vigentes.
2. O Educador Social deve salvaguardar a autonomia de critérios e procedimentos essenciais ao desempenho da sua função profissional, podendo recusar tarefas que comprometam a sua integridade profissional.
3. O Educador Social não deverá aceitar substituir profissionalmente um colega que tenha sido exonerado por defender os princípios e normas deste código no exercício da profissão.

4. O Educador Social deverá ver garantida a confidencialidade dos documentos e arquivos do seu uso profissional, assim como a inviolabilidade do local de trabalho.
5. O Educador Social tem direito a um contrato de trabalho e remuneração adequados às funções que desempenha, assim como de usufruir de condições e recursos adequados à sua prática profissional e de ser correctamente informado das tarefas que deverá desempenhar.
6. O Educador Social deve assumir a identificação com os objectivos e com o projecto institucional, desde que não contrariem os seus princípios deontológicos.
7. O Educador Social deverá ser promotor de princípios de parceria e intersectorialidade entre instituições, quando essa estratégia for ao encontro dos objectivos da prestação profissional.
8. O Educador Social tem direito a despende de algumas horas do seu horário de trabalho para actualização das suas competências profissionais através de experiências formativas.

#### **Ponto 4- Com relação aos outros profissionais**

1. O Educador Social deverá manter em relação as outras profissionais, princípios de cooperação interdisciplinar, sem desrespeito pela autonomia e pelas competências específicas de cada profissional.
2. O Educador Social não deve tecer comentários pejorativos e desvalorizadores em relação ao trabalho desenvolvido por outros profissionais. A sua crítica deve ser construtiva e dirigida ao profissional, assumindo o educador plena responsabilidade por ela.
3. O Educador Social não deverá compactuar com o exercício ilegal da profissão, correspondendo-lhe o direito de denunciar actos ilícitos, usurpadores ou faltas éticas dos outros profissionais.
4. É dever do Educador Social fornecer à equipa ou seu substituto, toda a informação necessária à prossecução e continuidade positiva do trabalho sócio-educativo.
5. O Educador Social não deve prejudicar deliberadamente o trabalho e a reputação de outro profissional, nem imiscuir-se na prestação e no relacionamento profissional dos outros profissionais.

6. No seu desempenho profissional o Educador Social deve atribuir prioridade ao profissionalismo em detrimento da afectividade no relacionamento com os elementos da equipa de trabalho.
7. O Educador Social deve assumir como suas aquando da implementação, as decisões apuradas em equipa de trabalho, mesmo quando haja manifestado a sua discordância no momento da decisão.
8. O Educador Social deve elaborar e planificar em parceria com os outros profissionais da equipa sócio-educativa um projecto educativo que oriente a sua intervenção.
9. O Educador Social tem direito ao apoio, à informação sobre o trabalho, à participação como elemento de voz activa e a ser consultado e informado das decisões, em contexto de trabalho de equipa.

#### **Ponto 5- Com relação à sociedade em geral**

1. O Educador Social deve caracterizar a sua relação pelo critério da igualdade, sem aceitar ou permitir discriminações em função do sexo, idade, raça, ideologia, credo, origem social e cultural, condições sócio-económicas, nível intelectual, promovendo o respeito pela multiculturalidade e pela diferença.
2. O Educador Social deve manter uma postura isenta, valorizando equitativamente e procurando um relacionamento equilibrado com os diversos actores sociais, individuais ou colectivos, com os quais se cruza na sua prestação profissional.
3. O Educador Social deve ser sensível à sua participação activa nos programas de socorro à população vitimada sem requerer remuneração ou outra compensação, nas situações de calamidade pública.
4. O Educador Social deve participar e contribuir activamente para a dinamização do movimento sócio-cultural no contexto social envolvente à sua intervenção, numa perspectiva de valorização e promoção dos aspectos socioculturais locais.
5. O Educador Social deve subordinar a sua actuação profissional a princípios como a igualdade de direitos, o exercício da liberdade, a promoção da paz, a prática da justiça, o exercício da tolerância e o respeito para com a Natureza.

## **Anexo II**

### **NOTA EXPLICATIVA DO PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO 2013-2014**

No passado dia 8 de novembro foi assinado o Protocolo de Cooperação de 2013-2014, celebrado entre o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e a União das Mutualidades Portuguesas (UMP), a Confederação Nacional das Instituições/Misericórdias de Solidariedade (CNIS) e a União das Misericórdias Portuguesas (UM).

Considerando o disposto no artigo 63.º, n.º 5 da Constituição da República Portuguesa, bem como os princípios orientadores do subsistema de ação social, definidos na Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro, que estabelece as bases gerais em que assenta o sistema de segurança social, o protocolo em referência reitera os princípios de uma parceria público/social e determina o compromisso assente na partilha de objetivos e interesses comuns, bem como de repartição de obrigações e responsabilidades entre o Estado e as Instituições/Misericórdias.

A presente nota explicativa pretende ser um instrumento auxiliar do Protocolo que vigorará a partir de 1 de Janeiro de 2013 para os aspetos inovadores que a seguir enunciamos.

#### **I. DO ENQUADRAMENTO**

- ❖ O Protocolo vigora para os anos 2013 e 2014, dada a sua vigência plurianual (2 anos);
- ❖ As atualizações relativas às participações de 2014 serão objeto de adenda, na sequência de negociações prévias para o efeito;
- ❖ Trata-se do mesmo documento, traduzido em Protocolo celebrado com as 3 Uniões – CNIS; União das Misericórdias Portuguesas e União das Mutualidades Portuguesas;
- ❖ O Protocolo continua a privilegiar a flexibilização e maximização das capacidades instaladas nas diversas respostas sociais, contribuindo para a manutenção do equilíbrio na despesa e da capacidade financeira das Instituições/Misericórdias, nomeadamente as que têm candidaturas nos programas PARES e POPH;
- ❖ Prevê-se a maximização do Programa de Emergência Alimentar (PES).

## **II. PROJETOS DE INOVAÇÃO SOCIAL**

- ❖ Enquadrados nas medidas inovadoras de intervenção, os projetos de inovação social constituirão novas linhas de acção e mecanismos de execução;
- ❖ As condições de operacionalidade destas medidas serão definidas em regulamento próprio, de acordo com os parâmetros definidos nos fundos estruturais do QREN.
- ❖ Irão abranger as seguintes áreas:
  - Cuidados especializados na área de infância e juventude, destinados a crianças prematuras e a crianças e jovens que, após cuidados médicos, necessitam de cuidados continuados (Ex: hemodiálise, ventilados, pós-operatórios e multidependência clínica);
  - Cuidados especializados na área das demências, através de formação específica, em meio institucional, a profissionais das respostas sociais de SAD, Centro de Dia e Estruturas Residenciais e, em meio familiar, aos respetivos cuidadores.
- ❖ Os projetos serão concretizados mediante uma parceria entre MSSS e o Ministério da Saúde, através do POPH.

## **III. SUSTENTABILIDADE**

- ❖ Tendo em conta o princípio da sustentabilidade e gestão flexível, com base nas sinergias das economias de escala, será criado um grupo de trabalho para avaliação dos impactos de uma maximização dos recursos humanos nas várias respostas sociais.
  - Objetivo: Propor um modelo que possibilite uma gestão mais eficaz e sustentada, mantendo os níveis de qualidade.
  - Prazo: 4 meses após criação do grupo de trabalho.
  - O modelo terá em conta a conjuntura económica e social e será objeto de avaliação e decisão com base numa análise da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

## **IV. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

- ❖ O acompanhamento e avaliação do Protocolo continuam a ser assegurados pela CNAAPAC;
- ❖ Continuam em funcionamento os seguintes grupos de trabalho:

- Apresentação de proposta de comparticipação da Segurança Social dos Lares de Infância e Juventude;
  - Revisão da Circular n.º 3 (comparticipações familiares) – até 30 de junho de 2013. Mantêm-se os compromissos assumidos no âmbito do Protocolo de Cooperação para 2011-2012, plasmados no n.º 4 da cláusula 13ª;
  - Avaliação dos custos de funcionamento das respostas Creche, ERPI e SAD.
- ❖ É criada a Comissão Permanente do Setor Solidário:
- Competências: concertação estratégica no âmbito da cooperação, designadamente no acompanhamento da execução das medidas previstas no Protocolo de Cooperação;
  - Presidência: membro do governo com responsabilidade na área da cooperação com o setor solidário;
  - Composição: Presidente do Conselho Diretivo do ISS, IP; Diretor-Geral da DGSS; Diretor-Geral do GEP; Presidente da CNIS; Presidente da União das Misericórdias Portuguesas e Presidente da União das Mutualidades Portuguesas;
  - Periodicidade das reuniões: trimestral.

## **V. ESTABELECIMENTOS INTEGRADOS**

- ❖ No decorrer de 2013, o MSSS continuará o processo de transferência gradual dos Estabelecimentos Integrados para o setor solidário, através de oferta pública, tendo as IPSS direito de preferência em sede de procedimento concursal, em função da proximidade aos mesmos e da experiência no desenvolvimento de respostas sociais análogas;
- ❖ Será dada continuidade à metodologia implementada em 2012, mediante a celebração de contratos de comodato/gestão + acordos de cooperação.

## **VI. TIPIFICAÇÃO DE ACORDOS DE COOPERAÇÃO**

- ❖ Relativamente às respostas sociais atualmente comparticipadas sob acordos de cooperação atípicos, durante o ano de 2013, proceder-se-á gradualmente à conversão em acordos típicos.

- ❖ O Estado procura garantir, desta forma, um tratamento de igualdade entre as Instituições/Misericórdias.

## **VII. MEDIDAS PARA COLMATAR DIMINUIÇÃO DAS RECEITAS DAS IPSS E AGRAVAMENTO DOS CUSTOS**

- ❖ Para assegurar às Instituições/Misericórdias condições para o cumprimento do papel essencial que vêm desempenhando, e em função da diminuição das receitas e agravamento dos custos, o MSSS providenciará medida administrativa de cariz transitório, a consagrar em despacho, relativa à reafetação dos montantes restituídos pelas Instituições/Misericórdias em virtude da diminuição de frequências dentro da capacidade definida de cada resposta.

## **VIII. VALORES DAS COMPARTICIPAÇÕES FINANCEIRAS**

- ❖ O Protocolo prevê que, para 2013, o aumento da comparticipação financeira da segurança social, no âmbito dos acordos de cooperação, é de **0,9%** face às comparticipações de 2012:
  - 0,4% - como compensação dos encargos decorrentes do aumento da taxa social única;
  - 0,5% - para atualização de todos os acordos de cooperação típicos e atípicos;
  - 0,4% apenas para LIJ - Nestes casos a atualização totaliza 1,3%;
  - A atualização tem efeitos a partir do dia 1 de janeiro 2013;
  - Não abrange os acordos de cooperação para Pré-escolar;
  - Em 2014 será elaborada adenda com valores da atualização.

## **IX. ACORDOS SUJEITOS A HOMOLOGAÇÃO**

- ❖ Atualização da comparticipação financeira em 0,9%;
- ❖ Relativamente aos acordos de cooperação para CAT, cujo valor seja inferior a 700€ utente/mês, no ano de 2013, a comparticipação será desse valor;
- ❖ No que respeita a respostas sociais constantes do Anexo I (Creche, ERPI, CAO, outros) atualmente comparticipadas pela Segurança Social sob a forma de acordos atípicos, existe o compromisso no sentido de se proceder, gradualmente, à

conversão dos acordos em típicos, sem prescindir das situações em que essa atipicidade se justifique;

- ❖ Existe, ainda, o compromisso de estudar forma de tipificação de respostas sociais com acordos atípicos, com vista à sua convergência e correção.

## **X. RESPOSTAS SOCIAIS**

### **1. CRECHE**

- ❖ Mantém-se o pressuposto da celebração de novos acordos de cooperação apenas para projetos com inclusão de berçário. Excecionam-se as situações que resultem da reconversão de espaços físicos de outras respostas em creche. (exemplo: reconversão do espaço de CATL em creche);
- ❖ Para as creches em que pelo menos 30% das crianças tenha necessidade de um horário superior a 11 horas diárias há lugar a uma comparticipação complementar por mês de 476,83€.
- ❖ Para formalizar o pedido relativo a esta comparticipação complementar, a Instituição/Misericórdia terá de apresentar ao Centro Distrital do ISS, IP declaração que ateste a necessidade expressa dos pais;
- ❖ A comparticipação desta verba pressupõe, como condição prévia, a sua inclusão e aprovação no Orçamento Programa 2013 do ISS, IP.
- ❖ O aumento da capacidade nos termos do n.º 5 desta cláusula consta de adenda ao acordo de cooperação.

### **2. CRECHE FAMILIAR**

- ❖ No âmbito do PES, e de acordo com as iniciativas do grupo de trabalho para regulamentação das respostas sociais, na sequência de alteração do regime jurídico da atividade de Ama, será efetuada uma adenda ao Protocolo.

### **3. CENTRO DE ATIVIDADES DE TEMPOS LIVRES (CATL)**

- ❖ Os CATL podem funcionar mediante 2 modalidades:
  - a) Com funcionamento clássico, com e sem almoço;
  - b) Para extensões de horário e interrupções letivas, incluindo a totalidade dos períodos de férias, com e sem almoço.

- ❖ O modelo de CATL clássico mantém-se nas situações em que os estabelecimentos de ensino não assegurem as AEC's:
- ❖
  - Ponto 5 da Cláusula 5º: *“Sempre que os estabelecimentos de ensino assegurem as AEC's mas a escolha dos encarregados de educação recaia nas atividades do CATL, a Instituição, independentemente da modalidade de acordo de cooperação em vigor, assegura a respetiva resposta, que passa a ter a designação de **CATL de conciliação familiar**”*;
  - Esta modalidade, constará de adenda ao acordo de cooperação existente, sem alteração da comparticipação, podendo ser adaptada a tabela das comparticipações familiares de forma a assegurar a sustentabilidade da resposta social.
- ❖ Assim, nas situações em que os CATL têm acordo de cooperação apenas para extensões de horário, mas por escolha dos encarregados de educação passem a ter um funcionamento como CATL Clássico, a comparticipação da segurança social não sofre qualquer alteração, sendo os pais a suportar o aumento dos custos de funcionamento. Nestes casos os CATL têm a designação de CATL de conciliação familiar.

Exemplo:

<b>Modalidade</b>	<b>Comparticipação da Segurança Social</b>	<b>Comparticipação Familiar (CF)</b>
CATL com extensão de horário com almoço	66,07€	CF em conformidade com Regulamento Interno
CATL de conciliação familiar	66,07€	CF de CATL clássico em conformidade com Regulamento Interno + 12,77€ (78,84 – 66,07)

#### **4. LAR DE INFÂNCIA E JUVENTUDE (LIJ) e CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO (CAT)**

- ❖ Em 2013, para os LIJ do SERE +, a comparticipação financeira total será de **700€** utente/mês
- ❖ Para os restantes LIJ, a comparticipação variará em função da avaliação realizada pelo ISS, IP, em cada um dos semestres, mediante parecer prévio fundamentado dos representantes das 3 Uniões
  - a) Aos LIJ que não aderiram ao Plano SERE + mas que tenham possibilidade de o fazer ainda no 1.º semestre: aumento para 550€;
  - b) Aos LIJ sem condições de aderir ao Plano SERE +, mas que manifestem interesse numa qualificação no âmbito do Plano CASA: aumento para 500€
    - A avaliação positiva, no final do 1.º semestre, garantirá aos LIJ da alínea a) um aumento no 2.º semestre para 700€;
    - Para os LIJ da alínea b) o aumento para 700€ no 2.º semestre está dependente da análise de propostas fundamentadas de requalificação, encerramento e/ou transição das suas instalações
- ❖ Uma vez que os LIJ e CAT não se encontram todos na mesma fase de evolução, o Plano CASA será implementado de acordo com a seguinte planificação:

##### **4.1. LIJ SERE+**

- ❖ O valor total de 700 €, acordado para 2013, será assegurado da seguinte forma:
  - **481,38€** resultantes da atualização de 1,3% em relação ao valor de 475,21€, em sede de acordo de cooperação;
  - **+ 218,62 € assegurados pelo SERE+.**
- ❖ Estes LIJ serão automaticamente atualizados não carecendo de manifestação de interesse das Instituições/Misericórdias.

##### **4.2. LIJ Qualificação**

- ❖ 1.º semestre - Caso as Instituições/Misericórdias manifestem interesse, a comparticipação será aumentada de 481,38€ para **550€**
  - **+ 68,62€** assegurado pelo SERE+

- ❖ Após avaliação realizada no final do 1.º semestre, e na eventualidade de esta ser positiva, o valor a receber pelas Instituições/Misericórdias pode passar para **700€** no 2.º semestre de 2013.

- Os **150€** de diferença serão assegurados por candidatura ao POPH.

#### **4.3. Outros LIJ**

- ❖ Durante o 1.º semestre, caso as Instituições/Misericórdias manifestem interesse, a comparticipação será aumentada de 481,38€ para 500€, sendo o valor de 18,62€ assegurado pelo SERE+.
- ❖ Após avaliação realizada no final do 1.º semestre, e na eventualidade de esta ser positiva, o valor a receber pelas Instituições/Misericórdias poderá passar para 700€ (no 2.º semestre de 2013).
- Os 200€ de diferença serão assegurados por candidatura ao POPH.

#### **4.4. Centros de Acolhimento Temporário**

- ❖ Nos CAT em que existia, em 2012, uma comparticipação financeira inferior a 700€ utente/mês, passarão a beneficiar da comparticipação mínima definida;

Exemplo:

<b>Comparticipação da Segurança Social</b>	
2012	2013
695€	700€
700€	700€

- ❖ Em 2013 os CAT serão objeto de avaliação por forma à sua gradual tipificação.

Em suma, em 2013, o orçamento da cooperação continuará a assegurar os compromissos regulares decorrentes da atualização automática de 1,3%, sendo que as restantes atualizações serão garantidas, consoante o tipo de LIJ em questão (LIJ SERE+; LIJ Qualificação ou Outros LIJ), pelo SERE+ e/ou candidatura POPH (previsão de abertura em maio de 2013).

<b>Plano CASA</b>	<b>Valor utente/mês 1.º semestre 2013</b>	<b>Valor utente/mês 1.º semestre 2013</b>
LIJ SERE +	700€	700€
LIJ Qualificação	550€	700€
Outros LIJ	500€	700€
CAT inferior a 700€	700€	700€

Ainda no âmbito do Plano SERE+ serão implementados projetos-piloto de um novo modelo de funcionamento para Lares de Infância e Juventude com unidades especializadas, sendo criado o respetivo enquadramento legal que normalize o funcionamento da resposta social.

#### **5. SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD)**

- ❖ A comparticipação do valor do SAD que consta no Anexo I do Protocolo de Cooperação (**241,37€** para 2013) pressupõe que sejam assegurados 4 dos 6 serviços indispensáveis:
  - 1. Higiene pessoal;
  - 2. Higiene habitacional;
  - 3. Alimentação;
  - 4. Tratamento de roupas;
  - 5. Serviço de Teleassistência;
  - 6. Serviço de animação/socialização (abrange no mínimo 4 atividades semanais que podem variar entre animação, lazer, cultura, aquisição de bens e de géneros alimentícios, pagamento de serviços e deslocação a entidades da comunidade)
- ❖ O SAD implica que exista um mínimo de 2 dos serviços;
- ❖ Para além destes serviços, caso o SAD preste serviços esporádicos e pontuais, como acompanhamentos ao exterior para consultas médicas ou pequenas reparações no domicílio, a comparticipação é acrescida de 5% do valor constante no Anexo I, ou seja, à comparticipação de 241,37€, o que resulta no caso de acréscimo de apenas um serviço, no valor de 253,44€.

- ❖ Quando os utentes não necessitem do número mínimo de 4 serviços, a comparticipação do Anexo I será reduzida em 10% (3 serviços) ou 15% (2 serviços) o que resulta num valor de 217,23€ ou de 205,16€, respetivamente;
- ❖ Quando o SAD preste 4 dos serviços acima referidos, também aos fins de semana e feriados, o valor da comparticipação da segurança social poderá ser objeto de consenso entre a instituição e o ISS, IP podendo haver um acréscimo até 50% da comparticipação de 241,37€, o que resulta num valor até 362,06€.
- ❖ Coexistindo, ao abrigo do mesmo acordo de cooperação, utentes que não necessitem da totalidade dos 4 serviços com utentes com necessidades de outros serviços adicionais, **não haverá lugar à redução da comparticipação financeira da Segurança Social**, desde que se verifique um equilíbrio global, quer quanto ao número de serviços prestados, quer quanto à frequência dos mesmos.

Exemplo SAD para 20 utentes:

Serviços	Número de Serviços	Número de Serviços
Higiene pessoal	20	15
Alimentação	20	16
Tratamento de roupas	15	20
Higiene habitacional	10	20
Reparação no domicílio	5	6
Acompanhamento a consulta médica	10	3
Média de serviços por utente	4	4

- ❖ A OT 09/2009, de 1 de abril, do Conselho Diretivo do ISS, IP, que estabelece critérios para a majoração e redução dos acordos de cooperação para SAD será objeto de revisão, tendo em vista a sua adequação ao disposto no Protocolo.

## **6. ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS (ERPI)**

- ❖ Relativamente às comparticipações por dependência (1.º e 2.º grau) e comparticipações adicionais e suplementares mantêm-se os princípios definidos no anterior Protocolo.
- ❖ Atualização dos valores:
  - Comparticipação adicional: **65,94€** para idosos em situação de dependência de 2.º grau;
  - Comparticipação suplementar de **46,19€** utente/mês.

### **6.1. Vagas Reservadas à Segurança Social (1)**

- ❖ A comparticipação da segurança social para as vagas em Lar reservadas à Segurança Social, corresponde à diferença entre o valor de referência do Protocolo de Cooperação para 2010 (**869,91€**) e o somatório da comparticipação familiar com o valor da comparticipação dos descendentes de 1.º grau da linha reta ou outros a quem a lei obrigue à prestação de alimentos;
- ❖ A Instituição/Misericórdia enviará a listagem dos utentes que ocupam as vagas reservadas para a segurança social, com a indicação do valor pago pelo utente e do montante da comparticipação familiar;
- ❖ O processamento da comparticipação das vagas reservadas para a segurança social far-se-á trimestralmente;
- ❖ São mantidas por dois meses e pagas neste período pelo valor da comparticipação mensal prevista no Anexo I do Protocolo, podendo ao fim desse prazo serem preenchidas pela Instituição/Misericórdia, obrigando-se esta, no entanto, a comunicar à segurança social a vaga que ocorra imediatamente a seguir.

### **6.2. Esgotadas as Vagas**

- ❖ Desde que surjam situações que careçam de resposta imediata para utentes em ERPI, a segurança social recorrerá, preferencialmente, a equipamentos da rede solidária (com o valor convencionado de 583,20€), só podendo fazê-lo na rede lucrativa caso não exista disponibilidades na rede solidária.
- ❖ Ao valor convencionado de **583,20€**, acresce a comparticipação familiar do utente, aplicando-se os pressupostos aplicáveis aos utentes com acordo de cooperação.
- ❖ O CDist deve formalizar o pedido por escrito à Instituição/Misericórdia da rede solidária, identificando o número e respetiva cláusula do Protocolo de Cooperação.

Os serviços centrais do ISS, IP estão a ultimar um guião de procedimentos relativamente a este processo.

### **6.3. Vagas Reservadas à Segurança Social (2)**

- ❖ Na celebração de novos acordos de cooperação:
  - Quando se trate de equipamentos com comparticipação pública na sua construção, são garantidas até 20% das vagas para colocação de utentes pelos serviços competentes da segurança social;
  - Quando se trate de equipamentos sem comparticipação pública na sua construção, serão garantidas até 10% das vagas para colocação de utentes pelos serviços competentes da segurança social.
- ❖ Para ERPI já em funcionamento:
  - Poderão, através de consenso entre a Instituição/Misericórdia e os serviços da Segurança Social, ser reservadas até 10% dos lugares abrangidos pelo acordo de cooperação, cuja ocupação será efetuada de modo gradual, à medida que sejam criadas vagas;
  - A reserva de vagas deve ser formalizada através de adenda ao acordo de cooperação em vigor.
- ❖ Os lugares são preenchidos por indicação da segurança social, sem prejuízo da avaliação conjunta das situações de acolhimento de complexidade acrescida, associados a situações graves de carácter degenerativo de doença mental e /ou deficiência:
  - Para este efeito deve esgotar-se, em primeiro lugar, as hipóteses de colocação em respostas específicas para o efeito e efetuar-se de acordo com critérios de proximidade geográfica;
  - Em situações de conflito, cabe recurso para a Comissão Nacional de Acompanhamento e Avaliação dos protocolos e Acordos de Cooperação (CNAAPAC).
- ❖ As alterações resultantes da adaptação aos novos normativos serão regularizadas pelos acordos de cooperação ao nível da redefinição das capacidades do equipamento social, não sendo necessária a revisão dos acordos existentes, mas simplesmente atualizá-los quanto à capacidade, através de adenda;

- ❖ ERPI com acordos de cooperação que sofram obras de requalificação e que não necessitem de licença emitida pela Câmara Municipal, apenas terão de atualizar a sua capacidade.

#### **6.4. Comparticipação Familiar**

- ❖ Pode ser elevada até 85% do rendimento *per capita* desde que ao utente tenha sido atribuída a situação de dependência de 1º grau;
- ❖ Quando, no momento da admissão, o utente não esteja a receber o complemento dependência de 1º grau, mas já o tenha requerido, a Instituição/Misericórdia pode decidir pela aplicação dos 85%;
- ❖ À comparticipação familiar do utente, calculada de acordo com as normas em vigor, deve acrescer uma comparticipação dos seus descendentes, ou outros a quem a lei obrigue à prestação de alimentos, estabelecida de acordo com a sua capacidade económica e financeira e **mediante outorga de acordo escrito**;
- ❖ Com o Protocolo de Cooperação 2011/2012, deixou de existir um limite individual por utente em ERPI, para utentes abrangidos pelo acordo de cooperação, permitindo-se uma maior flexibilidade às Instituições/Misericórdias, desde que adotem um limite global do acordo, em função do valor de referência;
- ❖ O valor de referência (V.R.) estipulado para o ano de 2013 é de 938,43€ utente/mês;
- ❖ Prevê-se um **limite de receitas anual** por cada ERPI:

A soma das receitas anuais totais das comparticipações (segurança social, utentes e descendentes) não pode exceder o produto do valor de referência multiplicado pelo número de utentes com acordo no Lar, admitidos após junho de 2008, **acrescido de 15%**.

#### **Exemplo:**

Limite anual de receitas para ERPI com 60 utentes.

$$(938,43\text{€} \times 60 \times 12) + 15\% \leq 777.020,04 \text{€}$$

- ❖ Para os utentes que, dentro da capacidade definida, não estejam abrangidos pelo acordo de cooperação, é livre a fixação do valor da comparticipação familiar;

- ❖ Este valor, **não deve atingir os valores praticados na rede lucrativa;**
- ❖ Não poderá ser recusada a revisão do acordo de cooperação para incorporação destas vagas.

### **6.5. Aplicabilidade do Protocolo de Cooperação**

- ❖ As normas do Protocolo aplicam-se a todos os utentes **admitidos** na ERPI a partir da data da publicitação do Protocolo;
- ❖ Para os **utentes já admitidos anteriormente** à celebração do Protocolo de Cooperação de 2013-2014, caso a aplicação das regras implique um aumento da participação familiar, ou dos descendentes de 1º grau de linha reta ou de outros devedores legais de alimentos, o aumento deverá ser gradual e **não poderá ser superior a 10% ao ano** (*em 2011-2012 era de 5%*).

## **7. ACOLHIMENTO FAMILIAR A PESSOAS IDOSAS E ADULTAS COM DEFICIÊNCIA**

- ❖ As Instituições/Misericórdias com respostas sociais nas áreas da terceira idade e da deficiência podem ser Instituições/Misericórdias de enquadramento, no âmbito do acolhimento familiar a idosos e pessoas com deficiência;
- ❖ No âmbito do PES, e de acordo com as iniciativas do grupo de trabalho para regulamentação das respostas sociais, na sequência de alteração da regulamentação da resposta, será efetuada uma adenda ao Protocolo.

## **8. CENTRO DE NOITE**

- ❖ Às Instituições/Misericórdias com experiência no desenvolvimento de respostas sociais na área da terceira idade, que pretendam desenvolver o Centro de Noite, de forma a permitir aos idosos a manutenção da sua residência e do seu quotidiano diurno autónomo, precavendo e apoiando a sua segurança no período noturno, poderão solicitar a celebração de acordos de cooperação;
- ❖ Prevê-se a publicação de legislação de enquadramento do Centro de Noite na vigência do Protocolo.

## **9. CANTINAS SOCIAIS**

- ❖ As Instituições/Misericórdias que reúnam condições para a confeção de refeições, maximizando os recursos existentes, poderão aderir ao Programa de Emergência Alimentar, através da rede solidária de cantinas sociais:

- Formalização através de Protocolos com os Centros Distritais do ISS, IP;
- A rede solidária de cantinas sociais prevê a possibilidade de as refeições poderem ser fornecidas às famílias, nos equipamentos da Instituição/Misericórdia ou para consumo fora desta (*take-away*).

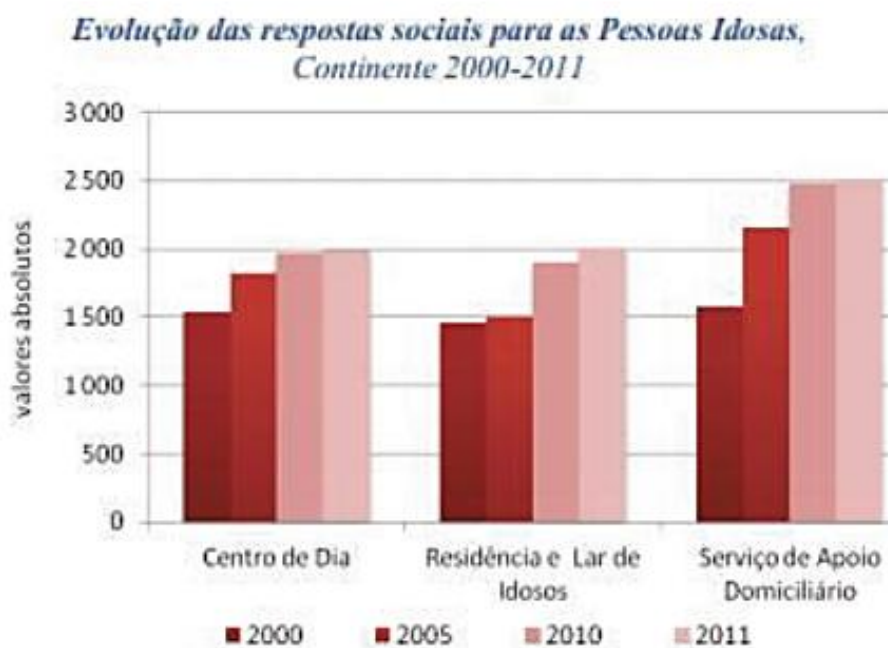
## **XI. VARIAÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS UTENTES**

- ❖ Em respostas sociais abertas à comunidade (Cantinas Sociais, outras) ou que envolvam confidencialidade (Casas Abrigo) serão, excecionalmente, dispensadas de controlo de variação de frequências, desde que seja remetida informação aos CDist quanto à média de frequências e consumos nelas verificados;
- ❖ Nos LIJ e CAT, desde que se verifique uma taxa de frequência mensal igual ou superior a 65%, (*em 2011-2012 era de 50%*) do número de utentes abrangidos por acordo de cooperação, não há lugar à dedução da comparticipação financeira:
  - Nestas respostas sociais, as Instituições/Misericórdias não poderão recusar a integração de crianças e jovens por solicitação da Segurança Social, em resultado de encaminhamento judicial, sem prejuízo do recurso para a subcomissão nacional (que integra elementos da CNAAPAC e da CNPCJR), criada pelo Protocolo de Cooperação 2011-2012.
- ❖ Os montantes resultantes da revisão dos acordos de cooperação, por diminuição do número de utentes, será destinado, prioritariamente, a:
  - Revisão de acordos de cooperação para a mesma Instituição/Misericórdia, nas situações em que se verifique uma frequência superior ao número de utentes comparticipados;
  - Revisão de acordos de cooperação de outras Instituições/Misericórdias do mesmo distrito, nas situações em que se verifique uma frequência superior ao número de utentes comparticipados.
- ❖ A alocação dos valores resultantes de “poupança” serão inscritos da seguinte forma:
  - 75% em Orçamento de Gestão Corrente e 25% em Orçamento Programa para a celebração de novos acordos de cooperação;
  - Mediante despacho do Exmo. Sr. SESSS, nos meses de maio e Setembro.

- ❖ O pagamento da comparticipação financeira da Segurança Social será efetuado mediante o controlo das frequências mensais, tendo por base o Número de Identificação da Segurança Social (NISS);
- ❖ Prevê-se que durante o 1.º trimestre de 2013 entre em funcionamento a comunicação das frequências mensais dos utentes (identificados pelo NISS), através de funcionalidade via web, na Segurança Social Direta. Está previsto, no âmbito da implementação deste processo, uma fase de formação aos CDist, bem como de esclarecimentos às Instituições/Misericórdias com acordos de cooperação em que exista controle de frequências.

### Anexo III

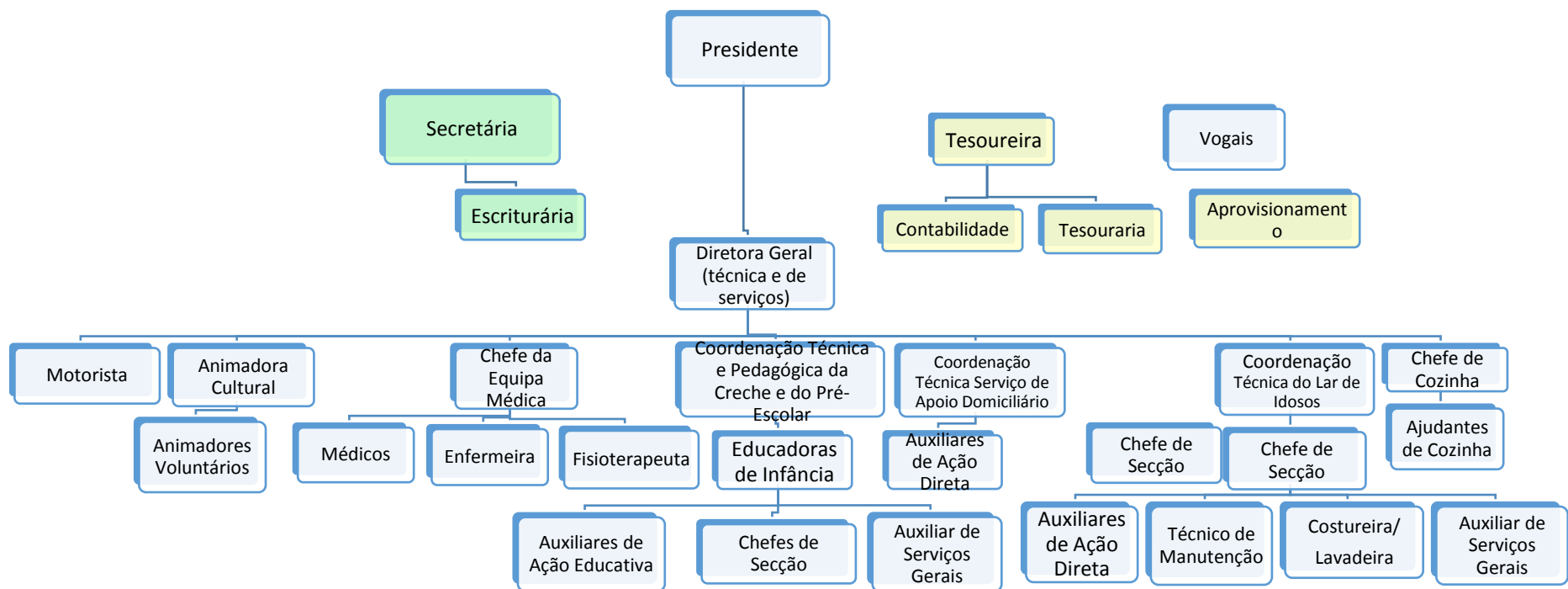
#### Evolução das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente 2000-2011



Fonte: Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos (Relatório 2011)

## Anexo IV

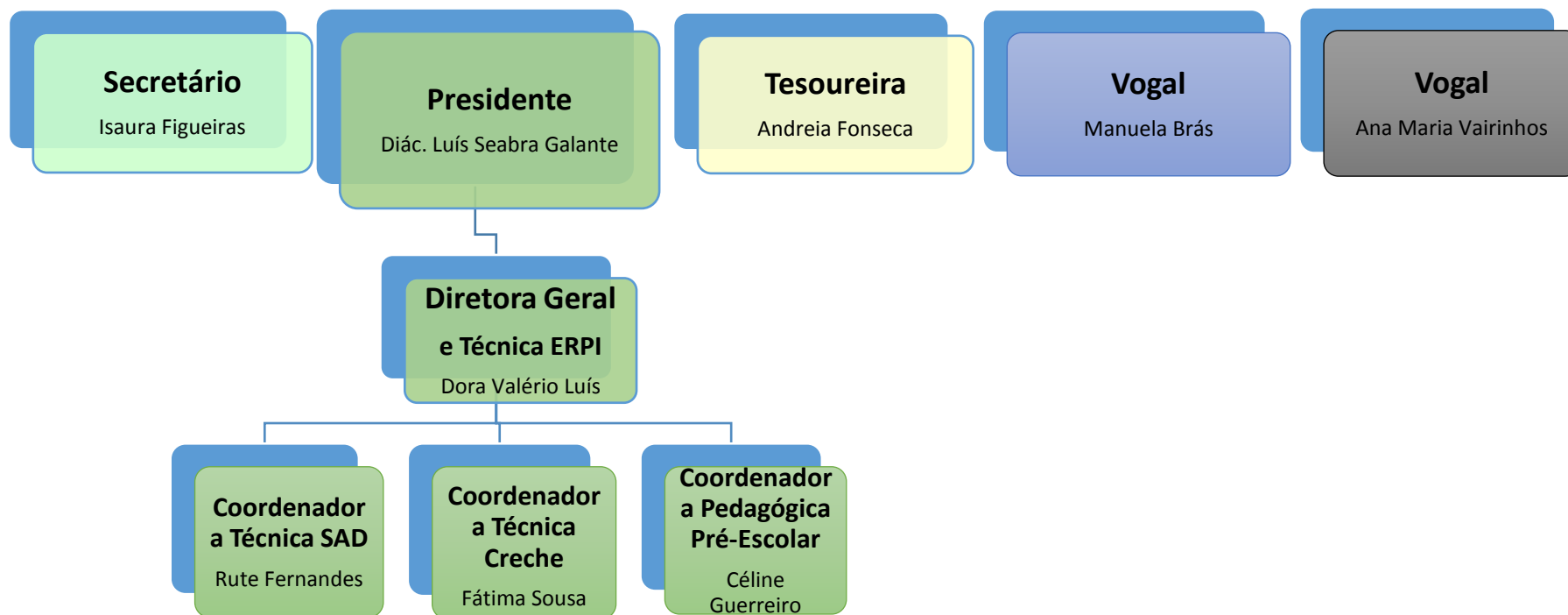
### Centro Cultural e Social da Paróquia de S. Martinho de Estoi – Organograma I



## Anexo V

### Centro Cultural e Social da Paróquia de S. Martinho de Estoi – Organograma II

#### Conselho Diretivo, Direção Geral e Coordenações Técnicas



## Anexo VI

### Cronograma de tarefas

<b>Calendarização</b>	<b>Tarefas</b>	<b>Fase da Investigação</b>
De outubro a dezembro de 2014	Conhecer os idosos, a equipa de trabalho do Centro, a comunidade e a instituição Recolher informação	Investigação
De janeiro a abril de 2015	Recolher informação Observar e participar nas atividades	Investigação
De maio a julho de 2015	Aplicar medidas Dinamizar atividades	Ação
De maio a agosto de 2015	Avaliação e escrita do relatório final	Avaliação
Em setembro de 2015	Entrega da 1. <sup>a</sup> versão à Orientadora	Conclusão
Até 29 de setembro de 2015	Reformulação do relatório final com as sugestões da Orientadora	Conclusão
A 30 de setembro de 2015	Entrega da versão final nos Serviços Académicos	Conclusão

## Anexo VII

### Cronograma mensal das atividades

Mês/dia da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
Maio				14
Maio	18	19	20	21
Maio	25	26	27	28

Mês/dia da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
Junho	1	2	3	4
Junho	8	9	10	11
Junho	15	16	17	18
Junho	22	23	24	25
Junho	29	30		

Mês/dia da semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
Julho			1	2
Julho	6	7	8	9
Julho	13	14		

## Anexo VIII

### Plano de intervenção no serviço de apoio domiciliário de Estoi

#### Pré-teste e pós-teste

Área de intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Avaliação física e cognitiva	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar a existência de algum grau de incapacidade física e/ou cognitiva;</li><li>- Comparar a evolução dos idosos antes e depois de aplicado o plano de intervenção.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observação das atitudes e comportamentos;</li><li>- Conversas informais;</li><li>- Recolha de informação junto da equipa de auxiliares;</li><li>- Preenchimento do “MiniExame do Estado Mental” de Folstein, Folstein &amp; McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Material de suporte às atividades;</li><li>Educadoras sociais;</li><li>Animadoras socioculturais.</li></ul>

### Atividades lúdicas e recreativas

Área de intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Expressão plástica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a destreza manual;</li> <li>- Estimular a criatividade;</li> <li>- Desenvolvimento da atenção, concentração e coordenação;</li> <li>- Promoção da orientação espacial e temporal;</li> <li>- Aquisição de novos conhecimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escultura;</li> <li>- Pintura;</li> <li>- Desenho;</li> <li>- Corte e costura;</li> <li>- Modelagem e decalque;</li> <li>- Recortes e colagens.</li> </ul>	<p>Material de suporte às atividades;</p> <p>Educadoras sociais;</p> <p>Animadoras socioculturais.</p>

### Atividades socioculturais

Área de intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Desenvolvimento pessoal e social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a comunicação verbal;</li> <li>- Valorização pessoal e autoestima;</li> <li>- Fortalecer laços familiares;</li> <li>- Partilha de experiências;</li> <li>- Educar para a cidadania;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversas informais;</li> <li>- Recolha de património oral;</li> <li>- Exercícios de conhecimento;</li> <li>- Leitura de notícias;</li> <li>- Estimulação da escrita;</li> </ul>	<p>Material de suporte às atividades;</p> <p>Educadoras sociais;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despertar o espírito crítico;</li> <li>- Promover a autonomia e a responsabilidade;</li> <li>- Promover o diálogo e troca de opiniões;</li> <li>- Estimular a memória;</li> <li>- Reviver as vivências e experiências adquiridas ao longo da vida;</li> <li>- Promover a interação e coesão grupal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulação da leitura;</li> <li>- Recolha de dizeres populares;</li> <li>- Descrição de profissões e atividades de antigamente;</li> <li>- Rezar o terço.</li> </ul>	Animadoras socioculturais.
Família e comunidade + Intergeracionalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar os laços familiares entre os idosos e os seus familiares;</li> <li>- Sensibilizar as famílias para a problemática do envelhecimento;</li> <li>- Contribuir para evitar o isolamento;</li> <li>- Permitir a relação com o meio envolvente;</li> <li>- Fomentar a integração social do/a idoso/a.</li> <li>- Proporcionar momentos de convívio e confraternização;</li> <li>- Promover o diálogo intergeracional;</li> <li>- Envolver a comunidade nas comemorações festivas;</li> <li>- Incrementar a participação ativa dos idosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinâmicas de grupo;</li> <li>- Atividades de troca de ofertas entre os idosos e as famílias;</li> <li>- Festa de final de ano letivo com desfile, atuações e jantar.</li> </ul>	Material de suporte às atividades; Educadoras sociais; Animadoras socioculturais

	e crianças.		
Preservação do meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservar o meio ambiente;</li> <li>- Educar para hábitos de poupança dos recursos naturais;</li> <li>- Contribuir para um desenvolvimento sustentável às gerações futuras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plantação de sementes e flores;</li> <li>- Decoração de materiais com materiais recicláveis.</li> </ul>	<p>Material de suporte às atividades;</p> <p>Educadoras sociais;</p> <p>Animadoras socioculturais</p> <p>Jardineiro.</p>

### Atividades cognitivas

Área de intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Estimulação cognitiva/mental e sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar o espírito de grupo;</li> <li>- Aquisição de novos conhecimentos e partilha de informação;</li> <li>- Evitar o isolamento;</li> <li>- Prevenir a rápida degradação mental;</li> <li>- Estimular a memória, o raciocínio e a concentração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos de sala;</li> <li>- Jogos lúdicos;</li> <li>- Uso de algumas TIC (Tecnologias de informação e comunicação);</li> <li>- Cálculo matemático;</li> <li>- Exercícios de tarefas verbais sobre várias temáticas;</li> <li>- Exercícios de memória;</li> <li>- Jogos de semelhanças e diferenças;</li> <li>- Jogos de reconhecimento auditivo, tátil e visual.</li> </ul>	<p>Material de suporte às atividades;</p> <p>Educadoras sociais;</p> <p>Animadoras socioculturais.</p>

### Atividades físico-motoras

Área de intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Animação física ou motora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular os/as idosos/as para as práticas desportivas;</li> <li>- Aquisição, coordenação e controlo do próprio corpo;</li> <li>- Aumentar a resistência física;</li> <li>- Estimular a comunicação não-verbal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios de aquecimento e relaxamento;</li> <li>- Geromotricidade;</li> <li>- Jogo do <i>bowling</i>.</li> </ul>	Material de suporte às atividades; Educadoras sociais; Animadoras socioculturais.

### Atividades de saúde

Área de intervenção	Objetivos	Atividades	Recursos
Acompanhamento da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o historial clínico do/a idoso/a;</li> <li>- Prevenir o rápido desenvolvimento de patologias e/ou doenças;</li> <li>- Melhorar ou preservar a qualidade de vida do/a idoso/a;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troca de informações com a equipa do SAD;</li> <li>- Sessões informais de esclarecimento sobre doenças, prevenção de quedas, alimentação e outras temáticas;</li> <li>- Medir a tensão;</li> </ul>	Material de suporte às atividades; Educadoras sociais; Animadoras socioculturais;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autonomia, a independência e os hábitos de vida saudáveis;</li> <li>- Estabelecer e/ou fortalecer uma relação de ajuda com o idoso;</li> <li>- Promover a integração familiar na tomada de decisão;</li> <li>- Detetar precocemente possíveis alterações a nível físico e/ou cognitivo na saúde do/a idoso/a;</li> <li>- Controlar a evolução dos problemas já existentes;</li> <li>- Prevenção de doenças e quedas;</li> <li>- Minimizar o impacto da posterior institucionalização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confeção de alimentos.</li> </ul>	<p>Enfermeira.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--------------------

## Anexo IX

### Resultados

#### Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Folstein, Folstein & McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)

Utente: 1      Data: 14/05/2015      Avaliador: Joana Viegas

#### 1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta – 0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
1.1. Em que ano estamos?	x	
1.2. Em que mês estamos?	x	
1.3. Em que dia do mês estamos?		x
1.4. Em que dia da semana estamos?		x
1.5. Em que estação estamos?		x
1.6. Em que país estamos?	x	
1.7. Em que distrito é que vive?		x
1.8. Em que terra vive?	x	
1.9. Em que casa estamos?	x	
1.10. Em que andar estamos?	x	

**Total orientação: \_\_6\_\_ pontos**

#### 2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
2.1. Pêra	x	
2.2. Gato	x	
2.3. Bola	x	

**Total retenção: \_\_3\_\_ pontos**

#### 3. Atenção e cálculo (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 5 pontos).

Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até lhe dizer para parar.

Ex. 30- (3)   1   27- (3)   1   24-(3)   1   21-(3)   1   18-(3)   1  

**Total atenção e cálculo:   5   pontos**

**4. Evocação** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1. Pêra		x
4.2. Gato		x
4.3. Bola		x

**Total evocação:   0   pontos**

**5. Linguagem** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 8 pontos).

5.1. Como se chama isto? (mostrar objetos – 0 a 2 pontos).

	Certo	Errado
5.1.1. Relógio	x	
5.2.2. Lápis	x	

**Total de pontos:   2**

5.2. Repita a frase (contar 1 ponto): “O rato roeu a rolha”.

**Total de pontos:   1**

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos. (0 a 3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita a folha	x	
5.3.2. Dobra a folha ao meio	x	
5.3.3. Coloca a folha onde deve	x	

**Total de pontos:   3**

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar cartão com letra bem legível com a frase: “Feche os olhos”. (Se a pessoa for analfabeto/a, lê-se a frase). (0 a 1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado
	x

**Total de pontos: \_\_0\_\_**

5.5. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0 a 1 pontos)

**Total de pontos: \_\_0\_\_**

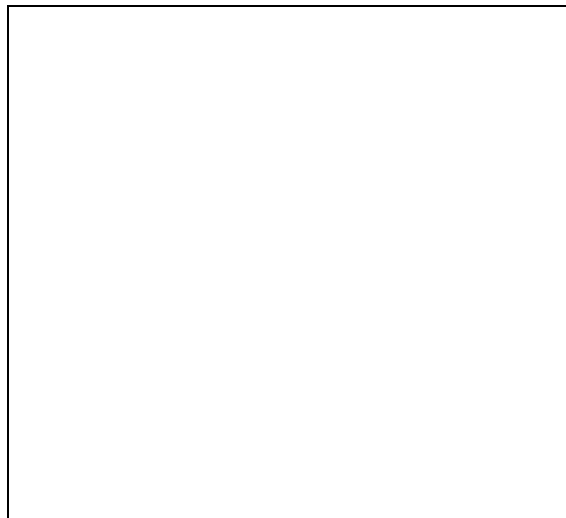
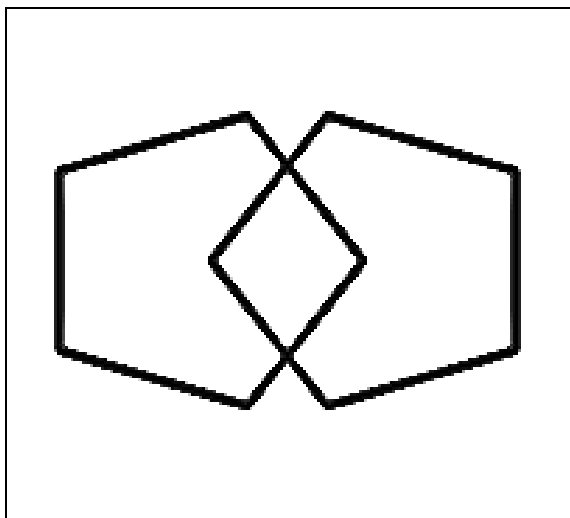
**Total linguagem: \_\_6\_\_ pontos**

**6. Habilidade construtiva** (Um ponto pela cópia correta – 0 a 1 pontos).

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos e cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersecados. Não valorizar os tremores ou rotação.

Desenho

Cópia



**Total Habilidade construtiva: \_\_0\_\_ pontos**

**Pontuação total (Máximo de 30 pontos): \_\_20\_\_ pontos**

---

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

### Minixame do Estado Mental (MEEM)

Folstein, Folstein & McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)

Utente: 1 Data: 14/07/2015 Avaliador: Joana Viegas

#### 1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta – 0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
1.1. Em que ano estamos?		x
1.2. Em que mês estamos?		x
1.3. Em que dia do mês estamos?		x
1.4. Em que dia da semana estamos?	x	
1.5. Em que estação estamos?	x	
1.6. Em que país estamos?	x	
1.7. Em que distrito é que vive?	x	
1.8. Em que terra vive?	x	
1.9. Em que casa estamos?	x	
1.10. Em que andar estamos?	x	

**Total orientação: \_\_7\_\_ pontos**

#### 2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
2.1. Pêra	x	
2.2. Gato	x	
2.3. Bola	x	

**Total retenção: \_\_3\_\_ pontos**

#### 3. Atenção e cálculo (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 5 pontos).

Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até lhe dizer para parar.

Ex. 30- (3) \_\_1\_\_ 27- (3) \_\_1\_\_ 24-(3) \_\_1\_\_ 21-(3) \_\_1\_\_ 18-(3) \_\_1\_\_

**Total atenção e cálculo: \_\_5\_\_ pontos**

**4. Evocação** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1. Pêra		x
4.2. Gato		x
4.3. Bola	x	

**Total evocação: \_\_1\_\_ pontos**

**5. Linguagem** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 8 pontos).

5.1. Como se chama isto? (mostrar objetos – 0 a 2 pontos).

	Certo	Errado
5.1.1. Relógio	x	
5.2.2. Lápis	x	

**Total de pontos: \_\_2\_\_**

5.2. Repita a frase (contar 1 ponto): “O rato roeu a rolha”.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos. (0 a 3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita a folha	x	
5.3.2. Dobra a folha ao meio	x	
5.3.3. Coloca a folha onde deve	x	

**Total de pontos: \_\_3\_\_**

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar cartão com letra bem legível com a frase: “Feche os olhos”. (Se a pessoa for analfabeto/a, lê-se a frase). (0 a 1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado
	x

**Total de pontos: \_\_0\_\_**

5.5. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0 a 1 pontos)

O cão gosta de ladrar e o gato gosta de miar.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

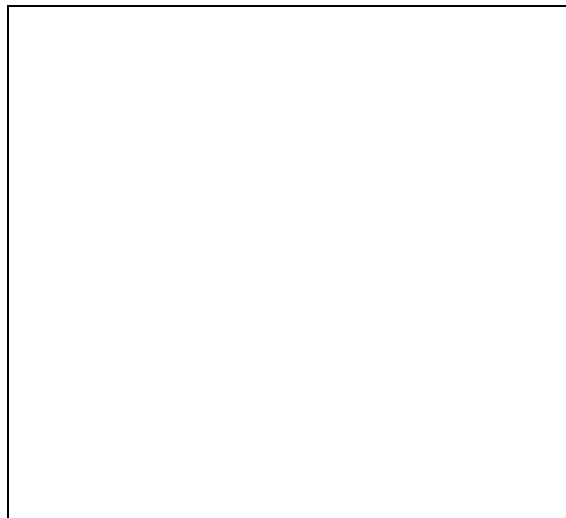
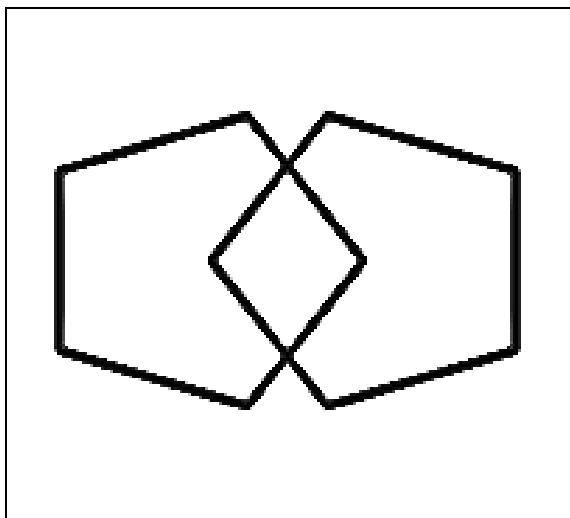
**Total linguagem: \_\_7\_\_ pontos**

**6. Habilidade construtiva** (Um ponto pela cópia correta – 0 a 1 pontos).

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos e cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar os tremores ou rotação.

Desenho

Cópia



**Total Habilidade construtiva: \_\_0\_\_ pontos**

**Pontuação total (Máximo de 30 pontos): \_\_23\_\_ pontos**

---

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

### Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Folstein, Folstein & McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)

Utente: 2 Data: 14/05/2015 Avaliador: Joana Viegas

#### 1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta – 0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
1.1. Em que ano estamos?		x
1.2. Em que mês estamos?	x	
1.3. Em que dia do mês estamos?		x
1.4. Em que dia da semana estamos?		x
1.5. Em que estação estamos?	x	
1.6. Em que país estamos?		x
1.7. Em que distrito é que vive?		x
1.8. Em que terra vive?	x	
1.9. Em que casa estamos?	x	
1.10. Em que andar estamos?	x	

**Total orientação: \_\_5\_\_ pontos**

#### 2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
2.1. Pêra	x	
2.2. Gato	x	
2.3. Bola	x	

**Total retenção: \_\_3\_\_ pontos**

#### 3. Atenção e cálculo (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 5 pontos).

Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até lhe dizer para parar.

Ex. 30- (3) \_\_1\_\_ 27- (3) \_\_0\_\_ 24-(3) \_\_0\_\_ 21-(3) \_\_0\_\_ 18-(3) \_\_0\_\_

**Total atenção e cálculo: \_\_1\_\_ pontos**

**4. Evocação** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1. Pêra		x
4.2. Gato		x
4.3. Bola		x

**Total evocação: \_\_0\_\_ pontos**

**5. Linguagem** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 8 pontos).

5.1. Como se chama isto? (mostrar objetos – 0 a 2 pontos).

	Certo	Errado
5.1.1. Relógio	x	
5.2.2. Lápis	x	

**Total de pontos: \_\_2\_\_**

5.2. Repita a frase (contar 1 ponto): “O rato roeu a rolha”.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos. (0 a 3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita a folha	x	
5.3.2. Dobra a folha ao meio	x	
5.3.3. Coloca a folha onde deve	x	

**Total de pontos: \_\_3\_\_**

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar cartão com letra bem legível com a frase: “Feche os olhos”. (Se a pessoa for analfabeto/a, lê-se a frase). (0 a 1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado
	x

**Total de pontos: \_\_0\_\_**

5.5. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0 a 1 pontos)

A Rita gosta de fazer malha, meias, blusas e cuidar de galinhas.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

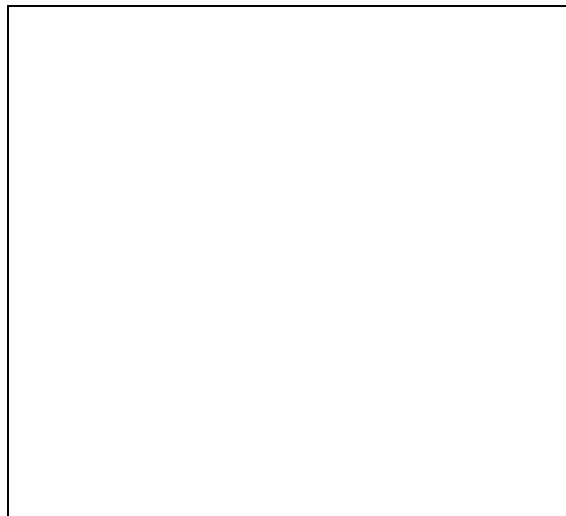
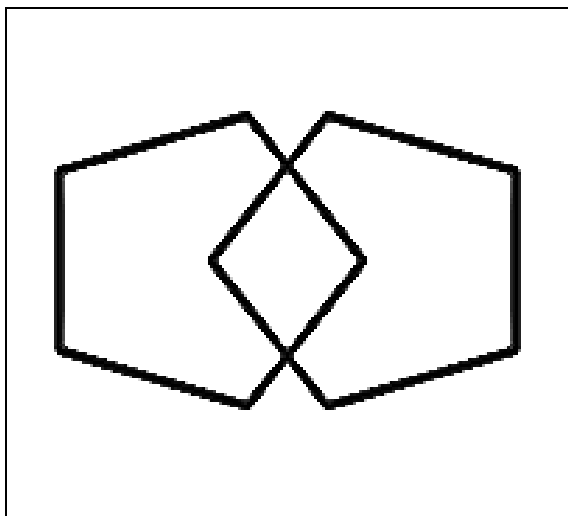
**Total linguagem: \_\_7\_\_ pontos**

**6. Habilidade construtiva** (Um ponto pela cópia correta – 0 a 1 pontos).

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos e cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersetados. Não valorizar os tremores ou rotação.

Desenho

Cópia



**Total Habilidade construtiva:   0   pontos**

**Pontuação total (Máximo de 30 pontos):  16  pontos**

---

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

### Minixame do Estado Mental (MEEM)

Folstein, Folstein & McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)

Utente: 2 Data: 14/07/2015 Avaliador: Joana Viegas

#### 1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta – 0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
1.1. Em que ano estamos?		x
1.2. Em que mês estamos?		x
1.3. Em que dia do mês estamos?		x
1.4. Em que dia da semana estamos?		x
1.5. Em que estação estamos?		x
1.6. Em que país estamos?		x
1.7. Em que distrito é que vive?		x
1.8. Em que terra vive?		x
1.9. Em que casa estamos?	x	
1.10. Em que andar estamos?	x	

**Total orientação: \_\_2\_\_ pontos**

#### 2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
2.1. Pêra	x	
2.2. Gato	x	
2.3. Bola	x	

**Total retenção: \_\_3\_\_ pontos**

#### 3. Atenção e cálculo (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 5 pontos).

Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até lhe dizer para parar.

Ex. 30- (3) \_\_1\_\_ 27- (3) \_\_1\_\_ 24-(3) \_\_0\_\_ 21-(3) \_\_0\_\_ 18-(3) \_\_0\_\_

**Total atenção e cálculo:   2   pontos**

**4. Evocação** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1. Pêra		x
4.2. Gato		x
4.3. Bola		x

**Total evocação:   0   pontos**

**5. Linguagem** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 8 pontos).

5.1. Como se chama isto? (mostrar objetos – 0 a 2 pontos).

	Certo	Errado
5.1.1. Relógio	x	
5.2.2. Lápis	x	

**Total de pontos:   2**

5.2. Repita a frase (contar 1 ponto): “O rato roeu a rolha”.

**Total de pontos:   1**

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos. (0 a 3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita a folha	x	
5.3.2. Dobra a folha ao meio	x	
5.3.3. Coloca a folha onde deve	x	

**Total de pontos:   3**

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar cartão com letra bem legível com a frase: “Feche os olhos”. (Se a pessoa for analfabeto/a, lê-se a frase). (0 a 1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado
x	

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

5.5. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0 a 1 pontos)

<p>Eu gostava muito de tecer mantas no tear.</p>
--------------------------------------------------

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

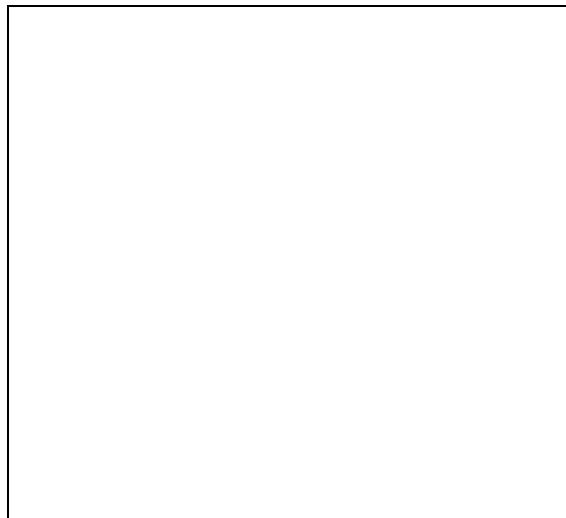
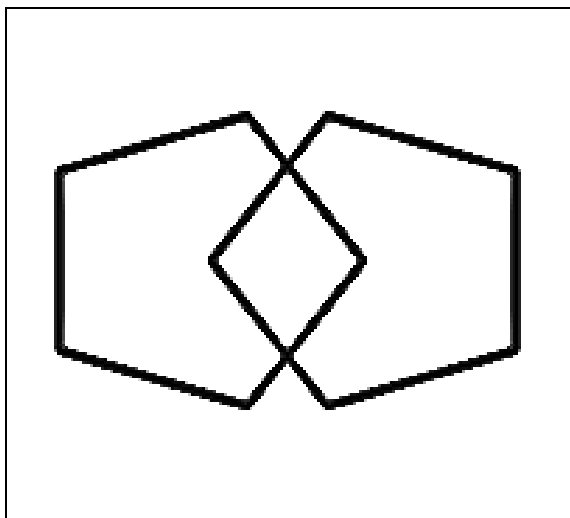
**Total linguagem: \_\_8\_\_ pontos**

**6. Habilidade construtiva** (Um ponto pela cópia correta – 0 a 1 pontos).

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos e cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersecados. Não valorizar os tremores ou rotação.

Desenho

Cópia



**Total Habilidade construtiva: \_\_0\_\_ pontos**

**Pontuação total (Máximo de 30 pontos): \_\_14\_\_ pontos**

---

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

### Minixame do Estado Mental (MEEM)

Folstein, Folstein & McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)

Utente: 3 Data: 14/05/2015 Avaliador: Joana Viegas

#### 1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta – 0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
1.1. Em que ano estamos?		x
1.2. Em que mês estamos?	x	
1.3. Em que dia do mês estamos?		x
1.4. Em que dia da semana estamos?	x	
1.5. Em que estação estamos?		x
1.6. Em que país estamos?	x	
1.7. Em que distrito é que vive?	x	
1.8. Em que terra vive?	x	
1.9. Em que casa estamos?	x	
1.10. Em que andar estamos?	x	

**Total orientação: \_\_7\_\_ pontos**

#### 2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
2.1. Pêra	x	
2.2. Gato	x	
2.3. Bola	x	

**Total retenção: \_\_3\_\_ pontos**

#### 3. Atenção e cálculo (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 5 pontos).

Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até lhe dizer para parar.

Ex. 30- (3) \_\_1\_\_ 27- (3) \_\_1\_\_ 24-(3) \_\_0\_\_ 21-(3) \_\_1\_\_ 18-(3) \_\_0\_\_

**Total atenção e cálculo: \_\_3\_\_ pontos**

**4. Evocação** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1. Pêra		x
4.2. Gato		x
4.3. Bola		x

**Total evocação: \_\_0\_\_ pontos**

**5. Linguagem** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 8 pontos).

5.1. Como se chama isto? (mostrar objetos – 0 a 2 pontos).

	Certo	Errado
5.1.1. Relógio	x	
5.2.2. Lápis	x	

**Total de pontos: \_\_2\_\_**

5.2. Repita a frase (contar 1 ponto): “O rato roeu a rolha”.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos. (0 a 3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita a folha	x	
5.3.2. Dobra a folha ao meio	x	
5.3.3. Coloca a folha onde deve	x	

**Total de pontos: \_\_3\_\_**

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar cartão com letra bem legível com a frase: “Feche os olhos”. (Se a pessoa for analfabeto/a, lê-se a frase). (0 a 1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado
	x

**Total de pontos: \_\_0\_\_**

5.5. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0 a 1 pontos)

O José joga à bola e eu não gosto de bola.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

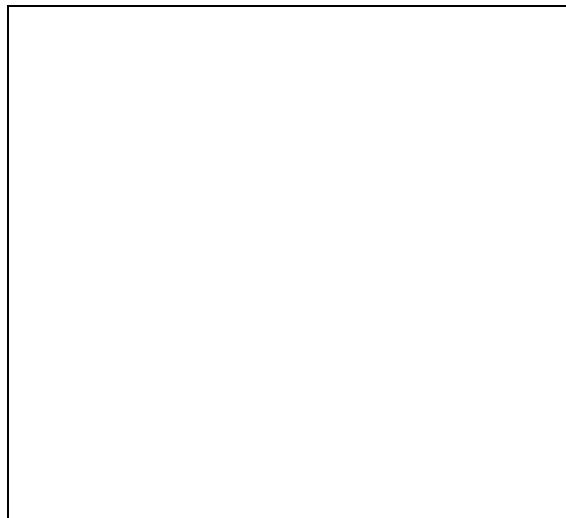
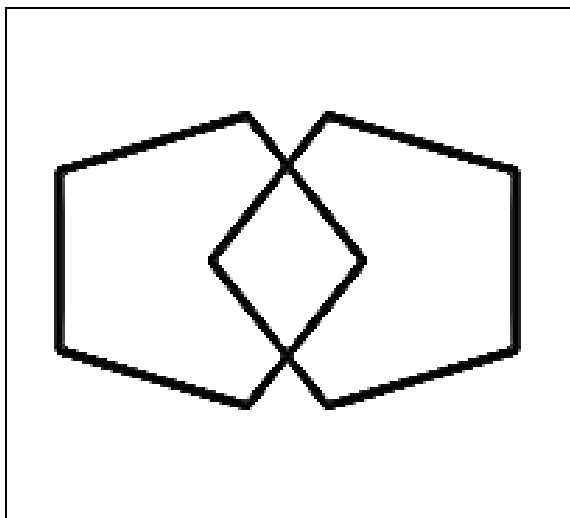
**Total linguagem: \_\_7\_\_ pontos**

**6. Habilidade construtiva** (Um ponto pela cópia correta – 0 a 1 pontos).

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos e cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar os tremores ou rotação.

Desenho

Cópia



**Total Habilidade construtiva: \_\_0\_\_ pontos**

**Pontuação total (Máximo de 30 pontos): \_\_20\_\_ pontos**

---

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

### Minixame do Estado Mental (MEEM)

Folstein, Folstein & McHugh (1975), traduzido por Guerreiro e col. (1994)

Utente: 3 Data: 14/07/2015 Avaliador: Joana Viegas

#### 1. Orientação (Um ponto por cada resposta correta – 0 a 10 pontos).

	Certo	Errado
1.1. Em que ano estamos?		x
1.2. Em que mês estamos?	x	
1.3. Em que dia do mês estamos?		x
1.4. Em que dia da semana estamos?	x	
1.5. Em que estação estamos?		x
1.6. Em que país estamos?	x	
1.7. Em que distrito é que vive?	x	
1.8. Em que terra vive?	x	
1.9. Em que casa estamos?	x	
1.10. Em que andar estamos?	x	

**Total orientação: \_\_7\_\_ pontos**

#### 2. Retenção (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Este item é avaliado com o seguinte exercício:

Vou dizer três palavras: queria que as repetisse mas só depois de eu as dizer todas.

Procure ficar a sabê-las de cor.

	Certo	Errado
2.1. Pêra	x	
2.2. Gato	x	
2.3. Bola	x	

**Total retenção: \_\_3\_\_ pontos**

#### 3. Atenção e cálculo (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 5 pontos).

Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete-se assim até lhe dizer para parar.

Ex. 30- (3) \_\_1\_\_ 27- (3) \_\_1\_\_ 24-(3) \_\_1\_\_ 21-(3) \_\_1\_\_ 18-(3) \_\_1\_\_

**Total atenção e cálculo: \_\_5\_\_ pontos**

**4. Evocação** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 3 pontos).

Veja se consegue dizer as três palavras que pedi anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
4.1. Pêra		x
4.2. Gato		x
4.3. Bola	x	

**Total evocação: \_\_1\_\_ pontos**

**5. Linguagem** (Um ponto por cada palavra corretamente repetida – 0 a 8 pontos).

5.1. Como se chama isto? (mostrar objetos – 0 a 2 pontos).

	Certo	Errado
5.1.1. Relógio	x	
5.2.2. Lápis	x	

**Total de pontos: \_\_2\_\_**

5.2. Repita a frase (contar 1 ponto): “O rato roeu a rolha”.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

5.3. Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa. Dar a folha com as duas mãos. (0 a 3 pontos)

	Certo	Errado
5.3.1. Pega com a mão direita a folha	x	
5.3.2. Dobra a folha ao meio	x	
5.3.3. Coloca a folha onde deve	x	

**Total de pontos: \_\_3\_\_**

5.4. Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz.

Mostrar cartão com letra bem legível com a frase: “Feche os olhos”. (Se a pessoa for analfabeto/a, lê-se a frase). (0 a 1 pontos)

5.4.1. Fechou os olhos

Certo	Errado
x	

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

5.5. Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. (0 a 1 pontos)

Eu gosto de semear melancias, melões e tomateiras.

**Total de pontos: \_\_1\_\_**

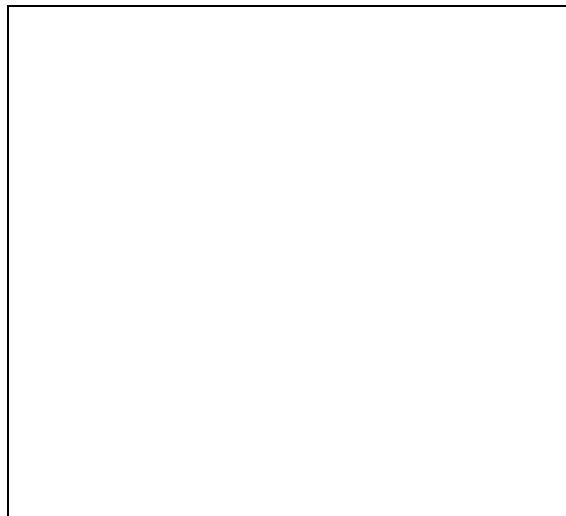
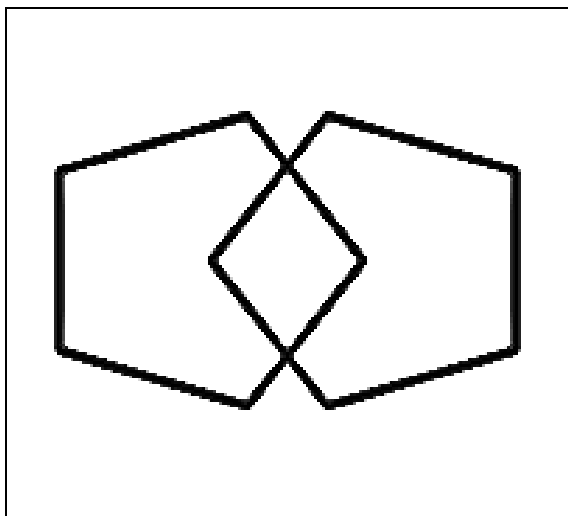
**Total linguagem: \_\_8\_\_ pontos**

**6. Habilidade construtiva** (Um ponto pela cópia correta – 0 a 1 pontos).

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos e cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersecados. Não valorizar os tremores ou rotação.

Desenho

Cópia



**Total Habilidade construtiva: \_\_0\_\_ pontos**

**Pontuação total (Máximo de 30 pontos): \_\_24\_\_ pontos**

---

Classificação: varia entre os 0 e 30 pontos sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivos os seguintes:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

## Anexo X

### Tabela de avaliação diária da atividade

**Área de intervenção:**

**Tema da semana:**

**Atividade:**

Pergunta	Sim	Não
1. Gostou desta atividade?		
2. Gostou da forma como foi feita esta atividade?		
3. Acha que aprendeu alguma coisa com esta atividade?		
4. Esta atividade foi de encontro aos seus gostos e interesses?		
5. Sentiu que esta atividade se adaptou às suas necessidades?		
6. Sentiu algum tipo de dificuldade em realizar esta atividade?		
7. Alterava/substituía esta atividade?		
8. Esta atividade permitiu que desenvolvesse algum tipo de hábito saudável?		
9. Ao participar nesta atividade sentiu melhorias na sua saúde?		
10. Gostaria que esta atividade tivesse continuidade?		

**Anexo XI**  
**Relatório diário da atividade**

<b>Área de intervenção:</b>	<b>Tema da semana:</b>
<b>Atividade:</b>	
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Local:</b>	<b>Duração:</b>
<b>Participante(s):</b>	

**Descrição da atividade:**



**Objetivo(s):**

**Resumo:**



**Anexo XII**  
**Trava-línguas**

<p><b>Xuxa! A Sasha fez xixi no chão da sala.</b></p>	<p>Pinga a pia apara o prato, pia o pinto e mia o gato.</p>
<p>Em rápido raptó, um rápido rato raptou três ratos sem deixar rastros.</p>	<p>O sabiá não sabia que o sábio sabia que o sabiá não sabia assobiar.</p>
<p>Lúcia lustrava o lustre listrado. O lustre listrado luzia pra Lúcia que admirava o lustre listrado.</p>	<p>Atrás da pia tem um prato, um pinto e um gato. Pinga a pia, para o prato, pia o pinto e mia o gato.</p>
<p>Uma casa tem quatro quartos. Em cada quarto tem quatro quadros. E cada quadro é quadrado. Quantos quadros quadrados tem na casa?</p>	<p>Um ninho de mafagafos tem seis mafagafinhos. Quem os desmafagafizar bom desmafagafizador será.</p>
<p>Perto daquele ripado está falando um pardal pardo. - Pardal pardo, porque palras? - Eu palro e palrarei, porque sou o pardal pardo, palrador D'el Rei!</p>	<p>O Tempo perguntou ao tempo quanto tempo o tempo tem, o Tempo respondeu ao tempo que o tempo tem tanto tempo quanto tempo o tempo tem.</p>

## Anexo XIII

### Adivinhas

O que é que na mesa se parte e reparte mas não se come? (R: Baralho de cartas)	Tem dentes e não come, tem barbas e não é homem. O que é? (R: Alho)
Uma capelinha muito pequenina, com o sacristão vestido de vermelho e os santos todos de branco. O que é? (R: Boca)	Eu no campo me criei, metida entre verdes laços. E quem mais chora por mim, é quem me faz em pedaços. O que sou? (R: Cebola)
Pai carinhoso, filho espinhoso, neto amoroso. O que é? (R: Castanheiro)	Tem pescoço e não tem cabeça, tem braços e não tem mãos, tem corpo e não tem pernas. O que é? (R: Camisa)
Qual é coisa qual é ela alta como pinho, verde como linho, amarga como fel e doce como o mel? (R: Banana)	Verde foi o meu nascimento mas de luto me vesti para dar a luz ao mundo mil tormentos padeci. Quem sou eu? (R: Azeitona)
Eu trabalho noite e dia se me derem de comer e nos dentes quero água. O que sou? (R: Moinho)	À meia-noite se levanta o francês, sabe das horas mas não sabe do mês. Tem esporas e não é cavaleiro. Tem serra e não é carpinteiro. Tem picão e não é pedreiro. Cava no chão e não acha dinheiro. Quem é? (R: Galo)

## Anexo XIV

### Provérbios

Amigo _____ vale mais do que _____. (verdadeiro / dinheiro)	Mãos frias, coração quente, _____. (amor para sempre)
Amor com _____ se paga. (amor)	Amigos, amigos, _____ à parte. (negócios)
Em Março, esperam-se as rocas e sacham-se as _____. (hortas)	Dinheiro compra _____, mas não compra _____. (pão / gratidão)
Galinha _____ faz bom _____. (velha / caldo)	Filhos _____, trabalhos _____. (criados / dobrados)
Vale mais _____ duro que figo _____. (pão / maduro)	Quem _____ por gosto não _____. (corre / cansa)

**Anexo XV**  
**Cálculo matemático**

Ligue a fração ao resultado correto:

$2+2+3-1=$		$=35$
$12+5+1-0=$		$=65$
$43-10-2+4=$		$=6$
$55+5+5+5-5=$		$=90$
$96-6+1-1=$		$=18$

Resolva as seguintes frações:

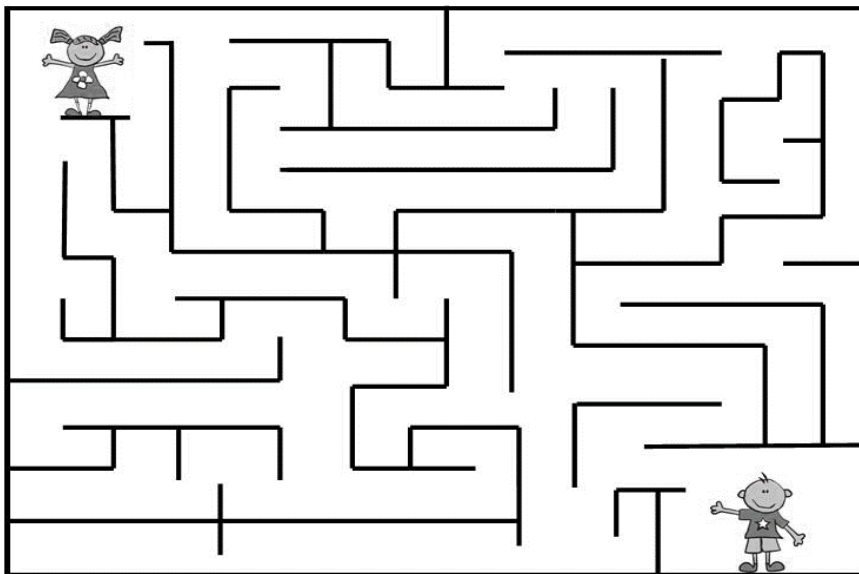
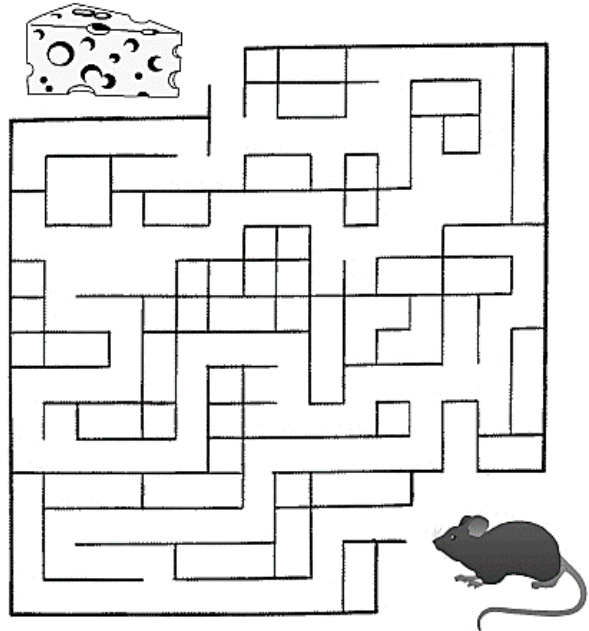
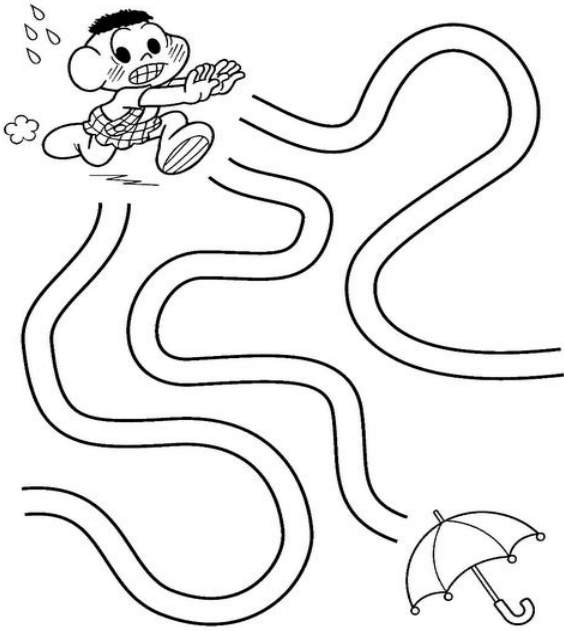
**Pétalas e Fatos**

Pinte, de vermelho, as pétalas que contêm o produto e o quociente dos fatos representados nas flores.

The image shows a girl holding a flower. Below her are several flowers with math facts in their centers and numbers in their petals. The math facts are:  $5 \times 9$ ,  $2 \times 7$ ,  $2 \times 9$ ,  $18 : 2$ ,  $30 : 5$ ,  $40 : 5$ ,  $35 : 5$ , and  $5 \times 3$ . The numbers in the petals are: 45, 50, 35, 25, 13, 14, 15, 17, 16, 6, 5, 20, 16, 17, 18, 19, 7, 6, 7, 8, 2, 6, 4, 7, 3, 10, 24, 15, 20.

Anexo XVI

Labirintos



**Anexo XVII**  
**Estimulação táctil**

<b>Objeto</b>	<b>Certo</b>	<b>Errado</b>
Colher		
Faca		
Garfo		
Alho		
Cebola		
Guardanapo		
Folha de alumínio		
Película aderente		
Farinha		
Açúcar		
Água		
Folhas de louro		
Anis		
Arroz		
Massa espiral		
Palitos		
Cotonetes		
Chaves		
Cruzeta		
Botões		

Algodão		
Tesoura		
Corta-unhas		
Borracha		
Lápis		
Caneta		
Fita métrica		
Concha		
Carrinho de linha		
Régua		
Pilha		
Pente		
Escova de roupa		
Papel		
Carteira/Porta-moedas		
Compressa		
Pensos		
Dado		
Cartão		
Plástico		
Fecho		
Vela		
Jornal		
Esponja de banho		

Palha d' aço		
Pega		
Fósforos		
Colher de pau		
Esponja de loiça		
Funil		
Coador		
Palhinha		
Vareta de varinha		
Frasco		
Tampa de plástico		
Saqueta de chá		

## Anexo XVIII

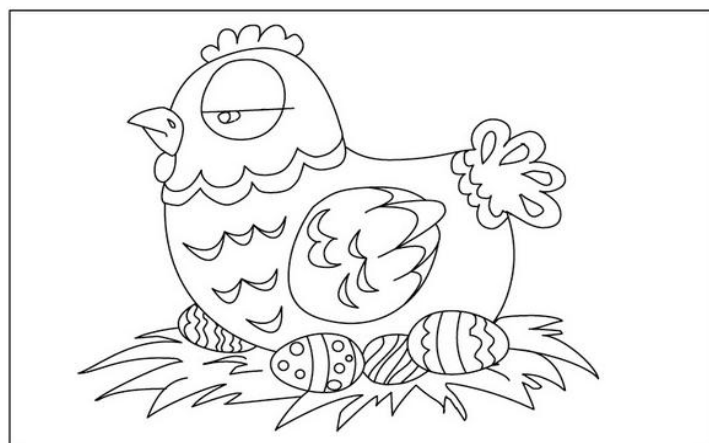
### Rimas

<b>Paixão/Limão</b>	<b>Vi/Fugi</b>	<b>Anel/Mel</b>	<b>Felicidade/Saudade</b>
<b>Coração/Emoção</b>	<b>Sofrer/Perder</b>	<b>Viver/Conhecer</b>	<b>Amizade/Verdade</b>
<b>Amor/Flor</b>	<b>Olhar/Beijar</b>	<b>Mão/Melão</b>	<b>Namorar/Lembrar</b>
<b>Cuidar/Amar</b>	<b>Sonhar/Explorar</b>	<b>Comer/Beber</b>	<b>Passear/Caminhar</b>

<b>Fazer/Ler</b>	<b>Escrever/Saber</b>	<b>Ver/Contar</b>	<b>Cuidar/Viajar</b>

## Anexo XIX

### Semelhanças e diferenças



## **Anexo XX**

### **Sinónimos**

<b>Feliz</b>	
<b>Rápido</b>	
<b>Grande</b>	
<b>Corajoso</b>	
<b>Bom</b>	
<b>Calma</b>	
<b>Amigo</b>	
<b>Despertar</b>	
<b>Feio</b>	
<b>Amor</b>	

### **Antónimos**

<b>Alegre</b>	
<b>Rápido</b>	
<b>Bom</b>	
<b>Bonito</b>	
<b>Grande</b>	
<b>Calma</b>	
<b>Ódio</b>	
<b>Muito</b>	
<b>Largo</b>	
<b>Corajoso</b>	

## Anexo XXI

### Sardinha e cartaz para a festa



# V CONVÍVIO DE SANTO ANTÓNIO

O Centro Cultural e Social da Paróquia  
de S. Martinho de Estoi convida-vos a  
participar nesta festa!

SARDINHAS  
FRANGO ASSADO  
SALADAS  
BEBIDAS  
MÚSICA  
ANIMAÇÃO  
... E MUITO MAIS

15 junho  
14h 30m

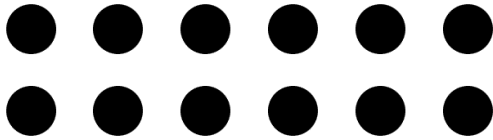


animacao.centrocomunitarioesto@gmail.com 289 998 402

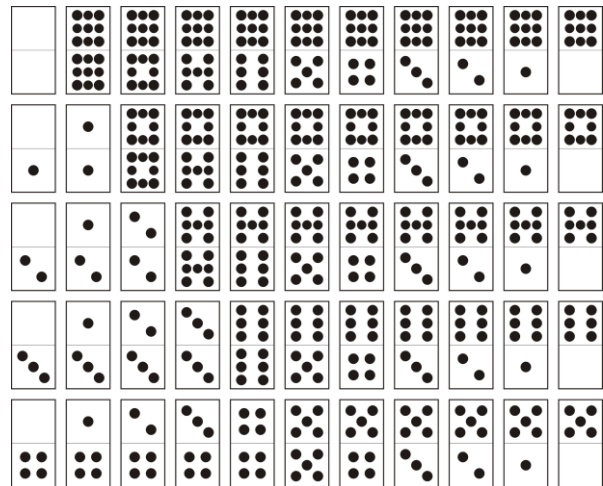
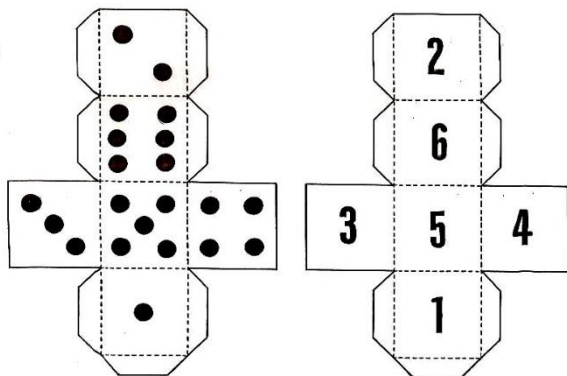
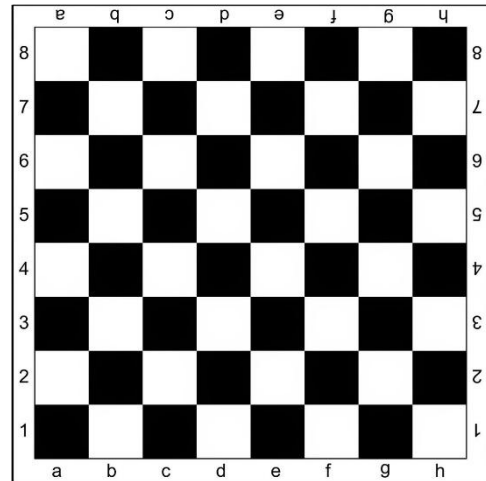
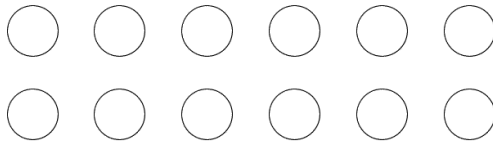
## Anexo XXII

### Jogos de tabuleiro

#### PEÇAS DE DAMAS



As peças brancas são maiores para que você possa cortar sem a linha.



**Anexo XXIII**  
**Estimulação auditiva**

<b>Som</b>	<b>Certo</b>	<b>Errado</b>
Pássaro		
Galinha		
Porco		
Cavalo		
Cão		
Gato		
Pato		
Vaca		
Mocho/Coruja		
Lobo		
Grilo		
Perú		
Ovelha		
Macaco		
Elefante		
Abelha		
Burro/Mula		
Leão		
Mosquito		
Sirene de ambulância		
Sirene de polícia		
Pessoas		
Telefone		
Vento		
Bater à porta		
Buzina do carro		
Sino de igreja		
Relógio		

Chuva e trovões		
Ondas do mar		
Campainha		
Tambores		
Aplausos		
Trompete		
Tirar fotografias		
Explosão		
Caminhar		
Bebé a chorar		
Autoclismo		
Ressonar		

## Anexo XXIV

### Exercícios de aquecimento para iniciar as atividades do plano

Fases e duração	Tipo de exercício
Aquecimento (5 minutos)	Movimentos de baixa intensidade com aumento progressivo. <b>Em pé:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Marcha;</li><li>• Levantar um braço de cada vez;</li><li>• Andar para a frente, para trás e para os lados;</li><li>• Elevação dos joelhos;</li><li>• Chuto à frente;</li><li>• Levantar os dois braços e baixar.</li></ul> (duas series e quatro repetições)
Parte fundamental (10 minutos)	<b>Em pé, atrás da cadeira:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elevação do joelho;</li><li>• Posterior da coxa;</li><li>• Agachamento;</li></ul> <b>Equilíbrio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fechar os olhos;</li><li>• 2 apoios e depois 1 apoio.</li></ul> (duas series e quatro repetições)

Relaxamento (5 minutos)	<p><b>Alongamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotação dos pés nos dois sentidos;</li> <li>• Esticar e encolher as pernas;</li> <li>• Esticar os braços à frente e abrir e fechar as mãos;</li> <li>• Rotação dos ombros e do pescoço;</li> <li>• Inspirar/expirar.</li> </ul> <p style="text-align: right;">(duas series e quatro repetições)</p>
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Duração	Alternativa de exercício
Aquecimento (5 minutos)	<p>Muitas repetições de baixa intensidade com um pequeno aumento gradual da intensidade.</p> <p><b>Sentado/a na cadeira:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toca a frente e ao lado;</li> <li>• Elevação dos joelhos;</li> <li>• Levantar os dois braços e baixar.</li> </ul> <p style="text-align: right;">(duas series e quatro repetições)</p>
Parte fundamental (10 minutos)	<p><b>Sentado/a na cadeira com movimentos lentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevação dos braços à frente, ao lado e acima;</li> <li>• Extensão dos joelhos;</li> <li>• Biceps;</li> <li>• Tentar uma pequena marcha;</li> <li>• Abrir e fechar as mãos;</li> </ul> <p style="text-align: right;">(três series e seis repetições)</p>

<p>Relaxamento (5 minutos)</p>	<p><b>Alongamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rotação dos pés nos dois sentidos;</li><li>• Esticar e encolher as pernas;</li><li>• Esticar os braços à frente e abrir e fechar as mãos;</li><li>• Rotação dos ombros;</li><li>• Rotação do pescoço;</li><li>• Inspirar/expirar.</li></ul> <p>(duas series e quatro repetições)</p>
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Anexo XXV**

### **Inquérito por questionário à amostra do estudo**

**Data: 14 / 07 / 2015**

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação neste inquérito por questionário de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Assinale cada item com um **X** que corresponda à sua realidade e preencha os espaços em branco que aparecem com a informação desejada. Por fim, responda às questões abertas que lhe são colocadas.

### Caracterização do/a idoso/a:

#### 1. Sexo:

1.1- Feminino	x
1.2- Masculino	

#### 2. Idade:

2.1- Menos de 65 anos de idade	
2.2- De 66 a 70 anos de idade	
2.3- De 71 a 75 anos de idade	
2.4- De 76 a 80 anos de idade	
2.5- De 81 a 85 anos de idade	x
2.6- Mais de 86 anos de idade	

#### 3. Estado civil:

3.1- Solteiro/a	
3.2- Casado/a	x
3.3- União de facto	
3.4- Viúvo/a	
3.5- Divorciado/a ou Separado/a	

#### 4. Nível de instrução:

4.1- Não sabe ler nem escrever	x
4.2- Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	
4.3- Ensino primário	
4.4- Ensino básico	
4.5- Ensino secundário	
4.6- Ensino técnico-profissional	
4.7- Curso superior	
4.8- Outro, qual?	

#### Saúde e Qualidade de Vida do idoso no SAD do Centro Comunitário de Estoi

#### Saúde do/a idoso/a:

#### 5. Como avalia, no presente, a sua saúde:

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
	x			

#### 6. Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve o seu estado de saúde?

Muito melhor	Melhor	Igual	Pior	Muito pior
			x	

**7. Relativamente às atividades que executa no seu dia-a-dia, em que medida a sua saúde o limita em:**

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
7.1- Atividades físicas (ex. Correr ou andar)			x		
7.2- Atividades domésticas (ex. Aspirar a casa)				x	
7.3- Levantar ou carregar compras			x		
7.4- Subir escadas			x		
7.5- Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se				x	
7.6- Tomar banho ou vestir-se sozinho			x		
7.7- Passear sozinho					x

**7.1- Deste modo, como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar e deslocar sozinho/a)**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
	x			

**8. Nas duas últimas semanas com que regularidade se sentiu:**

	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
8.1- Cheio de vitalidade?			x		
8.2- Muito nervoso?				x	
8.3- Deprimido?			x		
8.4- Calmo e tranquilo?			x		
8.5- Com muita energia?				x	
8.6- Triste e em baixo?			x		
8.7- Cansado?				x	
8.8- Feliz?		x			
8.9- Chateado?			x		
8.10- Útil?				x	
8.11- Sozinho			x		
8.12- Depressivo			x		
8.13- Ansioso				x	

**9. Escolha a opção que melhor se adequar à sua realidade:**

	Verdadeiro	Falso
9.1- Parece que adoço com mais facilidade do que os outros		x
9.2- Sou tão saudável como qualquer outra pessoa		x
9.3- Estou convencido de que a minha saúde vai piorar	x	
9.4- A minha saúde é muito boa para a idade que tenho	x	
9.5- Os meus hábitos de vida são os mais indicados para a minha idade		x

**10. Como avalia a sua qualidade de vida:**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**11. O que considera importante para ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

11.1- Ter saúde física	x
11.2- Ter saúde psicológica	
11.3- Ter dinheiro	x
11.4- Ter o apoio da família	
11.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos	
11.6- Ter o serviço de SAD	
11.7- Poder passear e divertir-me	x
11.8- Outro. Qual?	

**12. Em que medida o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida:**

Muitíssimo	Muito	Nem muito nem pouco	Pouco	Nada
	x			

Explique a sua resposta:

(Não respondeu)

**13. Caso haja a possibilidade de melhorar o apoio prestado pelo SAD, que atividades gostaria de ver implementadas:**

	Sim	Não
13.1- Expressão plástica (ex. Corte e costura)	x	
13.2- Desenvolvimento pessoal e social (ex. Estimulação da escrita e leitura; rezar o terço)		x
13.3- Família e comunidade (ex. Piquenique no exterior)	x	
13.4- Preservação do meio ambiente (ex. (Re)Erguer a horta; e reciclagem)	x	
13.5- Estimulação cognitiva/mental e sensorial (ex. Cálculo matemático)		x
13.6- Animação física ou motora (ex. Gerontomotricidade)		x
13.7- Acompanhamento da saúde (ex. Medir tensão)	x	
13.8- Intergeracionais (ex. Centro de Ciência Viva móvel)	x	

## **Inquérito por questionário à amostra do estudo**

**Data:** 14 / 07 / 2015

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação neste inquérito por questionário de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Assinale cada item com um **X** que corresponda à sua realidade e preencha os espaços em branco que aparecem com a informação desejada. Por fim, responda às questões abertas que lhe são colocadas.

### **Caracterização do/a idoso/a:**

#### **1. Sexo:**

1.1- Feminino	x
1.2- Masculino	

#### **2. Idade:**

2.1- Menos de 65 anos de idade	
2.2- De 66 a 70 anos de idade	
2.3- De 71 a 75 anos de idade	
2.4- De 76 a 80 anos de idade	
2.5- De 81 a 85 anos de idade	x
2.6- Mais de 86 anos de idade	

#### **3. Estado civil:**

3.1- Solteiro/a	
3.2- Casado/a	
3.3- União de facto	
3.4- Viúvo/a	x
3.5- Divorciado/a ou Separado/a	

#### 4. Nível de instrução:

4.1- Não sabe ler nem escrever	
4.2- Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	
4.3- Ensino primário	x
4.4- Ensino básico	
4.5- Ensino secundário	
4.6- Ensino técnico-profissional	
4.7- Curso superior	
4.8- Outro, qual?	

#### Saúde e Qualidade de Vida do idoso no SAD do Centro Comunitário de Estoi

#### Saúde do/a idoso/a:

#### 5. Como avalia, no presente, a sua saúde:

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
			x	

#### 6. Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve o seu estado de saúde?

Muito melhor	Melhor	Igual	Pior	Muito pior
			x	

**7. Relativamente às atividades que executa no seu dia-a-dia, em que medida a sua saúde o limita em:**

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
7.1- Atividades físicas (ex. Correr ou andar)				x	
7.2- Atividades domésticas (ex. Aspirar a casa)					x
7.3- Levantar ou carregar compras					x
7.4- Subir escadas				x	
7.5- Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se				x	
7.6- Tomar banho ou vestir-se sozinho				x	
7.7- Passear sozinho				x	

**7.1- Deste modo, como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar e deslocar sozinho/a)**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
				x

**8. Nas duas últimas semanas com que regularidade se sentiu:**

	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
8.1- Cheio de vitalidade?				x	
8.2- Muito nervoso?			x		
8.3- Deprimido?			x		
8.4- Calmo e tranquilo?		x			
8.5- Com muita energia?				x	
8.6- Triste e em baixo?			x		
8.7- Cansado?	x				
8.8- Feliz?		x			
8.9- Chateado?				x	
8.10- Útil?					x
8.11- Sozinho		x			
8.12- Depressivo			x		
8.13- Ansioso		x			

**9. Escolha a opção que melhor se adequar à sua realidade:**

	Verdadeiro	Falso
9.1- Parece que adoço com mais facilidade do que os outros	x	
9.2- Sou tão saudável como qualquer outra pessoa		X
9.3- Estou convencido de que a minha saúde vai piorar	x	
9.4- A minha saúde é muito boa para a idade que tenho	X	
9.5- Os meus hábitos de vida são os mais indicados para a minha idade		x

**10. Como avalia a sua qualidade de vida:**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**11. O que considera importante para ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

11.1- Ter saúde física	x
11.2- Ter saúde psicológica	x
11.3- Ter dinheiro	
11.4- Ter o apoio da família	x
11.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos	x
11.6- Ter o serviço de SAD	x
11.7- Poder passear e divertir-me	x
11.8- Outro. Qual?	

**12. Em que medida o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida:**

Muitíssimo	Muito	Nem muito nem pouco	Pouco	Nada
		x		

Explique a sua resposta:

*Porque eu não me posso mexer bem... A minha filha é que me ajuda.*

**13. Caso haja a possibilidade de melhorar o apoio prestado pelo SAD, que atividades gostaria de ver implementadas:**

	Sim	Não
13.1- Expressão plástica (ex. Corte e costura)	x	
13.2- Desenvolvimento pessoal e social (ex. Estimulação da escrita e leitura; rezar o terço)	x	
13.3- Família e comunidade (ex. Piquenique no exterior)	x	
13.4- Preservação do meio ambiente (ex. (Re)Erguer a horta; e reciclagem)		x
13.5- Estimulação cognitiva/mental e sensorial (ex. Cálculo matemático)	x	
13.6- Animação física ou motora (ex. Gerontomotricidade)	x	
13.7- Acompanhamento da saúde (ex. Medir tensão)	x	
13.8- Intergeracionais (ex. Centro de Ciência Viva móvel)	x	

## **Inquérito por questionário à amostra do estudo**

**Data:** 14 / 07 / 2015

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação neste inquérito por questionário de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Assinale cada item com um **X** que corresponda à sua realidade e preencha os espaços em branco que aparecem com a informação desejada. Por fim, responda às questões abertas que lhe são colocadas.

### **Caracterização do/a idoso/a:**

#### **1. Sexo:**

1.1- Feminino	
1.2- Masculino	X

#### **2. Idade:**

2.1- Menos de 65 anos de idade	
2.2- De 66 a 70 anos de idade	
2.3- De 71 a 75 anos de idade	
2.4- De 76 a 80 anos de idade	
2.5- De 81 a 85 anos de idade	X
2.6- Mais de 86 anos de idade	

#### **3. Estado civil:**

3.1- Solteiro/a	
3.2- Casado/a	X
3.3- União de facto	
3.4- Viúvo/a	
3.5- Divorciado/a ou Separado/a	

#### 4. Nível de instrução:

4.1- Não sabe ler nem escrever	
4.2- Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	x
4.3- Ensino primário	
4.4- Ensino básico	
4.5- Ensino secundário	
4.6- Ensino técnico-profissional	
4.7- Curso superior	
4.8- Outro, qual?	

#### Saúde e Qualidade de Vida do idoso no SAD do Centro Comunitário de Estoi

#### Saúde do/a idoso/a:

#### 5. Como avalia, no presente, a sua saúde:

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
			x	

#### 6. Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve o seu estado de saúde?

Muito melhor	Melhor	Igual	Pior	Muito pior
			x	

**7. Relativamente às atividades que executa no seu dia-a-dia, em que medida a sua saúde o limita em:**

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
7.1- Atividades físicas (ex. Correr ou andar)					x
7.2- Atividades domésticas (ex. Aspirar a casa)					x
7.3- Levantar ou carregar compras				x	
7.4- Subir escadas				x	
7.5- Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se					x
7.6- Tomar banho ou vestir-se sozinho				x	
7.7- Passear sozinho			x		

**7.1- Deste modo, como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar e deslocar sozinho/a)**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**8. Nas duas últimas semanas com que regularidade se sentiu:**

	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
8.1- Cheio de vitalidade?				x	
8.2- Muito nervoso?		x			
8.3- Deprimido?			x		
8.4- Calmo e tranquilo?		x			
8.5- Com muita energia?				x	
8.6- Triste e em baixo?			x		
8.7- Cansado?		x			
8.8- Feliz?			x		
8.9- Chateado?			x		
8.10- Útil?				x	
8.11- Sozinho			x		
8.12- Depressivo			x		
8.13- Ansioso				x	

**9. Escolha a opção que melhor se adequar à sua realidade:**

	Verdadeiro	Falso
9.1- Parece que adoço com mais facilidade do que os outros	x	
9.2- Sou tão saudável como qualquer outra pessoa		x
9.3- Estou convencido de que a minha saúde vai piorar	x	
9.4- A minha saúde é muito boa para a idade que tenho		x
9.5- Os meus hábitos de vida são os mais indicados para a minha idade		x

**10. Como avalia a sua qualidade de vida:**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
	x			

**11. O que considera importante para ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

11.1- Ter saúde física	x
11.2- Ter saúde psicológica	
11.3- Ter dinheiro	x
11.4- Ter o apoio da família	x
11.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos	
11.6- Ter o serviço de SAD	x
11.7- Poder passear e divertir-me	x
11.8- Outro. Qual?	

**12. Em que medida o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida:**

Muitíssimo	Muito	Nem muito nem pouco	Pouco	Nada
	x			

Explique a sua resposta:

(Não respondeu)

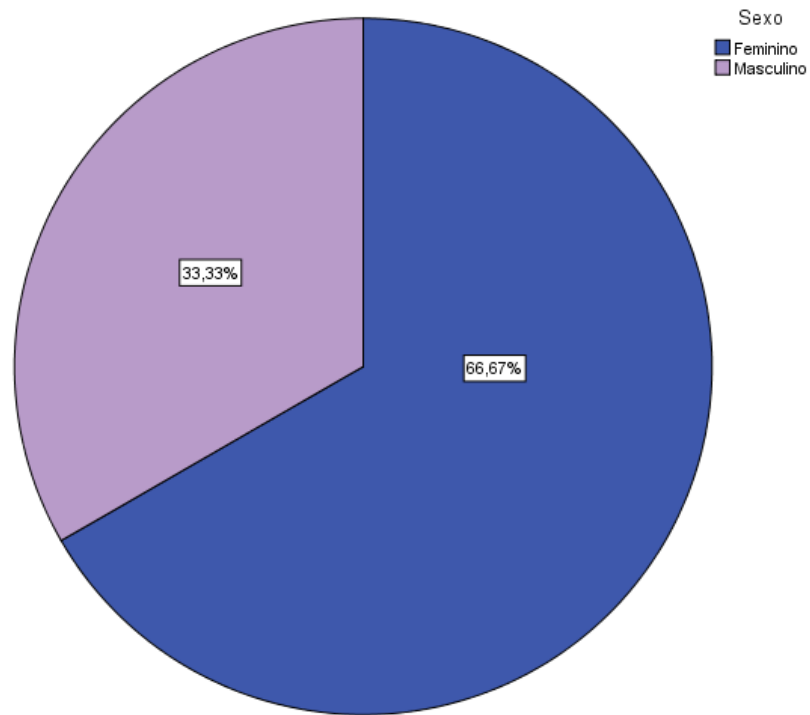
**13. Caso haja a possibilidade de melhorar o apoio prestado pelo SAD, que atividades gostaria de ver implementadas:**

	Sim	Não
13.1- Expressão plástica (ex. Corte e costura)		x
13.2- Desenvolvimento pessoal e social (ex. Estimulação da escrita e leitura; rezar o terço)		x
13.3- Família e comunidade (ex. Piquenique no exterior)	x	
13.4- Preservação do meio ambiente (ex. (Re)Erguer a horta; e reciclagem)	x	
13.5- Estimulação cognitiva/mental e sensorial (ex. Cálculo matemático)		x
13.6- Animação física ou motora (ex. Gerontomotricidade)		x
13.7- Acompanhamento da saúde (ex. Medir tensão)	x	
13.8- Intergeracionais (ex. Centro de Ciência Viva móvel)	x	

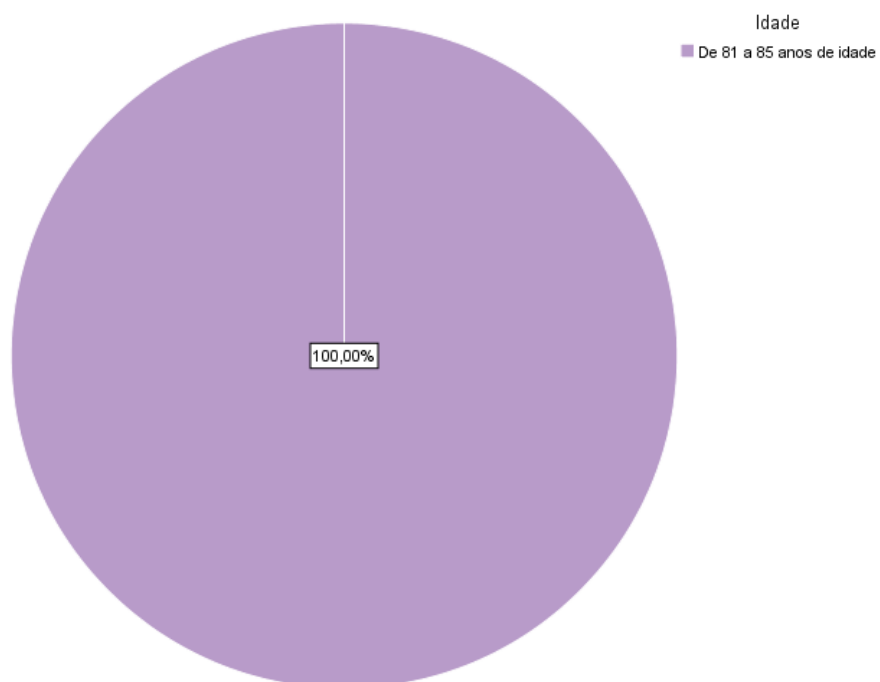
## Anexo XXVI

### Gráficos e tabelas dos inquéritos por questionário à amostra do estudo

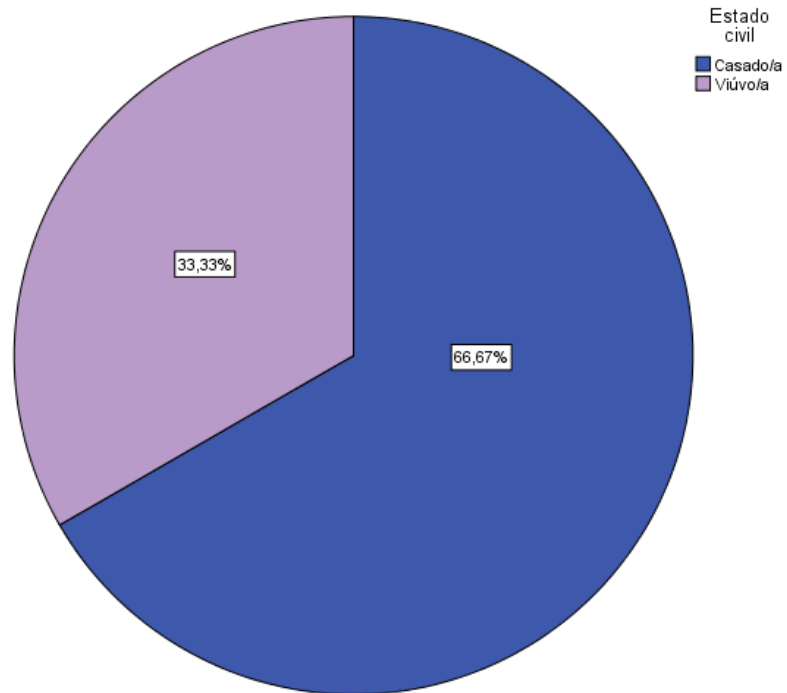
#### Gráfico circular da pergunta “1. Sexo”



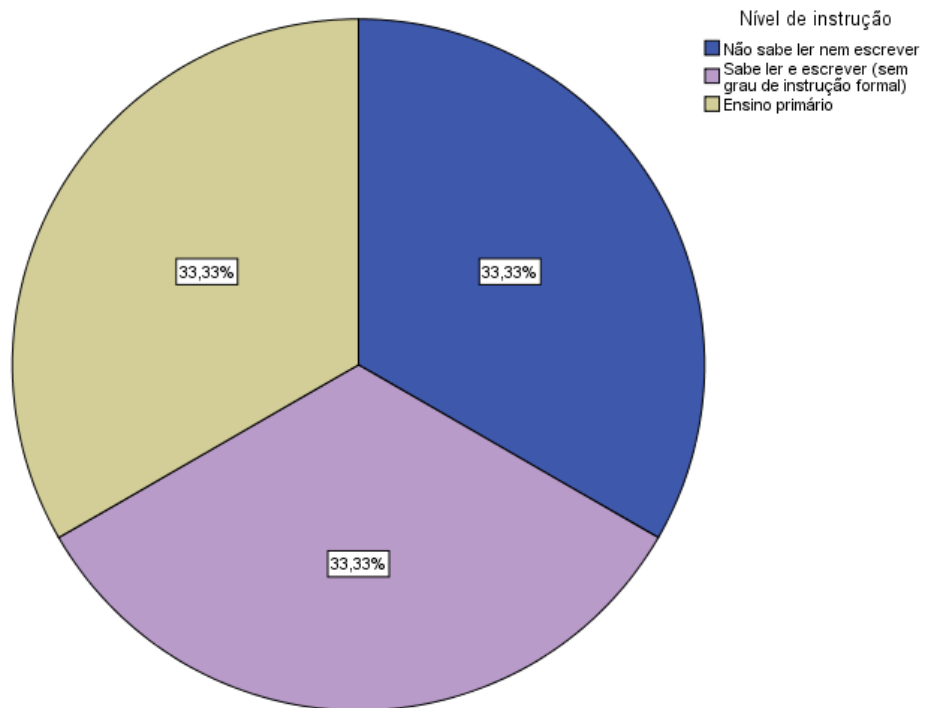
#### Gráfico circular da pergunta “2. Idade”



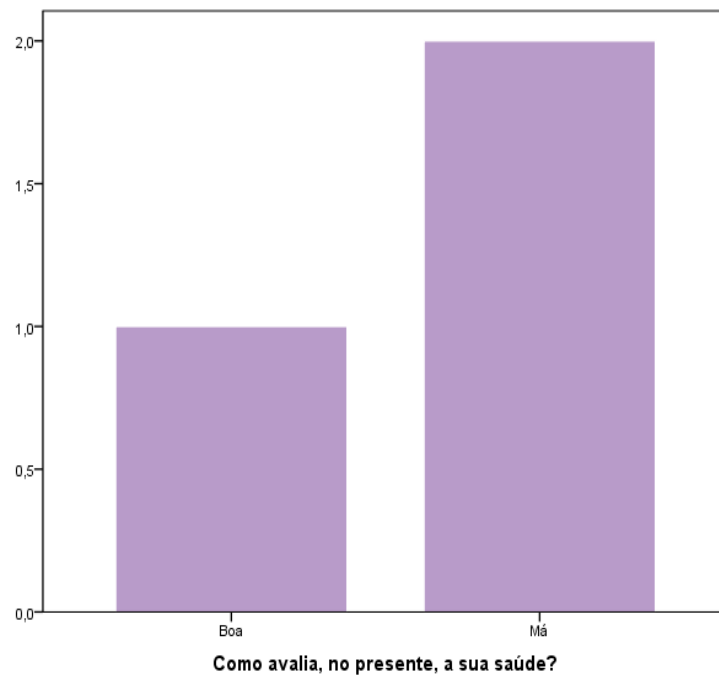
**Gráfico circular da pergunta “3. Estado civil”**



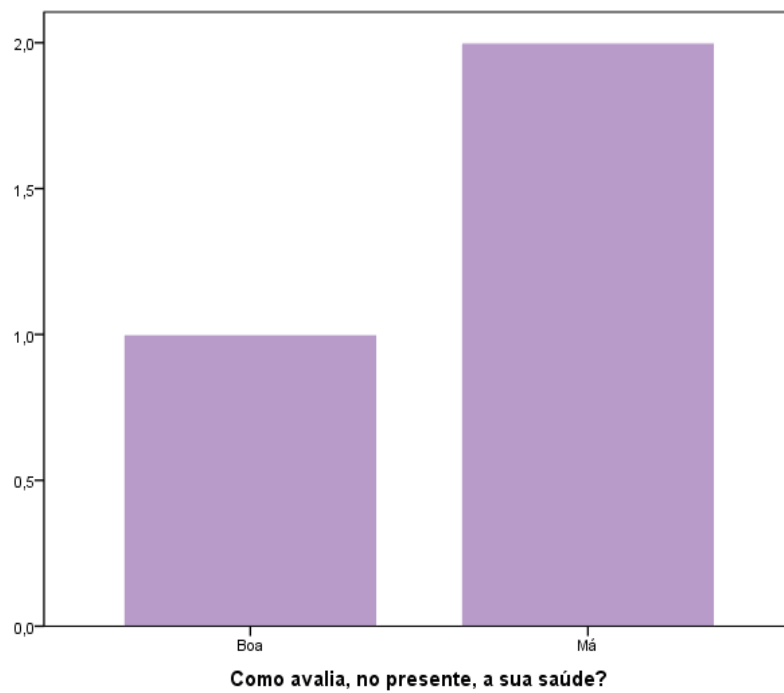
**Gráfico circular da pergunta “4. Nível de instrução”**



**Gráfico de barras da pergunta “5. Como avalia, no presente, a sua saúde?”**



**Gráfico de barras da pergunta “6. Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve o seu estado de saúde?”**



**Tabelas de frequência da pergunta “7. Relativamente às atividades que executa no seu dia-a-dia, em que medida a sua saúde o limita em”**

**7.1- Atividades físicas (ex. Correr ou andar)**

	Frequência	Percentagem
Válido Moderadamente	1	33,3
Bastante	1	33,3
Completamente	1	33,3
Total	3	100,0

**7.2- Atividades domésticas (ex. Aspirar a casa)**

	Frequência	Percentagem
Válido Bastante	1	33,3
Completamente	2	66,7
Total	3	100,0

**7.3- Levantar ou carregar compras**

	Frequência	Percentagem
Válido Moderadamente	1	33,3
Bastante	1	33,3
Completamente	1	33,3
Total	3	100,0

**7.4- Subir escadas**

	Frequência	Percentagem
Válido Moderadamente	1	33,3
Bastante	2	66,7
Total	3	100,0

### 7.5- Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se

	Frequência	Percentagem
Bastante	2	66,7
Válido Completamente	1	33,3
Total	3	100,0

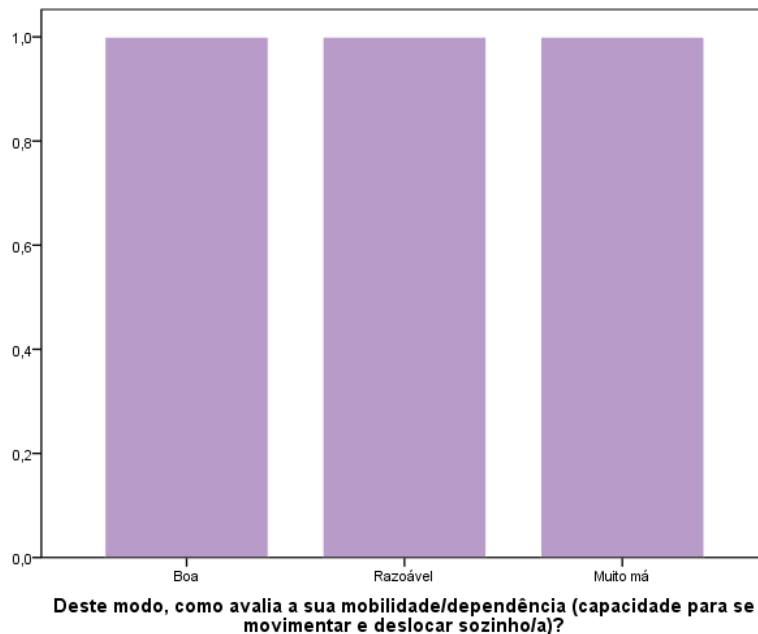
### 7.6- Tomar banho ou vestir-se sozinho

	Frequência	Percentagem
Moderadamente	1	33,3
Válido Bastante	2	66,7
Total	3	100,0

### 7.7- Passear sozinho

	Frequência	Percentagem
Moderadamente	1	33,3
Válido Bastante	1	33,3
Completamente	1	33,3
Total	3	100,0

**Gráfico de barras da subpergunta “7.1- Deste modo, como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar e deslocar sozinho/a**



**“Tabelas de frequência da pergunta “8. Nas duas últimas semanas com que regularidade se sentiu”**

**8.1- Cheio de vitalidade?**

	Frequência	Porcentagem
Válido Algumas vezes	1	33,3
Válido Quase nunca	2	66,7
Total	3	100,0

**8.2- Muito nervoso?**

	Frequência	Porcentagem
Válido Quase sempre	1	33,3
Válido Algumas vezes	1	33,3
Válido Quase nunca	1	33,3
Total	3	100,0

**8.3- Deprimido?**

	Frequência	Porcentagem
Válido Algumas vezes	3	100,0

**8.4- Calmo e tranquilo?**

	Frequência	Porcentagem
Válido Quase sempre	2	66,7
Válido Algumas vezes	1	33,3
Total	3	100,0

**8.5- Com muita energia?**

	Frequência	Porcentagem
Válido Quase nunca	3	100,0

### 8.6- Triste e em baixo?

	Frequência	Percentagem
Válido Algumas vezes	3	100,0

### 8.7- Cansado?

	Frequência	Percentagem
Válido Sempre	1	33,3
Válido Quase sempre	1	33,3
Válido Quase nunca	1	33,3
Total	3	100,0

### 8.8- Feliz?

	Frequência	Percentagem
Válido Quase sempre	2	66,7
Válido Algumas vezes	1	33,3
Total	3	100,0

### 8.9- Chateado?

	Frequência	Percentagem
Válido Algumas vezes	2	66,7
Válido Quase nunca	1	33,3
Total	3	100,0

### 8.10- Útil?

	Frequência	Percentagem
Válido Quase nunca	2	66,7
Válido Nunca	1	33,3
Total	3	100,0

### 8.11- Sozinho

	Frequência	Percentagem
Quase sempre	1	33,3
Válido Algumas vezes	2	66,7
Total	3	100,0

### 8.12- Depressivo

	Frequência	Percentagem
Válido Algumas vezes	3	100,0

### 8.13- Ansioso

	Frequência	Percentagem
Quase sempre	1	33,3
Válido Quase nunca	2	66,7
Total	3	100,0

**Tabelas de frequência da pergunta “9. Escolha a opção que melhor se adequar à sua realidade”**

### 9.1- Parece que adoço com mais facilidade do que os outros

	Frequência	Percentagem
Verdadeiro	2	66,7
Válido Falso	1	33,3
Total	3	100,0

### 9.2- Sou tão saudável como qualquer outra pessoa

	Frequência	Percentagem
Válido Falso	3	100,0

**9.3- Estou convencido de que a minha saúde vai piorar**

	Frequência	Percentagem
Válido Verdadeiro	3	100,0

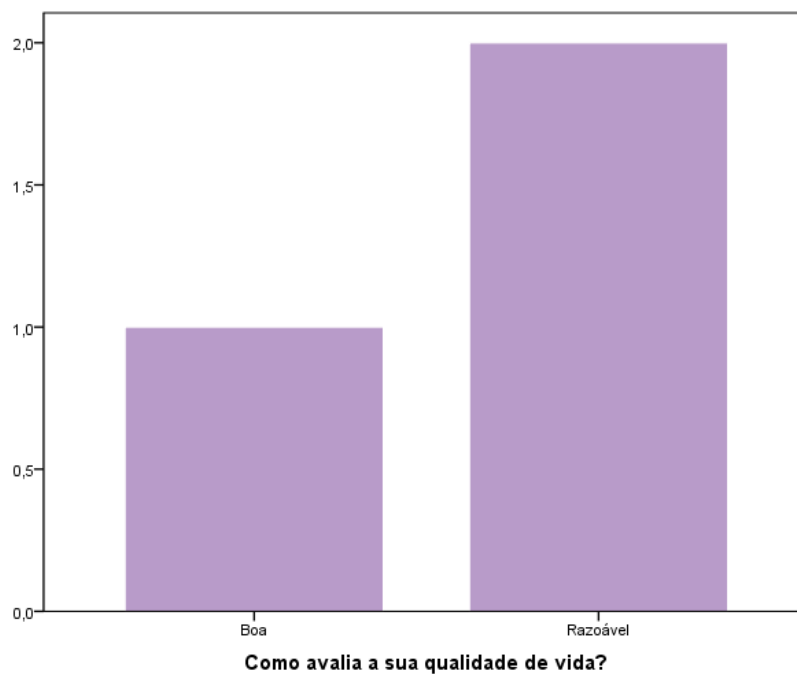
**9.4- A minha saúde é muito boa para a idade que tenho**

	Frequência	Percentagem
Verdadeiro	2	66,7
Válido Falso	1	33,3
Total	3	100,0

**9.5- Os meus hábitos de vida são os mais indicados para a minha idade**

	Frequência	Percentagem
Válido Falso	3	100,0

**Gráfico de barras da pergunta “10. Como avalia a sua qualidade de vida”**



**Tabelas de frequência da pergunta “11. O que considera importante para ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)”**

**11.1- Ter saúde física**

	Frequência	Percentagem
Válido 1	3	100,0

**11.2- Ter saúde psicológica**

	Frequência	Percentagem
0	2	66,7
Válido 1	1	33,3
Total	3	100,0

**11.3- Ter dinheiro**

	Frequência	Percentagem
0	1	33,3
Válido 1	2	66,7
Total	3	100,0

**11.4- Ter o apoio da família**

	Frequência	Percentagem
0	1	33,3
Válido 1	2	66,7
Total	3	100,0

**11.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos**

	Frequência	Percentagem
0	2	66,7
Válido 1	1	33,3
Total	3	100,0

### 11.6- Ter o serviço de SAD

	Frequência	Percentagem
0	1	33,3
Válido 1	2	66,7
Total	3	100,0

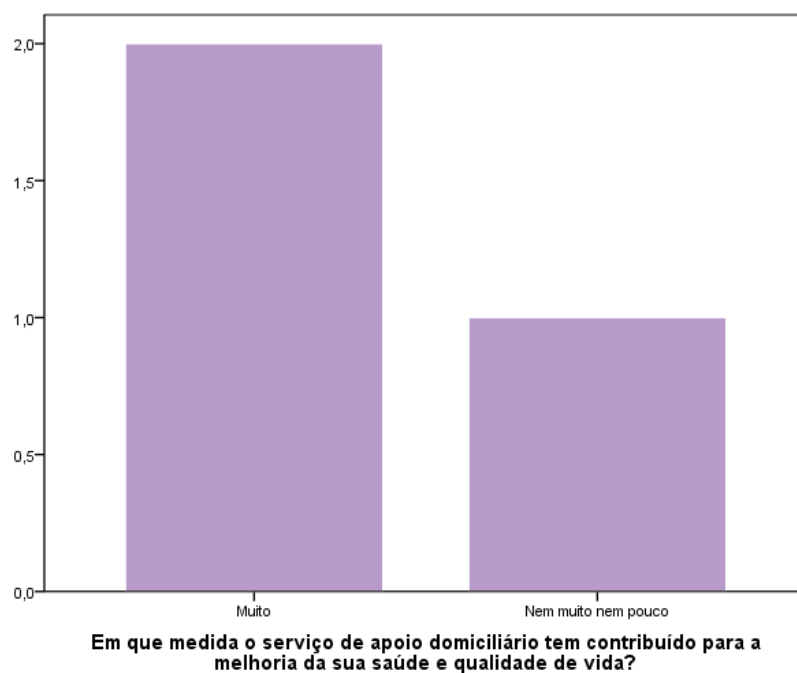
### 11.7- Poder passear e divertir-me

	Frequência	Percentagem
Válido 1	3	100,0

### 11.8- Outro. Qual?

	Frequência	Percentagem
Válido 0	3	100,0

**Gráfico de barras da pergunta “12. Em que medida o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida?”**



**Tabelas de frequência da pergunta “13. Caso haja a possibilidade de melhorar o apoio prestado pelo SAD, que atividades gostaria de ver implementadas?”**

**13.1- Expressão plástica (ex. Corte e costura)**

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	2	66,7
Não	1	33,3
Total	3	100,0

**13.2- Desenvolvimento pessoal e social (ex. Estimulação da escrita e leitura; rezar o terço)**

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	1	33,3
Não	2	66,7
Total	3	100,0

**13.3- Família e comunidade (ex. Piquenique no exterior)**

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	3	100,0

**13.4- Preservação do meio ambiente (ex. (Re)Erger a horta; e reciclagem)**

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	2	66,7
Não	1	33,3
Total	3	100,0

### 13.5- Estimulação cognitiva/mental e sensorial (ex. Cálculo matemático)

	Frequência	Porcentagem
Válido Não	2	66,7
Válido Sim	1	33,3
Total	3	100,0

### 13.6- Animação física ou motora (ex. Gerontomotricidade)

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	1	33,3
Válido Não	2	66,7
Total	3	100,0

### 13.7- Acompanhamento da saúde (ex. Medir tensão)

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	2	66,7
Válido Não	1	33,3
Total	3	100,0

### 13.8- Intergeracionais (ex. Centro de Ciência Viva móvel)

	Frequência	Porcentagem
Válido Sim	2	66,7
Válido Não	1	33,3
Total	3	100,0

## **Anexo XXVII**

### **Inquérito por questionário às auxiliares do S.A.D do Centro Comunitário de Estoi**

**Data:**   14   /  07  /  2015 

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação neste inquérito por questionário de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Assinale cada item com um **X** que corresponda à sua realidade. Se entender existirem outros itens fundamentais, acrescente-os em “Outro/a” e classifique-os também. Por fim, responda às questões abertas que lhe são colocadas.

### Caracterização do/a auxiliar:

#### 1. Sexo:

1.1- Feminino	x
1.2- Masculino	

#### 2. Idade:

2.1- Menos de 20 anos de idade	
2.2- De 21 a 31 anos de idade	
2.3- De 32 a 42 anos de idade	x
2.4- De 43 a 53 anos de idade	
2.5- De 54 a 64 anos de idade	
2.6- Mais de 65 anos de idade	

#### 3. Estado civil:

3.1- Solteiro/a	
3.2- Casado/a	x
3.3- União de facto	
3.4- Viúvo/a	
3.5- Divorciado/a ou Separado/a	

#### 4. Nível de instrução:

4.1- Não sabe ler nem escrever	
4.2- Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	
4.3- Ensino primário	
4.4- Ensino básico	
4.5- Ensino secundário	x
4.6- Ensino técnico-profissional	
4.7- Curso superior	
4.8- Outro, qual?	

#### 5. Agregado familiar:

5.1- Pessoa só	
5.2- Pessoa só com filhos/as	
5.3- Casal	
5.4- Casal com filhos/as	x
5.5- Casal com filhos/as e outros familiares	
5.6- Casal e outros familiares	
5.7- Casal com outras pessoas. Quais?	

#### 6. Tem curso de ajudante familiar?

6.1- Sim	x
6.2- Não	

**7. Qual é a parte do trabalho que mais gosta? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

7.1- Trabalhar em equipa	x
7.2- Diversidade de tarefas	
7.3- Convívio com o idoso	x
7.4- Dar a alimentação	
7.5- Fazer a higiene pessoal	x
7.6- Fazer a higiene da casa	
7.7- Outra. Qual?	

**8. Enumere de 1 a 8, sendo que 1 corresponde ao menos significativo e o 8 ao mais significativo, as dificuldades que sente ao prestar o serviço de auxiliar de apoio domiciliário:**

8.1- A aquisição da confiança do idoso	6
8.2- O ajustar o serviço aos hábitos do idoso	4
8.3- O grande número de idosos	3
8.4- A própria situação de precariedade em que se encontram os idosos	2
8.5- A falta de equipamentos e técnicas que facilitem a prestação dos serviços	1
8.6- A falta de informação/formação adequada à prestação dos serviços	5
8.7- O <i>stress</i> físico e psíquico	7
8.8- Outras. Quais?	8 (não especificou)

**9. Considera o S.A.D. um serviço que preenche todas as necessidades dos idosos?**

9.1- Sim	
9.2- Não	x

**9.1. Se não, na sua opinião, quais dos seguintes tipos de componentes/necessidades que o S.A.D. não consegue satisfazer:**

9.1.1- Sociais	
9.1.2- Psicológicas e/ou cognitivas	x
9.1.3- Culturais	
9.1.4- Biológicas e/ou físicas	
9.1.5- Outra. Qual?	

**Saúde e Qualidade de Vida do idoso no S.A.D. do Centro Comunitário de Estoi**

**10. Considera que a qualidade de vida dos idosos melhorou com o S.A.D?**

10.1- Sim	x
10.2- Não	

**10.1- Se sim, a que níveis é testemunha dessa melhoria? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

10.1- Nível Social	
10.2- Nível Psicológico e/ou cognitivo	x
10.3- Nível Cultural	
10.4- Nível Biológico e/ou físico	x
10.5- Outra. Qual?	

**11. De seguida serão apresentados dois quadros. Nestes é pedido que ordene por ordem de importância de 1 a 6, sendo o 1 o de menor relevância, o que pensa ser necessário fazer para melhorar a qualidade de vida dos idosos em S.A.D.:**

**11.1. Ao nível do S.A.D.:**

11.1.1- Prolongar o serviço para 24H/dia	2
11.1.2- Incluir o serviço aos fins-de-semana	1
11.1.3- Mais ajudantes familiares	3
11.1.4- Mais recursos materiais	4
11.1.5- Desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e solidão	6
11.1.6- Outra. Qual?	5 (não especificou)

**11.2. Ao nível da comunidade:**

11.2.1- Gratuitidade de certos serviços ao domicílio para os que mais necessitam	6
11.2.2- Apoio financeiro	4

11.2.3- Manter os idosos ativos	5
11.2.4- Maior capacidade institucional	2
11.2.5- Trabalho em rede com várias instituições	3
11.2.6- Outra. Qual?	1 (não especificou)

**12. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a saúde dos domiciliados?**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**13. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a qualidade de vida dos domiciliados?**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**14. Na sua opinião, e ordenando de 1 (menor relevância) a 5 (maior relevância), quais áreas/serviços mais importantes que ajudam a promover a qualidade de vida e saúde do idoso em S.A.D.?**

14.1.- Alimentação	4
14.2- Higiene pessoal e habitacional	5
14.3- Tratamento de roupas	1
14.4- Controlo de medicação	3
14.5- Animação sociocultural	2

**15. O que considera importante para o idoso ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

15.1- Ter saúde física	
15.2- Ter saúde psicológica	
15.3- Ter dinheiro	
15.4- Ter o apoio da família	x
15.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos	
15.6- Ter o serviço de SAD	x
15.7- Poder passear e divertir-se	x
15.8- Outro. Qual?	

**16. Por último, dê alguns exemplos de projetos que poderiam vir a ser benéficos para os idosos se fossem desenvolvidos no S.A.D.**

(Não respondeu)

## **Inquérito por questionário às auxiliares do S.A.D do Centro Comunitário de Estoi**

**Data:** 14 / 07 / 2015

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação neste inquérito por questionário de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Assinale cada item com um **X** que corresponda à sua realidade. Se entender existirem outros itens fundamentais, acrescente-os em “Outro/a” e classifique-os também. Por fim, responda às questões abertas que lhe são colocadas.

### Caracterização do/a auxiliar:

#### 1. Sexo:

1.1- Feminino	x
1.2- Masculino	

#### 2. Idade:

2.1- Menos de 20 anos de idade	
2.2- De 21 a 31 anos de idade	
2.3- De 32 a 42 anos de idade	
2.4- De 43 a 53 anos de idade	x
2.5- De 54 a 64 anos de idade	
2.6- Mais de 65 anos de idade	

#### 3. Estado civil:

3.1- Solteiro/a	
3.2- Casado/a	
3.3- União de facto	
3.4- Viúvo/a	
3.5- Divorciado/a ou Separado/a	x

#### 4. Nível de instrução:

4.1- Não sabe ler nem escrever	
4.2- Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	
4.3- Ensino primário	
4.4- Ensino básico	
4.5- Ensino secundário	x
4.6- Ensino técnico-profissional	
4.7- Curso superior	
4.8- Outro, qual?	

#### 5. Agregado familiar:

5.1- Pessoa só	
5.2- Pessoa só com filhos/as	x
5.3- Casal	
5.4- Casal com filhos/as	
5.5- Casal com filhos/as e outros familiares	
5.6- Casal e outros familiares	
5.7- Casal com outras pessoas. Quais?	

#### 6. Tem curso de ajudante familiar?

6.1- Sim	x
6.2- Não	

**7. Qual é a parte do trabalho que mais gosta? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

7.1- Trabalhar em equipa	x
7.2- Diversidade de tarefas	
7.3- Convívio com o idoso	x
7.4- Dar a alimentação	
7.5- Fazer a higiene pessoal	
7.6- Fazer a higiene da casa	
7.7- Outra. Qual?	

**8. Enumere de 1 a 8, sendo que 1 corresponde ao menos significativo e o 8 ao mais significativo, as dificuldades que sente ao prestar o serviço de auxiliar de apoio domiciliário:**

8.1- A aquisição da confiança do idoso	4
8.2- O ajustar o serviço aos hábitos do idoso	8
8.3- O grande número de idosos	3
8.4- A própria situação de precariedade em que se encontram os idosos	5
8.5- A falta de equipamentos e técnicas que facilitem a prestação dos serviços	7
8.6- A falta de informação/formação adequada à prestação dos serviços	2
8.7- O <i>stress</i> físico e psíquico	6
8.8- Outras. Quais?	1 (não especificou)

**9. Considera o S.A.D. um serviço que preenche todas as necessidades dos idosos?**

9.1- Sim	
9.2- Não	x

**9.1. Se não, na sua opinião, quais dos seguintes tipos de componentes/necessidades que o S.A.D. não consegue satisfazer:**

9.1.1- Sociais	x
9.1.2- Psicológicas e/ou cognitivas	
9.1.3- Culturais	
9.1.4- Biológicas e/ou físicas	
9.1.5- Outra. Qual?	

**Saúde e Qualidade de Vida do idoso no S.A.D. do Centro Comunitário de Estoi**

**10. Considera que a qualidade de vida dos idosos melhorou com o S.A.D?**

10.1- Sim	x
10.2- Não	

**10.1- Se sim, a que níveis é testemunha dessa melhoria? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

10.1- Nível Social	
10.2- Nível Psicológico e/ou cognitivo	
10.3- Nível Cultural	
10.4- Nível Biológico e/ou físico	x
10.5- Outra. Qual?	

**11. De seguida serão apresentados dois quadros. Nestes é pedido que ordene por ordem de importância de 1 a 6, sendo o 1 o de menor relevância, o que pensa ser necessário fazer para melhorar a qualidade de vida dos idosos em S.A.D.:**

**11.1. Ao nível do S.A.D.:**

11.1.1- Prolongar o serviço para 24H/dia	2
11.1.2- Incluir o serviço aos fins-de-semana	3
11.1.3- Mais ajudantes familiares	6
11.1.4- Mais recursos materiais	4
11.1.5- Desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e solidão	5
11.1.6- Outra. Qual?	1 (não especificou)

**11.2. Ao nível da comunidade:**

11.2.1- Gratuitidade de certos serviços ao domicílio para os que mais necessitam	6
11.2.2- Apoio financeiro	5
11.2.3- Manter os idosos ativos	4
11.2.4- Maior capacidade institucional	3
11.2.5- Trabalho em rede com várias instituições	2
11.2.6- Outra. Qual?	1 (não especificou)

**12. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a saúde dos domiciliados?**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**13. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a qualidade de vida dos domiciliados?**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**14. Na sua opinião, e ordenando de 1 (menor relevância) a 5 (maior relevância), quais áreas/serviços mais importantes que ajudam a promover a qualidade de vida e saúde do idoso em S.A.D.?**

14.1.- Alimentação	5
14.2- Higiene pessoal e habitacional	1
14.3- Tratamento de roupas	4
14.4- Controlo de medicação	3
14.5- Animação sociocultural	2

**15. O que considera importante para o idoso ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

15.1- Ter saúde física	x
15.2- Ter saúde psicológica	x
15.3- Ter dinheiro	
15.4- Ter o apoio da família	x
15.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos	
15.6- Ter o serviço de SAD	x
15.7- Poder passear e divertir-se	
15.8- Outro. Qual?	

**16. Por último, dê alguns exemplos de projetos que poderiam vir a ser benéficos para os idosos se fossem desenvolvidos no S.A.D.**

(Não respondeu)

## **Inquérito por questionário às auxiliares do S.A.D do Centro Comunitário de Estoi**

**Data:** 14 / 07 / 2015

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação neste inquérito por questionário de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

Assinale cada item com um **X** que corresponda à sua realidade. Se entender existirem outros itens fundamentais, acrescente-os em “Outro/a” e classifique-os também. Por fim, responda às questões abertas que lhe são colocadas.

### Caracterização do/a auxiliar:

#### 1. Sexo:

1.1- Feminino	x
1.2- Masculino	

#### 2. Idade:

2.1- Menos de 20 anos de idade	
2.2- De 21 a 31 anos de idade	
2.3- De 32 a 42 anos de idade	x
2.4- De 43 a 53 anos de idade	
2.5- De 54 a 64 anos de idade	
2.6- Mais de 65 anos de idade	

#### 3. Estado civil:

3.1- Solteiro/a	
3.2- Casado/a	x
3.3- União de facto	
3.4- Viúvo/a	
3.5- Divorciado/a ou Separado/a	

#### 4. Nível de instrução:

4.1- Não sabe ler nem escrever	
4.2- Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	
4.3- Ensino primário	
4.4- Ensino básico	
4.5- Ensino secundário	x
4.6- Ensino técnico-profissional	
4.7- Curso superior	
4.8- Outro, qual?	

#### 5. Agregado familiar:

5.1- Pessoa só	
5.2- Pessoa só com filhos/as	
5.3- Casal	
5.4- Casal com filhos/as	x
5.5- Casal com filhos/as e outros familiares	
5.6- Casal e outros familiares	
5.7- Casal com outras pessoas. Quais?	

#### 6. Tem curso de ajudante familiar?

6.1- Sim	x
6.2- Não	

**7. Qual é a parte do trabalho que mais gosta? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

7.1- Trabalhar em equipa	x
7.2- Diversidade de tarefas	x
7.3- Convívio com o idoso	x
7.4- Dar a alimentação	
7.5- Fazer a higiene pessoal	
7.6- Fazer a higiene da casa	
7.7- Outra. Qual?	

**8. Enumere de 1 a 8, sendo que 1 corresponde ao menos significativo e o 8 ao mais significativo, as dificuldades que sente ao prestar o serviço de auxiliar de apoio domiciliário:**

8.1- A aquisição da confiança do idoso	8
8.2- O ajustar o serviço aos hábitos do idoso	7
8.3- O grande número de idosos	3
8.4- A própria situação de precariedade em que se encontram os idosos	6
8.5- A falta de equipamentos e técnicas que facilitem a prestação dos serviços	5
8.6- A falta de informação/formação adequada à prestação dos serviços	2
8.7- O <i>stress</i> físico e psíquico	4
8.8- Outras. Quais?	1 (não especificou)

**9. Considera o S.A.D. um serviço que preenche todas as necessidades dos idosos?**

9.1- Sim	
9.2- Não	x

**9.1. Se não, na sua opinião, quais dos seguintes tipos de componentes/necessidades que o S.A.D. não consegue satisfazer:**

9.1.1- Sociais	x
9.1.2- Psicológicas e/ou cognitivas	
9.1.3- Culturais	
9.1.4- Biológicas e/ou físicas	
9.1.5- Outra. Qual?	

**Saúde e Qualidade de Vida do idoso no S.A.D. do Centro Comunitário de Estoi**

**10. Considera que a qualidade de vida dos idosos melhorou com o S.A.D?**

10.1- Sim	x
10.2- Não	

**10.1- Se sim, a que níveis é testemunha dessa melhoria? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

10.1- Nível Social	
10.2- Nível Psicológico e/ou cognitivo	
10.3- Nível Cultural	x
10.4- Nível Biológico e/ou físico	x
10.5- Outra. Qual?	

**11. De seguida serão apresentados dois quadros. Nestes é pedido que ordene por ordem de importância de 1 a 6, sendo o 1 o de menor relevância, o que pensa ser necessário fazer para melhorar a qualidade de vida dos idosos em S.A.D.:**

**11.1. Ao nível do S.A.D.:**

11.1.1- Prolongar o serviço para 24H/dia	5
11.1.2- Incluir o serviço aos fins-de-semana	4
11.1.3- Mais ajudantes familiares	3
11.1.4- Mais recursos materiais	2
11.1.5- Desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e solidão	6
11.1.6- Outra. Qual?	1 (não especificou)

**11.2. Ao nível da comunidade:**

11.2.1- Gratuitidade de certos serviços ao domicílio para os que mais necessitam	6
11.2.2- Apoio financeiro	5
11.2.3- Manter os idosos ativos	3
11.2.4- Maior capacidade institucional	4
11.2.5- Trabalho em rede com várias instituições	2
11.2.6- Outra. Qual?	1 (não especificou)

**12. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a saúde dos domiciliados?**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**13. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a qualidade de vida dos domiciliados?**

Muito boa	Boa	Razoável	Má	Muito má
		x		

**14. Na sua opinião, e ordenando de 1 (menor relevância) a 5 (maior relevância), quais áreas/serviços mais importantes que ajudam a promover a qualidade de vida e saúde do idoso em S.A.D.?**

14.1.- Alimentação	4
14.2- Higiene pessoal e habitacional	2
14.3- Tratamento de roupas	1
14.4- Controlo de medicação	5
14.5- Animação sociocultural	3

**15. O que considera importante para o idoso ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)**

15.1- Ter saúde física	x
15.2- Ter saúde psicológica	

15.3- Ter dinheiro	
15.4- Ter o apoio da família	x
15.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos	
15.6- Ter o serviço de SAD	x
15.7- Poder passear e divertir-se	x
15.8- Outro. Qual?	

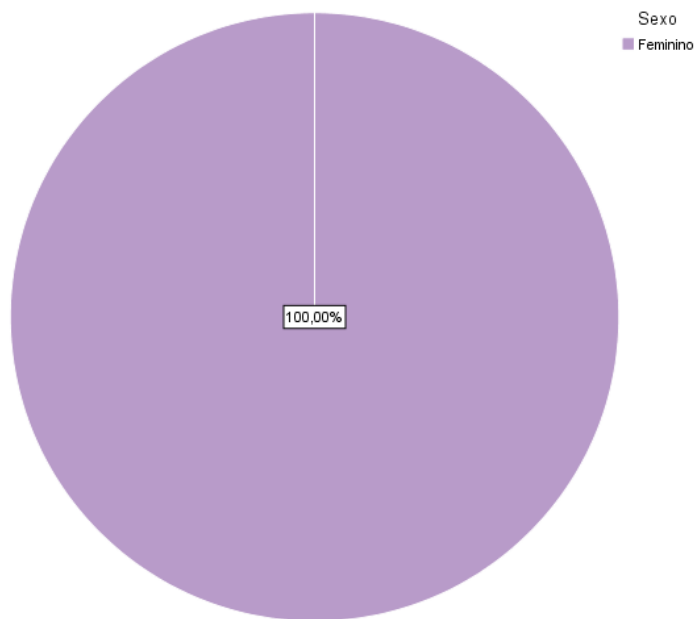
**16. Por último, dê alguns exemplos de projetos que poderiam vir a ser benéficos para os idosos se fossem desenvolvidos no S.A.D.**

(Não respondeu)

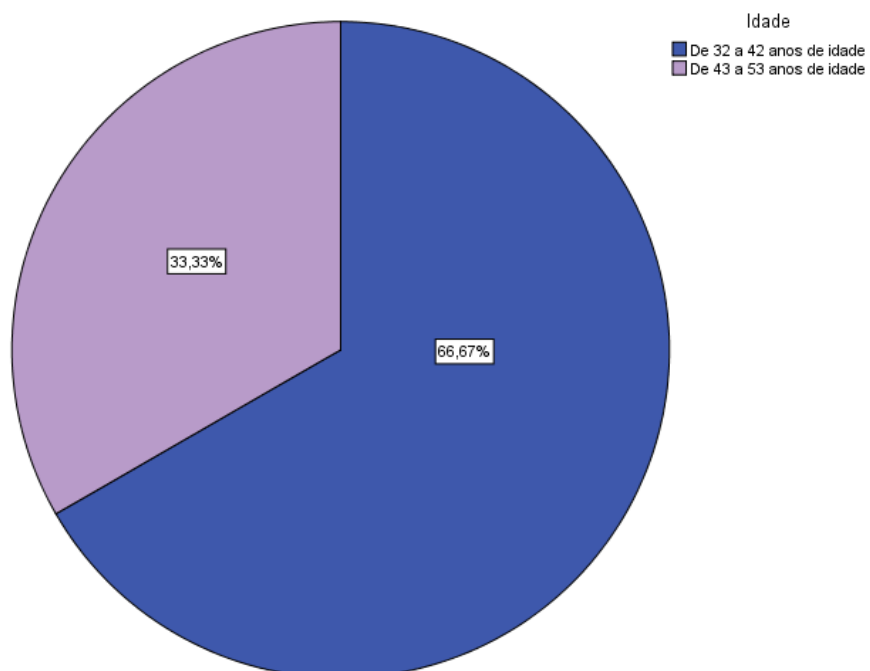
## Anexo XXVIII

### Gráficos e tabelas dos inquéritos por questionário às auxiliares do S.A.D do Centro Comunitário de Estoi

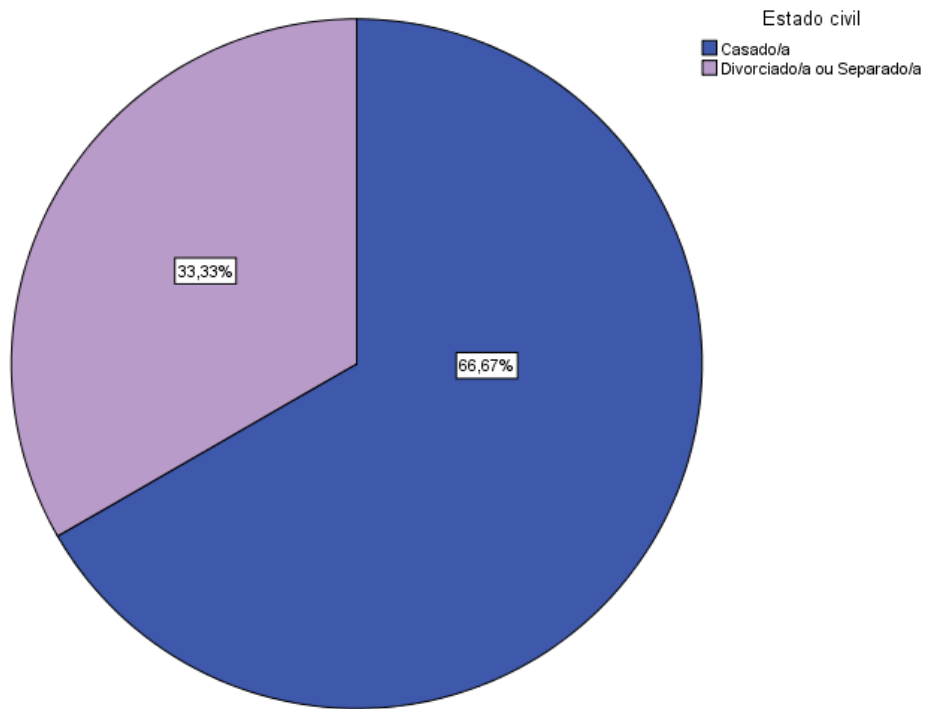
#### Gráfico circular da pergunta “1. Sexo”



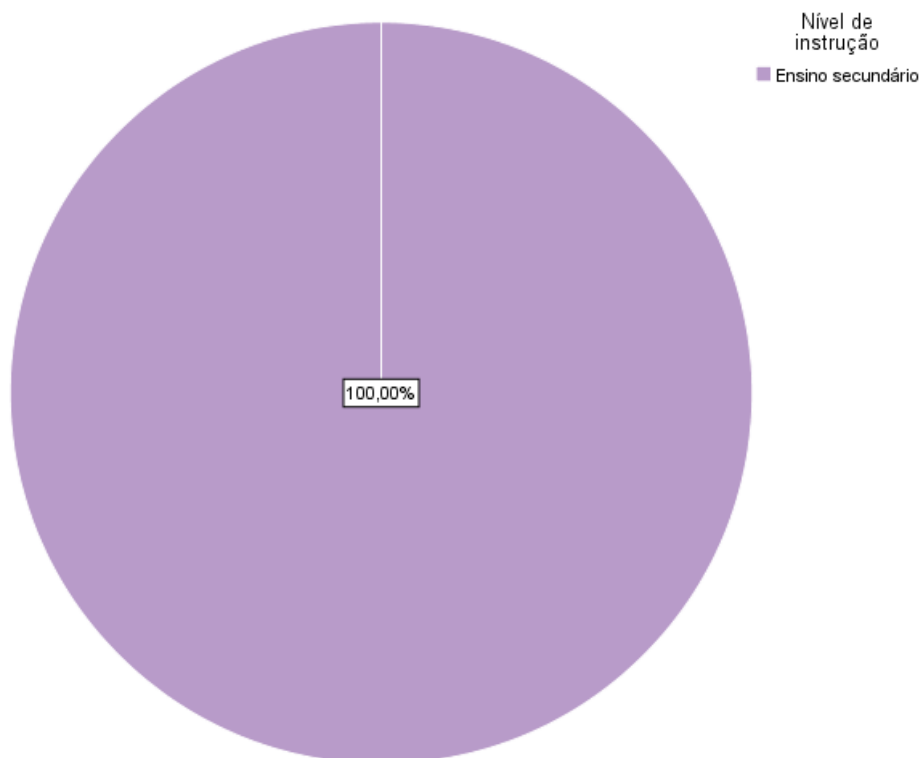
#### Gráfico circular da pergunta “2. Idade”



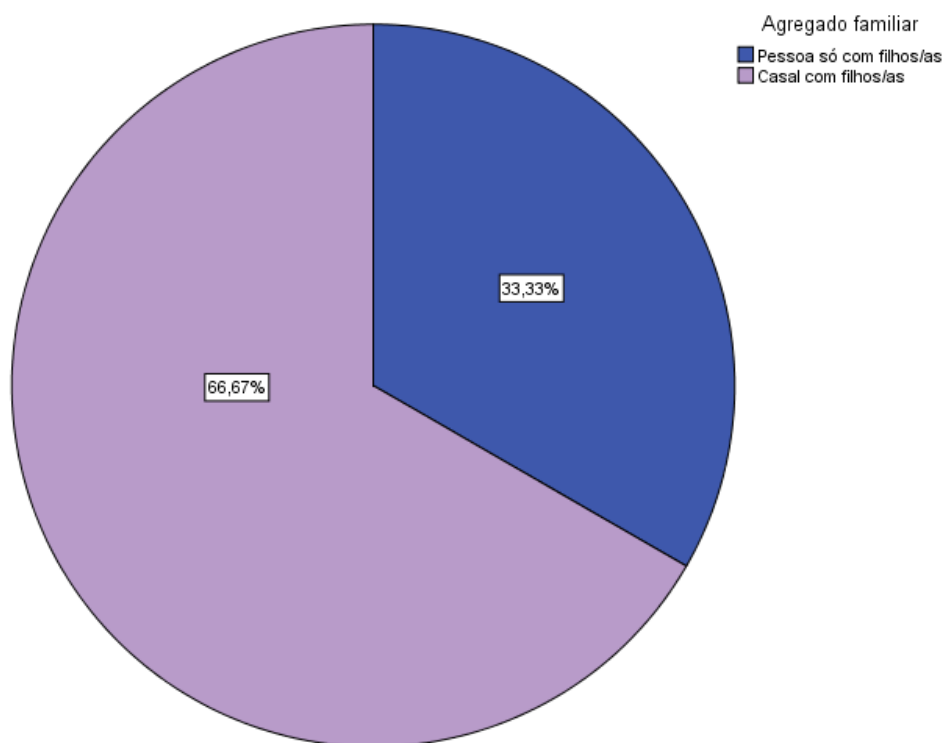
### Gráfico circular da pergunta “3. Estado civil”



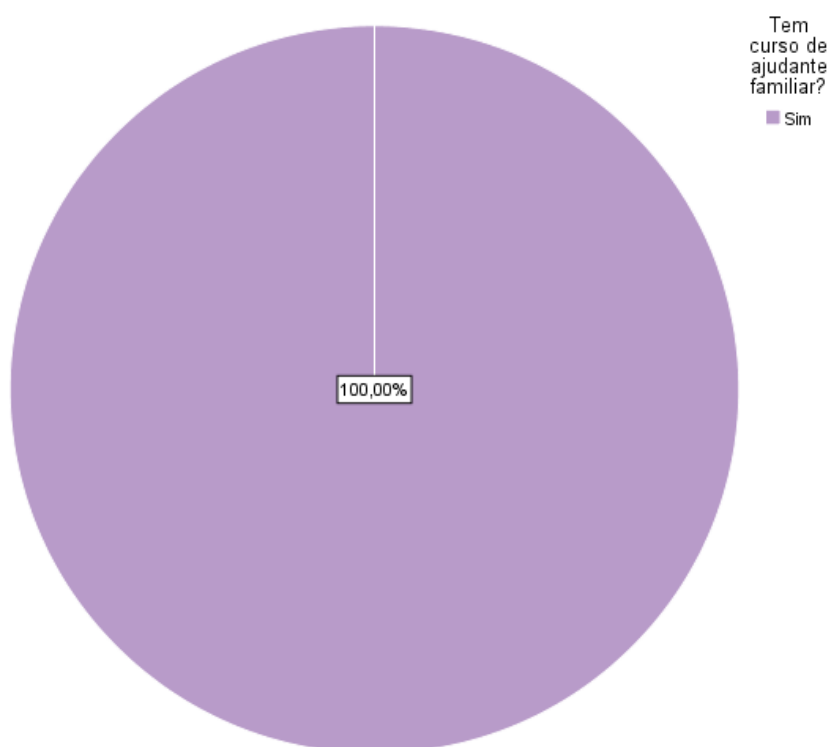
### Gráfico circular da pergunta “4. Nível de instrução”



### Gráfico circular da pergunta “5. Agregado familiar”



### Gráfico circular da pergunta “6. Tem curso de ajudante familiar?”



**Tabela estatística descritiva da pergunta “7. Qual é a parte do trabalho que mais gosta? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)”**

**7.1- Trabalhar em equipa**

	Frequência	Percentagem
Válido 1	3	100,0

**7.2- Diversidade de tarefas**

	Frequência	Percentagem
0	2	66,7
Válido 1	1	33,3
Total	3	100,0

**7.3- Convívio com o idoso**

	Frequência	Percentagem
Válido 1	3	100,0

**7.4- Dar a alimentação**

	Frequência	Percentagem
Válido 0	3	100,0

**7.5- Fazer a higiene pessoal**

	Frequência	Percentagem
0	2	66,7
Válido 1	1	33,3
Total	3	100,0

**7.6- Fazer a higiene da casa**

	Frequência	Percentagem
Válido 0	3	100,0

**Tabelas de frequência da pergunta “8. Enumere de 1 a 8, sendo que 1 corresponde ao menos significativo e o 8 ao mais significativo, as dificuldades que sente ao prestar o serviço de auxiliar de apoio domiciliário”**

**8.1- A aquisição da confiança do idoso**

	Frequência
Válido 4	1
Válido 6	1
Válido 8	1
Total	3

**8.2- O ajustar o serviço aos hábitos do idoso**

	Frequência
Válido 4	1
Válido 7	1
Válido 8	1
Total	3

**8.3- O grande número de idosos**

	Frequência
Válido 3	3

**8.4- A própria situação de precariedade em que se encontram os idosos**

	Frequência
Válido 2	1
Válido 5	1
Válido 6	1
Total	3

### 8.5- A falta de equipamentos e técnicas que facilitem a prestação dos serviços

	Frequência
1	1
Válido 5	1
7	1
Total	3

### 8.6- A falta de informação/formação adequada à prestação dos serviços

	Frequência
2	2
Válido 5	1
Total	3

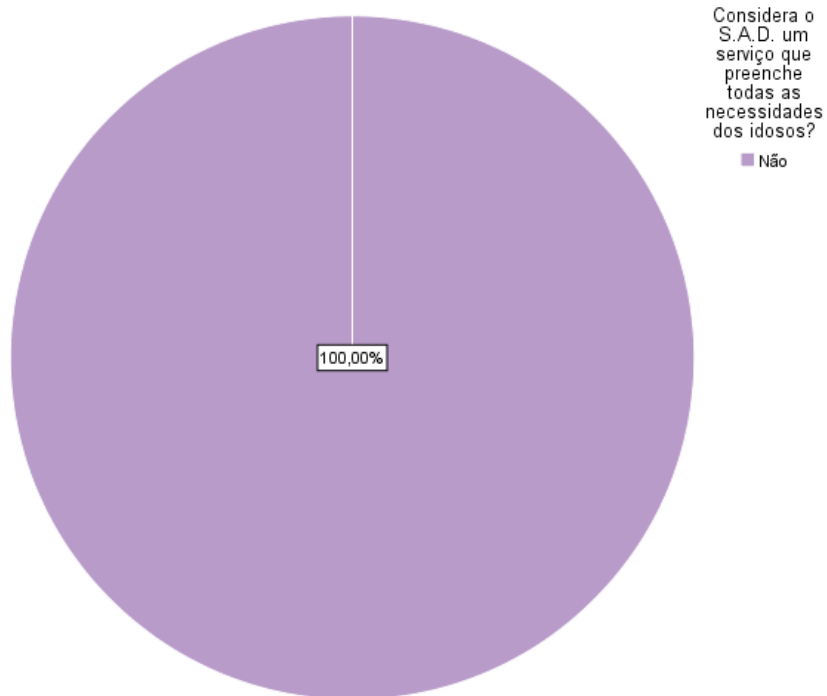
### 8.7- O *stress* físico e psíquico

	Frequência
4	1
Válido 6	1
7	1
Total	3

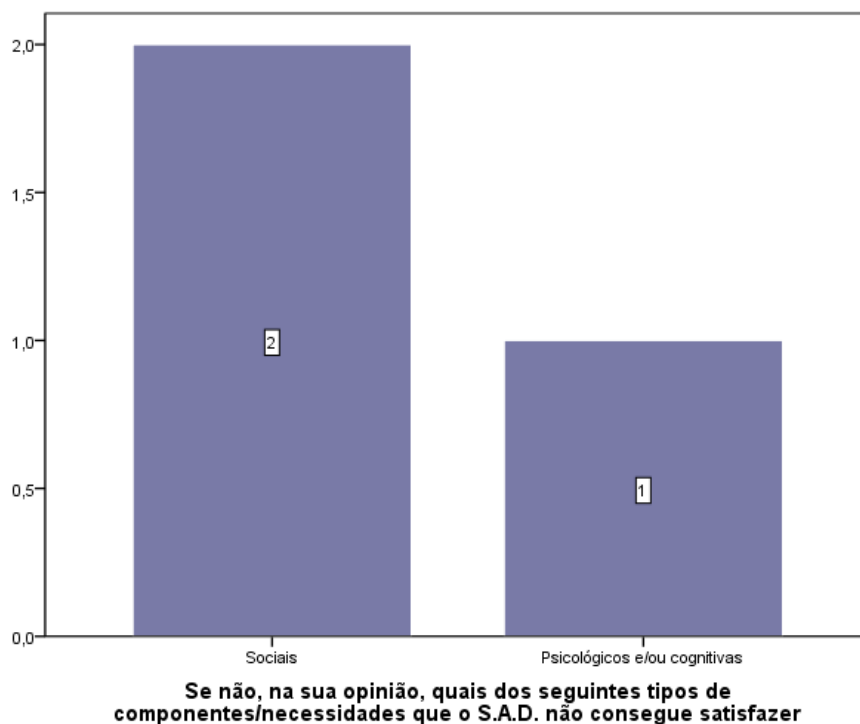
### 8.8- Outras. Quais?

	Frequência
1	2
Válido 8	1
Total	3

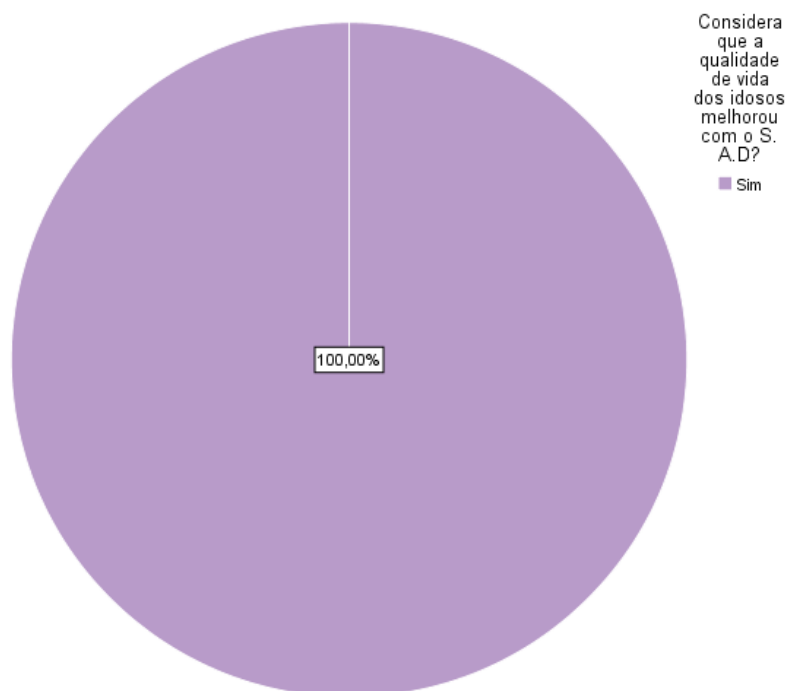
**Gráfico circular da pergunta “9. Considera o S.A.D. um serviço que preenche todas as necessidades dos idosos”**



**Gráfico de barras da subpergunta “9.1. Se não, na sua opinião, quais dos seguintes tipos de componentes/necessidades que o S.A.D. não consegue satisfazer”**



**Gráfico circular da pergunta “10. Considera que a qualidade de vida dos idosos melhorou com o S.A.D?”**



**Tabelas de frequência da subpergunta “10.1- Se sim, a que níveis é testemunha dessa melhoria? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)”**

**10.1.1- Nível Social**

	Frequência	Percentagem
Válido 0	3	100,0

**10.1.2- Nível Psicológico e/ou cognitivo**

	Frequência	Percentagem
0	2	66,7
Válido 1	1	33,3
Total	3	100,0

### 10.1.3- Nível Cultural

	Frequência	Percentagem
0	2	66,7
Válido 1	1	33,3
Total	3	100,0

### 10.1.4- Nível Biológico e/ou físico

	Frequência	Percentagem
Válido 1	3	100,0

### 10.1.5- Outra. Qual?

	Frequência	Percentagem
Válido 0	3	100,0

Tabelas de frequência da pergunta “11. De seguida serão apresentados dois quadros. Nestes é pedido que ordene por ordem de importância de 1 a 6, sendo o 1 o de menor relevância, o que pensa ser necessário fazer para melhorar a qualidade de vida dos idosos em S.A.D.”

### “11.1- Ao nível do SAD”

#### 11.1.1- Prolongar o serviço para 24H/dia

	Frequência
2	2
Válido 5	1
Total	3

### 11.1.2- Incluir o serviço aos fins-de-semana

	Frequência
1	1
Válido 3	1
4	1
Total	3

### 11.1.3- Mais ajudantes familiares

	Frequência
3	2
Válido 6	1
Total	3

### 11.1.4- Mais recursos materiais

	Frequência
2	1
Válido 4	2
Total	3

### 11.1.5- Desenvolver uma iniciativa de combate ao isolamento e solidão

	Frequência
5	1
Válido 6	2
Total	3

### 11.1.6- Outra. Qual?

	Frequência
1	2
Válido 5	1
Total	3

## **“11.2. Ao nível da comunidade”**

### **11.2.1- Gratuitidade de certos serviços ao domicílio para os que mais necessitam**

	Frequência
Válido 6	3

### **11.2.2- Apoio financeiro**

	Frequência
4	1
Válido 5	2
Total	3

### **11.2.3- Manter os idosos ativos**

	Frequência
3	1
Válido 4	1
5	1
Total	3

### **11.2.4- Maior capacidade institucional**

	Frequência
2	1
Válido 3	1
4	1
Total	3

### **11.2.5- Trabalho em rede com várias instituições**

	Frequência
2	2
Válido 3	1
Total	3

### 11.2.6- Outra. Qual?

	Frequência
Válido 1	3

**Tabela de frequência da pergunta “12. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a saúde dos domiciliados?”**

	Frequência
Válido Razoável	3

**Tabela de frequência da pergunta “13. Tendo em conta a sua experiência profissional como colaboradora do S.A.D., como avalia a qualidade de vida dos domiciliados?”**

	Frequência
Válido Razoável	3

**Tabelas de frequência da pergunta “14. Na sua opinião, e ordenando de 1 (menor relevância) a 5 (maior relevância), quais áreas/serviços mais importantes que ajudam a promover a qualidade de vida e saúde do idoso em S.A.D.?”**

### 14.1.- Alimentação

	Frequência
4	2
Válido 5	1
Total	3

#### 14.2- Higiene pessoal e habitacional

	Frequência
1	1
Válido 2	1
5	1
Total	3

#### 14.3- Tratamento de roupas

	Frequência
1	2
Válido 4	1
Total	3

#### 14.4- Controle de medicação

	Frequência
3	2
Válido 5	1
Total	3

#### 14.5- Animação sociocultural

	Frequência
2	2
Válido 3	1
Total	3

**Tabelas de frequência da pergunta “15. O que considera importante para o idoso ter qualidade de vida? (Poderá assinalar mais do que uma resposta se assim o entender)”**

**15.1- Ter saúde física**

	Frequência
0	1
Válido 1	2
Total	3

**15.2- Ter saúde psicológica**

	Frequência
0	2
Válido 1	1
Total	3

**15.3- Ter dinheiro**

	Frequência
Válido 0	3

**15.4- Ter o apoio da família**

	Frequência
Válido 1	3

### 15.5- Ter o apoio dos amigos e vizinhos

	Frequência
Válido 0	3

### 15.6- Ter o serviço de SAD

	Frequência
Válido 1	3

### 15.7- Poder passear e divertir-se

	Frequência
0	1
Válido 1	2
Total	3

### 15.8- Outro. Qual?

	Frequência
Válido 0	3

## **Anexo XXIX**

### **Guião de entrevista semiestruturada à responsável pelo S.A.D. do Centro Comunitário de Estoi**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Venho por este meio solicitar a sua participação num estudo que pretende observar a realidade concreta do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Comunitário de Estoi como resposta social, no sentido de analisar e compreender a sua dinâmica e o contributo do mesmo no aumento ou na preservação da qualidade de vida e saúde dos seus beneficiários.

Para tal, solicito o seu contributo através da participação nesta entrevista de carácter exploratório de modo a identificar e perceber as características contextuais e de funcionamento da resposta social em questão. Assim, o objetivo principal desta será recolher informações necessárias de modo a tornar este cada vez melhor e mais eficaz.

Após recolhido todo o material, será feito o seu tratamento para se conseguir uma melhor compreensão e organização da informação que ajudará na criação de um plano de intervenção social que vise o bem-estar dos utentes da amostra do estudo. Este plano será, posteriormente, será dado a conhecer à Direção, colaboradores/as e utentes.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar. Será assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Tudo o que disser será estritamente para fins académicos.

**Obrigada pela sua colaboração!**

**Definir objetivo geral:**

- Compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário e a sua importância.

**Construção do guião:****A. Identificação e legitimação****B. Caracterização do entrevistado**

- Qual o seu nome?
- Qual a sua data e local de nascimento?
- Quais as suas habilitações literárias?

**C. Contexto institucional**

- Tinha conhecimento da existência do Centro Comunitário antes de começar a trabalhar neste?
- Acha que os técnicos/auxiliares que trabalham no Centro Comunitário são suficientes? (Se não, quais as necessidades existentes nesse sentido?)
- Os recursos materiais existentes asseguram o pleno bom funcionamento de todas as valências que o Centro tem à disposição? (Se não, quais os que estão em falta?)

**D. O SAD no Centro Comunitário de Estoi**

- O número de assistidos a nível domiciliário tem vindo a aumentar? Acha que a tendência, no futuro, é este ser cada vez mais elevado?
- Como é que a componente social é trabalhada através do SAD?
- Considera importante a vertente socioeducativa no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário? Porquê?
- Por norma, quem é que solicita este serviço? O idoso ou a família?
- Quais os serviços mais solicitados?

**E. Trabalho desenvolvido no SAD**

- Sei que é feito um plano de atividades para os idosos. Quais e que tipo de atividades é que a valência do SAD promove?
- Existe o cuidado de integrar o idoso na planificação do seu plano individual? Porquê?
- Quais são os princípios-chave para a construção de um bom plano individual? Seguem algum modelo?

- Sei que o SAD também dinamiza atividades de animação. Em que medida é que esta animação contribui para o bem-estar físico e mental do idoso?
- Tem conhecimento de algum caso que, graças ao SAD e às atividades desenvolvidas por este, tenha melhorado exponencialmente a condição física e mental do idoso? (Se sim, como?)
- No âmbito da promoção da qualidade de vida e saúde, existe algum técnico especializado que dinamize algo ligado às necessidades destes idosos? Se sim, em que medidas?
- Existem casos em que, na sua opinião, é preferível a institucionalização? Porquê?

#### **F. Relações dos idosos**

- Como é preservada uma boa relação entre as auxiliares e os idosos do SAD?
- A relação entre a Instituição e os familiares dos utentes é positiva? Existe partilha de informação/ajuda?
- Existem atividade de interação entre todos os utentes das valências do SAD e do Lar de Idosos?
- Como é feita a triangulação das relações entre família → idoso → instituição?

#### **G. Futuro do serviço: perceção e apreciação**

- Para si, qual a importância da animação para manter ou preservar o bem-estar físico e mental dos idosos?
- Em que medida(s) o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da saúde e qualidade de vida do domiciliado?
- É da opinião de que o atraso à institucionalização é uma mais-valia para o idoso? (Se sim, quais acha serem os motivos que levam o domiciliado a recorrer ao SAD e não à institucionalização?)
- Por norma, quais são os principais problemas com que os idosos do SAD se confrontam? (ex. Financeiros, saúde, solidão...)
- Acha que faz falta algum tipo de mudança no funcionamento do SAD? (Se sim, qual(ais)?)
- Que exemplos de projetos futuros viriam a ser benéficos se fossem desenvolvidos no SAD?
- Que perspetivas futuras, a médio/longo prazo, é que tem acerca da expansão/evolução deste serviço?

Blocos temáticos	Objetivos específicos	Indicadores das perguntas	Questões
<p align="center"><b>A.</b> <b>Identificação e legitimação</b></p>	<p>Identificar e legitimar a entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referir a importância da colaboração do entrevistado;</li> <li>- Solicitar a autorização para gravação áudio da entrevista;</li> <li>- Agradecimentos.</li> </ul>	
<p align="center"><b>B.</b> <b>Caracterização do entrevistado</b></p>	<p>Conhecer o perfil do entrevistado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o entrevistado;</li> <li>- Percurso profissional do entrevistado até às suas funções atuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual o seu nome?</li> <li>- Qual a sua data e local de nascimento?</li> <li>- Quais as suas habilitações literárias?</li> </ul>
<p align="center"><b>C.</b> <b>Contexto institucional</b></p>	<p>Conhecer os recursos e funcionalidades do Centro Comunitário de Estoi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer melhor o Centro Comunitário de Estoi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinha conhecimento da existência do Centro Comunitário antes de começar a trabalhar neste?</li> <li>- Acha que os técnicos/auxiliares que trabalham no Centro Comunitário são suficientes? (Se não, quais as necessidades existentes nesse sentido?)</li> <li>- Os recursos materiais existentes asseguram o pleno bom funcionamento de todas as valências que o Centro tem à disposição? (Se não, quais os que estão em falta?)</li> </ul>
<p align="center"><b>D.</b> <b>O SAD no Centro Comunitário de Estoi</b></p>	<p>Conhecer os recursos e aspectos gerais do Serviço de Apoio Domiciliário no Centro Comunitário de Estoi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter uma visão geral sobre aspectos do SAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O número de assistidos a nível domiciliário tem vindo a aumentar? Acha que a tendência, no futuro, é este ser cada vez mais elevado?</li> <li>- Como é que a componente social é trabalhada através do SAD?</li> <li>- Considera importante a vertente socioeducativa no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário? Porquê?</li> <li>- Por norma, quem é que solicita este serviço? O idoso ou a família?</li> <li>- Quais os serviços que são mais solicitados?</li> </ul>

<p align="center"><b>E.</b> <b>Trabalho desenvolvido no SAD</b></p>	<p>Saber as atividades que desenvolve.</p>	<p>-Verificar as atividades realizadas neste serviço;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sei que é feito um plano de atividades para os idosos. Quais e que tipo de atividades é que a valência do SAD promove?</li> <li>- Existe o cuidado de integrar o idoso na planificação do seu plano individual? Porquê?</li> <li>- Quais são os princípios-chave para a construção de um bom plano individual? Seguem algum modelo?</li> <li>- Sei que o SAD também dinamiza atividades de animação. Em que medida é que esta animação contribui para o bem-estar físico e mental do idoso?</li> <li>- Tem conhecimento de algum caso que graças, ao SAD e às atividades desenvolvidas por este, tenha melhorado exponencialmente a condição física e mental do idoso? (Se sim, como?)</li> <li>- No âmbito da promoção da qualidade de vida e saúde, existe algum técnico especializado que dinamize algo ligado às necessidades destes idosos? Se sim, em que medidas?</li> <li>- Existem casos em que, na sua opinião, é preferível a institucionalização? Porquê?</li> </ul>
<p align="center"><b>F.</b> <b>Relações dos idosos</b></p>	<p>Identificar que tipo de relações são estabelecidas entre os técnicos, idosos e os seus familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as relações efetivas estabelecidas entre funcionários e idosos;</li> <li>- Perceber a relação entre os idosos da valência do SAD e outras;</li> <li>- Perceber a relação entre a Instituição e familiares dos idosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como é preservada uma boa relação entre as auxiliares e os idosos do SAD?</li> <li>- A relação entre a Instituição e os familiares dos utentes é positiva? Existe partilha de informação/ajuda?</li> <li>- Existem atividade de interação entre todos os utentes das valências do SAD e do Lar de Idosos?</li> <li>- Como é feita a triangulação das relações entre família → idoso → instituição?</li> </ul>
<p align="center"><b>G.</b> <b>Futuro do serviço: percepção e apreciação</b></p>	<p>Identificar possíveis mudanças para melhorar a qualidade de vida e saúde dos idosos no futuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber a perspectiva da Diretora Técnica sobre o SAD;</li> <li>- Conhecer possíveis projetos que poderiam beneficiar o progresso do SAD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para si, qual a importância da animação para manter ou preservar o bem-estar físico e mental dos idosos?</li> <li>- Em que medida(s) o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da saúde e qualidade de vida do domiciliado?</li> <li>- É da opinião de que o atraso à institucionalização é uma mais-valia para o idoso? (Se sim, quais acha serem os motivos que levam o domiciliado a recorrer ao SAD e não à</li> </ul>

		<p>institucionalização?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por norma, quais são os principais problemas com que os idosos do SAD se confrontam? (ex. Financeiros, saúde, solidão...)</li> <li>- Acha que faz falta algum tipo de mudança no funcionamento do SAD? (Se sim, qual(ais)?)</li> <li>- Que exemplos de projetos futuros viriam a ser benéficos se fossem desenvolvidos no SAD?</li> <li>- Que perspectivas futuras, a médio/longo prazo, é que tem acerca da expansão/evolução deste serviço?</li> </ul>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Anexo XXX**

### **Transcrição da entrevista semiestruturada à responsável pelo SAD do Centro Comunitário de Estoi**

#### **Definir objetivo geral:**

- Compreender a dinâmica do serviço de apoio domiciliário e a sua importância.

#### **Construção do guião:**

##### **A. Identificação e legitimação**

##### **B. Caracterização do entrevistado**

Qual o seu nome?

- *Rute Fernandes.*

Qual a sua data e local de nascimento?

- *Nasci a 23 de Abril de 1979 em Faro.*

Quais as suas habilitações literárias?

- *Licenciatura em Educação e Intervenção Comunitária.*

##### **C. Contexto institucional**

Tinha conhecimento da existência do Centro Comunitário antes de começar a trabalhar neste?

- *Sim. A Instituição onde trabalhava anteriormente tinha três Grupos Culturais - Grupo de Cantares, Grupo de Teatro e Rancho Folclórico - compostos por idosos que a cantar, representar ou dançar pretendiam alegrar idosos de outras instituições como o Centro Comunitário de Estoi. Numa das suas deslocações, acompanhei o Rancho Folclórico e também o Grupo de Cantares ao Lar do Centro Comunitário de Estoi e assim fiquei a conhecê-lo.*

Acha que os técnicos/auxiliares que trabalham no Centro Comunitário são suficientes? (Se não, quais as necessidades existentes nesse sentido?)

- *Atualmente o número de técnicos e auxiliares é suficiente para garantir o normal funcionamento da Instituição.*

Os recursos materiais existentes asseguram o pleno bom funcionamento de todas as valências que o Centro tem à disposição? (Se não, quais os que estão em falta?)

- *Numa Instituição sem fins lucrativos que assegura as valências de Creche, Jardim-de-Infância, ERPI, SAD e outros serviços como a Cantina Social através do PEA – Programa de Emergência Alimentar e o FEAC – Fundo Europeu de Auxílio a Carenciados, abrangendo assim crianças, idosos e famílias com fragilidade a nível económico-social, existem sempre recursos materiais em falta.*
- *No SAD necessitamos de uma carrinha adaptada para o transporte da alimentação ao domicílio dos utentes apoiados nessa valência.*

#### **D. O SAD no Centro Comunitário de Estoi**

O número de assistidos a nível domiciliário tem vindo a aumentar? Acha que a tendência, no futuro, é este ser cada vez mais elevado?

- *O número de utentes apoiados ao nível do SAD é oscilante. Face ao envelhecimento progressivo da população têm vindo a criar-se condições e estruturas para a terceira idade, no entanto ainda são insuficientes para dar resposta ao número crescente de idosos. Como tal, creio que o recurso ao SAD tende a aumentar futuramente.*

Como é que a componente social é trabalhada através do SAD?

- *No SAD são feitas visitas domiciliárias e entrevistas de pré-diagnóstico com o intuito de aprofundar o conhecimento do estado global do utente, das condições em que subsiste e do suporte de familiares ou outros significativos. É esse conhecimento da realidade que facilitará e dará suporte ideológico às ações a desenvolver na dimensão física, psicológica e social do utente.*

Considera importante a vertente socioeducativa no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário? Porquê?

- *A vertente socioeducativa é muito importante no âmbito do SAD dado que através do desenvolvimento de um conjunto de ações socioeducativas aprofundam-se conhecimentos acerca do estado físico e psicossocial do utente e a partir daí trabalha-se no sentido de contribuir, sempre que possível, para o aumento ou manutenção da sua autonomia, da capacidade de comunicação e de relacionamento, de reflexão e perceção, respeitando o ritmo próprio, capacidades e disponibilidade do utente, assim como os seus valores e interesses, costumes e crenças, para que rompa com a apatia e o desânimo e se sinta motivado a melhorar.*

Por norma, quem é que solicita este serviço? O idoso ou a família?

- *Regra geral é a família que solicita o apoio domiciliário pois o idoso normalmente já se encontra numa condição física e psicológica muito frágil que não lhe permite reconhecer as suas necessidades reais e avançar com um pedido de auxílio para as poder colmatar.*

Quais os serviços mais solicitados?

- *Os serviços mais solicitados são: fornecimento da alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupas.*

## **E. Trabalho desenvolvido no SAD**

Sei que é feito um plano de atividades para os idosos. Quais e que tipo de atividades é que a valência do SAD promove?

- *Sim, é desenvolvido um Plano de Atividades, sendo que o mesmo é aplicado durante todo o ano civil tendo em consideração as necessidades e expectativas de cada um dos utentes. As atividades que o SAD promove são as seguintes: Fornecimento de Alimentação, Higiene Pessoal, Higiene Habitacional, Tratamento de Roupa, Animação e Teleassistência.*

Existe o cuidado de integrar o idoso na planificação do seu plano individual?

Porquê?

- *Existe o cuidado de perceber quais são as reais necessidades do utente tais como as rotinas, as potencialidades, expectativas ou outras questões de ordem particular. Assim, entende-se como sendo de comum interesse integrar o idoso aquando da elaboração do seu Plano Individual partido do princípio que as reais necessidades de ambas as partes são tidas em consideração para aditamento de um bom serviço*

Quais são os princípios-chave para a construção de um bom plano individual?

Seguem algum modelo?

- *Entende-se que os princípios – chave para que se construa um bom Plano Individual são os que estão agregados ao conhecimento de cada utente, focando essencialmente as necessidades e expectativas; uma correta articulação de informação e ação com a equipa SAD, familiares e significativos; a implementação do(s) serviço(s), a monitorização e avaliação do(s) mesmo(s) e por fim, a revisão do Plano Individual em função da realidade existente.*

Sei que o SAD também dinamiza atividades de animação. Em que medida é que esta animação contribui para o bem-estar físico e mental do idoso?

- *Sim, o SAD contempla um serviço de animação que é sempre adequado em função do indivíduo através da elaboração de uma Proposta de Plano de Atividades Socioculturais. À semelhança do Plano Individual, este também focaliza as particularidades de cada um. É traçado um perfil e um conjunto de áreas de intervenção que se entendem fulcrais à correta execução da Proposta de Plano de Atividades Socioculturais sendo estas: a Dimensão Social, Dimensão Desportiva e Saúde, Dimensão do Quotidiano/ Desenvolvimento de AVD's e a Dimensão Psicológica/ Cognitiva. Pressupõe-se que para cada uma das dimensões definidas exista um conjunto de atividades que por sua vez prioriza as necessidades e potencialidades de cada um dos utentes a fim de que fique determinado que a “atividade” é sempre um indicador positivo*

*para que daí possa decorrer um envelhecimento saudável. Em sùmula, pretende-se que as atividades de animaçaõ gerem a prevençaõ de incapacidades e isolamento, promovam a interaçã e envolvimento com os pares e a sociedade envolvente, resultem delas a participaçaõ e melhoria da qualidade de vida e bem-estar, remetendo essa atividade para melhorias no campo físico ou mental.*

Tem conhecimento de algum caso que, graças ao SAD e às atividades desenvolvidas por este, tenha melhorado exponencialmente a condiçaõ física e mental do idoso? (Se sim, como?)

- *Sim, existem casos de melhoria uma vez que de modo geral as atividades desenvolvidas em SAD, ao irem ao encontro da satisfaçaõ das necessidades do utente contribuem precisamente para a melhoria da sua qualidade de vida. Exemplo disso poderã ser o controlo da higiene habitacional e do tratamento de roupas, a garantia de habituaçaõ e incentivo à higiene pessoal e/ ou alimentaçaõ e o combate ao isolamento e a limitaçaõs decorrentes do envelhecimento.*

No âmbito da promoçaõ da qualidade de vida e saùde, existe algum técnico especializado que dinamize algo ligado às necessidades destes idosos? Se sim, em que medidas?

- *No caso específico da promoçaõ da qualidade de vida e saùde determina-se que a técnica que garante o Serviço de Animaçaõ promova um conjunto de atividades ou dinâmicas que conduzam precisamente à sua melhoria através de sessões de gerontomotricidade e da consciencializaçaõ e promoçaõ dos hábitos de vida saudável. Essa açãõ é também alargada ao(s) cuidador(es) por se considerar uma mais valia a articulaçaõ e encadeamento de práticas com o(s) mesmo(s). Sendo uma área específica, muitas vezes é necessário o envolvimento de outros técnicos, a título de exemplo a enfermeira, para que seja possível assegurar o serviço da forma mais apropriada e fiável.*

Existem casos em que, na sua opiniãõ, é preferível a institucionalizaçaõ? Porquê?

- *Sim, quando não existe uma rede de suporte familiar ou de outros significativos que garantam em articulação com a Equipa SAD um correto desenvolvimento e satisfação plena das necessidades do utente.*

## **F. Relações dos idosos**

Como é preservada uma boa relação entre as auxiliares e os idosos do SAD?

- *A boa relação entre as auxiliares e os idosos do SAD é preservada por meio da simpatia, compreensão, afetividade, comunicação e satisfação das suas necessidades de forma correta e responsável.*

A relação entre a Instituição e os familiares dos utentes é positiva? Existe partilha de informação/ajuda?

- *Sim, a relação entre a Instituição e os familiares ou outros significativos dos utentes é positiva pois permite a troca de informações e articulação de práticas ou ações necessárias à melhoria dos cuidados ou condição dos utentes.*

Existem atividade de interação entre todos os utentes das valências do SAD e do Lar de Idosos?

- *Sim, existem atividades de interação entre utentes do SAD e da ERPI cuja condição física e mental ainda permite a sua movimentação e percepção da ação proposta.*

Como é feita a triangulação das relações entre família → idoso → instituição?

- *Normalmente é feita através de contactos telefónicos e/ou presenciais com os familiares ou outros significativos e visitas domiciliárias, tendo como base a construção de uma relação de proximidade, cordialidade e responsabilidade em prol da prestação de um serviço adequado e eficiente.*

## **G. Futuro do serviço: percepção e apreciação**

Para si, qual a importância da animação para manter ou preservar o bem-estar físico e mental dos idosos?

- *Na minha opinião, a animação na terceira idade tem vindo a assumir particular importância como estratégia de intervenção na prevenção, manutenção e melhoria da vitalidade física, mental e social do idoso através do planeamento, articulação e desenvolvimento de ações e dinâmicas focalizadas no seu sistema de valores, identidade, capacidades, interesses, potencialidades, saberes e necessidades. Dessa forma, a animação contribui, sem dúvida, para retardar os efeitos do envelhecimento e potencializar a adoção de hábitos de vida saudável imprescindíveis à vivência da terceira idade de forma positiva e digna.*

Em que medida(s) o serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria da saúde e qualidade de vida do domiciliado?

- *O serviço de apoio domiciliário tem contribuído para a melhoria do estado de saúde e qualidade de vida do utente ao envolver esforços no sentido de desenvolver um trabalho em equipa que congrega vários profissionais de diferentes áreas empenhados quer na satisfação de cuidados básicos, como a alimentação, a higiene pessoal e habitacional e o tratamento de roupas, quer na superação das limitações do idoso, no restabelecimento da autoestima, no reforço de laços de identidade, afetividade e sociabilidade.*

É da opinião de que o atraso à institucionalização é uma mais-valia para o idoso? (Se sim, quais acha serem os motivos que levam o domiciliado a recorrer ao SAD e não à institucionalização?)

- *Na minha opinião o atraso à institucionalização é benéfico para o idoso que ainda revela alguma autonomia ao nível físico e psicossocial mas que precisa de auxílio na execução de tarefas da vida quotidiana devido a limitações decorrentes de doença ou da idade. Quando existe suporte familiar ou de outros significativos e o idoso se encontra na situação referida, o recurso ao SAD sobrepõe-se à institucionalização. É muito*

*importante para o idoso manter-se no seu meio sociofamiliar, ligado às suas raízes, à sua casa, aos seus pertences e às suas memórias... à história construída ao longo da vida.*

Por norma, quais são os principais problemas com que os idosos do SAD se confrontam? (ex. Financeiros, saúde, solidão...)

- *Geralmente, os principais problemas dos idosos que recorrem ao SAD prendem-se com a saúde e a incapacidade dos familiares ou outros significativos contribuírem para a sua resolução ou retardamento de dependências associadas, quer por falta de formação, quer por indisponibilidade.*

Acha que faz falta algum tipo de mudança no funcionamento do SAD? (Se sim, qual(ais)?)

- *Acho que o modo de funcionamento do SAD atualmente enquadra-se nas possibilidades a nível institucional e nas necessidades prementes dos utentes apoiados. O serviço é prestado por uma equipa que tem formação, sensibilidade e motivação para “levar” diariamente um gesto de carinho, uma palavra de conforto, o seu sorriso e a sua vontade de colaborar na manutenção do bem-estar geral dos nossos utentes.*

Que exemplos de projetos futuros viriam a ser benéficos se fossem desenvolvidos no SAD?

- *Penso que seria benéfico para o SAD desenvolver, por exemplo, projetos de parceria com centros de saúde, hospitais e clínicas de reabilitação para se poder proporcionar e agilizar, quer a melhoria adequada e atempada da condição física e mental do idoso com problemas a esses níveis, quer a formação e reciclagem de conhecimentos de quem desenvolve diariamente o serviço de apoio domiciliário, técnicos e dirigentes de instituições, e cuidadores. Também seria interessante a criação de uma rede de voluntários composta por profissionais das mais variadas áreas, dispostos a promover visitas domiciliárias para ouvir, conversar, partilhar, acompanhar e colaborar com o seu saber no bem-estar global dos utentes do SAD.*

Que perspectivas futuras, a médio/longo prazo, é que tem acerca da expansão/evolução deste serviço?

- *A expansão e conseqüente evolução do SAD depende, em grande medida, dos apoios, ações ou políticas que visem dotar as instituições de uma maior capacidade de resposta. Sem essa dotação é complicado “fazer mais” para colmatar a necessidade premente de proporcionar aos idosos a vivência da terceira idade com qualidade e dignidade.*