



# **A ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL EM CONTEXTO DE CENTRO DE DIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

EVA JOANA DOS SANTOS OLIVEIRA PINHEIRO DE CARVALHO

---

PROJETO APRESENTADO AO INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL  
DO PORTO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

2013

EVA JOANA DOS SANTOS OLIVEIRA PINHEIRO DE CARVALHO

# A ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL EM CONTEXTO DE CENTRO DE DIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO

---

Projeto de Candidatura ao grau de Mestre em Gerontologia Social  
apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto  
**Orientador** – Prof. Dr. José Alberto Mendes Falcão dos Reis

## **Agradecimentos**

Nesta página agradeço a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste projeto.

Aos utentes, funcionários e direção do Centro Social São Cristóvão pela disponibilidade de participação, pela colaboração e pela aceitação e acolhimento do projeto, respetivamente.

Ao meu orientador, pela disponibilidade, pelo fornecimento de bibliografia e pelo permanente estímulo ao trabalho.

Ao César que tanto me confortou com o seu amor nos momentos mais tormentosos da realização deste trabalho, pela paciência e pelo apoio incondicional.

Aos meus pais e ao meu irmão pela paciência, apoio, carinho e incentivo ao trabalho.

A Deus por me acompanhar em todos os momentos da minha vida.

## **Resumo**

O presente trabalho projeto tem como tema “A Animação Sociocultural em contexto de Centro de Dia: Projeto de Intervenção”.

Devido às alterações demográficas verificadas nas últimas décadas assiste-se a um envelhecimento quer no topo quer na base da pirâmide etária, surgindo assim a necessidade de respostas sociais.

Neste trabalho teve-se em conta o centro de dia como resposta social. Os centros de dia mais não são que estruturas semi-institucionalizadas e que têm como objetivo a prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar.

O objetivo primordial deste trabalho foi a implementação de atividades de animação sociocultural que promovessem a participação ativa dos utentes do centro de dia. Estamos perante a realidade social de um grupo de 14 idosos semi-institucionalizados numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

De um modo geral, pode dizer-se que o objetivo deste projeto foi cumprido, uma vez que se conseguiu que o grupo de idosos fizesse parte de um projeto por eles também desenhado e não apenas a ele imposto.

**Palavras-chave:** idoso, utente, centro de dia, participação ativa, animação sociocultural

## **Abstract**

This project work has the following theme: “Sociocultural animation in context of Day Centre: Project of Intervention”.

Due to the demographic changes that have happened in the last decades there has been an ageing either at the top on at the basis of the age pyramid, causing, therefore, the need for social answers.

In this work, the Day Centre was taken into account as a social answer. The day Centres are no more than half-institutionalized structures which main purpose is helping the eldest with a group of services, that contribute to keep them in their sociofamily environment.

The principal aim of this project was the implementation of sociocultural animation activities that could promote the active participation of the Day Centre’s members. We are in front of the social reality of a group of 14 old people, who are half-institutionalized in a Private Social Solidarity Institution.

In a general way, we can say that that the purpose of this work was achieved, as this group of old people made part of a project, which was designed by them, and not just imposed.

**Keywords:** elderly, user, adult day care center, active participation, socisociocultural animation

## **Resumé**

Le present projet de travail a comme theme “ L’animation Socioculturelle en context du Centre du Jour: Projet d’intervention”.

À cause des changement demographiques vérifiés das les dernieres décenés on a assisté a un vieillissement, das le dessus comme dans la base de la pyramide étaire suregé ainsi la necessite de réponses sociaux.

Dans ce travail on a prit en compte le centre du jour comme reponse social. Les centres du jour plus ne sont pas ques des structures seme-institutionnalisées qui contribuent pour une manutention des personnes âgées dans leur milieu socio-famillier.

L’objectif primordial de ce travail a etait l’implentation d’activités d’animation socioculturel pour évoluer la participation active des patiens du centre du jour. On ets sur une realité social d’un group de 14 personnes âgées semi-institutionnalisées dans un Institution Particulière de Solidarité Social (IPSS).

D’un mode general on peut dire que l’objectif de ce projet à etait accompli, une fois qu’on a reussi à que le groupe de personnes âgées on reussi à faire partie d’un projet pour eux aussi construit et pas à paine imposer.

**Mot-clef:** personne âgée, patient, centre du jour, participation active, animation socioculturel

# ÍNDICE

<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo I – Fundamentação teórica na construção de uma problemática em estudo.....</b>	<b>12</b>
1- Envelhecimento populacional .....	12
2 – Qualidade de vida em idade avançada.....	17
3 – A humanização no cuidar .....	19
4 – Contributos da psicologia ambiental .....	21
5 – A Animação Sociocultural na terceira Idade .....	25
6 – As políticas sociais e a evolução dos serviços sociais nas situações de velhice.....	30
7 – Envelhecimento e Políticas Sociais: novos desafios ao sistema de proteção .....	31
7.1– Proteção contra o “risco de velhice”: qual risco?.....	31
7.2– Centro de Dia .....	33
7.2.1 – Cuidados Comunitários: Centro de Dia/ Origens e Resenha Histórica .....	33
7.2.2 – Definição e objetivos do Centro de Dia.....	35
7.2.3 – Motivações para a utilização desta resposta .....	37
<b>Capítulo II – Metodologias de Intervenção .....</b>	<b>40</b>
<b>Capítulo III – Diagnóstico .....</b>	<b>45</b>
1 – Contextualização da Instituição .....	45
2 – O Centro Social São Cristóvão de Nogueira da Regedoura .....	46
2.1 – A direção e os funcionários .....	50
2.2 – Caraterização sociodemográfica dos utentes .....	55
2.3 – Fase de entrada no Centro de dia.....	62
2.4 – Dia-a-dia na Instituição e grau de autonomia e participação .....	63
2.5 – Grau de privacidade e intimidade .....	66
2.6 – Grau de segurança .....	67
2.7 – Grau de conforto.....	68
2.8 – Preservação/rutura identitária .....	70
2.9 – Interação cliente – técnico .....	71
2.10 – Interação cliente – cliente.....	75
2.11 – Interação cliente – família .....	76

<b>Capítulo IV – Projeto de Intervenção .....</b>	<b>78</b>
1 – Perspetivas face à animação sociocultural no centro social .....	78
2 – Objetivos do projeto .....	81
3 – Recursos .....	81
3.1 – Recursos humanos .....	82
3.2 – Recursos materiais .....	82
3.3 – Recursos financeiros.....	82
3.4 – Realização do Projeto de Intervenção .....	83
<b>Capítulo V - Avaliação.....</b>	<b>91</b>
1 – Desenvolvimento Pessoal .....	92
2 – Relações Sociais .....	93
3 – Autoestima .....	94
4 – Autonomia.....	94
<b>Capítulo VI – Reflexão .....</b>	<b>97</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>99</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Estrutura Etária da População Residente por sexo, 2001 e 1011 .....	13
Figura n.º 2 – Distribuição da população idosa por regiões, Portugal 2011.....	15

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Número de participantes segundo a faixa etária .....	55
Gráfico n.º 2 – Distribuição dos utentes segundo a naturalidade .....	56
Gráfico n.º 3 – Distribuição dos utentes segundo o estado civil .....	57
Gráfico n.º 4 – Distribuição dos utentes segundo o nível de instrução .....	57
Gráfico n.º 5 – Distribuição dos utentes segundo os grupos profissionais .....	58



Gráfico n.º 6 – Distribuição dos utentes segundo o tempo de permanência na Instituição .....	59
Gráfico n.º 7 – Número de utentes que necessitam de ajuda na execução de tarefas .....	61
Gráfico n.º 8 – Principais problemas de saúde dos utentes .....	61
Gráfico n.º 9 – Frequência de utentes segundo a prática religiosa .....	62

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro n.º 1 – Famílias clássicas unipessoais, Portugal 2001 – 2011 .....	16
Quadro n.º 2 – Índice de sustentabilidade potencial, Portugal 2001 – 2011 .....	16
Quadro n.º 3 – Valências e capacidade de utentes .....	48
Quadro n.º 4 – Caracterização dos funcionários .....	51
Quadro n.º 5 – Distribuição dos elementos segundo o género .....	55
Gráfico n.º 6 – Percentagem de participação dos utentes em atividades de lazer .....	60
Quadro n.º 7 – Cronograma de ação temporal .....	83

## **Introdução**

A abordagem do envelhecimento enquanto problema social tem vindo a ser alvo de vários estudos académicos.

As nossas sociedades “grisalhas”, com um número cada vez maior de pessoas idosas e cada vez menor de pessoas jovens, exigem que as pessoas permaneçam saudáveis e ativas por mais tempo. O preconceito contra as pessoas idosas prevalece de forma bastante flagrante nas nossas sociedades, surgindo diariamente. Assim, este trabalho assume extrema relevância, na medida em que a velhice faz parte da organização social e tem implicações no preenchimento de papéis sociais dos indivíduos. Grande parte da população Portuguesa é idosa e depara-se com diversos problemas sociais.

Para Goffman, a sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas segundo os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. Estabelece, dessa forma, categorias às quais as pessoas devem pertencer, bem como os seus atributos, o que significa que a sociedade determina um padrão externo ao indivíduo que permite prever a categoria e os atributos, a identidade social e as relações com o meio. Criamos um modelo social do indivíduo e, no processo das nossas vivências, nem sempre é secundário a imagem social do indivíduo que criamos; essa imagem pode não corresponder à realidade.

Desta forma, alguém que demonstre pertencer a uma categoria com atributos incomuns ou diferentes é pouco aceite pelo grupo social, que não consegue lidar com o diferente. Essa pessoa deixa de ser vista como pessoa na sua totalidade, na sua capacidade de ação e transforma-se em um ser desprovido de potencialidades. Estas repercutem-se no indivíduo invalidando-o nos vários contextos sociais.

No caso dos estigmas associados ao envelhecimento, por se tratar de estigmas muito visíveis, o simples contacto com o outro dará a conhecer o estigma, podendo tal facto interferir nas interações com o meio social.

A identidade social estigmatizada destrói atributos e qualidades do sujeito, exerce o poder de controlo das suas ações e reforça a deterioração da sua identidade social, evidenciando os desvios e ocultando o carácter ideológico dos estigmas.

A sociedade impõe a rejeição, leva à perda da confiança em si e reforça o carácter simbólico da representação social segundo a qual os idosos são considerados incapazes e prejudiciais à interação sadia na comunidade, fortalecendo o imaginário social da doença e do “irrecuperável”, no intuito de manter a eficácia do simbólico.

Assim, a velhice é encarada como declínio, uma vez que o indivíduo na condição de idoso ultrapassou o ponto máximo do ciclo de vida. A medicina, por exemplo, estabelece uma série de normalizações e a psicologia condutas que são atribuídas a um determinado grupo social específico. Na saúde, por exemplo, são atribuídas ao idoso algumas patologias crônicas e irreversíveis, tais como a diabetes, Alzheimer, deficiência auditiva, etc. O mesmo se passa na psicologia, que atribui determinada conduta a um dado grupo social específico.

Uma questão pertinente seria saber que imagens os profissionais que trabalham mais com idosos (médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social) têm da velhice e do envelhecimento e como essas imagens poderão estar a influenciar de modo positivo e/ou negativo o seu desempenho.

A visibilidade que o estigma aponta, no caso dos idosos é inevitável. Porém, esses sujeitos abarcam uma nova identidade e assistem às modificações físicas. Com isto, não sofrem alterações apenas na identidade mas também na imagem que se vai deteriorando como parte habitual do itinerário desses indivíduos.

As representações de uma velhice bem-sucedida ainda se enquadram nas atividades próprias da terceira idade, numa experiência inovadora em que o envelhecimento é vivido coletivamente. Essa forma de ver a terceira idade está ligada à criação de novas etapas, à produção de novos estilos de vida e ao consumo de bens e serviços, facilitando, deste modo, a inserção na comunidade. Porém, essa inserção pode ser conseguida de diversas formas, em locais onde o idoso se sinta a vontade, onde se possa expor sem se retrair. Certo é que a individualidade do sujeito deve ser contemplada na mesma medida pois, desta forma, possibilita ao indivíduo, antes de tudo, estabelecer uma percepção de si como ser único e inigualável.

## **I. Fundamentação teórica na construção de uma problemática em estudo**

### **1. Envelhecimento populacional**

Não existe quase nada referente a questões do envelhecimento, que não principie por salientar a importância dos fatores demográficos. Tal poder-se-á fundamentar por ecos sociais, económicos, políticos e culturais que resultam da modificação do conjunto desses fatores demográficos, processo que Kofi Annan designou de revolução silenciosa (Cfr. ONU, 2002).

Cada vez menos despercebido, impõe-se um estudo, ainda que curto, sobre o envelhecimento demográfico, pela principal importância de que se cobre nas sociedades modernas, e por uma sequência de fatores que daí sucedem para o entendimento do que está em causa neste trabalho.

O acréscimo da população idosa é um fenómeno que vem acontecendo há muitos séculos, à escala global, ou seja, não se trata de um fenómeno recente e tem vindo a evidenciar-se ao longo dos últimos anos no âmbito do progresso mundial, sobretudo devido aos progressos no domínio da higiene, da nutrição e da medicina.

Segundo o relatório *An Ageing World: 2001* (Kinsella e Velkoff, cit in Pestana, 2003), em 2000 existiam 420 milhões de indivíduos com 65 e mais anos em todo o mundo.

Presentemente, a Itália é o país que tem mais idosos no conjunto da população, sendo que cerca de 18% da população tem 65 ou mais anos.

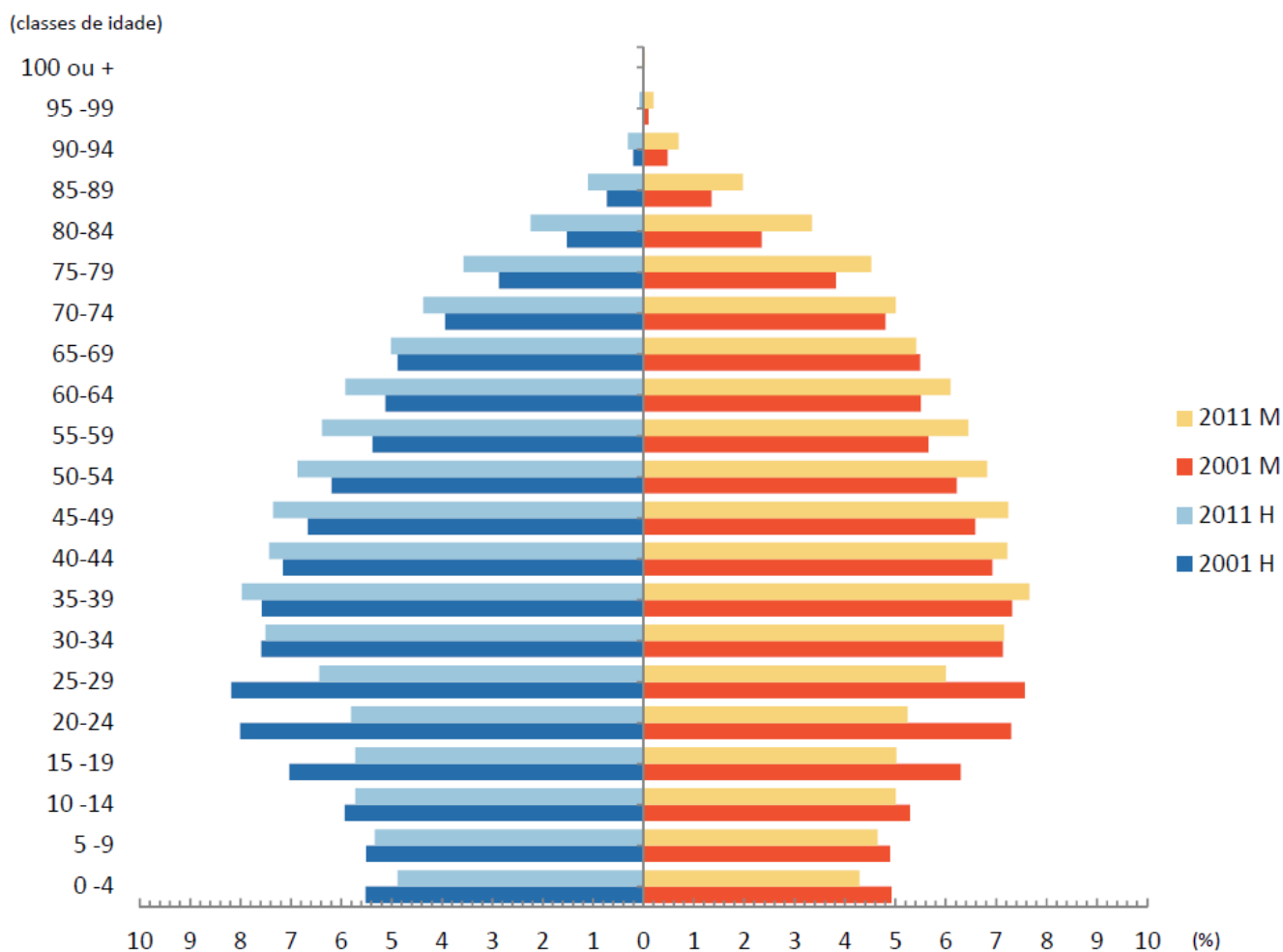
Na Europa, no ano 2025, os idosos constituirão 25% da população.

Os países onde a população idosa tem maior peso percentual são europeus. Tal facto atesta que estamos na presença de um fenómeno típico dos países mais desenvolvidos do hemisfério norte, onde a população idosa é na generalidade tendencialmente mais saudável, favorecendo de um bem-estar social crescente.

O envelhecimento demográfico da sociedade não é, tal como o envelhecimento biológico do ser humano, um processo obrigatório.

Apesar de não necessários, o acréscimo da importância relativa dos sujeitos com idades mais avançadas («envelhecimento no topo») e a diminuição da importância relativa dos sujeitos nas idades mais jovens («envelhecimento na base») apresentam-se como um progresso indiscutível da estrutura etária da população portuguesa. Daqui origina uma acentuação na configuração da estrutura etária, já verificada em 2001, que se apresenta cada vez menos triangular, acentuando-se o formato tipo «urna», conforme se pode concluir da figura n. ° 1.

**Figura nº. 1 – Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011**



Fonte: INE, 2011

Consideram-se pessoas idosas os indivíduos (homens ou mulheres) com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está relacionada à idade de reforma. Quanto às denominações, são utilizadas indiferentemente, pessoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas:

- Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida.
- O envelhecimento demográfico, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento

consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa<sup>1</sup>.

Entre 2001 e 2011 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu 5,7%.

Segundo a hipótese média de projeção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Por sua vez, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projeção. É importante referir ainda, que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

No que respeita à relação de masculinidade (População residente do sexo masculino/População residente do sexo feminino X 100) apurada através dos Censos 2011 acentuou o predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011 a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres enquanto que este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres.

A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. Em 2011 a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4.

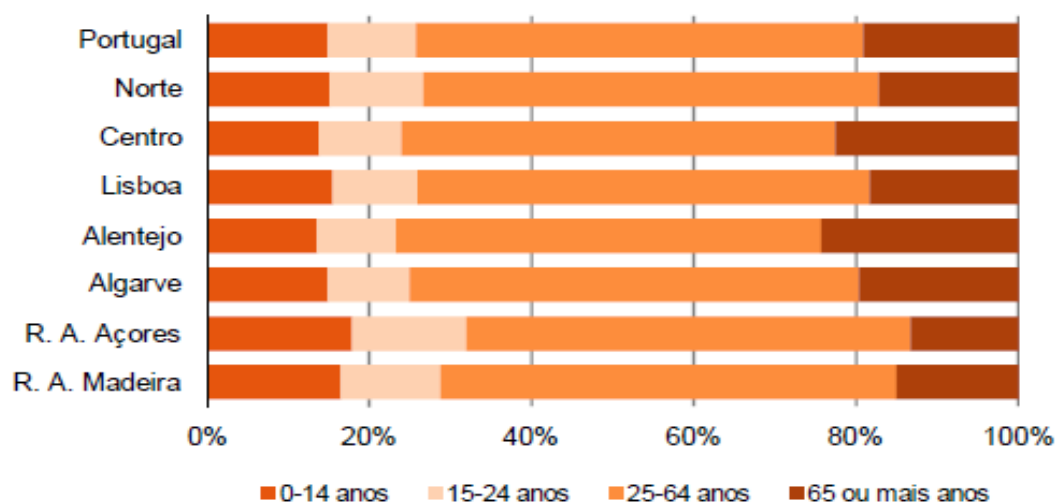
A sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar estes resultados.

Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea (ver figura nº. 2).

---

<sup>1</sup> População em idade ativa - População entre os 15-64 anos (ativa ou potencialmente ativa). Dos 0-14 anos é considerado população jovem e 65 e mais anos população idosa.

**Figura nº. 2 – Distribuição da população idosa por regiões, Portugal 2011**



Fonte: INE, 2011

Tendo em conta os resultados dos Censos 2011, observa-se que o Norte detinha a mais baixa percentagem de idosos no Continente. A maior importância relativa de idosos pertencia ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral menos envelhecida. Às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira pertenciam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados.

Entre 1960 e 2011 a proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 18% em 2011, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708579, em 1960, para 2010064, em 2011.

No que respeita à **formação familiar**, com base nos resultados dos Censos 2011 pode dizer-se que a percentagem de famílias clássicas com idosos a viver sozinhos aumentou de 8,79% para 10,06%.

### Quadro nº. 1 – Famílias clássicas unipessoais, Portugal 2001 – 2011

(%)	2001	2011
<b>Famílias clássicas unipessoais</b>		
Portugal	17,3	21,44
<b>Famílias clássicas com uma pessoa idosa (65 ou mais anos) a viver sozinha</b>		
Portugal	8,79	10,06

Fonte: INE, 2011

Relativamente ao índice de sustentabilidade potencial pode dizer-se que este dá uma medida do número de indivíduos em idade ativa por cada indivíduo idoso.

Na última década agravou-se o índice de sustentabilidade potencial. Em 2011 este índice era de 3,5 contra 4,1, em 2001.

Também neste caso, são as Regiões Autónomas que apresentam índices de sustentabilidade mais favoráveis, 5,3 para os Açores e 4,6 para a Madeira. O Alentejo e o Centro encontram-se na situação contrária, com índices muito baixos, respetivamente 2,6 e 2,9.

Todas as NUTS III, com exceção da Região Autónoma dos Açores, presenciaram na última década uma mudança negativa do índice de sustentabilidade potencial.

### Quadro nº 2 – Índice de sustentabilidade potencial, Portugal 2001 – 2011

ÍNDICE DE SUSTENTABILIDADE POTENCIAL	2001	2011
Portugal	4,14	3,47

Fonte: INE, 2011



## 2. Qualidade de vida em idade avançada

O conceito de qualidade de vida é utilizado no contexto da linguagem comum e no contexto de pesquisa científica em diferentes áreas do saber.

Definir qualidade de vida não é tarefa simples. O conceito é complexo, ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até no mesmo indivíduo se altera com o passar do tempo: o que hoje é qualidade de vida pode não ter sido ontem e pode já não ser daqui a algum tempo.

A qualidade de vida está assim relacionada com a perceção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados, como, a educação, a formação base, a atividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o otimismo, as necessidades pessoais e a saúde. Estes critérios são avaliados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias: físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que este se encontra, o que levou a que vários autores, se tenham empenhado a criar escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para os indivíduos que apresentam o mesmo relatório médico. O facto de os critérios serem valorizados de forma diferente também levou ao surgimento de diversas significações de qualidade de vida, tornando-se estas, motivo de reflexão.

Giovanni Pires et al, (1998), refere que *“Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito determinam como vive o mundo. Compreende desse modo, situações extremamente variadas, como, anos de escolaridade, atendimento digno em casos de doenças e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a determinados locais, alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos eletrodomésticos.”*

É importante referir que a qualidade de vida pode ser analisada segundo algumas perspetivas, sendo elas a perspetiva biológica, cultural, económica e psicológica. Enfatizarei a perspetiva psicológica, uma vez que me parece a mais pertinente relativamente à disciplina em que o trabalho se insere.

Na perspetiva psicológica a qualidade de vida depende da personalidade de cada um e tal como para as outras perspetivas, defini-la é uma tarefa complexa, dada a falta de unanimidade sobre o seu significado e à utilização de diferentes termos, que embora

não definam qualidade de vida sob perspectiva psicológica, apontam para essa direção, como é o caso de felicidade, satisfação com a vida. Assim, nesta perspectiva, qualidade de vida é autoestima e respeito pelo seu semelhante, é saber ultrapassar as adversidades da vida mantendo o equilíbrio mental, é saber aproveitar os momentos de felicidade, é saber manter relações sociais, é ter boas expectativas em relação ao futuro... Qualidade de vida encontra-se, assim, dependente do indivíduo e da sua interação com os outros e com a sociedade. Neste sentido, para a OMS (1995) a *“qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nas quais ele vive em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”* Apesar desta definição englobar alguns critérios de avaliação da qualidade de vida a nível psicológico, relacionados com a percepção do indivíduo, (por exemplo: engloba a sua percepção em relação aos seus recursos financeiros; ou em relação à sua segurança; ou em relação aos seus tempos livres, etc.) não é suficientemente abrangente para englobar outros critérios relacionados com os verbos ser, ter ou estar (por exemplo: ser otimista; ter recursos financeiros suficientes; estar bem na sua profissão).

Ponderando sobre a definição de qualidade de vida a nível psicológico, considero que esta é importante no contexto de reflexão bioética na medida em que, intervém com solicitude no que concerne à possível falta de respeito pela definição pessoal de qualidade de vida na perspectiva psicológica de cada indivíduo. Cada sujeito tem a sua personalidade, a sua individualidade e a sua definição singular de qualidade de vida.

Alguns autores, nomeadamente Barreto (2005) chamaram atenção para o facto de todos os indivíduos tentarem, ao longo da vida, realizar determinados objetivos pessoais, conscientemente ou não. Segundo Erikson (1976) o percurso de vida é dividido por estádios ou etapas, ao longo das quais se processa a preparação, expansão, apogeu e declínio da atividade dirigida para esses fins. A fase com maior relevância para este trabalho é a da velhice onde se faz o balanço da vida passada e experimenta-se sentimentos de realização ou de fracasso, consoante o sucesso concebido. Segundo Marchand (2001) autor, no estádio da velhice, a pessoa terá de optar entre a integridade do Eu e o desespero; esta etapa destina-se ao balanço, atribuição de um significado à vida passada, aceitação de si mesmo e do fim que se aproxima. A maior ou menor satisfação com que o idoso encara a vida tem a ver com a representação que essa pessoa faz da vida passada e da vida que ainda tem à sua frente, pretende-se saber a satisfação

ou não dos objetivos que tinha traçado, por exemplo, independência econômica, casar filhos, ver crescer os netos etc.

Esta representação não é definitiva, na medida em que pode ser alterada mediante acontecimentos do presente e das atitudes defensivas assumidas pelo próprio indivíduo. Nesta base é tão válido um idoso inconscientemente não perceber um conflito familiar, minimizar uma doença grave de que padece, ou negar a proximidade da morte, evitando o sofrimento que advém de tais situações, como é equitativamente válido o idoso encarar as perdas como uma enorme catástrofe, se não está preparado para elas ou se não dispõe de mecanismos de defesa.

Os acontecimentos têm um efeito perverso e perturbador mediante o significado que o idoso lhe atribui e este depende essencialmente do sistema de motivações do indivíduo, o que designamos como projeto de vida. O trajeto de vida dos indivíduos está associado a um conjunto de sucessivas adaptações entre as quais perdas e ameaças que sofremos. Perante estes acontecimentos podemos seguir dois caminhos, mudar as coisas que nos rodeiam, o que na idade avançada é cada vez mais complicado, ou optamos por mudar a representação delas, a atitude perante as mesmas. Na prática é a forma como a pessoa tem de encarar as contrariedades da vida, doença incurável, dependência física, morte de um familiar.

Para as adaptações terem sucesso exige trabalho e tempo, estes dependem de muitos fatores determinantes como as condições de segurança física e econômica, convivência, estimulação e vontade de se manter ativo e ser útil. Estas dimensões não são nada mais do que todo um sistema social.

### **3. A humanização no cuidar**

Numa sociedade complexa e competitiva, torna-se cada vez mais difícil encontrar estratégias para a resolução de problemas no contexto profissional e institucional. O objetivo é construir elementos de reflexão e estratégias de intervenção capazes de assegurar valores básicos coerentes com a ética profissional e o respeito à dignidade humana, fundamental para o desenvolvimento de um processo de humanização institucional.

Neste contexto a humanização assume no ser humano enquanto ser social a necessidade de estabelecer redes de sociabilidade, sendo assim a humanização passa pela comunicação e decorre do acolhimento e vínculo afetivo.

A humanização, por ser mais do que um ato humanitário, requer a implementação de um processo interdisciplinar reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática de diferentes profissionais em busca da dimensão ética. Falar em humanização, em contexto institucional, pressupõe, além de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos colaboradores ao seu principal alvo de trabalho, o indivíduo/ ser fragilizado refletindo numa nova postura ética e relacional que permite todas as atividades profissionais e processos de processos de trabalho institucionais. Logo, humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde o qual legitime o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência.

Assim, o profissional poderá chegar a ser sujeito e agente de mudança, através da ação-reflexão sobre a sua realidade concreta. Quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transformá-la. Portanto, o ser humano passa a ser sujeito e agente de mudança por meio da reflexão o que lhe permite o seu próprio desenvolvimento e crescimento.

Para alcançar a meta da humanização, é imprescindível a superação das situações limite em que a pessoa humana se acha coisificada. A consciencialização prepara o profissional, no plano de ação, para enfrentar os obstáculos à humanização.

A construção interdisciplinar desenvolve-se através do diálogo e da reflexão. O diálogo não significa somente ouvir o outro, mas também desafia-lo, problematizando a situação existencial, para uma possível transformação da realidade. O diálogo não pode ser caracterizado como um ato passivo ou parcial, já que exige um entrar sensível no mundo do outro, histórico e cultural, para compreender o sujeito. É fundamental compreender e valorizar a dimensão histórica e, ainda, constatar que a cultura que poderia ser considerada arcaica e primitiva contém, nela própria, uma mistura de sabedoria, de verdades profundas, de conhecimentos, etc. O diálogo requer uma relação horizontal de pessoa para pessoa e pressupõe, inicialmente, abertura sobre a realidade pessoal, requer ainda um conhecimento prévio da realidade pessoal, a fim de estabelecer uma reflexão conjunta. É natural que advenham conflitos pois o que é importante para nós pode não ser para o outro, o diálogo pode diminuir a distância e fortalecer os laços, logo, o diálogo não pode excluir o conflito.

Portanto, há um pensar sobre a ação, antes durante e depois de esta ser concretizada, considerando que é intrínseco ao ser humano o estado de inquietação e de busca incessante de respostas aos desafios emergentes.

O profissional, inserido no contexto histórico, social e institucional, constrói o seu ser e o seu agir, através das relações interdisciplinares consistentes, construindo-se, efetivamente, como sujeito, na relação com os demais profissionais. Ou seja, no contacto com os diversos saberes, o profissional tem a oportunidade de visualizar e encontrar estratégias de ação, e assim, estar preparado para a resolução de problemas e, conseqüentemente, o desencadeamento de práticas de humanização.

A realidade profissional e organizacional, porém, deve ser percebida na sua totalidade de forma dinâmica, na medida em que as suas partes se encontram em permanente interação.

Em suma, o compromisso com a humanização implica a compreensão e análise da realidade, requer do indivíduo, não apenas o conhecimento e inserção na realidade, mas, sobretudo, um compromisso com a transformação.

#### **4. Contributos da psicologia ambiental**

A psicologia social do ambiente procura dar conta da importância da dimensão social e citar uma compreensão dos ambientes humanos. Nessa medida, considera-se desde logo que os lugares em que vivemos e trabalhamos moldam de algum modo as nossas maneiras de ser e os nossos comportamentos. Queria com isso salientar o facto de que cada meio-ambiente exerce uma influência particular sobre o comportamento humano, realçando assim a célebre frase de Winston Churchill: *“Nós moldamos os nossos ambientes e eles, por sua vez, moldam-se a nós”*.

Através de algumas conceções teóricas do ambiente abordamos alguns conceitos essenciais para a compreensão do mesmo. O espaço é definido de várias maneiras, primeiro como um lugar, um ponto de referência mais ou menos delimitado, onde se pode situar qualquer coisa, onde se pode produzir um acontecimento e onde se pode desenrolar uma atividade (Robert). Mas o espaço é definido também como um meio. Tomado como quadro objetivo da influência dos fatores sociais, ele dispõe-se em sistema comportando um conjunto de estímulos e significantes: “o espaço só existe por aquilo que ocupa” (Moles, 1977).

Cada meio decompõe-se num conjunto de micro meios que nos ajudam a compreender os inúmeros laços tecidos entre a sociedade e o indivíduo. O micro meio é

o seu ambiente imediato num momento dado, enquanto tal, não é um simples elemento social do ambiente entre outros, mas a manifestação específica de um determinado espaço social implica contactos mais ou menos estáveis com um mesmo lugar. Assim, a parte do mundo que uma pessoa habita num dado momento, constitui o micro meio onde se inscreve e ganha forma a sua inserção espacial.

Esta abordagem pretende clarificar os processos de interações homem/espaço, mostrando ao mesmo tempo como o homem se adapta ao meio ou recusa através de condutas ativas ou passivas e como a estrutura do comportamento de cada qual se investe no espaço por meios de expressão de sentimentos, de motivações, de percepções.

Uma abordagem psicossocial do espaço mostra assim, como enfatiza *Le Corbusier*, que “*a primeira prova de existência é ocupar o espaço*”. Esta ocupação, no caso de um alojamento, por exemplo, não equivale minimamente ao simples preenchimento de um volume, mas traduz-se pela expressão de um conteúdo próprio, o das suas emoções e da sua vivência, desenvolvidas pelo sentimento de estar.

O conceito de território designa o uso que fazemos dos lugares segundo os significados psicológicos e culturais que lhe conferem quadros sociais. Um território corresponde geralmente a um espaço físico delimitado, é muitas vezes organizado para uma atividade definida e para acolher uma pessoa ou um grupo, traduz-se por uma configuração particular de acordo com as funções que acolhe e determina um estilo de ocupação do espaço para aqueles que lá se encontram. Os objetos pessoais depositados parecem ter um papel privilegiado pois indicam posse de um espaço.

Além disso, a ideia de território implica habitualmente a personalização de lugar com a ajuda de marcações e de elementos de apropriação que indicam que se é de algum modo o seu ocupante.

O território é pois um lugar socializado na medida em que as suas características físicas e os aspetos culturais que lhe são atribuídos se combinam num único e mesmo sistema.

A dominância territorial revela assim o tipo de interações em termos de influência sobre os lugares; assume uma importância especial no caso da habitação, que adquire valor de espaço-refúgio. Assim num território a marcação corresponde a uma delimitação cujas fronteiras definem um lugar. Os objetos pessoais depositados parecem ter um papel privilegiado, indicam a posse de um espaço.

A noção de espaço pessoal dá conta de uma experiência determinada, nas diversas situações sociais, servimo-nos do nosso corpo para circunscrever o nosso lugar

num dado ambiente ou no interior de uma situação de conversas. O espaço pessoal informa-nos assim sobre um facto essencial, o nosso corpo num espaço não é uma entidade, é o resultado de interações que desenvolvem à sua volta aquilo a que se poderia chamar um campo imaterial. Este é de algum modo o prolongamento do corpo que se traduz por um desdobramento ou por um retraimento no interior dessa zona psico-espaço-corporal, que desenha em seu redor, e em simultâneo, fronteiras e um raio de ação. O espaço pessoal engloba assim todas as dimensões qualitativas da ocupação de um espaço, os movimentos do corpo, a sua posição, as impressões sentidas na esfera imediata.

Se procurarmos definir os processos através dos quais o espaço pessoal se exprime, constatamos que a sua tradução mais imediata e mais visível é o facto de estabelecermos sempre certas distâncias nas nossas conversas com outrem. A utilização das distâncias varia em função de vários fatores, individuais (idade, estatuto social, grupo), interpessoais (atração, coesão, simpatia, antipatia), situacionais (elementos físicos ligados ao contexto), culturais.

Vamos dar um enfoque especial ao significado atribuído à distância segundo a idade. As pessoas idosas têm tendência para interpretar uma distância pessoal<sup>2</sup> como uma distância social' é que a utilizam em função de um esquema corporal em que a autonomia física, diminuída, se traduz no recurso a uma distância mais reduzida.

Nas residências para pessoas idosas, pode-se verificar que o pessoal, que é jovem, válido, gere os seus contactos com as pessoas idosas segundo um esquema que é o da distância social, corresponde ao valor cultural da distância utilizada nas relações sociais e profissionais. Ora as pessoas idosas sentem esta relação de forma negativa, é insatisfatória, uma vez que elas descodificam tal utilização da distância social como o sinal de um distanciamento.

Outra medida de considerar a dimensão psicológica do espaço consiste em olhar aquilo a que se chama carácter "*stressante*", ou patogénico, de um meio ambiente. Uma das maneiras de compreender o espaço vivido parte do facto de todo o espaço ser estruturado psiquicamente em função das características psíquicas que atuam na relação com ele. Poder-se-á dizer que o espaço é vivido na medida em que o indivíduo projeta

---

<sup>2</sup> Distância pessoal equivale à extensão dos membros do corpo e nomeadamente ao comprimento dos braços, corresponde ao limite da influência física sobre outrem e à sua sobre mim. Este tipo de distância manifesta-se em particular nas relações amigáveis e nas conversas de carácter privado, varia de quarenta e cinco e cento e vinte e cinco centímetros.

sobre ele sentimentos e desejos de que não é o sujeito. Falar do espaço vivido é pois dizer que é a partir do corpo e do espaço corporal enquanto estrutura imaginária que se cria o espaço através das relações que o indivíduo estabelece com ele, nele projetando os seus fantasmas, o seu imaginário e interiorizando qualidades que apreende como susceptíveis de lhe dizerem respeito. Poder-se-á assim dizer que “ o corpo cria o espaço” e que o vivido do espaço é sempre mais ou menos um espaço imaginário (Sami-Ali, 1982).

A dimensão da cultura é fulcral para compreender o espaço de um ponto de vista psicossocial, nessa medida, deve ter-se em conta a realidade da cultura, pois não existe espaço sem cultura. A cultura designa sumariamente um conjunto de regras interiorizadas, de saberes e de práticas partilhadas pelos membros do grupo e que definem uma maneira de ser e de viver numa comunidade. O papel da cultura é propor formas de condutas cuja função é facilitar a nossa adaptação social, de maneira que possamos apropriar-nos delas satisfatoriamente pela utilização de referências pertinentes para orientar o nosso comportamento. Toda a cultura constitui uma gramática que deve ser simultaneamente apreendida e articulada à linguagem do conjunto de uma comunidade.

A apropriação é um processo psicológico fundamental de ação e de intervenção sobre o espaço, a fim de transformar e personalizar este sistema de influências sobre os lugares configura as formas e tipos de intervenção sobre o espaço que se traduzem em relações de posse e apego.

A apropriação exprime-se por um estilo de ocupação do espaço próprio de um indivíduo ou de um grupo. Ora um processo entra muitas vezes em oposição com as limitações impostas por um espaço construído. O mecanismo de apropriação é pois subjacente a duas dimensões por um lado, o exercício de um controlo sobre o espaço, que se traduz por transformações ou arranjos diversos, e, por outro, a margem de manobra oferecida pelo quadro e pela organização de um espaço. A apropriação é uma maneira de materializar uma parte do seu universo mental no espaço físico ambiente, para o fazer nosso, nessa medida a apropriação também é um mecanismo de adaptação que implica que a relação com o espaço nunca é pré-determinada e que o indivíduo, ao agir sobre ele, lhe afeta ou reafecta símbolos e valores culturais que dele estavam excluídos. A concretização da apropriação é feita de várias formas, sendo através da marcação e personalização, as suas expressões mais comuns.



Alguns investigadores nomeadamente (Sundstrom, 1986) defendem que o grau de personalização será um índice de liberdade e controlo sobre um lugar, ou seja, quanto mais personalizado é o espaço, maior será a margem de autonomia. O grau de personalização é função de um conjunto de variáveis espaciais e pessoais, variáveis espaciais essas (dimensões de um espaço, características e componentes físicos) e variáveis pessoais (gostos, preferências, opiniões, atitudes) que vão revelar a identidade de uma pessoa que ocupe tal território.

Os mecanismos de apropriação parecem que se desenvolvem ainda segundo outro critério, o carácter mais ou menos elástico de um espaço. Assim a apropriação funciona como conjunto de possibilidades de transformação é também determinada pela disposição do espaço, ou seja, pelo facto de a estrutura pré-existente oferecer ou não uma possibilidade de adaptar o alojamento à ideia que se tem do que é viver em família ou ter um espaço privado, trata-se de poder (ou não) transformar esta ou aquela divisão, de a fechar, de a abrir ou de a afetar a outro destino. A apropriação supõe que um espaço não seja definido de maneira absoluta, ou seja, que a afetação funcional não seja estritamente programada à partida para uma atividade reservada, a ponto de excluir qualquer outra possibilidade que não seja o propósito de habitar.

De um ponto de vista psicossocial, o habitat preenche várias funções essenciais, de intimidade, de segurança psicológica e, finalmente, de socialização. A ideia de “sua casa” tem duas vertentes principais, a proteção contra o mundo exterior e o apego a um lugar, fator de um sentimento de identidade. Todo o alojamento é antes de tudo um abrigo no interior do qual o indivíduo se sente protegido, neste sentido, o habitat representaria uma espécie de barreira às intromissões externas, é exatamente porque o ser humano se sente abrigado no seu alojamento que este toma a seus olhos um valor essencial de concha que proporciona segurança dentro da qual ele é senhor dos lugares.

## **5. A Animação Sociocultural na Terceira Idade**

A Animação Sociocultural (ASC) é uma área um tanto ao quanto nova na área das ciências sociais. Apenas há algumas décadas que se estuda e encara a animação sociocultural como uma via *“relevante para o aperfeiçoamento da qualidade de vida dos cidadãos e como uma ferramenta privilegiada para a mudança social”* (Serrano, 1997). A definição do conceito continua ampla e nada consensual, sendo vista de distintas maneiras conforme a área de intervenção ou o público-alvo.

Segundo Ezequiel Ander-Egg a Animação Sociocultural é: *“un conjunto de técnicas sociales que, basadas en una pedagogía participativa, tiene por finalidad promover prácticas y actividades voluntarias que con la participación activa de la gente, se desarrollan en el seno de un grupo o comunidad determinada, y se manifiestan en los diferentes ámbitos de las actividades socioculturales que procuran el desarrollo de la calidad de vida”* (Ander-Egg, 2001).

Desde as suas proveniências que a ASC arriscou associar-se a noções como: criatividade, emancipação, solidariedade, participação... Assim, aparece como um *“referente de mudanças possíveis e necessárias na sociedade”* com fronteiras expostas e bem delimitadas (Gómez, 1997).

Para Viché, a Animação Sociocultural pode ser vista como *“uma intervenção dialética dos indivíduos e dos grupos com o seu meio e sobre si mesmo, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida”* (Jacob, 2008).

Em Portugal a Animação Sociocultural *“atingiu a sua máxima expressão na segunda metade da década de 70, depois da revolução do 25 de Abril. Contudo, os seus antecedentes remontam aos tempos longínquos da 1ª República (10910/1926), prolongando-se pela ditadura militar e pelo Estado Novo (1926/1974)”* (Lopes, 2008).

É crucial que se comece, desde bem cedo, a pensar refletir e educar para a velhice. Deve-se consciencializar as gerações mais novas para olharem o envelhecimento de forma positiva, compreendendo as pessoas mais velhas, valorizar as suas experiências, a sua cultura e, principalmente, a sua utilidade social.

Desta forma, a Animação Sociocultural surgiu com o principal objetivo de desenvolver atitudes de participação ativa dos sujeitos, no processo próprio desenvolvimento social e cultural. Assim, para Osório (1997), *“...a ASC surgiu como resultado de uma sucessão de mutações políticas, sociais e económicas”*.

Mesmo assim a Animação Sociocultural não consegue responder às necessidades de todos os idosos, embora seja um eficaz meio, vital para a convivência e participação.

Será então pertinente pensar na intervenção com idosos em animação sociocultural construindo um modelo que contemple um maior protagonismo e uma maior participação das pessoas idosas na sociedade, rompendo com as conotações negativas associadas à idade cronológica olhando para a pessoa idosa como alguém que se encontram, simplesmente, num dos estádios do ciclo de vida.

Assim, *“a prática da animação sociocultural tem a missão de criar uma nova imagem cultural alternativa à visão negativa do envelhecimento”* (Osório, 1997). O autor defende que as principais funções da Animação Sociocultural na terceira idade são: estimular os processos de desenvolvimento social e cultural, gerar processos de participação, criar espaços para a comunicação entre os indivíduos e incentivar os idosos a serem autores do seu próprio desenvolvimento. O mesmo autor diz que os primordiais objetivos da Animação Sociocultural na terceira idade são: estimular a educação e a formação; desenvolver atitudes; possibilitar a realização pessoal e conseguir uma maior e mais efetiva integração da pessoa idosa.

Realmente, muitos gerontes vêm-se obrigados a mudar de espaço, por falta de alternativa, optando pela entrada num lar. Relativamente a esta situação, Osório (1997) afirma que *“de acordo com diversos estudos (...) optar por um lar não parece ser a solução mais desejada”*.

A este respeito, Oliveira (2008) recorda que *“apesar da importância da família, muitas vezes torna-se imperioso colocar o idoso numa instituição (lar) ou porque a família não existe ou porque não consegue lidar mais com a situação ou por outras razões.”* No entanto, o mesmo autor narra vários estudos que mostram que *“frequentemente os idosos, particularmente os não casados, sentem-se melhor e mais satisfeitos na presença dos amigos do que na companhia dos próprios familiares”*.

Para Agustin Requejo Osório (1997), os principais objetivos socioeducativos dos lares são: (i) desenvolver programas de animação sociocultural dirigidos e supervisionados por profissionais; (ii) favorecer boas relações sociais entre todos os intervenientes do processo; (iii) impulsionar contactos das pessoas idosas com o exterior; (iv) estimular, com reforços positivos, o exercício dos conhecimentos e experiências dos residentes; (v) favorecer a criatividade e a expressão corporal, através de exercícios físicos.

Desta feita, os lares devem ser espaços de animação sociocultural, criadores de participação e integração dos idosos e os programas desenvolvidos devem ter em conta o idoso como um ser biopsicossocial.

Nesta faixa etária a Animação Sociocultural emerge da urgência de se planearem atividades para a terceira idade, originando daqui uma procura cada vez maior de profissionais ligados a esta área que estejam preparados para enfrentar os desafios da população idosa.

De acordo com Marcelino de Sousa Lopes, a Animação Sociocultural na terceira idade busca fundamento na gerontologia educativa.

*“A gerontologia educativa começa a adquirir uma importância crescente no campo das ciências da educação como estratégia de intervenção na prevenção e compensação de situações de deterioração do corpo, provocada pelo avanço da idade. A Animação Sociocultural na terceira idade funda-se, portanto, nos princípios de uma gerontologia educativa, promotora de situações otimizantes e operativas, com vista a auxiliar as pessoas idosas a programar a evolução natural do seu envelhecimento, a promover-lhes novos interesses e novas atividades, que conduzam à manutenção da sua vitalidade física e mental, de perspetivar a Animação do seu tempo, que é, predominantemente, livre”.* (Lopes, 2008)

Para o mesmo autor, a Animação Sociocultural pode destacar-se vários ramos de especialização, sendo eles: a animação estimulativa, a animação no domicílio, a animação turística para a terceira idade e a animação na instituição, como lares ou centros de dia. Debruçando-se sobre a animação estimulativa, o mesmo autor diz-nos que a mesma *“recorre a uma metodologia que visa a que os idosos preservem a sua capacidade de interação, acedam à participação na vida comunitária e à possibilidade de realização pessoal”*. Este modelo de animação destinado a pessoas com incapacidades físicas ou psíquicas, tem como objetivo alargar as capacidades preservadas bem como tentar recuperar capacidades perdidas, utilizando estímulos do meio e capacidades das próprias para se readaptarem a novas situações.

Relativamente à animação no domicílio Lopes (2008) diz que o conceito *“surge associado à necessidade de serem conferidos ao idoso sinais de afeto e de solidariedade”* passando pelo diálogo, pela procura e manutenção de laços sociais com o meio envolvente e com a necessidade de desenvolver a autoestima. Neste sentido, deve-se estimular o idoso a executar as tarefas comuns da vida diária, reinserindo-o no meio social e restaurando laços com a comunidade através de partilha de experiências. O autor lembra ainda que *“a animação sociocultural no domicílio deve ter como estratégia fundamental superar as limitações apresentadas, de maneira a não desqualificar os idosos e relegá-los para uma condição de cidadania menor”*. Quer, portanto, dizer neste ramo da animação sociocultural importa ter em atenção a mobilidade, o isolamento, a perda da autoestima, a separação ou ausência da família, a desmotivação, a resignação, a ociosidade e a dependência televisiva.

No entender de Luís Jacob (2008) *“a animação nos nossos dias está no centro das prioridades de todas as estruturas de acolhimento de pessoas idosas, que tomaram consciência da sua importância enquanto elemento determinante da qualidade de vida em estabelecimentos e que se integra no projeto de vida de um centro social, preservando a autonomia dos residentes”*.

No entanto, no parecer de Marcelino de Sousa Lopes a situação está ainda longe do exposto anteriormente, uma vez que frequentemente:

*“(…)vemos, ouvimos e lemos que, na sua esmagadora maioria, os lares públicos e privados são autênticos depósitos de pessoas possuidoras de sensibilidade, memória, de experiências e vivências, que se vêm relegadas para espaços que, em geral, não foram arquitetonicamente concebidos para o efeito e onde reina a frieza e a apatia. É aí que são, literalmente, despejados muitos idosos, e no tempo que lhes resta de vida é-lhes ministrada a morte lenta, através dessa coisa horrorosa que é matar o tempo.”* (Lopes, 2008). Segundo o mesmo autor no plano legislativo estão assentes e consagrados objetivos que na prática não são cumpridos, ou seja, os lares e centros de dia constituem-se como *“estruturas destinadas a promover, junto da terceira idade, um conjunto de atividades e de ações de cariz cultural, recreativo, social, educativo (...) mas a realidade, porém, é bem diferente e está nos antípodas do quadro normativo”*. A Animação Sociocultural está, portanto, estabelecida por legislação no que respeita a lares e à terceira idade, mas necessita de uma real utilização. À luz do Decreto-Lei 133-A/97, de 30 de Maio (que reformulou o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social) *“(…) os lares devem passar a dar ênfase especial às atividades de animação que contribuam para um relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas (...) Para todos os estabelecimentos, existentes ou a abrir, torna-se obrigatória a existência no quadro de pessoal, de um animador social (...) Nos lares devem também ser afixados em lugar bem visível (...) o plano de atividades de animação sociocultural.”* (Lopes, 2008).

Todavia, neste âmbito, ainda muito apraz fazer. Esta situação, desajustada da realidade e das necessidades da população idosa institucionalizada, pode ser modificada.

Para modificar esta situação, o autor sugere a promoção de programas de animação sociocultural que atuem ao nível social, cultural e educativo; no âmbito social através de relações interpares, de maneira a que a terceira idade não fique à margem da sociedade; no domínio cultural, estimulando a memória dos gerontes através de atividades como artesanato, teatro, dança, cancioneros, lengalengas, jogos, etc.; e a

nível educativo, através da criação e da participação em Universidades Sêniores que fomentem a partilha de conhecimentos.

Em suma, a Animação Sociocultural na velhice tem de ir para além da dimensão ocupacional, relacionada com atividades manuais ou de bricolage para anular a monotonia. Tem de ter objetivos precisos, tem de dar significado e sentido à vida do indivíduo, principalmente nos lares e centros de dia criando *“um clima, um dinamismo no seio do estabelecimento visando o melhoramento da qualidade de vida das pessoas idosas, facilitando a sua adaptação a uma vida comunitária imposta”* (Jacob, 2008).

Constança Paúl (2010) diz-nos que, de acordo com Rowe e Kahn (1998) *“há um convincente conjunto de investigações que mostram que o apoio social é um determinante chave do envelhecimento bem-sucedido”*. Conclui-se, portanto, que a Animação Sociocultural assume-se como, *“uma estratégia não para dar anos à vida, mas sim, para dar mais vida aos anos”*. (Lopes, 2008)

## **6. As políticas sociais e evolução dos serviços sociais nas situações de velhice**

A expressão “política social” define as características dos Estados modernos democráticos que decidem para si mesmos propósitos direcionados para o bem-estar e a cidadania dos indivíduos (Carreira, 1996).

A velhice passou a ser uma preocupação das políticas sociais aquando da sua expansão pública por razões demográficas.

*“As políticas sociais de velhice constituem-se como uma vertente da política social que proporciona instrumentos de apoio indispensável ao bem-estar dos cidadãos, alterando as consequências do mercado sobre a disponibilidade de recursos na velhice, dispondo serviços e bens fundamentais à satisfação das necessidades dos indivíduos nesta situação. São, portanto, as políticas de velhice, a estruturação explícita ou implícita das relações entre a velhice e a sociedade através das intervenções públicas”*.<sup>3</sup>

Quando se fala em política social explícita refere-se a dimensões de política que tendem atingir fins específicos. As pensões constituem uma das primeiras formas de

---

<sup>3</sup> In: Silva, M. (2006). *“Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!” Racionalidades Leigas Sobre o Envelhecimento e Velhice – Um Estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta, Lisboa.

proteção social explícita. Estas reportam-se a transferências financeiras, sob a forma de pensões de invalidez, pensões de velhice, pensões de viuvez e pensões de sobrevivência.

A política social implícita, por sua vez, refere-se a medidas de política tomadas noutros termos da política social usufruindo as pessoas na condição de velhice. Um exemplo deste tipo de políticas é a isenção das taxas moderadoras, a redução do custo dos medicamentos, entre outros.

No que diz respeito aos serviços e equipamentos sociais de apoio aos indivíduos na condição de velhice identificam-se, como respostas sociais, os equipamentos de “guarda de pessoas idosas” com prestação de cuidados em lares residenciais, centros de dia, centros de convívio, centros de apoio e residências temporárias.

O local de estágio em análise – Centro Social São Cristóvão – enquadra-se no conceito de “Centro de Dia” como resposta social”. É uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar.

## **7. Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção**

### **7.1. Proteção contra o “risco de velhice”: que risco?**

O fenómeno do envelhecimento que representa uma das características das sociedades contemporâneas, constitui um notável progresso social atribuível em larga medida ao sucesso das políticas de saúde e de proteção social, contribui, conjuntamente com outros fatores, de modo algo paradoxal, para colocar em causa alguns dos equilíbrios financeiros e institucionais que sustentam essas políticas. O problema é agravado em Portugal, dado que o sistema de proteção e ação social não atingiu nunca níveis de desempenho que assegurassem a todos os idosos uma qualidade de vida minimamente digna de acordo com os direitos de cidadania que lhes assiste.

Porém, os riscos relacionados com um envelhecimento sem qualidade de vida não podem ser prevenidos fora do quadro da melhoria dos níveis de prestação do sistema de segurança social, por um lado através do aumento das pensões mais baixas e, por outro, através da promoção da qualidade e do alargamento da rede de prestação de cuidados e serviços sociais, com particular concentração do esforço público na resposta às necessidades dos idosos mais carenciados.

Os sistemas universais de proteção social foram constituídos mais ou menos diferenciados para proteger os trabalhadores e respetivas famílias contra as

consequências de uma diversidade de riscos. Aqui, situa-se o “risco de velhice” que é aquele que consome mais recursos.

“Risco” refere-se a esquemas de pensões de reforma devidas a pessoas que abandonam a vida ativa, o que leva a que o envelhecimento seja qualificado na linguagem normativa da proteção social através da palavra igualmente utilizada para qualificar o desemprego, os acidentes de trabalho, a doença, a invalidez ou a pobreza.

É importante frisar que não é aceitável que o envelhecimento seja considerado como um risco, uma vez que é um bem, resultado da melhoria generalizada das condições de vida. Contudo, o risco existe porque a última etapa da vida pode ser vivida sem a qualidade a que qualquer cidadão tem direito e, porque a gestão das políticas sociais pode revelar-se ineficaz para evitar ruturas nos equilíbrios geracionais existentes. Assim, o problema que se coloca com o envelhecimento é o de encontrar os mecanismos certos para garantir a solidariedade intergeracional no presente e no futuro e para responder às necessidades emergentes com o envelhecimento.

Como já foi referido neste trabalho, são de há muito conhecidos os fenómenos do envelhecimento na base e no topo da pirâmide etária. As baixas taxas de fecundidade fazem com que a proporção dos mais novos seja cada vez menor. Desta forma, não aumenta só a proporção de idosos como também aumenta a esperança média de vida e crescem categorias como a dos “grandes idosos” que resulta da crescente visibilidade do seu peso. A proporção das pessoas com mais de 65 anos tem vindo a crescer acentuadamente. Contudo, esta relação do ritmo de crescimento é mais evidente ainda na faixa etária das pessoas com 75 anos ou mais.

Se a proporção das pessoas com mais de 75 anos cresceu de 41% para 48% entre 2001 e 2011, pode colocar-se a hipótese de que a aceleração do ritmo de envelhecimento acompanha o ritmo de expansão das políticas sociais, cujos pontos de viragem podem situar-se no 25 de Abril, nos períodos de preparação e pós-adesão à CEE e depois no período entre 1995 e 2000.

Quer o índice de envelhecimento, quer o índice de longevidade cresceram.

Do lado da demografia as notícias são, portanto, muito boas e as perspectivas para quem está ou se aproxima dos 65 anos, são de alento. No entanto, quanto à qualidade de vida, as desigualdades sociais acentuam-se em idades mais avançadas.

A evolução de alguns dos indicadores revela uma dinâmica positiva e, ao mesmo tempo, uma particular vulnerabilidade à pobreza por parte da população idosa.



Apesar da acentuada diminuição das taxas de pobreza entre os idosos, ela persiste muito acima da média, onde, na situação dos reformados se encontra 5 p.p. acima da média.

Este problema é confirmado por outras abordagens à vulnerabilidade da população idosa. Um exemplo disso é o facto de o custo de uma dieta alimentar mínima para o escalão etário 60-70 anos, o que colocava cerca de 40% da população mais velha em situação de má nutrição e 7,4% em situação de pobreza absoluta.

Segundo Rosária Mauritti (2004) há uma tipologia dos diferentes modos de vida da população idosa em que 31% é constituinte dos “consumos elementares de sobrevivência” e 23% do “não consumo” (idosos mais velhos, de menores rendimentos, menos escolarizados, mais presentes nos meios rurais e mais isolados).

Assim, o problema do isolamento emerge em todos os indicadores como um fator relevante da vulnerabilidade. As mulheres, com maior longevidade, são particularmente atingidas pela situação, sendo que a proporção de isolados mais do que dupla dos homens na faixa etária acima dos 75 anos.

É nesta faixa etária que se coloca o problema da autonomia na realização de tarefas correntes na vida quotidiana. Com a família totalmente ausente, aos problemas de pobreza juntam-se os relativos à fruição de um dia-a-dia em condições minimamente satisfatórias. Assim, o foco é colocado na rede de equipamentos de apoio social.

## **7.2. Centro de Dia**

*“Uma sociedade para todas as idades, só é possível se, promovermos uma sociedade, que longe de representar os idosos como doentes e aposentados, os considerarmos muito mais agentes e beneficiários do desenvolvimento”.* (Kofi Annan)

### **7.2.1. Cuidados Comunitários: Centros de Dia/ Origens e resenha Histórica**

O ‘*Community Care*’ apareceu na década de 70, na área da saúde mental, como um aspeto discordante à modalidade de prestação de serviços em instituições (Serapioni, 2005). Tudo começou com atividades gregárias realizadas por voluntários que prestavam apoio aos mais pobres (Sousa *et al.*, 2004). O modelo comunitário de intervenção diz-nos que “*a resolução das dificuldades do sujeito deve ser*

*intervencionada sem que este tenha que ser desarraigado do seu ambiente” (Arrazola et al., 2003).*

Segundo Pimentel (2005), o internamento absoluto da pessoa idosa foi, durante muito tempo, a singular resposta de apoio formal existente, no entanto, a tomada de consciência dos custos exagerados, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, colaboraram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade.

Assiste-se, assim, à inclusão gradual da ideologia da ‘desinstitucionalização’ dos cuidados formais (Carvalho, 2006). Este conceito ajudou à implementação, ainda que progressiva, de novos serviços comunitários sustentados pela crise do modelo tradicional de apoio e o surgimento de novas políticas direcionadas ao ‘envelhecer em casa’ (Rodríguez, 1996). De acordo com esta tendência, as políticas relativas aos idosos defendem que o contexto domiciliar é o melhor local para envelhecer (Cattani *et al.*, 2004).

O Centro de Dia surge como um recurso ‘intermédio’, que veio colmatar uma oposição presente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro, nos cuidados residenciais (Arrazola *et al.*, 2003). A base dos centros de dia remonta aos anos 20, na Rússia, onde se principiam programas de cuidados diurnos direcionados a pessoas com doença mental, cujo objetivo principal terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar (Castiello, 1996). Depois da segunda guerra mundial, criou-se o primeiro hospital de dia na Inglaterra com o intuito de perceber as necessidades dos idosos da comunidade (Gaugler, 2003). A intervenção estava direcionada para os cuidados de saúde, tentando aliar os recursos hospitalares e comunitários no modelo de atenção geriátrica (Castiello, 1996).

Nos anos 60, os Centros de Dia adquiriram relevo nos Estados Unidos, durante o movimento de ‘desinstitucionalização’ (Weissert, citado por Gaugler *et al.*, 2003). No entanto, no resto da Europa, a adaptação a tipo de programas e estruturas foi longo e conceptualmente confuso, simultaneamente programas estritamente dirigidos para a reabilitação física enquanto outros conservavam uma intervenção de carácter psicossocial (Castiello, 1996).

Terá sido a partir desta altura que o número de Centros de Dia dilatou substancialmente nos Estados Unidos e passaram a assumir o cargo de cuidados a longo prazo (Conrad *et al.*, 1993).

### **7.2.2. Definição e objetivos do Centro de Dia**

A noção de Centro de Dia é muito complexa visto que são diversas as formas de intervenção expostas para este tipo de programa. Confundem-se modelos de intervenção individual e grupal com modelos de saúde e psicossociais, cuja predominância varia consoante o tipo de população à qual são dirigidos (Arrazola, 2003).

Para Sannino, citado por Arrazola, (2003) as estruturas de amparo diurno, ligadas ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas, são uma opção definitiva ou transitória ao internamento. Distingue como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores segundo um acompanhamento específico e abrangente do sujeito (Arrazola, 2003). Este modelo de intervenção coíbe a desagregação do seu contexto familiar, bem como, ajuda a família ao nível da prestação de cuidados (Arrazola, 2003).

Um outro ponto de vista defende que o Centro de Dia é um recurso social de uso diurno, alternativo à institucionalização que foi concebido para idosos que sofram de algum grau de deficiência física ou psíquica (Cid e Dapía, 2007).

Para Conrad e Cols, (1993) os serviços comunitários são direcionados a pessoas idosas que mostrem incapacidades aos níveis funcional, psíquico e social; fornecem, igualmente, apoio aos cuidadores informais. Deseja-se que ambos tenham acesso a uma integração ajustada na comunidade, um elevado nível de autonomia do idoso e uma melhoria da qualidade de vida. Desta forma, a intervenção gerontológica consiste em proporcionar uma atenção integral e continuada (Arrazola, 2003).

O Centro de Dia define-se como um recurso de apoio familiar que durante o dia cede a atenção necessária com o objetivo de apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais dos idosos afetados por diferentes graus de dependência. Pretende ainda promover a autonomia e a permanência em contexto domiciliar (Sancho, 1999). Gutiérrez (1999) define Centro de Dia como um programa que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal, o objetivo geral da intervenção assenta no apoio integral e de qualidade aos idosos dependentes, sem necessidade de institucionalização (Arrazola, 2003).

Inza (2003), diz que o serviço diurno é vocacionado para indivíduos com dificuldades ao nível sócio-assistencial, desenvolvido com o fim de prestar de um tipo de apoio de carácter preventivo, reabilitador, de supervisão, de suporte ao idoso e ao seu agregado familiar, emergindo como uma opção exequível ao internamento (Arrazola, 2003).

Do ponto de vista genérico, o Centro de Dia, pode definir-se como “*um serviço diurno multidisciplinar dirigido a utilizadores que apresentam um grau de problemático sócio-assistencial, configurado como uma estrutura que proporciona assistência continuada durante tempo indefinido e possibilita a vida laboral do resto dos elementos da família*” (Manchola, 2000).

Neste tipo de intervenção é estimulada a articulação com o cuidador informal (Gutierrez, 1999), através da prestação de apoio aos familiares do cliente (Conrad *et al.*, 1993; Sancho, 1999), permitindo que estes possam realizar diversas atividades, nomeadamente de cariz profissional (Manchola, 2000).

O objetivo primordial de um Centro de Dia é manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como áreas fundamentais de intervenção a manutenção da saúde, a realização das atividades de vida diária e a interação social (Conrad *et al.*, 1991).

No mesmo plano de análise, Schwartz (1979) realça os múltiplos propósitos do Centro de Dia, assinalando como seu objetivo principal, facultar serviços e programas para prevenir e/ou atrasar a necessidade de institucionalização. Este tipo de estrutura aspirará a ser uma resolução essencial e mais económica que o internamento, tendo a vantagem de contribuir para a manutenção da saúde física e emocional (Ferrer, 2005).

O Centro de Dia emerge como um préstimo de acolhimento diurno, de ajuda nas atividades de vida diária para os idosos dependentes, cujos objetivos a atingir são a recuperação e a manutenção do maior grau de autonomia possível, segundo as suas próprias potencialidades e capacidades (Benet, 2003). Desta forma tem-se em conta o idoso como um ser global, considerando as suas necessidades individuais e familiares, mantendo-o integrado no seu ambiente domiciliário (Benet, 2003).

Castiello (1996) distingue, mais pormenorizadamente, os principais objetivos deste tipo de sistema de apoio comunitário: (i) recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permita as potencialidades do indivíduo; (ii) prevenir o desenvolvimento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras; (iii) ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e atividades sociais gratificantes para o sujeito; iv) retardar as institucionalizações precoces e indesejadas; (v) promover a permanência do indivíduo no seu meio; (vi) proporcionar a realização de atividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; (vii) melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças.

De um modo geral, os Centros de Dia favorecem condições de vida dignas às pessoas idosas e seus familiares, colaborando para a manutenção do seu modo de vida e maior nível de autonomia (Castiello, 1996).

### **7.2.3. Motivações na utilização desta resposta**

A procura de um Centro de Dia pode dever-se a razões familiares, sociais, reabilitação física ou psíquica, solidão, etc. (Trinidad, 1996). Segundo Cerrato (1996), as pessoas recorrem a estas estruturas para permanecerem várias horas durante o dia, por motivos sociais e/ou de saúde. Num estudo realizado por Benet (2003), e apresentado seguidamente, são elencadas as principais motivações que levam os idosos a procurarem este tipo de resposta.

Primeiramente, encontram-se as motivações ligadas à saúde, uma vez que os Centros de Dia disponibilizam acompanhamento e atenção para os utentes que apresentem problemas ao nível da saúde, fornecendo cobertura neste âmbito em regime diurno e a um preço mais baixo do que a prestação de cuidados ao domicílio ou internamento. Em segundo lugar as motivações emocionais; o estudo de Benet (2003) permitiu aferir que inúmeras pessoas idosas, que vivem sozinhas, não conseguem encontrar um sentido para a nova etapa do seu ciclo vital, precisando de um projeto de vida motivador, sendo que, a inserção neste tipo de estrutura abre possibilidades de contactos sociais e integração. Em terceiro lugar, destacam-se as motivações familiares, onde as dificuldades dos familiares em cuidar do idoso poderão ser diversas e englobam quer razões de saúde, quer de trabalho, quer de sobrecarga. Para Benet (2003), a família serve-se, muitas vezes, do Centro de Dia como passo prévio à institucionalização do idoso. Esta preparação tenderá a desempenhar a função de mentalização da necessidade de internamento do familiar. Em quarto lugar, o autor destaca as motivações económicas, sendo que a assistência fornecida pelo Centro de Dia cobre as necessidades básicas diárias dos utilizadores que vivem dependentes dos serviços sociais de atenção primária a um baixo custo. Segundo o mesmo autor, os principais utilizadores deste tipo de estrutura são os idosos com problemas de autonomia funcional e/ou psicossocial, e que, tal como é referido por Leitner (1995), pretendam manter o seu papel social na comunidade.

Globalmente, a integração do idoso na resposta social de Centro de Dia surge, de acordo com o estudo anterior, como uma solução para as necessidades de supervisão e

monitorização ao nível da saúde, integração e acompanhamento na vertente emocional, alívio dos cuidadores na prestação de cuidados e tendo, ainda, como elemento privilegiado, o facto de ser economicamente menos dispendiosa tendo em conta o grau de abrangência do apoio prestado ao idoso.

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

O programa de envelhecimento saudável é dirigido à promoção da saúde e à prevenção de problemas físicos, psíquicos e sociais (Arrazola, 2003).

O Centro de Dia torna-se útil na medida em que proporciona resposta a idosos que começam a desenvolver problemas de dependência, no sentido de colmatar as suas necessidades básicas sem que seja necessário retirá-la do seu ambiente habitual (Benet, 2003). A resposta tenta, entre outros serviços, satisfazer as necessidades diárias de alimentação e cuidado nutricional dos idosos de um modo controlado e baseado em critérios científicos, cujos principais objetivos assentam na diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral e, individualmente, para cada paciente de acordo com as suas patologias.

Uma outra intervenção prende-se com realização de atividade física controlada que possibilita a melhoria da qualidade de vida do idoso, visto que potencia a manutenção, por um maior período de tempo, da sua autonomia e independência (Shephard, citado por Ermida, 2000). A atividade física é um elemento importante num Centro de Dia, sendo que o seu principal objetivo é a manutenção da máxima mobilidade possível do idoso (Alda e Montón, 1996). Esta, cujo objetivo de intervenção é o movimento humano, assenta a sua atuação no melhor entendimento dos fatores que possam conduzir à perda ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar nos idosos (Yuaso e Sguizzatto, 1996). Os benefícios da atividade física estão presentes em todas as dimensões do ser humano atuando como facilitadores ao nível da integração e reorganização da vida social (Mazo *et al.*, 2004).

No âmbito da saúde, pode-se também alistar um outro tipo de intervenção associada aos cuidados de higiene que permite dar a conhecer ao utente e familiares a importância da higiene pessoal, para que seja percebido por todos como um hábito de vida saudável. Neste domínio, as ações a desenvolver prendem-se com o grau de higiene do idoso, hábitos de higiene adquiridos, programação das higiènes, cuidados especiais com os pés, higiene do cabelo e da boca (Cortés *et al.*, 1996).

Concluindo, pode dizer-se que os Centros de Dia proporcionam o acompanhamento a idosos potenciando a sua continuidade no meio social, e, para além de oferecerem um espaço de convívio com atividades lúdicas e formativas, incluem uma gama de serviços, tanto preventivos como reabilitadores, de enfermagem e de vigilância médica e de patologias leves (Martinez *et al.*, 1999). Os idosos afiguram-se como um grupo heterogéneo e, como tal, com necessidades diversas, procurando nas instituições respostas igualmente diferenciadas e diversificadas. Torna-se, por isso, necessária a implementação de uma pluralidade de intervenções que possibilitem aos idosos escolher aquela ou aquelas que melhor se apropriam às suas necessidades (Benet, 2003).

## II. Metodologias de Intervenção

Tendo em conta a Instituição em análise e o público-alvo optou-se por uma intervenção baseada em metodologias de carácter qualitativo.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), o paradigma qualitativo permite apreender a variabilidade de práticas e interações que possam ter impacto na estrutura identitária dos indivíduos e os significados que lhes são atribuídos pelos atores através das suas relações sociais.

Optou-se, deste modo, por uma intervenção baseada em metodologias de carácter qualitativo, uma vez que para além da recolha de números, pretendemos centrar-nos na análise de sentimentos, atitudes, experiências, e significados interiorizados pelos clientes face ao contexto em que se encontram inseridos.

Paralelamente, este modelo dá a possibilidade de englobar as interpretações e reflexões, tendo em conta a observação e toda a análise com corpo teórico definido, havendo portanto um processo iterativo entre o observador e os observados. Trata-se portanto de uma observação participante, ou seja o observador está imerso no contexto.

A aplicação deste método de carácter qualitativo teve, assim, como objetivos a análise do quotidiano dos clientes inseridos na instituição, centrando-se no estudo das lógicas de funcionamento da instituição e a rede relacional estabelecida entre os diferentes atores da mesma.

Pode-se, no entanto, sublinhar algumas críticas na utilização deste modelo, tais como a impossibilidade de realizar generalizações face aos dados recolhidos, o próprio estagiário poderá ser confrontado com as limitações na transmissão de conhecimentos sobre a realidade estudada e ainda a quantidade de dados recolhidos pode colocar obstáculos à capacidade seletiva do investigador.

Para a recolha de informação utilizaram-se três técnicas específicas:

- **Entrevistas semiestruturadas**<sup>4</sup>;

- **Questionário Sociodemográfico**<sup>5</sup>;

- **Observação direta:** De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), através da observação direta procede-se à recolha das informações, ou seja, o principal instrumento de pesquisa é o observador que através de um contacto direto, frequente e prolongado

---

<sup>4</sup> Vide anexo I

<sup>5</sup> Vide anexo II



com os atores sociais e o seu contexto, assume uma postura reflexiva perante o observado.

Os objetivos para os quais esta técnica é particularmente adequada são: a análise do não-verbal e de tudo aquilo que ele revela. Mais especificamente, as técnicas de observação de carácter não experimental são adequadas ao estudo dos acontecimentos tal como se produzem e podem ser ainda úteis para completar outros métodos de análise dos processos de ação e de transformação social.

Na prática a observação direta tornou-se deveras importante, complementando a apreensão de dados relativos à organização, funcionamento da instituição em estudo e seu impacto na qualidade de vida dos clientes, muitas vezes não captadas através da realização de entrevistas ou aplicação de escalas cuja relativa formalidade não permite apreender totalmente os sentimentos, valores, traços culturais, atitudes e o porquê de certos comportamentos – *“É mais fácil mentir com a boca do que com o corpo”* (Quivy e Campenhoudt, 1998, pp.199)

A aplicação desta técnica exigiu a realização prévia de uma grelha de observação<sup>6</sup>. Tal grelha, sustentada em bases teóricas, foi fundamental na organização da recolha de dados, ajudando a centrar a observação tendo em conta os objetivos da intervenção.

Para além de Goffman (1996) para a construção da referida grelha apoiamo-nos também nos contributos de Fischer (1994) relativos à psicologia ambiental (focagem nas dimensões físicas e relacionais).

A grelha de observação não deve ser um trabalho definitivo/acabado. Tendo em conta esta característica, sublinha-se que para a realização deste estudo a grelha utilizada foi sofrendo alterações ao longo do processo de recolha de dados e não foi aplicada de forma regida. Por outras palavras, há dimensões que foram acrescentadas no decorrer do processo e há outras em que não se verificou uma aplicação prática.

As principais dimensões analisadas através da observação direta foram, nomeadamente, a comunicação clientes – clientes, a comunicação clientes, a articulação com as pessoas da comunidade, o grau de autonomia proporcionado e a preservação ou não do grau de autonomia do cliente

É ainda importante referir que para transcrever o observado recorreu-se à técnica de registo num diário de campo, na medida do possível no mesmo dia da observação.

---

<sup>6</sup> Vide anexo III

Realça-se, no entanto, que apesar de se destacar anteriormente como técnica privilegiada a observação direta, é importante referir que em determinados momentos houve também uma aproximação à técnica de observação direta participante, pois para facilitar a recolha de informação assumiu-se, em certos momentos, uma posição de colaboração e participação em algumas atividades no sentido de facilitar a aproximação aos clientes e conseqüente integração na instituição.

- **Aplicação do SAMES LAR:** O SERA inclui um conjunto de dispositivos de medida que abrangem as variáveis pessoais, que foram consideradas relevantes para as residências seniores. Há que ter em conta que o instrumento em questão parte de um modelo teórico que se prende com as relações ambiente-conduta adaptativa na velhice, destacando o papel determinante do contexto social e dos seus múltiplos componentes físicos, organizacionais, demográficos, sociais e psicológicos no processo de adaptação ao envelhecimento. Este modelo reconhece que existem condições que dependem diretamente das várias dinâmicas e aspetos relacionados com o processo de envelhecimento, entenda-se a intensidade e a qualidade das relações sociais e dos laços afetivos, a preservação da autonomia do indivíduo e a valorização de sentimentos de utilidade social e do valor da pessoa.

Reconhecendo a complexidade das relações existentes entre as diversas dimensões de um contexto sócio espacial de vida, constituiu-se então o instrumento em questão, com base na avaliação de um dado ambiente social. O ambiente entende-se como um conjunto de fatores, de elevada importância quando se pretende avaliar a forma como um indivíduo envelhece, uma vez que o local onde se vive/habita, é determinante para inferir acerca da sua qualidade de vida. O estudo das relações entre o envelhecimento e o ambiente concerne duas preocupações, a primeira passa pela explicação da relação entre as variáveis que se prendem com a conduta precedente, do indivíduo e da sua relação com a sociedade, e com as variáveis de carácter ambiental (fatores e condições ambientais), e ainda com os resultados em termos de bem-estar psicológico, nível de satisfação pessoal e qualidade; a segunda está relacionada com a determinação empírica do tipo de variáveis que melhor predizem o bem-estar psicológico e a qualidade de vida no envelhecimento, se são relacionadas com a situação pessoal ou então com as características ambientais.

A aplicação deste instrumento não ocorreu na sua plenitude devido à sua complexidade, no entanto foram utilizados vários instrumentos para a realização das entrevistas semiestruturadas bem como para a construção da grelha de observação.

Assim, para analisar as características de segurança, as características do conforto físico bem como para realizar uma breve contextualização da instituição foram utilizadas dimensões do **ICAF** (Inquérito relativo às Características Arquitetônicas e Físicas) que é uma adaptação do “Physical and Architectural Features Checklist, 1979” (PAF), incluído no MEAP (Moos e Lemke, 1979, 1984). Do **ICOF** (Inquérito relativo às Características de Organização e Funcionamento) que é uma adaptação do “Policy and Organizational Characteristics” (POLIF), incluído também no MEAP (Moos e Lemke, 1979, 1984) foi possível avaliar as expectativas de funcionamento (avalia o nível mínimo de funcionamento nas atividades da vida diária que permitem ao residente a permanência na instituição), clareza organizacional (mecanismos institucionais que contribuem para a difusão de informação e de ideias), intimidade (grau de intimidade permitido aos residentes), disponibilidade de assistência na vida diária (avalia os serviços disponíveis para ajudar os residentes à realização de tarefas quotidianas), disponibilidade de atividades sócio-recreativas (avalia a frequência e a diversidade de atividades sociais e recreativas). Para um diagnóstico mais assertivo recorreu-se também ao **ICPR** (Inquérito relativo às Características do Pessoal e dos Residentes) que é uma adaptação do “Resident and Staff Resources Inventory Features” (RESIF), incluído no MEAP (Moos e Lemke, 1979, 1984) e pretendendo avaliar as características do pessoal (recursos individuais em termos de experiência, treino e diversidade de características pessoais dos recursos humanos), habilidades funcionais dos residentes (avalia o nível de independência dos residentes na execução de tarefas diárias), utilização de assistência na vida diária (avalia o uso na vida diária, por parte dos residentes, dos serviços de assistência proporcionados pela residência), utilização de atividades sócio-recreativas (reflete o grau de participação em atividades que ocorrem dentro da residência). Utilizou-se ainda uma dimensão da **EAA** (Escala de Apreciação Ambiental) que é uma adaptação da “Rating Scale”, incluída no MEAP (Moos, 1984), sendo ela o funcionamento do pessoal (avalia a qualidade da interação entre pessoal e residentes, a organização da residência e as relações entre o pessoal). A **ECS** (Escala de Clima Social), uma adaptação da “Sheltered Care Environmental Scale” (SCES), incluída no MEAP (Moos, 1984) foi útil para a avaliação de relações interpessoais e desenvolvimento pessoal (ex.: Independência: mede o grau em que se incentiva os residentes a desenvolverem-se por si mesmos e a tomar decisões) e o conforto físico (mede o grau em que o meio físico proporciona comodidade, intimidade, agrado e bem estar físico).

- **Análise documental** (pesquisa/consulta de fontes documentais, tais como os processos individuais dos clientes).

Analisou-se, tendencialmente, a informação de uma forma indutiva. Face aos conceitos apresentados no enquadramento teórico, tentou-se chegar à compreensão dos fenómenos a partir dos padrões provenientes da recolha de dados. A informação recolhida, nesta lógica, não procurou verificar hipóteses pré-definidas. O estudo pretendeu ser holístico, ou seja, ter em conta a realidade global, sendo que os sujeitos e as situações não são reduzidos a variáveis, mas sim vistos como um todo, e a partir dos seus “quadros de referência”.

Em suma, o que interessou foi apreender os quadros de referência dos atores no contexto do Centro de dia, as suas conceções e práticas. Ora, tal desígnio requereu um envolvimento mais completo e mais flexível por parte do investigador em relação àqueles que estudou. A ideia é proporcionar uma visão “por dentro”, o que pode enriquecer o estudo, mas simultaneamente pode torná-lo mais subjetivo devido ao maior peso da equação pessoal.

### **III.Diagnóstico**

#### **1. Contextualização da Instituição**

O Centro Social São Cristóvão encontra-se situado na Rua da Barra, nº84 na Freguesia de Nogueira da Regedoura no Concelho de Santa Maria da Feira. Cesar é uma povoação bastante antiga, conforme atestam documentos anteriores à formação da Nacionalidade Portuguesa, mais concretamente de 1037, nos quais era designada por “Villa Nugária” (Marinheiro, 2010).

Acompanhando a religiosidade popular característica desta terra, Nogueira da Regedoura possui uma Igreja Matriz, construída em 1923; a Capela do Senhor dos Aflitos; a Capela de Nossa Senhora dos Remédios; o Cruzeiro, monumento cuja construção data do século XVII e XVIII; a capela do Pinheiro das sete cruzes construída em 1865 em homenagem às vítimas das invasões francesas em 11 de Maio de 1809, com relevo para o padre João de Sá Rocha e seu irmão Manuel.

As atividades laborais mais significativas desta vila são o comércio e a indústria, destacando-se nesta última, unidades fabris de cortiça, plásticos e serrações de madeira.

Os habitantes dispõem de um Centro de Saúde, assim como, dois consultórios dentários e um laboratório de recolha de análises clínicas. Dispõe igualmente de uma farmácia.

Ao nível educacional a vila goza de três salas de creche, sete salas de ensino pré-primário, duas escolas do 1º ciclo do Ensino Básico e um Centro de Dia.

Possui três associações recreativas e culturais, a ADNR – Associação de Desenvolvimento de Nogueira da Regedoura – que inclui grupos de dança, trabalhos manuais e ginástica; o GMJ – Grupo Missionário Jovem; o Rancho Folclórico de Nogueira da Regedoura.

A nível desportivo tem, uma associação columbófila e dois clubes de futebol que se designam “Relâmpago União Futebol Clube Nogueirense” e “Clube Popular dos Trabalhadores de Pousadela”.

A vila de Nogueira da Regedoura está em franco crescimento, tem vindo a desenvolver-se, e oferece um conjunto de bens e serviços que veem de acordo com as necessidades dos habitantes. Até então, Nogueira da Regedoura era considerada aldeia, mas com o decorrer destas evoluções foi elevada a vila.

## **2. O Centro Social São Cristóvão de Nogueira da Regedoura**

Para analisarmos qualquer instituição torna-se necessário analisar os vários agentes/atores individuais e coletivos que nela interagem. Estes agentes podem categorizar-se em utilizadores de serviços, produtores de serviços, direção e fornecedores de recursos (Gaulejac & Bonetti, 1995).

Interessa-nos, neste trabalho, analisar o papel da direção, caracterizar os profissionais, enquanto produtores de serviços, e os residentes, enquanto utilizadores de serviços. Importa, ainda, analisar as várias categorias de pessoal, suas funções desempenhadas e a sistema hierárquico ao qual se devem submeter.

De acordo com o artigo nº1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro, as IPSS são entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e prestação de serviços:

- a) Apoio a crianças e jovens;
- b) Apoio à família;
- c) Apoio à integração social e comunitária;
- d) Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de incapacidade de auto sustento;
- e) Promoção e proteção, nomeadamente através de prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- f) Educação e formação profissional dos cidadãos;
- g) Resolução dos problemas habitacionais das populações.

As IPSS têm em vista o exercício da ação social, prevenção de situações de carência, exclusão social ou qualquer tipo de marginalização e por outro lado promover a integração comunitária, desenvolver atividades de apoio à família, juventude, terceira idade, deficientes e a toda a população necessitada.

O centro social estudado é uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) que pertence ao concelho de Santa Maria da Feira. É um centro social sem fins lucrativos que tem por fim dar respostas às necessidades sociais e educativas de crianças e idosos.

Esta entidade foi fundada no dia 30 de Julho de 1991, constituída pelas valências de Creche, Jardim-de-infância, Centro de Dia e Apoio Domiciliário (ver quadro nº 4).

O Centro Social São Cristóvão de Nogueira da Regedoura (CSSC) tem por objetivos promover o desenvolvimento pedagógico, psíquico e físico, de modo equilibrado, das crianças entre os 4 meses e a idade escolar, por meio de creche, jardim-de-infância bem como prestar apoio às respetivas famílias, através do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário. É também objetivo do complexo possibilitar a dignificação dos utentes, evitando a sua exclusão e isolamento social. O serviço de Centro de Dia tem por fim dar respostas às necessidades do grupo alvo residente na área, de forma a facultar-lhes permanência, o mais possível no seu domicílio. O serviço de Apoio Domiciliário consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, tendo em vista a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades de vida diárias, designadamente a alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupas. Destina-se a indivíduos e famílias que por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades de vida diárias.

Diariamente o Centro Social São Cristóvão inicia as suas atividades às 7h30m e termina às 19 h. Todas as valências encerram aos fins-de-semana e nos feriados considerados obrigatórios, excluindo o Apoio Domiciliário funciona todos os dias sem exceção.

**Quadro nº 3 – Valências e Capacidade de Utentes**

<b>Valências</b>	<b>Capacidade de Utentes</b>
CRECHE	40
JARDIM DE INFÂNCIA	44
CENTRO DE DIA	30
APOIO DOMICILIÁRIO	20

## **Valências**

### **Creche**

A creche é uma resposta social de âmbito socioeducativo que se destina a crianças dos 4 meses aos 3 anos de idade, durante o período diário correspondente ao trabalho dos pais, proporcionando às crianças condições adequadas ao desenvolvimento harmonioso e global, cooperando com as famílias em todo o processo educativo. A capacidade da valência é de 40 crianças, que estão distribuídas por três salas.

A creche visa a satisfação das necessidades básicas das crianças, assim como o seu desenvolvimento integrado, adaptado à realidade sociocultural do meio envolvente e de modo a proporcionar um leque de experiências estimulantes às crianças. Os pais são parte de um complemento educativo através de reuniões periódicas, contactos individuais, participação ativa na creche.

Os objetivos fundamentais são proporcionar atendimento individualizado da criança num clima de segurança afetiva e física que contribua para o seu desenvolvimento global, colaborar no despiste precoce de qualquer inadaptação e/ou deficiência, fazendo o encaminhando adequado das situações detetadas.

A creche possui 3 auxiliares e 2 educadoras, havendo também uma psicóloga.

### **Jardim-de-Infância**

Com o jardim-de-infância pretende-se proporcionar oportunidades educativas e de apoio às famílias, para as crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade. De forma a promover o seu desenvolvimento físico, emocional, intelectual, social e moral, através de experiências individuais e de grupo, adaptadas à expressão das suas necessidades.

As crianças são distribuídas por 2 salas. Em cada sala há uma educadora e uma auxiliar. Durante o tempo da manhã as crianças ocupam-se com variadas atividades



pedagógicas. Esta valência tem atividades de enriquecimento curricular, tais como: natação e hip-hop.

### **Apoio Domiciliário**

O apoio domiciliário consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e/ou a famílias que por motivo de doença, deficiência, velhice ou qualquer outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas ou atividades da vida diárias.

Higiene pessoal, alimentação diária e o serviço de lavandaria são os serviços prestados. Este serviço ocorre todos os dias das 8h00min às 17h30min, sábados, domingos e feriados das 7h30min às 12h30min, tendo como principais objetivos:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- Assegurar aos indivíduos e família a satisfação de necessidades básicas;
- Prestar cuidados de ordem física aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Colaborar na prestação de cuidados de saúde;

### **Centro de Dia**

O Centro de Dia tem por fim dar respostas às necessidades de pessoas idosas de ambos os sexos, para a satisfação das suas necessidades básicas e que expressem livremente a sua vontade em serem admitidas.

São objetivos do Centro de Dia:

- Proceder à deteção das necessidades das pessoas idosas da área por ele abrangida;
- Prestar informação e acolhimento às pessoas idosas da comunidade;
- Organizar serviços biopsicossociais que ofereçam respostas às necessidades dos idosos;
- Promover o encontro dos idosos entre si e destes com a comunidade em geral;
- Desenvolver inter-serviços e inter-grupos na comunidade em que se insere.

Para atingir estes objetivos, deverá o Centro de Dia proporcionar aos utentes:

- Alimentação cuidada;
- Cuidados de higiene e conforto;
- Atividades que fomentam o convívio;
- Animação social e ocupação dos tempos livres.

Os utentes podem usufruir dos seguintes serviços:

- Pequeno-almoço, almoço e lanche;
- Transporte do Centro Social, mediante horários previamente estabelecidos;
- Cuidados de higiene e conforto;
- Tratamento de roupa;

O Centro de Dia funciona normalmente de segunda a sexta-feira, das 8:30h às 17:30h, exceto Feriados.

## **2.1. A direção e os Funcionários**

Relativamente à direção, o órgão máximo da instituição, não nos é muito fácil caracterizá-la, uma vez que apenas o presidente e o vice-presidente se encontram com mais frequência na instituição, apesar de raramente interagirem como os utentes. Sabe-se que é constituída por pessoas voluntárias da comunidade, com um alguma influência (psicólogo, professora, contabilista...), e que o presidente da direção é o ex-presidente da junta de freguesia. Sabe-se, também, que compete à direção tomar as decisões relativas às questões mais importantes do centro, tais como alguma obra ou alguma compra mais cara, embora quase nunca esteja em ligação direta com centro a não ser em épocas festivas. Para colmatar esta falha, a diretora técnica encontra-se presente nas reuniões de direção, funcionando transmissora de informações ou problemas que devem ser solucionados pela direção.

No que diz respeito à caracterização dos funcionários que trabalham na instituição, podemos apontar algumas características, através da análise do quadro que se segue.

**Quadro nº 4 – Caracterização dos funcionários**

<b>Nº de Indivíduos e Formação</b>	<b>Função</b>	<b>Afetação</b>
(2) Licenciatura em Educação Social	(1) Diretora Técnica (2) Responsável pelo Centro de dia e SAD	Tempo Inteiro
(2) Licenciatura em Educação de Infância	Educadora	Tempo Inteiro
(1) Licenciatura em Animação Sociocultural	Auxiliar de Serviços Gerais	Tempo Inteiro
(1) Licenciatura em Psicologia	Educadora	Tempo Inteiro
(2) Bacharelato em Educação de Infância	Educadora	Tempo Inteiro
(5) 12º Ano	Escriturário Auxiliar de Serviços Gerais	Tempo Inteiro
(12) 9º Ano	Auxiliar de Serviços Gerais Ajudante de Cozinha Cozinheira	Tempo Inteiro

Verifica-se que se trata de 25 funcionários a trabalhar a tempo inteiro.

De entre o grupo de funcionários, pode distinguir-se, o pessoal ligado às tarefas de cuidado, que supostamente estabelece relações de maior proximidade com os utentes, e o pessoal afeto às tarefas administrativas e de manutenção.

A escriturária, a quem compete todo o trabalho administrativo, como o pagamento de salários aos funcionários, também contacta com alguma frequência com os utentes, sobretudo os mais autónomos, principalmente no final do mês quando estes lhe pagam a mensalidade da prestação de serviços no centro de dia. Por outro lado, como a sua sala de trabalho se encontra próxima da entrada estabelece regularmente curtas conversas com os idosos que se dirigem para o centro de dia.

A técnica de educação social responsável pelo centro de dia interage com os utentes, na medida do que ela considera possível. Lamenta a pouca disponibilidade para

os utentes alegando o excesso de trabalho que tem... Aos mais independentes é mais fácil a deslocação ao seu gabinete sempre que têm alguma carência particular ou problema. Para os mais dependentes, o acesso à responsável encontra-se dificultado. Embora haja bastante cooperação entre esta profissional e uma auxiliar sempre que algum utente pede chama a técnica à sala de convívio. O seu trabalho é desenvolvido para a resolução de conflitos ou situações-problema que surgem com idosos ou funcionários, entrevistas para efeitos de inscrição de novos utentes, quer para o SAD quer no centro de dia, articulação com as entidades e instituições do exterior, negociação e articulação com a família...

A diretora técnica exerce as mesmas funções que a técnica de educação social, mas no âmbito da creche e pré-escola. Tem ainda a responsabilidade acrescida de validar ou não todas as decisões da pessoa responsável pela secção dos idosos.

Uma das auxiliares de ação direta, para além de exercer as suas devidas funções e limpar os Wc's do centro de dia no final do dia, exerce, ainda, funções de animadora sócio-cultural. É a funcionária que mais tempo dedica às tarefas de cuidado aos idosos e a profissional à qual os utentes mais se referem. Da parte da manhã é responsável por três banhos diários e na hora do almoço é quem está na copa a servir a refeição aos utentes. Passa parte da tarde a coordenar a realização de atividades manuais e jogos (bingo, bowling, boccia...), ainda que a maioria seja rotineira... Contudo, é a pessoa que estabelece a ponte entre os idosos o professor de ginástica que vai à instituição às segundas e sextas-feiras cerca de 60 minutos em cada um destes dias. Escuta e está atenta às necessidades dos idosos e funciona, muitas vezes, como porta-voz junto da técnica responsável pela área dos idosos. É, ainda, quem de seis em seis meses atualiza os processos individuais dos idosos exigidos pela Segurança Social.

Apesar de estes profissionais contactarem regularmente com os idosos, podemos referir que são as auxiliares de serviços gerais, estando 8 delas a exercer funções de auxiliar de ação direta que diariamente mais contactam com os residentes e lhes prestam cuidados. São duas funcionárias no centro de dia, quatro (duas equipas de duas funcionárias) que trabalham no SAD, uma que faz as férias das colegas e outra que faz as folgas das colegas e as suas tarefas prendem-se mais com o auxílio direto dos idosos, sobretudo ao nível da prestação de cuidados de higiene. Logo, tocam no que é mais

íntimo e pessoal dos sujeitos: o seu corpo. Interagem com os idosos principalmente de manhã nas horas dos banhos e das higiènes. No caso dos mais dependentes, acompanham ainda as suas refeições, ajudando-os, consoante as suas incapacidades. Da parte da tarde estão mais destinadas à preparação do lanhe e à realização de atividades de animação com os idosos. São também as auxiliares de ação direta que estão responsáveis pela limpeza dos espaços.

Como se pode verificar pela análise do quadro, não obstante a importância das funções desempenhadas junto dos idosos, estas profissionais têm pouca escolaridade. A maioria tem apenas o ensino obrigatório. Algumas auxiliares de ação direta foram contratadas sem qualquer formação inicial, sendo a sua integração nas tarefas profissionais garantida por colegas de igual categoria. Apenas as funcionárias mais recentes têm formação específica na área da geriatria, dando-lhes equivalência ao 9º ano. A formação não é valorizada pelas funcionárias que resistem, sempre que podem, a qualquer sugestão ou proposta de formação, que é compreensível uma vez que as formações são sempre em horário pós laboral e nem sempre são remuneradas.

Seria, pois, fundamental apostar na formação contínua de todos estes profissionais que estabelecem proximidade com os idosos, não entendendo a formação apenas como uma ampliação geral de conhecimentos, mas sobretudo como uma possibilidade para a modificação de atitudes e reações muito enraizadas no tratamento e cuidado ao idoso, permitindo aos profissionais uma melhor integração e compreensão da cultura de velhice, atendendo de forma mais adequada e global às necessidades, pedidos e fragilidades das pessoas idosas (Trinidad, 1999). Não investir na formação implica não atualizar conhecimento, uma obsolescência de métodos empregues e um empobrecimento profissional com repercussões no trabalho profissional realizado e na relação estabelecida com os idosos.

No que diz respeito às profissionais da cozinha e refeitório, os idosos só conhecem a chefe de cozinha. De vez em quando, os utentes fazem comentários mais ou menos abonadores, relativamente às cozinheiras, de acordo com o seu grau de satisfação pelo prato confeccionado: “às veze não sei o que lhes dá na cabeça...deve ser da crise. Esta massa é para doentes, cola toda e nem ponta de sal tem...”; “...hoje sim soube-me bem a comida. Não há frango assado como o da D. A. e então aquele pudinzinho nem se fala ...”.

Com exceção de reuniões pontuais, entre responsável e auxiliares do SAD e as auxiliares do centro de dia, não se observa um real trabalho de equipa entre estes profissionais. Algumas funcionárias, cujo trabalho se articula ou compara mais diretamente, como é o caso da educadora social e da diretora técnica, ou da cozinheira e auxiliar de cozinha, ou ainda das auxiliares do SAD e auxiliares do centro de dia, ainda se ajudam e tentam coordenar mutuamente em benefício próprio (ex: evitando esforços físicos prejudiciais). No entanto, não há um plano integral de trabalho para o qual todos sintam que têm uma cooperação positiva a dar. Cada um trabalha à sua maneira e relaciona-se, quando consegue ver nisso algum benefício próprio ou para os utentes. O principal objetivo do trabalho em equipa num equipamento de idosos pressupõe a resposta às necessidades e pedidos do idoso, por via de um trabalho grupal, traduzindo-se numa melhor qualidade dos serviços prestados (Trinidad, 1999).

Por fim, a funcionária da lavandaria responsabiliza-se por todas as tarefas relacionadas com a roupa dos residentes: lava, passa a ferro, cose quando necessário, numera as peças quando entra um novo utente. Mais uma vez, embora os idosos a conheçam, não interagem com ela diretamente no dia-a-dia, a não ser em dias festivos, ou em alguma atividade pontual para a qual ela tenha sido convidada, ou ainda de passagem quando as funcionárias entram ou saem do centro de dia. Embora no geral o trabalho relativo ao tratamento da roupa seja considerado de forma bastante positiva, algumas vezes, aquando do desaparecimento de algumas peças de roupa, foi possível escutar alguns comentários de desagrado face à funcionária, atribuindo-lhe a culpa pelo sucedido. Esta funcionária está ainda responsável pela distribuição das refeições do SAD.

A instituição conta ainda com o apoio de uma senhora que todas as quartas feiras reza o terço com os idosos e de uma cabeleireira que vem quando solicitadas pela instituição, auferindo pelo seu trabalho valores mais baixos dos que são praticados no mercado.

## 2.2. Caracterização sociodemográfica dos utentes

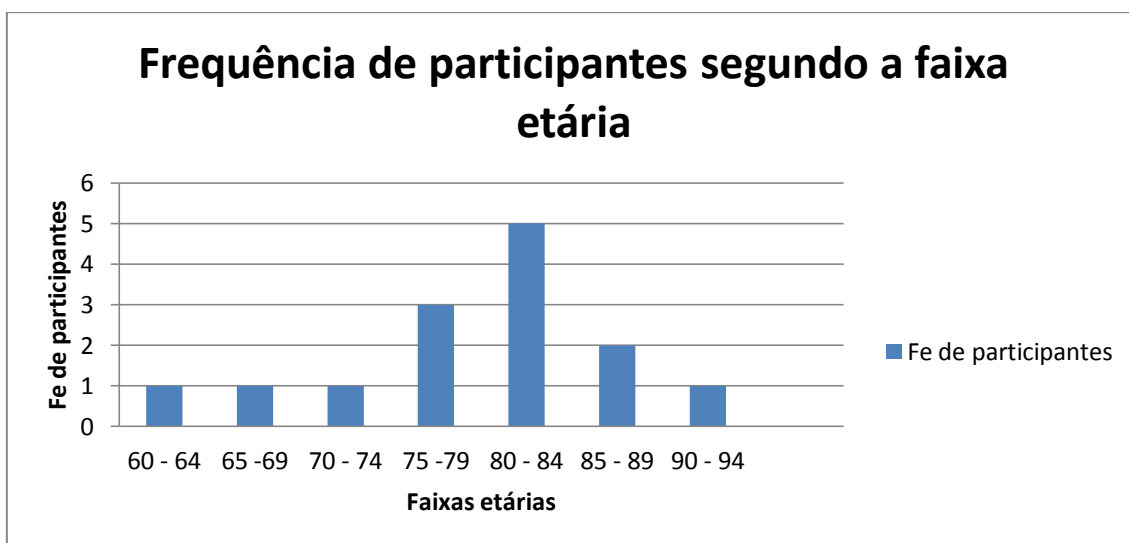
Para a caracterização da população selecionada para a obtenção de informação serão analisadas as seguintes dimensões: género, faixa etária, estado civil, escolaridade, profissão, descendência, classes de número de filhos, prática religiosa e atividades de ocupação dos tempos livres. No entanto, importa referir que há pessoas que pela situação de fragilidade física/cognitiva não reúnem condições para integrar o estudo. Importa ainda referir que será respeitada a confidencialidade dos dados recolhidos.

**Quadro nº 5 – Distribuição dos Elementos segundo o Género**

Género	Frequência	Percentagem %
Feminino	10	71
Masculino	4	29
Total	14	100

A população é composta por 14 participantes da amostra inicial. Os participantes desta população não podiam apresentar défice cognitivo (verificado através da análise dos processos individuais de cada cliente). Na população 10 idosos (71%) são do género feminino e 4 (29%) do género masculino.

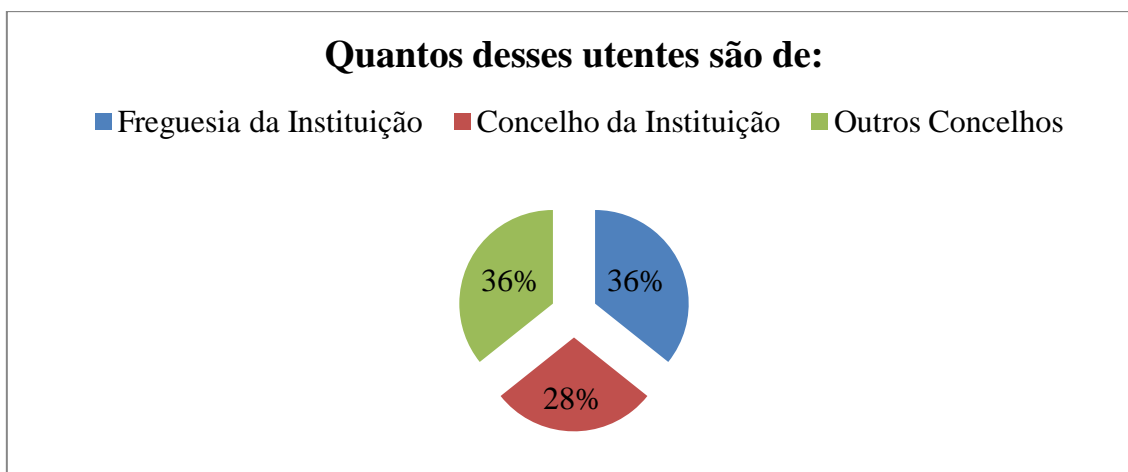
**Gráfico nº 1 – Número de participantes segundo a Faixa Etária**



Quanto à variável idade esta está compreendida entre os 58 e 90 anos e a faixa etária onde se encontra inserido um maior número de clientes é entre os 80 – 84 anos

(M=78,9). No centro de dia verifica-se um envelhecimento mais manifesto nas mulheres, devido à sobremortalidade masculina. Segundo dados do INE (2002), a longevidade feminina associada a um envelhecimento da população idosa sublinham a tendência portuguesa.

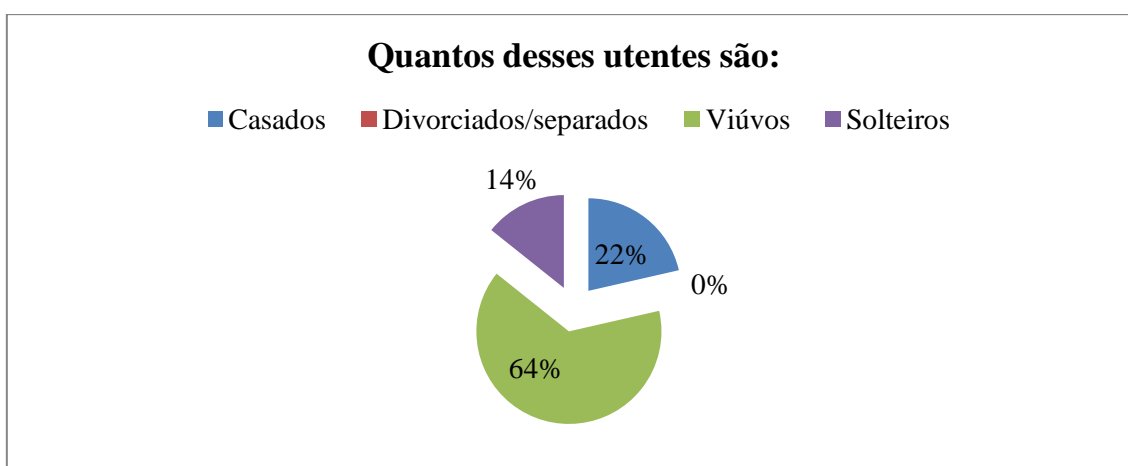
**Gráfico nº 2 – Distribuição dos utentes segundo a naturalidade**



Quanto à naturalidade, podemos referenciar que, dos 5 (36%) idosos pertencem à freguesia da instituição, 4 (28%) ao concelho do da Instituição (Santa Maria da Feira) e 5 (36%) a outros concelhos. Para um grupo bastante significativo, a ida para o centro de dia significou a mudança de vida, mas não um total afastamento das suas origens. Por terem vivido nesse concelho, mantêm-se enraizados e preservam laços de amizade e familiares. Para estes a mudança não foi tão radical, favorecendo a ligação mais próxima a contextos anteriores de vida que podem jogar favoravelmente no processo de adaptação ao quotidiano.

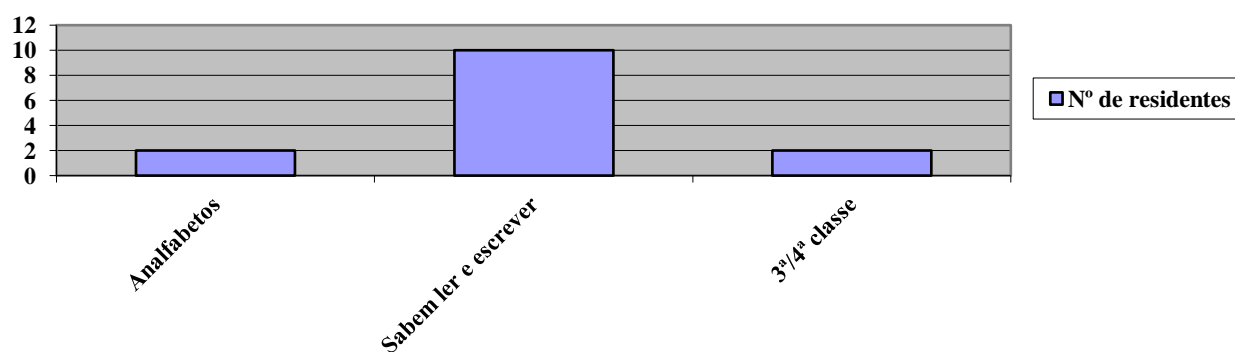


**Gráfico nº 3 – Distribuição dos utentes segundo o estado civil**



No que diz respeito à dimensão estado civil, observa-se que o público-alvo é constituído por 2 (14%) solteiros, 3 (22%) casados, 9 (64%) viúvos e nenhum separado/divorciado. Segundo os dados apresentados pode aferir-se o elevado número de clientes que estão mais expostos ao isolamento e privados de atividades sociais. Muitos já viram o seu cônjuge falecer, outros, que nunca casaram, tenderão a ver as suas redes relacionais cada vez mais diminuídas.

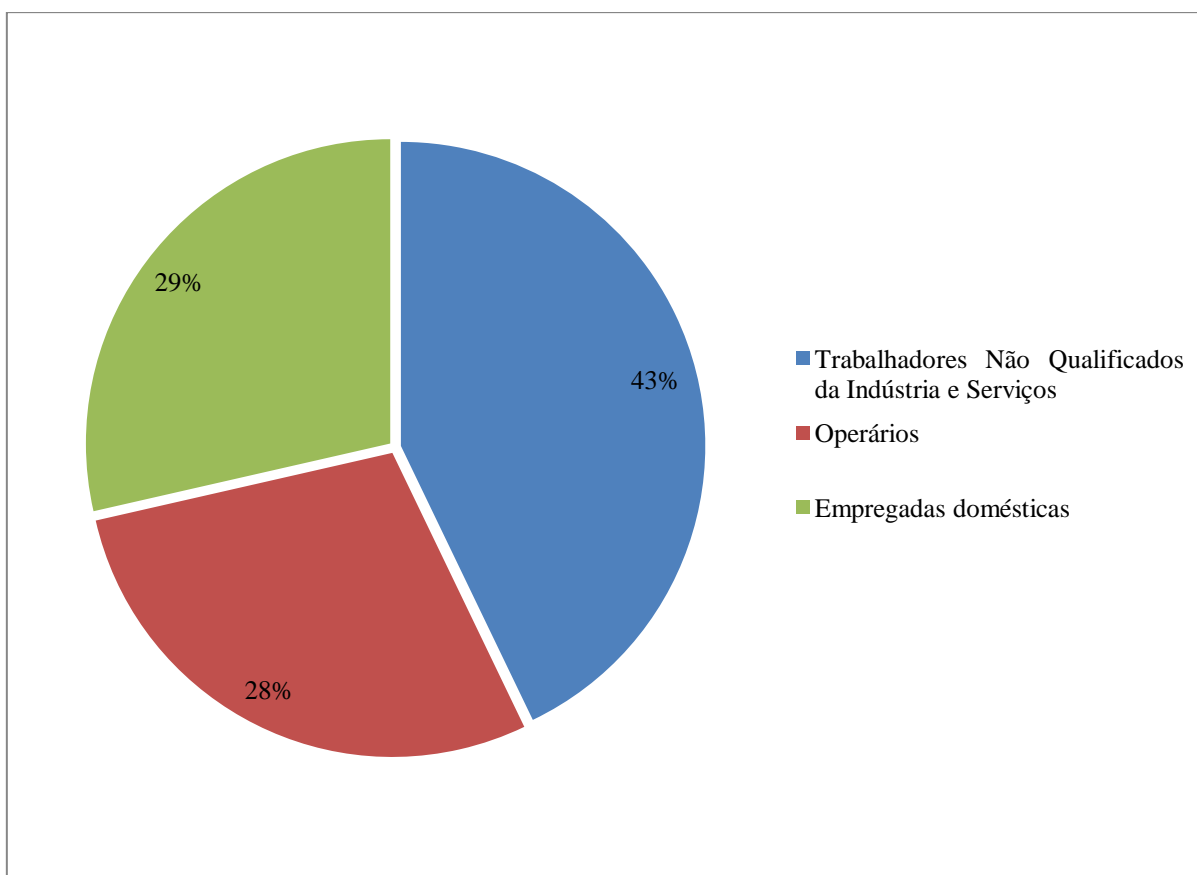
**Gráfico nº 4 – Distribuição dos utentes segundo o nível de instrução**



Quanto ao nível de instrução, 2 idosos são analfabetos, 10 sabem ler e escrever, e têm a 3ª/4ª classe.

Estes baixos níveis de escolaridade confirmam a pertença a classes sociais extremamente desfavorecidas. A maior parte dos clientes relata percursos de vida nitidamente centrados na sobrevivência vulgar da família, onde permanecia a ideia de pertença a grupos profissionais pouco valorizados socialmente e um objetivo de poupança com o intuito de uma velhice mais segura. Não existiu, para uma grande parte, a oportunidade de evolução ou formação, pertença a grupos sociais e comunitários ou possibilidades de gozar do património cultural à sua volta.

**Gráfico nº 5 – Distribuição dos utentes segundo os grupos profissionais**



Em relação aos grupos profissionais verificou-se que uma grande parte destes utentes foram operários ou trabalhadores não qualificados da indústria e dos serviços. Muitas mulheres foram domésticas ou trabalharam como serventes na casa de famílias abastadas.

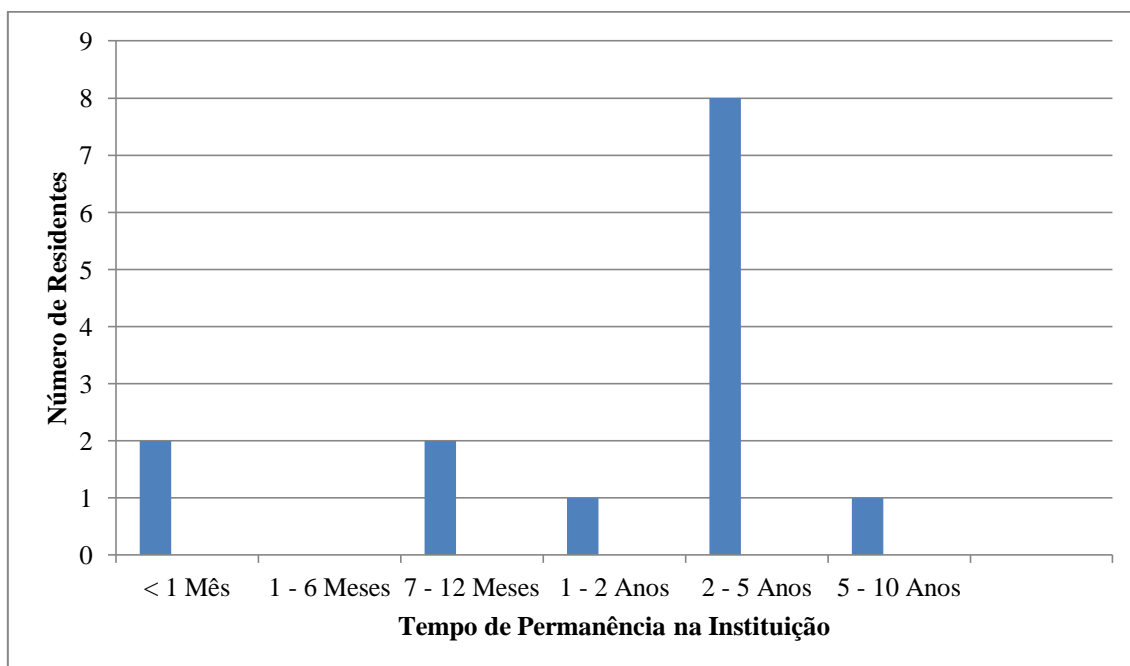
Pode-se então aferir que, na maioria das situações, a atividade profissional executada pelos idosos era não qualificada. Tratava-se de atividades profissionais contingentes, que não envolviam grande formação ou habilitações dos indivíduos. Estes, por sua vez, eram trabalhadores dependentes e subalternos que não sujeitavam a grande progresso nem ao uso das suas capacidades intelectuais.

Por terem adotado profissões pouco qualificadas e mal remuneradas deu origem a que, na reforma, os seus rendimentos fossem também escassos. Aqui pode destacar-se que os idosos são uma categoria social vulnerável à pobreza (INE, 2002).

As baixas reformas ou pensões, muitas vezes relacionadas com o acréscimo de despesas relativas à assistência médica e medicamentosa de que carecem, cooperam para que, retirado o valor do pagamento do centro de dia e medicação, muitos idosos

fiquem apenas com pouco dinheiro, regulando o acesso a bens de consumo, a participação na comunidade...

**Gráfico nº 6** – Número de utentes segundo o tempo de permanência na instituição



No que respeita ao tempo de permanência dos idosos na instituição pode-se dizer que este é muito variável. Dos 14 idosos, 2 estão no centro de dia há menos de um mês; nenhum está no centro de dia de um a seis meses; 2 de sete a doze meses; 1 entre um e dois anos; 8 entre dois a cinco anos e 1 entre cinco e dez anos. É interessante assinalar que uma grande parte dos utentes está no centro de dia há pelo menos dois anos, o que no pode levar a pensar que, independentemente das estratégias utilizadas, estes indivíduos já devem ter encontrado as suas estratégias de adaptação à instituição.

**Quadro nº 6** – Frequência de participação dos utentes em atividades de lazer

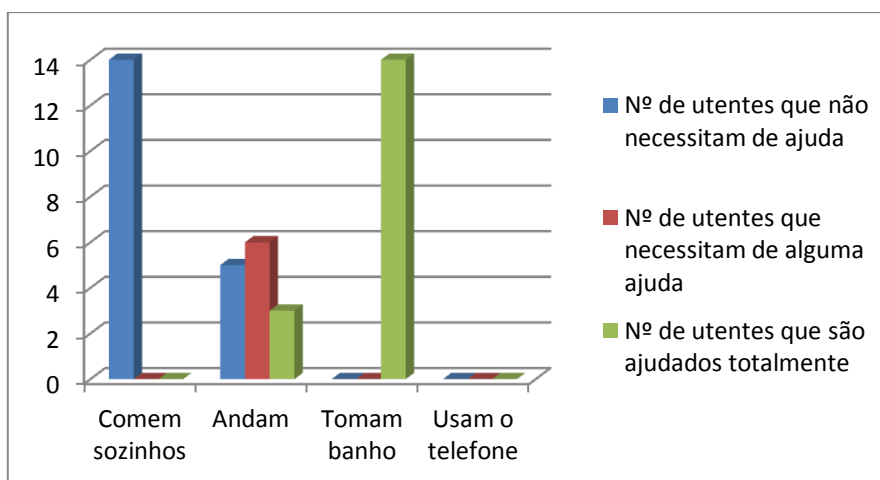
<b>Atividades</b>	<b>Nº de utentes</b>
Ver TV	14
Jogar boccia	7
Jogar bingo	5
Desenhar	4
Pintar	4
Sair à rua	2
Ler	1
Jogar Cartas	1

Relativamente à variável *Participação dos utentes em atividades de lazer* pode aferir-se que 14 (100%) vê TV e 7 (50%) joga boccia. Um menor número de utentes 5 (36%) joga bingo e 4 (29%) desenha e pinta. Uma minoria, isto é, 2 (14%) idosos saem à rua. Apenas 1 (7%) utente lê e 1 (7%) joga cartas.

No que respeita à ocupação de tempos livres, ou às atividades de lazer, é importante ter alguns aspetos em consideração para que o idoso tenha uma participação produtiva e com mais prazer:

- 1) O interesse pelas atividades jamais deve ser imposto ao idoso, devendo este interesse ser espontâneo. Contudo, pode e deve ser realizado um trabalho para que desenvolvam novos interesses.
- 2) As atividades devem desenvolver a capacidade de resolver problemas e deve, cultivar a criatividade.
- 3) O idoso é quem deve determinar o tempo que pretende despende na atividade.
- 4) Se for possível e se o idoso desejar deve ser possibilitado ao idoso retirar uma remuneração pelo resultado das atividades.
- 5) As atividades devem propiciar interações sociais positivas (Gatto, 2002).

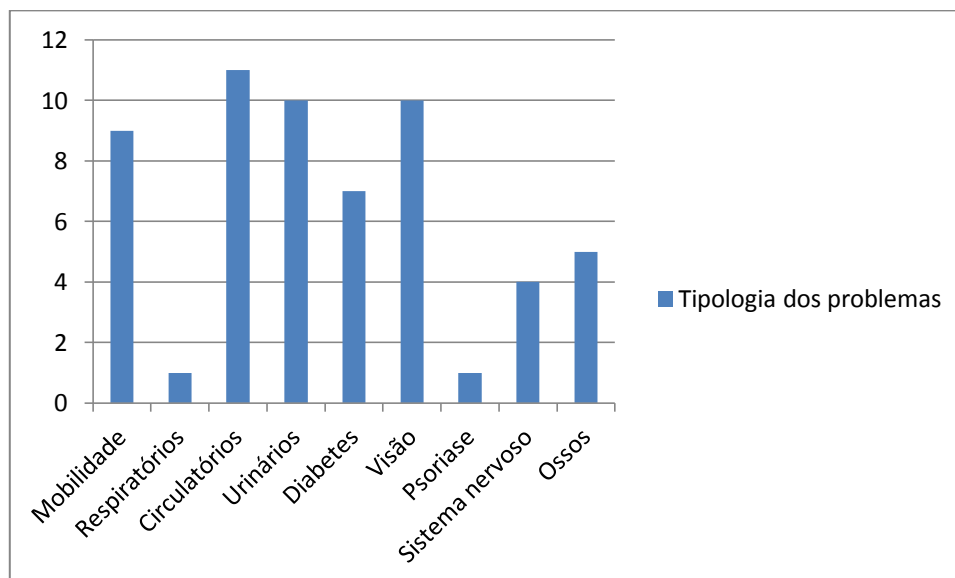
**Gráfico nº 7** – Número de utentes que necessitam de ajuda na execução de tarefas



A dependência é definida como a incapacidade de o indivíduo cumprir por si próprio uma ou várias das seguintes atividades da vida diária, designadas como AVD de base: fazer a sua higiene pessoal completa; vestir/despir-se; comer; levantar-se/deitar-se; deslocar-se no interior da sua habitação

Relativamente ao estado funcional dos utentes, pode-se dizer que, na generalidade, os utentes do centro de dia parecem ser bastante dependentes do apoio das funcionárias.

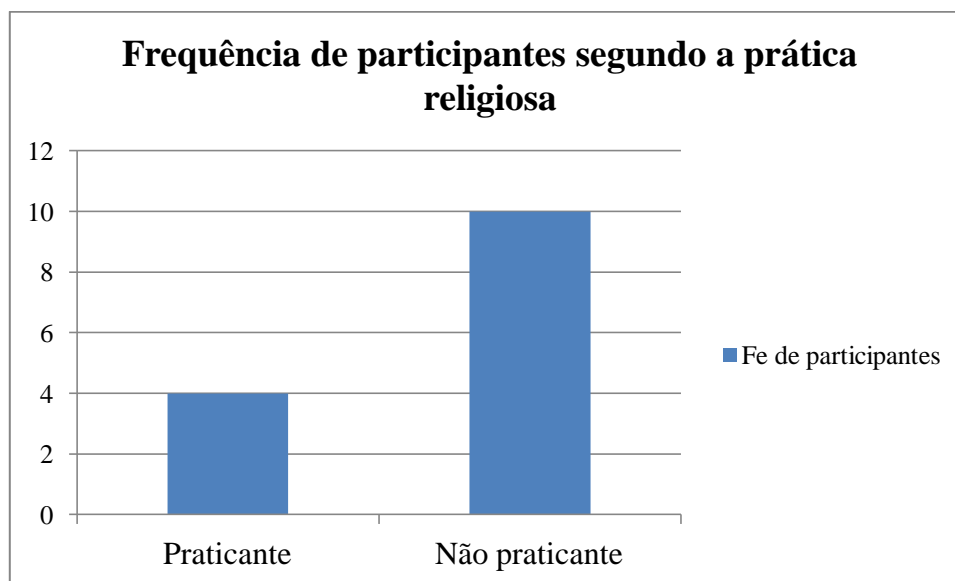
**Gráfico nº 8** – Principais problemas de saúde dos utentes



Tal como é possível observar, existe um elevado número de utentes (11) com problemas circulatórios e com problemas de visão (10). Um menor número de idosos (9) apresenta problemas de mobilidade e 7 são diabéticos. Dos 14 utentes, apenas 5 têm

problemas com os ossos e 4 têm alterações do sistema nervoso e uma minoria (1) apresenta problemas respiratórios e psoríase.

**Gráfico nº 9 – Número de utentes segundo a prática religiosa**



No que diz respeito à variável prática religiosa, 4 (29%) dos participantes são praticantes de alguma religião. Carvalho e Fernandez (2002) defendem que a religião para o idoso é considerada como uma referência pessoal. O facto de frequentar a Igreja pode facultar o encontro com amigos e ainda a participação em atividades, reconhecendo que a prática religiosa moderada pode levar a um maior envolvimento entre as pessoas, podendo mesmo diminuir o stress e melhorar a satisfação com a vida, para além de conservarem um objetivo de vida.

### **2.3. Fase de entrada no centro de dia**

Os contextos físico e social pode ajudar ou diminuir o interesse pela vida, o estabelecimento de relações, a prevenção da autonomia ou a promoção do isolamento dos idosos, a estima a objetos repletos de história ou o total despojamento de objetos que representam os espaços e a identidade dos indivíduos (Manoukian, 2001).

Como referem, Vercauteren, Vercauteren, Choipeau (1993), na institucionalização para a construção de um projeto global de vida, é importante informar os residentes sobre os modos de vida da instituição, o ambiente, as atividades e a organização em geral.

*“Não nos podemos esquecer que a mudança do idoso de sua casa para a Instituição representa uma grande reviravolta na sua vida, e se para este grupo da população pequenas mudanças já são motivo de insegurança e podem ter reflexos na sua saúde física e mental...”* (Zimerman, 2000, p.95,96).

Na instituição em análise existe um responsável pela integração do cliente que efetua o planeamento da fase de acolhimento do mesmo. Nesta fase o responsável rege-se segundo alguns procedimentos estabelecidos, tais como: efetuar a recolha e o tratamento de toda a informação relativa ao cliente, obtida durante a fase de candidatura, não fazendo, porém, a avaliação das necessidades e expectativas iniciais do cliente; não reúne com a equipa técnica e com os auxiliares de ação direta para analisar as especificidades do cliente (ex: se necessita de algum acompanhamento especial; ajudas técnicas, etc.); seguidamente é definida a data de ingresso no centro de dia. Ainda nesta fase observou-se que não é efetuada nenhuma reunião com os restantes clientes preparando-os para a entrada de um novo idoso. Na qualidade de Gerontóloga Social viu-se tal facto como aspeto a melhorar, uma vez que a colaboração de quem já está na Instituição, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, pode ajudar à integração de quem chega, minimizando alguns riscos. Foi possível verificar a ausência de tal envolvimento dos clientes neste processo.

Para concluir a descrição desta fase resta dizer que o cliente é sujeito a uma avaliação biopsicossocial, mas não de forma exaustiva. É dada especial atenção aos problemas de saúde do indivíduo. Porém, utilizando outras palavras, pretende-se dizer que a dimensão social do sujeito, quando realizada, é de forma muito superficial onde apenas existe uma pequena referência à rede de suporte social, mas que não é trabalhada.

#### **2.4. Dia-a-dia na Instituição e grau de autonomia e participação**

Baltes e Baltes (1990) propõem uma teoria designada por seleção, otimização e compensação (teoria SOC), segundo a qual os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos da pessoa com os recursos do ambiente, num registo de interdependência. Interagem de forma sistémica estes três mecanismos na produção do desenvolvimento e do envelhecimento bem-sucedido.

O primeiro objetivo da teoria SOC é descrever o desenvolvimento em geral e estabelecer como os indivíduos podem lidar com as mudanças biológicas, psicológicas e

sociais que representam oportunidades e/ou restrições conforme os seus níveis de desenvolvimento.

O segundo objetivo da mesma teoria é a plasticidade comportamental que o indivíduo desenvolve, pois interessa saber como gerem os seus recursos internos e externos a essas três funções com o intuito de maximizar ganhos e minimizar perdas.

Pode-se definir seleção como sendo o planeamento de objetivos por parte dos idosos, face aos condicionamentos surgidos pelo envelhecimento.

Pode-se definir otimização como o processo de procura e rentabilização das condições necessárias.

Pode-se definir compensação como a aquisição de meios, atingíveis ou simbólicos, para alcançar os objetivos.

*“Eu vim para o centro para não estar sozinha, se bem que agora é só deixar passar o tempo! Assim também posso fazer a vontade à minha filha e participar nas atividades...sabe fazer aqueles jogos... Assim também me ajudam na higiene.”* (Sra. C.). No entender do observador este relato revela uma falta de interesse por si próprio, um comprometimento da sua autoestima e uma extrema preocupação em agradar à filha.

Até onde foi possível observar sabe-se que os clientes entram para o centro por “vontade própria” não atribuindo responsabilidade direta a familiares ou a outros elementos pelo seu ingresso. Fala-se em não atribuir “responsabilidade direta” no sentido em que o utente não é obrigado a ingressar na instituição, mas antes influenciado. Tal é provado através de alguns relatos de clientes quando dizem, por exemplo:

*“Eu estou aqui porque os meus filhos disseram que é o melhor para mim. Eles disseram que aqui estou mais vigiada.”* (Sra. L).

*“Estou cá porque em casa passava muito tempo sozinha e não sei como acabei por cair. O meu filho disse-me que podia ter morrido. Ficou com muito medo de me perder e disse que estava fora de questão eu estar sozinha. Assim pelo menos de dia não estou sozinha.”* (Sra. G).

*“Cuidar do velho e zelar pelo seu bem – estar não significa superprotegê-lo...O velho não precisa de superproteção, mas, sim, de estimulação. Em geral, ele é capaz de fazer muitas coisas necessárias para si e para os outros e deve ser estimulado a isso”* (Zimerman, 2000, p.47/64).

Supostamente, as atividades são definidas segundo as necessidades físicas e psíquicas dos utentes. Estes não têm oportunidade de participar na planificação das



mesmas, mas têm o poder de decidir se querem participar ou não. Verificou-se que os utentes nem sempre estão motivados a participar nas atividades. Apenas participam uma vez que não têm outras alternativas. Ou melhor, a alternativa é ver televisão na sala, sujeitos ao programa televisivo que lhes é imposto.

*“O que vão fazer hoje de tarde” (Observador) “Ainda não sabemos...quando ela (auxiliar) vier diz-nos. Seja o que for eu vou para ocupar a cabeça, também não há mais nada!” (Sra. C).*

*“Está aqui na sala a ver televisão, D. H? Não quer ir fazer a sua arvorezinha de natal com os docinhos?” (T1) “Não! Deixe-me mas é aqui sossegada que não estou a chatear ninguém” (Sra. H).*

*“D. I você agora não tem participado nas atividades...está chateada com os seus coleguinhas ou com a gente?” (T2) “Não...mas eles (outros utentes) fazem muito barulho...antes quero ficar aqui a rezar.” (Sra. I).*

Relativamente a sugestões dos clientes, estas não são tidas em consideração. Os horários e normas são estabelecidos pela própria Instituição, porém, estes são facultados aos clientes aquando da admissão. Relativamente aos horários para refeições estes estão pré-estabelecidos pela organização, sendo pouco ou nada flexíveis.

*“Ó gente vamos indo para a mesa que já sabem que às 12:30h vem a sopa e às 13:30h é a minha hora de almoço...oupa, siga!” (T1)*

É importante referir que os clientes podem decidir e escolher o que vestir de acordo com os seus gostos e vontades. Foi possível observar que existe uma diversidade de estilos de vestir entre os clientes, uns mais formais do que outros. Tal, leva a crer que não existe uma forma padronizada nem instituída de vestir.

Quanto ao vestuário não é dada a oportunidade ao utente de este escolher a roupa que quer vestir em determinado dia. Quando o utente chega à casa de banho para tomar banho, já lá está a sua roupa escolhida e preparada pela auxiliar que lhe dará o banho.

*“Ó H. não está aí a minha camisa ao xadrez amarela? É que ela é quentinha...”  
“Está lá dentro ser J. mas não fica bem nestas calças...agora fica assim como está e noutra dia vestimos aquela.” (Discurso entre um idoso e uma técnica).*

*“Não sabes o que a D. R. costuma vestir? É que vou dar-lhe banho e assim já preparava a roupa...” “Ó coitadinha ela veste qualquer coisa, porque ela já não tem noção...é do alzheimer...” (discurso entre duas técnicas).*

No que respeita a saídas ao exterior estas são praticamente inexistentes quer pelo grau de dependência da maioria dos utentes quer pela desresponsabilização e prevenção, por parte da Instituição, de eventuais contratemplos.

*“Fogo a gente até podia ir lá fora dar uma voltinha...mas elas (técnicas) têm medo dos carros e assim. Aqui estamos mais guardados.”* (Sr. Y).

*“Ó F. eu vou num instante ao posto médico pedir umas receitas!”* (utente para técnica).

É importantíssimo para o bem-estar emocional e físico dos utentes terem oportunidade de fazer escolhas e tomar decisões. Se assim não for, limita-se a autonomia violando-se, o princípio do respeito pela pessoa idosa e sua autodeterminação.

*“A direção e os colaboradores da instituição devem encorajar o idoso a ser responsável por si próprio e a executar ele mesmo todas as tarefas que deseje e de que seja capaz.”*<sup>7</sup>

## **2.5. Grau de privacidade e intimidade**

*“A consideração pela pessoa implica o respeito pela sua privacidade e intimidade. Correspondem a necessidades profundas de todas as pessoas e não diminuem com a idade. Daí que deve haver a maior preocupação e delicadeza em tudo o que se prende com privacidade e intimidade das pessoas mais velhas. Merece especial atenção a sua garantia em todas as intervenções que respeitem a higiene íntima, às relações com os outros, à correspondência, às chamadas telefónicas e a todos os problemas e questões pessoais e familiares.”*<sup>8</sup>

Os utentes não têm acesso exclusivo aos seus pertences, uma vez que as suas roupas se encontram em caixotes juntamente com os de outros utentes num armário comum e apenas são as funcionárias que têm acesso aos mesmos, ou seja, são as funcionárias que escolhem e mexem nas roupas dos clientes e não os próprios. No que diz respeito aos WC's importa referir que estes estão separados segundo o sexo. No que foi possível apurar nem todos os auxiliares batem à porta do WC antes de entrar, fator este que viola a privacidade e intimidade do cliente.

Apesar de não existir uma sala cujo único propósito seja receber visitas, existe um espaço comum para este fim (mesmo espaço das atividades manuais), contudo é um

---

<sup>7</sup> In: Manual de Boas Práticas

<sup>8</sup> In: Manual de Boas Práticas

local que por ser próximo da sala de convívio e de funcionar como despensa, é de passagem de colaboradores da instituição.

## **2.6. Grau de segurança**

*“Uma outra forma de compreender a relação no espaço é a partir da maneira como o homem utiliza um lugar, como o trata afetiva e cognitivamente. Trata-se de um espaço vivido, ou seja, investido por uma experiência sensori-motora, tátil, visual, afetiva, e social, que produz, através das relações estabelecidas com ele, um conjunto de significações carregadas de valores culturais próprios. Nesta relação, o espaço arquitetônico não se reduz às suas propriedades materiais, este estruturado como uma linguagem que comunica uma mensagem sobre os seus ocupantes, sobre as suas funções, um edifício será então apreendido e avaliado como a encenação de uma espécie de biografia social de uma instituição e das pessoas que a ocupam.”* (Fischer, 1994).

Estar seguro e sentir-se seguro é fulcral ao bem-estar de toda a comunidade. Neste sentido, o centro de dia não respeita a legislação em vigor, uma vez que não existe portas de emergência e botões de chamada nos WC's. Contudo, observou-se que existe superfícies escorregadias em áreas sujeitas a humidade, como por exemplo, nos WC's. É de salientar a não existência de corrimões e barras de segurança, o que implica que determinados utentes necessitem constantemente do apoio de um funcionário para a execução de tarefas básicas (ir ao Wc), o que lhes compromete o grau de autonomia.

*“Aqui tem uma coisa de mal menina, este chão escorrega muito...estou sempre cheia de medo de ir à casa de banho porque ainda escorregam as moletas e depois é um problema!”* (Sra. R).

Teve-se a oportunidade de observar que existe detetores de fumos e que os espaços estão equipados de sprinklers contra incêndios, de extintores estrategicamente colocados assim como há um plano de emergência.

No que se refere à entrada e saída de pessoas na Instituição pode dizer-se que não existe grande controlo. O portão de entrada encontra-se muitas vezes aberto (por descuido de quem entra ou sai), bem como o portão de acesso às garagens que facilmente está aberto e travado para facilitar o acesso das carrinhas do SAD e da distribuição das refeições.

*“Isto aqui é um perigo...a Barreira coitadinha já não sabe o que faz e quando se lembra põe-se por aí fora para ir embora...diz que vai apanhar o milho. No outro*

*dia quando deram fé tiveram que ir atrás dela que já ia à beirinha do portão...*” (Sra. A)

Com a análise desta dimensão chegou-se à conclusão de que seria necessário a existência de barras de segurança por toda a instituição, bem como de um pavimento aderente.

## **2.7. Grau de conforto**

Segundo Fischer (1994) o tipo de interações que os indivíduos estabelecem entre os espaços e os comportamentos acontecem a partir de um conjunto de qualidades do espaço consideradas como provocadoras de stress e representadas como uma ameaça à integridade pessoal. Existem atores designados por “*stressores do ambiente*” ou seja aspetos do espaço tais como a densidade, o ruído, o calor, etc. que condicionam a vivência na Instituição. Um exemplo é quando um cliente está exposto a um espaço com temperaturas condicionadas (calor/frio) se não tiver nenhuma possibilidade de adequar a mesma de acordo com o seu bem-estar, terá a sensação igualmente que não exerce qualquer controlo sobre o espaço.

No que respeita às condições que consagra, podemos considerar que o centro é um espaço barulhento e perturbador em termos dos ruídos que produz. A sala de convívio é, por si só, um espaço mais agitado e poder-se-á tornar num espaço fatigante para os idosos mais dependentes que lá passam bastantes horas sem terem alternativa.

Apesar do centro de dia se situar em plena zona suburbana, há um isolamento interessante em relação aos ruídos exteriores.

A Instituição apresenta-se sempre com os espaços limpos, asseados, arrumados... Contudo ao entrar na zona do centro de dia surge de imediato o cheiro característico “a velho”. Apesar de existir um número considerável de idosos a usar fralda, com a exceção de três utentes, não são perceptíveis cheiros desagradáveis ou coativos. Pelo oposto, com raras exceções, a limpeza do centro de dia é contínua e infalível, manifestando uma forte preocupação na criação de um ambiente limpo e confortável. Observou-se que a limpeza nos WC’s, áreas comuns e refeitório é efetuada diariamente, porém não é registada.

Os espaços não se apresentam de forma a que todos os clientes, mesmo os que se deslocam com ajudas técnicas, se movimentem sem percalços. Um exemplo do referido anteriormente é o facto de, na hora das refeições, o corredor que separa as duas metades do refeitório se tornar demasiadamente estreito para passar uma cadeira de rodas e outro

utente sem ajudas técnicas em simultâneo. O chão e as paredes estão em bom estado de conservação, apesar de se evidenciar algum desgaste nas áreas mais usadas. Os vários espaços são detentores de cores claras ajudando assim as áreas mais escuras a difundir alguma harmonia.

Na sala de convívio, local onde os utentes passam a maioria do tempo, há imensas janelas o que transmite uma impressão de abertura.

Existe ainda um espaço que os idosos gostam muito de frequentar, principalmente na primavera e verão. É um jardim exterior onde os idosos gostam de dar as suas caminhadas, o que raramente ou nunca acontece uma vez que as duas funcionárias que estão no centro de dia não têm disponibilidade para o fazer. Inclusive, os utentes sugeriram até que lá se fizesse uma horta por eles cultivada...porém segundo me foi possível aperceber a proposta foi literalmente ignorada e desvalorizada.

*“Eu gosto de estar aqui porque deste vidro grande (janela) vejo o povo a passar e aquelas senhoras ali no campo e nas galinhas...ao menos não estou sempre a ver televisão”* (Sra. D).

O mobiliário contido nos vários espaços apresenta um razoável estado de conservação, apesar de ser estandardizado, obedecendo a um modelo uniforme que provavelmente muito se afasta do que os utentes teriam nas suas casas. O facto de não serem os objetos dos utentes já é sinal de alguma desafeição.

Na verdade, as pessoas que convivem em centros de dia são sujeitas a dividir uma área fechada e demarcada. Tal, ajuda, num curto período de tempo, um conhecimento mútuo das rotinas e da vida pessoal dos outros, o que na vida fora da instituição só acontece, geralmente, entre os membros da família. Consequentemente, surge uma tensão social que impõe um reforço de proteção de si, perante qualquer situação intrusiva, de injúria ou coscuvilhice. Agravam-se, assim, o isolamento dos idosos e a superficialidade das relações.

Através da análise desta dimensão, no que respeita ao espaço interior, pôde-se constatar que seria importante a existência de cadeirões apropriados e em espaços distintos para evitar que o idoso dependente fique circunscrito ao espaço da sala. Seria ainda imprescindível a existência de espaços com privacidade onde o sujeito possa, por exemplo, receber visitas sem ser interrompido e onde se possa recatar sempre que deseje.

Relativamente ao espaço exterior seria necessária a construção de um coberto por onde se pudesse transportar os idosos até às carrinhas, uma vez que em dias de chuva os utentes se molham neste pequeno percurso.

## **2.8. Preservação/rutura identitária**

*“Cada pessoa tem características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade e a distingue dos demais. Reconhecer a identidade do cliente passa por coisas aparentemente tão comuns como perguntar-lhe como é que quer ser tratado”.*<sup>9</sup>

As situações de infantilização repetem-se interminavelmente, tanto mais que este tratamento é visível a todos os que queiram ouvir. Para alguém com menos traquejo, é fácil sentir esta forma de tratamento como terna, uma vez que, normalmente, as palavras usuais são de muita amabilidade que chegam a tratar o idoso como se de uma verdadeira criança se tratasse.

*“Venha filhinha...vamos lá tomar um banhinho para ficar mais fresquinha.”*  
(T3).

Teve-se a oportunidade de observar que nos processos individuais consta uma pequena abordagem à história de vida do cliente (ex: profissão, naturalidade, se tem filhos ou não...).

No que respeita ao uso de objetos pessoais os utentes fazem-no livremente e são utilizados, contudo nem sempre são utilizados somente pelo próprio.

*“Ó Sr. J. hoje o Sr. L. leva os seus chinelos porque houve um «acidente», mas amanhã já os traz”* (T1).

A posse destes objetos que dão um certo grau de conforto, bem-estar e controle à vida do utente, ajudam-no a individualizar o seu espaço ajudando-os, também, a uma melhor adaptação à instituição.

Relativamente à gestão do dinheiro é feita pelo próprio utente quando este é ainda capaz de governar a sua pessoa e bens, caso contrário a gestão é feita pelo “tutor” (que na generalidade é um elemento da família).

Apesar de a instituição considerar o dia de aniversário dos utentes, não faz qualquer tipo de alarido à volta da situação...se o idoso quiser leva bolo e partilha com os outros, caso contrário é um dia normal como tantos outros.

---

<sup>9</sup> In: Manual das Boas Práticas

Um fator que muito implica o grau de identidade do utente é se este tem conhecimento quanto ao seu destino e quanto às decisões que lhe dizem respeito. Tal nem sempre se verifica nesta instituição.

*“Eu não queria que me pintassem as unhas, mas ela (auxiliar) disse que era clarinho e pintou na mesma, mas eu não gosto... Uma vez um cunhado meu de França até me disse «Ai é depois de velha que andas a ficar moderna» ...ainda pensa que não guardo respeito à alminha do meu homem)” (Sra. Q).*

*“Sempre estive sossegadinha na minha casinha...não posso estar com muito barulho por causa da minha cabeça e aqui elas falam todas muito alto e a televisão e tudo às vezes até faz doer a cabeça... Mas paciência!” (Sra. C).*

## **2.9. Interação cliente – técnico**

*“O pessoal tem tendência a apoiar seletivamente os comportamentos de dependência, quer tendo em consideração as necessidades aparentes dos idosos, quer devido a valores associados com o papel de prestadores de cuidados. Ensinado o pessoal a estar consciente de que são uma fonte de reforço social junto dos idosos e a apoiarem o comportamento de independência dos residentes, aumentar-se-á o controlo e independência destes” (Paúl, 1997).*

Como já foi referido anteriormente, Goffman considera um grande fosso entre o mundo dos internados e a equipa de supervisão, considerando mesmo que se “desenvolvem dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contacto oficial, mas com pouca interpenetração” (Goffman, 1996).

Assim, torna-se impossível analisar a instituição, sem ter em conta a influência que as relações que lá se desenrolam produzem no bem-estar dos utentes. Fala-se concretamente da relação que se cria com a equipa que tem por objetivo fornecer cuidados aos clientes institucionalizados. Importa analisar a dinâmica das relações entre a direção, os funcionários e os utentes e o resultado dessa dinâmica no concerne à qualidade no cuidado e no afeto aos idosos. Entende-se que relações positivas, a este nível, poderão ser fator de bem-estar e tranquilidade para os utentes.

Parte-se do pressuposto que toda a equipa devia trabalhar no sentido de conseguir o objetivo central da instituição, que é, neste caso, dar resposta às necessidades dos idosos, numa perspetiva de abertura e ligação com a comunidade, minimizando os problemas afetos às pessoas idosas. Contudo, nem sempre isso é assegurado, uma vez que, tal como realça Goffman (1996) “os conflitos que por vezes

se produzem entre os padrões humanitários da instituição e a eficiência da instituição, resolvem-se, frequentemente, a favor da eficiência”.

Desejando estudar as relações que a equipa estabelece com os utentes, pôde-se constatar uma diversidade de situações consoante a pessoa ou o grupo concreto de agentes: a direção administrativa, a direção técnica, os ajudantes de lar, as cozinheiras e ajudantes de cozinha...

Desta forma, de acordo com as observações realizadas, as relações de maior distância estabelecem-se com a direção administrativa. Raras vezes os elementos desta direção, apesar de se deslocarem ao centro de dia frequentemente, raramente se aproximavam dos utentes. Os idosos, geralmente, sabem da existência de uma direção “exterior” mas, muitas vezes, não conhecem os seus elementos, com a exceção do presidente, ou criam algum tipo de relação com eles. Nas suas pesquisas, Bazo (1991) verificou, também, um certo afastamento entre idosos e a direção, em alguns casos até um total desconhecimento da pessoa que dirige a residência.

Contrariamente, os residentes convivem diariamente com os restantes elementos da equipa que prestam os mais diversificados serviços aos utentes e à instituição. A cada uma dos elementos é atribuída a responsabilidade específica por um determinado sector: a portaria e o controlo das saídas e entradas; a cozinha, a limpeza e, por fim, a coordenação de todo o pessoal contratado e a gestão de todos os problemas observados no dia-a-dia do trabalho interno da instituição, que cabe à direção técnica. Desta feita, a relação estabelecida com cada um destes elementos não é a mesma e adapta-se consoante as características de cada uma.

Embora se realizem reuniões entre a direção técnica e restantes funcionários, estas acontecem pontualmente e centram-se em assuntos como a repartição das férias, a distribuição das escalas de trabalho, o desempenho das suas atividades quotidianas e as situações de sobrecarga.

Em relação ao referido anteriormente deve dizer-se que a grande maioria dos funcionários que exercem diretamente serviços conduzidos aos idosos não têm formação profissional específica para desempenhar essas funções, tendo aprendido a trabalhar com os idosos através da prática, nem têm regularmente formação que lhes possibilita participar em processos de aprendizagem contínua. Mesmo os que têm formação na área não têm os seus conhecimentos atualizados limitando-se, assim, a cumprir automaticamente com o que está pré-definido e lhes foi dirigido.



Na realidade, acompanhando a variedade das situações dos utentes no centro de dia, a postura adotada, ao nível do investimento na profissão, traz uma determinada ignorância e intransigência face às doenças e problemas/necessidades dos idosos. Se se adicionar a isto a sobrecarga de trabalho que é deliberada a estes funcionários, torna-se menos complexo entender a pouca disponibilidade para a relação, os afetos, o trato carinhoso e tolerante, terminando tal situação com o conflito que declaradamente se vai motivando entre estes dois grupos presentes na instituição.

*“Temos que andar sempre a correr para conseguirmos fazer tudo o que temos para fazer a tempo! Isto parece que não mas põe uma pessoa de rastos ...”* (T3).

A sobrecarga de trabalho é uma das condicionantes ao estabelecimento de relações de maior colaboração quer entre colegas de trabalho quer com idosos, influenciando decididamente o clima social na instituição.

Tendo em conta a baixa formação escolar e profissional destes funcionários, assim como os serviços rotineiros que lhes estão destinados, torna-se claro perceber a dificuldade em manter padrões de análise crítica baseados numa argumentação sólida, construtiva e que reflitam afeição pelo trabalho. Ao contrário, é mais fácil que o pessoal se adapte às situações instaladas, reproduzindo as atitudes de ceticismo, de malogro e desvalorização profissional dispostas à aprendizagem de uma reprodução negativa em volta do seu próprio trabalho e em volta da velhice.

É ainda importante analisar um conjunto de variáveis que podem contribuir e condicionar a relação entre membros do pessoal e idosos. Barenys realça o facto de ser essencial superar o contexto da instituição para compreender as relações entre pessoal e idosos, sendo que uma das condicionantes do cuidar é a imagem que o pessoal tem das pessoas idosas não se separando esta da imagem construída socialmente e que tende a apreciar os idosos como pessoas excluídas à espera da morte. Nesta medida, “não se pode pretender, então, que os que se dedicam, como meros empregados da sociedade, a cuidá-los, tenham uma imagem deles melhor que a sociedade que se integram” (Barenys, 1990).

Relativamente ao prestígio social ligado a esta profissão, importa dizer que é pouco enaltecido socialmente ser-se cuidador de idosos num lar, assim, um dos primeiros obstáculos à qualidade do cuidado relaciona-se com a imagem associada à sua atividade profissional. Um salário melhor poderia aperfeiçoar o desempenho dos cuidadores, uma vez que o salário está muito associado com o lugar da ocupação na escala de prestígio.

*“Fogo ainda tenho que ir para casa pensar nas prendinhas de Natal, Páscoa, São João e essas coisas para os idosos levarem para casa! Até pesquisa na net e tudo...não tenho tempo para nada! Até a minha filha diz «Ó mãe tu não és paga para estas coisas...quem ganha mil e tal euros que faça isso...»”. (T1)*

Contudo, uma das auxiliares, responsável pela animação, agrega uma atitude favorável consensual por parte dos idosos. Trata-se da pessoa que mais tempo passa com uma grande parte dos idosos e se importa por todos, ainda que seja mais dominante a sua ligação com os utentes mais autónomos. A auxiliar usa palavras de carinho e afeto pelos idosos, dedica-lhes toda a atenção que lhe é possível e preocupa-se constantemente com eles, mesmo em relação a assuntos que à primeira vista nada têm a ver com o seu âmbito de atuação. Contudo, dada a enorme quantidade de trabalho que é essencial desenvolver e a quantidade de pessoas para atender, é frequente colocar os idosos a efetuar atividades sem que sejam completamente do seu agrado ou sem que, pelo menos, compreendam o objetivo e o resultado do que estão a fazer.

Por sua vez, quer a diretora técnica quer a educadora social responsável pela parte dos idosos são vistas pelos mesmos como alguém que está mais destinada para os escritórios. Alguns utentes, embora poucos, veem na educadora social alguém significativo a quem apelam para pedir um apoio ou simplesmente fazerem um desabafo. Tais carências são sempre que possível escutadas e respondidas pela técnica. Porém, esta não desenvolve um trabalho preventivo contínuo com os idosos, recebendo-os num espaço individual para os ouvir. Assim, as relações privilegiadas que estabelece são apenas com aqueles que a procuram e pedem o seu auxílio, não havendo um real acompanhamento igualitário a todos. Porém, é alguém atento às situações que lhe são dadas a compreender por outros profissionais. Dada a quantidade de trabalho que lhe é dirigido, a maioria dele de cariz burocrático, provavelmente, nem sempre é reconhecido pelos superiores a utilidade da sua participação em momentos ou atividades significativas para os idosos, principalmente quando acontecem em horário laboral.

Nesta medida, é essencial ter em conta a autoexpressão e participação dos idosos no projeto do emaranhado institucional tornando-os mais críticos, para além de conseguir colaborar para uma modificação ativa das atitudes idadistas e conquistar também um maior respeito pelos direitos dos utentes. Seria, ainda, apeteçível uma diferenciação clara entre áreas de espaço público e privado onde os idosos pudessem selecionar entre interagir com outros ou tendo também um maior poder resguardado.

## 2.10. Interação cliente – cliente

A par da diminuição de contactos do idoso, acontece frequentemente uma diminuição da intensidade estabelecida nas relações interpessoais. Se se pode coligar esta mudança à fase do envelhecimento, ela será possivelmente mais real ainda quando se está diante de idosos institucionalizados que parcial ou totalmente separaram com o seu universo de afetos e amizades. Porém, o centro de dia poderá ser uma nova oportunidade para o estabelecimento de novas relações.

De entre as relações que ainda celebram com outros, a ligação aos outros utentes da instituição assume um papel importantíssimo, desde logo pela adjacência e acessibilidade de que se cobre. Fica então por saber se os utentes espontaneamente conquistam novas relações de qualidade, intensas e significativas.

Na realidade, não foi complexo compreender o grau de superficialidade das relações criadas, apesar da partilha de alguns episódios de vida ou desabafos de momento. Quando se questionou os utentes sobre o tema das amizades, as reações foram uniformes.

*“Eu não tenho amigos menina...sabe aqui a gente tem que se dar bem com todas, mas é só dizer bom dia, boa tarde ...não se pode dar muita confiança, porque senão, olhe...”* (Sra. P).

Um dos principais fatores dissuasores da instituição de amizades relaciona-se com a proximidade na vivência que impõe, de forma obrigada, a partilha de informações sobre a vida dos sujeitos, privando-os de uma privacidade que pretendiam. Especialmente os idosos que são mais independentes têm propensão a afastar-se, isto é, a não se envolverem em relações interpessoais com os outros utentes, esperando proteger a sua individualidade e intimidade. Tal deve-se ao facto de a intimidade ser algo que se partilha com aqueles que seleccionamos no nosso núcleo relacional. Nesta medida, os utentes procuram proteger-se de uma intimidade forçada.

*“A convivência forçada e a partilha de um mesmo espaço com alguém que se desconhece ou que, na melhor das hipóteses, se conhece superficialmente, pode refletir-se de forma negativa na interação numa realidade que lhe é estranha e muitas vezes entendida como hostil. As interações entre os muitos agentes envolvidos na realidade institucional por vezes são marcadas pela conflituosidade ou pela indiferença. É frequente os idosos considerarem que a vivência com os outros é pouco proveitosa e que, de um modo geral, tem poucos interesses em comum que lhes permitam manter uma conversação agradável...A partilha do mesmo espaço de vida não significa*

*partilha de interesses, de afetos e de projetos, o que torna a convivência artificial e suscetível de se fragilizar sempre que algo quebra a rotina diária ou as normas instituídas” (Pimentel, 2001).*

Um outro fator que condiciona o relacionamento entre os residentes é a presença de pessoas em condições de saúde muito debilitadas que criam a sensação de se estar num local para morrer, contribuindo para criar um clima tenso e ameaçador, mais propício à consciencialização dos indivíduos quanto à sua finitude. Este ambiente, torna-os mais isolados para além de criar um clima mais propício à depressão dos utentes autónomos, fechados nos seus próprios medos que resultam do confronto com uma imagem do futuro que querem evitar.

*“Nos lares de idosos, existe uma reticência a ter amigos que remete para o receio de um compromisso muito forte. Trata-se sobretudo de evitar encontrar-se numa relação de dependência afetiva que corre o risco de ser interrompida, quer pela morte, quer pelo declínio muito grande do amigo” (De Singly & Mallon, 2000).*

Por outro lado, a escassa consistência dos laços fomenta o individualismo e a insolidariedade. “Cada idoso, ao não conhecer nada ou quase nada sobre a vida passada dos que convivem com ele e ao não ter expectativas de controlar o futuro imediato das relações que estabeleça eventualmente, não pode senão desconfiar” (Barenys, 1990). O outro é sempre um enigma e com ou sem razão, o idoso sente-se forçado a resumir o seu mundo à sua pessoa e aos acessórios que pode transportar.

### **2.11. Interação cliente – família**

Entrar numa instituição, seja ela qual for, pressupõe, salvo raras exceções, uma rutura com o meio ambiente, material e social do indivíduo, um afastamento da rede de relações sociais que controlava e dos seus hábitos de vida diária... Pressupõe, pois, quebrar com todas estas rotinas, estruturadoras, funcionais, relacionais que nos habituamos a cumprir. Está em causa, por isso, um novo esforço de socialização e a adaptação a novos papéis, deixando para trás uma história de vida, de acontecimentos e papéis profissionais, pessoais, familiares assumidos.

Com a institucionalização, a manutenção de vínculos com a família pode ser fundamental para reduzir o sentimento de isolamento, solidão e abandono.

*“O distanciamento de referentes espaciais conhecidos e de velhas redes de sociabilidade origina, depois do ingresso nos lares, uma desvinculação social que não é facilmente repostas. Aliás, essa desvinculação se umas vezes pode ser olhada como*

*consequência, outras vezes é causa do internamento. Alguns idosos justificam-no por más relações, receio de «morrerem abandonados», sentimento de que representam um «fardo» para a família, temor da solidão” (Pais, 2006).*

A família é vista como o pilar de todo o suporte social recebido, porém do seu carácter “não voluntário” advém algumas consequências menos positivas para a qualidade de vida do idoso (Paúl, 2005).

*“Os meus filhos até cuidavam de mim, se lhes pedisse, mas não quero que se sintam obrigados a nada! Assim sendo vim para cá e só vou a casa dormir” (Sr. J).*

Os filhos constituem junto dos seus pais idosos uma fonte de apoio emocional e instrumental (Sousa *et al.*, 2004).

*“Se não fossem os meus filhos já tinha desistido de viver... ainda cá estou por eles...o meu marido quando morreu desejei que me levasse com ele...” (Sra. G).*

Rodrigues & Madeira (2009) afirma que especialmente o suporte familiar é considerado como um amortecedor das consequências de acontecimentos traumáticos dos indivíduos.

*“Desde que a filha dela morreu, ela nunca mais foi a mesma...também coitada com tantos filhos e só uma é que quer saber!” (Sra. G acerca da Sra. A).*

Conhecer a família permite conhecer o passado e o presente do idoso de modo a poder projetar e a planear um futuro mais digno para o mesmo (Leme & Silva, 2002).

Os utentes com maior grau de dependência, incluindo aqueles que se encontram com alterações comportamentais, recebem raramente os seus familiares no centro, uma vez que alguns não se relacionam com os irmãos com quem o pai/mãe reside.

A diminuição das redes sociais encontra-se relacionada com a diminuição da qualidade de vida do idoso, do desenvolvimento do stress quotidiano, do aumento do risco de diferenças funcionais e de incidência de doenças, tal como a ocorrência de morte em períodos mais curtos após uma doença (Sousa *et al.*, 2004).

#### IV. Projeto de Intervenção

Antes de se começar a esboçar o projeto de intervenção importa referir que os participantes tomaram conhecimento das condições<sup>10</sup> de realização do projeto bem como do seu anonimato, concordando participar voluntariamente no mesmo.

##### 1. Perspetivas face à Animação Sociocultural no centro social

Na esfera cultural, pôde-se verificar que no centro são fomentadas algumas atividades no âmbito da animação sociocultural, designadamente trabalhos de expressão plástica e ginástica.

Para além disso, os utentes ocupam muitas vezes o tempo livre com atividades de lazer, usufruindo dos recursos existentes na própria instituição, nomeadamente jornais, cartas e televisão.

*“ Às vezes jogo cartas, outras vezes leio estas revistas que andam por aí...”*  
(Sra. A)

*“Estava aqui a ler este livrito de orações que trouxe e entretenho-me assim”*  
(Sra. M)

*“Aqui o que eu faço assim mais importante coisita é jogar ao bingo e às garrafas (bowling) ... e vou vendo alguma televisão, mas claro não posso estar muito tempo sentada por causa das minhas pernas...”* (Sra. S)

*“Às vezes jogamos as cartas e assim, mas também há dias que não fazemos nada...”* (SR. G)

Os utentes gostam de participar em atividades de animação sociocultural mediante o seu interesse e possibilidade.

*“Eu gosto de fazer tudo, que remédio, ao menos não estou parada...”* (Sra. Q)

*“A gente fazíamos ali umas coisas, umas caixas, pintávamos sabonetes, assim coisa à mão... agora já não se faz nada disso, só pelo Carnaval, pelo S. martinho e pelo Natal, de resto é sempre as mesmas coisas...”* (Sra. R)

*“...às vezes resolvem fazer umas coisas... pintamos uns desenhos para pôr na cara para o Carnaval...”* (SR. J)

---

<sup>10</sup> Vide anexo IV

Apesar de se realizarem algumas atividades de animação sociocultural, muito tempo livre é passado sem qualquer ocupação. O tempo livre que existe sem atividades socioculturais, recreativas ou outras é sentido pela maioria das pessoas, que ora se resignam, ora se entediam.

*“Pois já não há nada com que a gente se distraia. Mas se estiver a ver televisão e sem fazer nada, o tempo não passa” (Sra. M)*

*“Agora não vamos fazer nada porque ela hoje tem que fazer as higiènes...” (SR. J)*

*“Vem aqui o T. (professor de ginástica) fazer ginástica com a gente... parece que é duas vezes por semana mas também vem quase na hora de comer (almoço), mas ao menos dá para não enferrujar tão depressa.” (Sr. A)*

Quando interrogado sobre a Animação Sociocultural, o pessoal técnico responsável diz que a mesma tem por objetivo propiciar o bem-estar dos utentes a todos os níveis.

*“Proporcionar o acompanhamento mais próximo dos idosos... constante aos utentes que já é o que acontece. Serve também para eles ocuparem os tempos livres, para eles também não ficarem sempre a pensar no passado, porque há pessoas que tiveram uma vida bastante cruel, e é mau para eles estarem sempre a pensar nas mesmas coisas...” (T5)*

*“...eu acho que a animação serve para eles se distraírem e para conviverem um bocadinho. Assim também não estão sempre a pensar nas mesmas coisas e distraem-se. Ao menos fazem coisas novas e mexem-se, não estão sempre sentados a ver televisão e a dormir...” (T4)*

Todavia, a falta de recursos humanos afeta negativamente o aperfeiçoamento de atividades de Animação Sociocultural, que acaba por ficar, quase sempre, para último plano.

*“...eu não posso fazer tudo, tenho muitas coisas (...) tenho os banhos, tenho os PDI's para fazer de meio em meio ano, às vezes ainda tenho higiènes para fazer também, tenho que servir os almoços e arrumar a cozinha e ainda tenho que ir para as crianças ao fim do dia... aquela horita e meia não serve de quase nada... eles até precisavam de estar mais ocupados...era uma forma de se afastarem um bocadinho dos problemas de lá de fora...” (T1)*

Uma das soluções propostas para a solução deste problema seria:

*“Reformular as tarefas de cada funcionária de forma a poder dedicar-me mais à animação...ou então pôr cá alguém que perceba mais disto e eu continuo com as minhas outras funções e fica essa pessoa só com a animação.” (T1)*

Deste modo, pensa-se que há necessidade de melhorar a vida do centro social, nomeadamente, através de uma maior articulação e participação das gerações mais novas que frequentam o centro social, que é expressa nas citações seguintes:

*“Ocupar os idosos para eles não se sentirem sozinhos... devia-se misturá-los mais com os meninos... Era interessante um envolvimento maior com a família e com as gerações mais novas... (T4)*

Assim, pode dizer-se que a Animação Sociocultural é vista de uma forma abrangente, não tendo como função somente ocupar o tempo livre de forma aleatória. Ela adota desígnios mais profundos e importantes como a integração e inclusão social. Aliás, ela deve ajudar na realização dos objetivos do centro social, que foram supracitados previamente.

Para que estes objetivos fossem atingidos, o centro social propunha-se, no Regulamento Interno consultado, proporcionar o “funcionamento regular de atividades socio-recreativas, adequadas às necessidades dos utentes”. Porém, nem sempre isso foi observado. Na maioria das vezes, o funcionamento do centro social, com horários e rotinas inflexíveis, acabava por tornar a vida dos idosos muito limitada e planeada e por dificultar a tarefa da técnica responsável pela animação, tal como a realização de qualquer projeto. Exemplificando, de manhã, por volta das 10:30h tomava-se o pequeno-almoço e o resto da manhã era para alguns banhos e higiene; às 12:30h era servido o almoço; das 14:30h às 15:50h era a hora que a técnica da animação tinha disponível para a realizar, uma vez que às 16h era o lanche da tarde e às 16:45h efetuava-se o transporte dos idosos de para as suas casas. Assim, apenas aproximadamente duas horas no período da tarde, entre as 14:30h e as 15:50h restavam para as atividades culturais e recreativas

Apesar de no centro social serem desenvolvidas atividades de animação sociocultural, dirigidas à terceira idade, sob a orientação de uma funcionária responsável ainda sobra bastante tempo livre aos idosos, caracterizado por uma grande inatividade, facto corroborado pelas afirmações dos próprios utentes, já descritas anteriormente.

Constatou-se ainda, pelas conversas que se teve com as técnicas, que apesar de funcionarem no mesmo centro social diferentes valências os contactos entre idosos e



crianças eram esporádicos (como por exemplo em festas de Natal, Carnaval...). Daí que parece pertinente o estabelecimento de uma maior ligação entre ambas as gerações - necessidade sentida e expressa também pelas técnicas do centro social aquando da entrevista - numa tentativa de integrar o projeto de intervenção na vida global do centro.

Foi neste momento que o projeto de intervenção se começou a esboçar, sendo orientado para consciencializar os idosos da sua própria realidade implicando-os na dinamização do seu próprio ambiente.

## **2. Objetivos do projeto:**

Segundo os dados recolhidos durante a realização do diagnóstico, o projeto de intervenção foi esboçado tendo em conta as deficiências detetadas ao nível da animação sociocultural. Deste modo, apelou-se ao grupo de idosos que se auto envolvesse na resolução das suas necessidades. Assim, em reunião com o grupo, utilizando a técnica de “brainstorming”, emergiram sugestões de atividades que tinham como base a interação intergeracional com os grupos que faziam parte do centro social e a dinamização do centro de dia com atividades diversas como foi o caso da mini horta.

Antes de se passar à exposição das atividades desenvolvidas, parece-nos importante começar por mencionar os objetivos que se pretende atingir com o projeto.

Desta feita, apresenta-se como objetivo geral do projeto:

- Implementar atividades de animação sociocultural que promovam a participação ativa dos idosos do centro de dia;

Os objetivos específicos são:

- Promover a intergeracionalidade;
- Melhorar a autoestima através da participação ativa;
- Inculcar sentimentos de autonomia e utilidade social;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos do centro de dia.

## **3. Recursos**

Para Serrano (2008) “é conveniente ter conhecimento, desde os momentos iniciais do diagnóstico, dos recursos, tanto humanos como económicos, de que podemos dispor para a realização de um projeto”. Deste modo, a realização do projeto recrutou

diferentes recursos, sendo eles humanos, materiais e financeiros, indicados seguidamente.

### **3.1. Recursos Humanos**

Relativamente aos recursos humanos envolvidos neste projeto, pôde-se contar com a Educadora Social, envolvida na dinamização do projeto, um grupo de 8 idosos do centro de dia que se voluntariaram para participar no projeto; as crianças do Jardim-de-Infância e as Educadoras de Infância, responsáveis pelos grupos de crianças; um investigador.

### **3.2. Recursos Materiais**

No que diz respeito aos recursos materiais, estes foram diferenciados consoante cada atividade levada a cabo, como por exemplo, material audiovisual (computador, máquina fotográfica, leitor de DVD, televisão, leitor de CD's, instrumentos musicais, material de desgaste (papel, tintas, colas, etc.) e espaços físicos como salas para as reuniões e entrevistas efetuadas e os encontros com os diferentes intervenientes.

### **3.3. Recursos Financeiros**

No que respeita a recursos financeiros, não se apontam despesas de maior. Foram comprados tecidos para as personagens das Lendas no valor de 15 euros, 2 euros em sementes para a mini horta e aproximadamente 225 euros que a direção gastou ao oferecer as fogaças. Alguns recursos materiais foram disponibilizados pelo centro social, como a tela de projeção, material de desgaste... Outros recursos utilizados foram recursos pessoais do investigador, como o computador portátil, o projetor...

### 3.4. Realização do Projeto de Intervenção

Quadro nº 7 – Cronograma de ação temporal

		Dezembro																															
Sessões/Dias		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Sessão 1		■	■	■					■	■						■	■						■	■						■	■		
Sessão 2		■	■		■											■	■							■	■						■	■	
Sessão 3		■	■			■										■	■							■	■						■	■	
Sessão 4		■	■				■									■	■							■	■						■	■	
Sessão 5		■	■					■								■	■							■	■						■	■	
Sessão 6		■	■						■	■						■	■							■	■						■	■	
Sessão 7		■	■										■	■										■	■						■	■	
Sessão 8		■	■											■	■									■	■						■	■	
Sessão 9		■	■													■	■							■	■						■	■	
Sessão 10		■	■													■	■							■	■						■	■	
Sessão 11		■	■													■	■							■	■						■	■	
Sessão 12		■	■													■	■							■	■						■	■	
Sessão 13		■	■													■	■							■	■						■	■	
		Janeiro																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Sessão 14				■		■	■						■	■						■	■							■	■				
Sessão 15					■	■			■				■	■							■	■						■	■				
Sessão 16					■	■					■			■	■						■	■						■	■				
Sessão 17					■	■							■	■							■	■						■	■				
Sessão 18					■	■							■	■				■				■	■					■	■				
Sessão 19					■	■							■	■							■	■						■	■				
Sessão 20					■	■							■	■							■	■			■			■	■				
Sessão 21					■	■							■	■							■	■				■		■	■				
Sessão 22					■	■							■	■							■	■					■	■			■		
		Fevereiro																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
Sessão 23		■	■	■						■	■						■	■						■	■								
Sessão 24		■	■		■												■	■						■	■								
Sessão 25		■	■					■									■	■						■	■								
Sessão 26		■	■									■					■	■						■	■								
Sessão 27		■	■													■	■							■	■								
Sessão 28		■	■														■	■			■			■	■								
Sessão 29		■	■														■	■				■		■	■								
Sessão 30		■	■														■	■						■	■		■						
Sessão 31		■	■														■	■						■	■				■				

	Março																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Sessão 32																																	
Sessão 33																																	
Sessão 34																																	
Sessão 35																																	
Sessão 36																																	
Sessão 37																																	
Sessão 38																																	
Sessão 39																																	

Legenda:	
Dia de atividades	
Fins-de-semana	

Numa fase inicial do projeto foi realizada a recolha de informações para análise e o diagnóstico da realidade envolvente, cujos resultados foram apresentados previamente.

Feitos o diagnóstico e a análise dos dados começou-se a delinear a planificação e calendarização das atividades que faziam parte integrante do projeto.

É importante frisar que durante todas as fases do projeto as visitas ao centro eram diárias (excetuando os fins – de – semana) uma vez que o observador se encontrava a realizar estágio profissional na instituição em causa. As fases de diagnóstico e planificação tiveram a duração de sensivelmente oito meses, entre Junho de 2012 e Janeiro de 2013. Toda esta fase envolveu uma série de procedimentos importantes para a elaboração do projeto, tais como a recolha de informações, conhecimento e seleção dos participantes, realização de entrevistas, reuniões com o grupo de idosos e com as técnicas da instituição, a fim de se definirem objetivos e atividades para o projeto com base no diagnóstico das necessidades detetadas.

Esboçado o projeto, a sua aplicação e execução prolongou-se por um prazo de quatro meses. Os encontros para a prática do mesmo foram sendo realizados em média de duas vezes por semana, entre as 14:30h e as 16h, na sala de convívio do centro social e tinham a duração de hora e meia, no máximo.

### **Sessão 1**

**Duração:** 100 minutos

**Objetivos:** Dar-se a conhecer ao investigador através do livre fornecimento de algumas características pessoais. Levantar ideias para o projeto.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** A estratégia utilizada para o levantamento de ideias para o projeto de intervenção foi a discussão em grupo utilizando a técnica de “brainstorming” de onde surgiu uma série de ideias interessantes para o projeto. A ideia mais unânime foi a de adotarem o papel de contadores de histórias para as crianças da creche e do jardim-de-infância. Contudo, apesar de entusiasmados, existia nos idosos um sentimento de “descrença” em si mesmos, ou seja achavam que não eram suficientemente capazes de assumirem tal papel...ou porque não sabiam falar, ou porque achavam que não conseguiam cativar as crianças, etc... Uma outra ideia que surgiu desta reunião foi a criação de uma mini horta na parte de trás do centro social.

### **Sessão 2**

**Duração:** 120 minutos

**Objetivos:** Potenciar a interação entre os idosos e o investigador.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** Nesta sessão com os idosos fez-se um levantamento de contos que gostariam de contar às crianças de onde se conseguiu escolher a Lenda dos Reis Magos e a Lenda das Fogaceiras, tendo em atenção as preferências dos idosos e as datas que se aproximavam. Foram então marcadas as datas de apresentação das lendas juntamente com a disponibilidade das educadoras, sendo elas: a primeira lenda seria contada no dia 10 de Dezembro (servindo de ensaio para a apresentação dos idosos na Festa de Natal a 16 de Dezembro) e a segunda lenda a 22 de Janeiro. Uma vez que a data da apresentação da primeira lenda foi muito próxima desta sessão, resolveu-se distribuir nesta mesma os papéis das personagens da primeira lenda a cada um dos participantes, dependendo das personagens que cada idoso gostaria de desempenhar, conforme os gostos e a capacidades de cada um.

### **Sessão 3**

**Duração:** 90 minutos

**Objetivo:** Promover a expressividade e atenção dos utentes.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, lenda e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** Nesta sessão começou-se o ensaio da leitura da história, onde cada utente adotava o seu papel progressivamente.

#### **Sessão 4**

**Duração:** 130 minutos

**Objetivo:** Estimular a motricidade fina.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, pacotes de leite, purpurinas, tintas e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** Na 4ª sessão os idosos iniciaram a elaboração de adereços para a primeira lenda a ser apresentada. Com o decorrer desta sessão pôde-se observar satisfação no rosto dos idosos, de certa forma sentiam-se úteis, visto que se tratavam de atividades mais práticas.

#### **Sessão 5**

**Duração:** 150 minutos

**Objetivo:** Potenciar a atenção e a memória.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, gravador e presépio

**Descrição da atividade:** Já no 6º encontro se procedeu à leitura do texto da primeira lenda. Uma vez que alguns idosos não sabiam ler e muitos deles tinham dificuldade em decorar as suas falas, a educadora social bem como o observador acharam por bem que a lenda fosse gravada e apresentada em voz off (feita pelo observador) com os idosos a encenar. É importante referir que esta sessão foi das mais longas sendo que a peça foi ensaiada 3 vezes, uma vez que no próximo encontro a peça seria já apresentada às crianças.

#### **Sessão 6**

**Duração:** 70 minutos

**Objetivo:** Promover intergeracionalidade e convívio.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, gravador e presépio

**Descrição da atividade:** Chegado o dia 10 de Dezembro os idosos apresentaram às crianças a Lenda dos Reis Magos na sala de convívio do Centro de Dia, visto que seria mais fácil deslocar as crianças do que os idosos devido a limitações físicas de alguns. A assistir a esta pequena encenação estiveram alguns elementos integrantes da instituição,

sendo eles: a educadora social, a técnica que estava responsável pela animação, pessoal auxiliar do centro social, as educadoras e crianças do jardim-de-infância. Depois da apresentação da primeira lenda, as crianças, já nas suas salas, realizaram um dossier com desenhos feitos por elas acerca da lenda dos Reis Magos que posteriormente foi oferecido aos idosos e que se encontra na sala de convívio do centro de dia. Pode concluir-se desta atividade que a mesma foi bastante enriquecedora quer para os idosos quer para as crianças conseguindo conciliar o conceito de intergeracionalidade com o convívio e a partilha de experiências.

### **Sessão 7**

**Duração:** 50 minutos

**Objetivo:** Estimular a expressão e comunicação.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, conto e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** Uma vez que a festa de Natal já se encontrava muito próxima e que da festa de Natal até à apresentação da segunda lenda seria um “saltinho de pardal”, a técnica responsável pela animação em conjunto com o observador decidiram que nos dias em que os idosos não ensaiassem para a festa trabalhariam já na Lenda das Fogaceiras. Sendo assim, a meio da segunda semana de Dezembro já havia novamente sessão, uma vez que a apresentação desta lenda seria feita com mais pormenores comparativamente à lenda apresentada anteriormente. Nesta sessão houve a distribuição de papéis para a 2ª lenda. Foi uma sessão mais curta uma vez que esta semana foi muito cansativa e um pouco confusa para os idosos, visto que se encontravam a ensaiar ainda a primeira peça para apresentar na Festa de Natal e a construir adereços e indumentárias para a Lenda das Fogaceiras.

### **Sessão 8**

**Duração:** 70 minutos

**Objetivo:** Dar voz aos idosos.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, conto e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** Neste encontro ainda na segunda semana de Dezembro começou-se com a leitura e preparação da lenda para conhecer o tipo de adereços e indumentárias que seria necessário realizar.

### **Sessão 9, 10, 11 e 12**

**Duração:** 360 minutos

**Objetivo:** Estimular a criatividade, a capacidade de aprendizagem, a motricidade fina e a interação entre os membros do grupo.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, conto, tecido, corda, computador, imagens ilustrativas do Concelho de Santa Maria da Feira, material de desgaste.

**Descrição da atividade:** Depois do levantamento dos adereços, cenários e vestuário necessários procedeu-se à construção dos mesmos, já na terceira semana de Dezembro. Nesta etapa do projeto foram detetadas algumas dificuldades com a realização do vestuário das personagens resolvendo-se fazer apenas o género de uma saia vermelha para traçar à cintura da personagem de S. Sebastião e uma capa preta para colocar sobre os ombros da personagem do Infante D. Pedro. A construção dos cenários ficou à responsabilidade do observador uma vez que em conjunto com os idosos ficou decidido que seria projetadas imagens com o Castelo de Santa Maria da Feira e com a Igreja do Convento do Espírito Santo.

### **Sessão 13 a 19**

**Duração:** 450 minutos

**Objetivo:** Estimular a concentração, a atenção e a memória dos idosos. Integrar um idoso surdo-mudo na peça.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, conto, computador portátil, projetor, vestuários, adereços e material de desgaste.

**Descrição da atividade:** No final da quarta semana de Dezembro começou-se a ensaiar a Lenda das Fogaceiras. Aqui importa referir que uma vez que durante a lenda as personagens raramente falavam, optou-se por ser o observador a narrar a história cabendo aos idosos encená-la. Esta tarefa não foi de todo fácil pois requereu uma grande concentração por parte dos idosos para estes saberem quando e onde tinham de atuar. Admite-se que durante as duas primeiras sessões foi uma desordem tremenda uma vez que os utentes precisavam sempre que alguém lhes desse sinal para entrar em cena, o que quebrava o próprio ensaio. Um outro handicap foi o facto de se ter integrado um idoso mudo nesta lenda a fazer o papel de S. Sebastião. Foi uma experiência bastante interessante uma vez que este utente só participa em atividades físicas devido à sua deficiência auditiva, tais como boccia, bowling, ginástica, entre outras... Os ensaios para esta peça prolongaram-se pelas três primeiras semanas de Janeiro, sendo que no



último ensaio os idosos ensaiaram com o vestuário e com os adereços tal como se fosse o dia da apresentação da lenda.

### **Sessão 20**

**Duração:** 90 minutos

**Objetivo:** Promover a intergeracionalidade e o convívio. Inculcar nos idosos um sentimento de autoestima.

**Recursos:** Sala, cadeiras, mesa, conto, computador portátil, projetor, vestuários, adereços, material de desgaste e fogaças.

**Descrição da atividade:** Chegando o dia 22 de Janeiro os idosos apresentaram a Lenda das Fogaceiras aos meninos do jardim-de-infância. Foi uma experiência muito enriquecedora e que contou também com a participação de 5 funcionárias que assumiram o papel de fogaceiras para encenarem o cortejo dos Paços do Concelho até à Igreja Matriz. No final da apresentação a direção do Centro Social ofereceu às crianças, aos idosos e aos funcionários uma fogaça para assinalar o feriado municipal de Santa da Feira. À semelhança da lenda anterior, os meninos do jardim infantil realizaram um dossier com trabalhos de expressão plástica alusivos à Lenda das Fogaceiras e ofereceram-no aos idosos do centro de dia.

### **Sessão 21 a 39**

**Objetivo:** Reviver memórias passadas e potenciar o espírito de grupo e de interajuda

**Recursos:** Terra, sementes, água e material de agricultura.

**Descrição da atividade:** Uma outra meta do projeto de intervenção em causa era a realização de uma mini horta na parte de trás do CSSC, de acordo com os gostos da grande maioria dos utentes que nas suas casas cultivavam para consumo próprio. Esta atividade foi possível realizar uma vez que o observador comprou algumas sementes e outras foram oferecidas por conhecidos para a construção da mini horta. Esta foi uma atividade realizada a partir da 22ª sessão, imediatamente após à apresentação da última lenda. Nesta horta foram plantados brócolos, salsa, alecrim, tomates e morangos. Todos os dias de manhã, mal chegados ao centro, 3 utentes rotativos iam ver como estava a horta e caso necessário regavam-na e tiravam-lhe algumas ervas, enquanto que os outros ficavam a observar o “trabalho” dos colegas pela janela. Nos dias de chuva esta responsabilidade ficava a cargo de uma funcionária da instituição que se disponibilizou para tal. Os alimentos recolhidos pelos idosos, sendo ainda poucos uma vez que a horta

tem pouco tempo, eram oferecidos à cozinha para ajudar na confeção dos alimentos. Esta atividade foi bastante interessante uma vez que permitiu aos idosos reviverem memórias passadas transmitindo-lhes um sentimento de utilidade e capacidade de zelo por algo que lhes diga respeito e que apreciem.

É importante dizer que a par do projeto de intervenção foram realizados com a técnica responsável pela animação e com os idosos trabalhos temáticos para assinalar as épocas festivas: Natal, Carnaval e Páscoa. Neste tipo de atividades mais vulgares os utentes puderam trabalhar a criatividade bem como a motricidade fina.

## V. Avaliação

A avaliação é considerada como um conjunto de procedimentos para julgar os méritos de um programa e fornecer uma informação sobre os seus fins, as suas expectativas e os seus resultados, quer sejam previstos ou imprevistos, bem como os seus impactos (Guerra, 2002).

Permite, como tal, averiguar sobre a eficácia da intervenção, conhecendo e compreendendo os fatores associados ao êxito ou ao fracasso dos seus resultados (Idáñez e Ander-Egg, 2002).

A avaliação deve, assim, ser sistemática e contínua, o que requer que se vão registando as respostas da pessoa idosa às intervenções e a evolução no sentido dos resultados. Por outro lado, esta recolha contínua de dados serve também para rever, sempre que necessário, os diagnósticos e os resultados esperados. Isto permite não só ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias, caso estas sejam indesejáveis (Guerra, 2002).

É fundamental que se tenha postulado, na fase da definição dos objetivos e das atividades, os respetivos indicadores, para poder avaliar em que medida se cumpriu o programa.

É também importante que averigue o grau de satisfação da pessoa idosa, bem como das evoluções que ela sente, ou as falhas que deteta, podendo apresentar sugestões para ações futuras.

Na realidade, como afirma Hesbeen (2003), a eficácia da intervenção só poderá ser real se ela fizer sentido para a existência de quem é cuidado, ou seja, se a ação se enquadra na direção que a pessoa considera desejável.

Por outro lado, a avaliação deve conter em si propostas concretas de reprogramação com o fim de melhorar deficiências ou insuficiências que se tenham detetado.

O desempenho profissional deverá, assim, situar-se num padrão de qualidade que passa, precisamente, pela avaliação sistemática da prática.

No que respeita à avaliação inicial do projeto em questão pode dizer-se que esta foi realizada aquando do diagnóstico e possibilitou fazer o ponto de partida do mesmo. Teve como principal objetivo conhecer os agentes do centro social, identificar os problemas e as suas origens. Tendo por base os dados recolhidos na fase de diagnóstico

foram feitas propostas de resolução que visaram dar resposta às necessidades sentidas pelos utentes bem como pelos técnicos do centro social.

Durante a avaliação do processo utilizou-se, como método de recolha de dados, a observação participante, segundo a qual se avaliou os níveis de participação dos idosos que se mostraram sempre colaboradores e participativos, exceto quando demonstravam sinais de cansaço, como dificuldade em se manterem em pé, dores de coluna ou dores de cabeça. Nestes casos, o tempo da atividade era redefinido em função da predisposição dos utentes. Por exemplo, teve que existir reajuste no horário das atividades realizadas às quartas-feiras de modo a estas não interferirem no momento de os idosos rezarem o terço, tiveram que ser feitas pausas durante os ensaios das peças uma vez que os idosos se sentiam cansados de estar em pé...

Já na fase final do projeto, optou-se por se realizar a entrevista em grupo<sup>11</sup> como técnica de recolha de dados sobre a execução projeto. Esta técnica possibilitou uma avaliação segura tendo em consideração as opiniões presentes nos depoimentos dos utentes que conseguiram dar respostas às questões da avaliação. Importa aqui referir que os testemunhos dos utentes para análise foram gravados e transcritos com autorização prévia dos mesmos. Assim, a análise de conteúdo realizada aos testemunhos dos idosos dados na entrevista de grupo permitiu avaliar o resultado final do projeto sob quatro perspetivas distintas, sendo elas: a do desenvolvimento pessoal, a das relações sociais, a da autoestima e a do divertimento.

Desta feita apresenta-se seguidamente a análise de conteúdo:

### **1) Desenvolvimento pessoal**

No que respeita à dimensão do desenvolvimento pessoal, aqui pode referir-se que os idosos consideraram o projeto muito interessante e útil.

*“Foi muito interessante, muito mesmo...fizemos coisas diferentes.”*

*“Eu gostei muito, até foi uma coisa útil podermos dar comida às cozinheiras...é pouquinho, mas assim já poupam alguma coisa.”*

---

<sup>11</sup> Vide anexo V

Para além disto foi possível verificar que a opinião dos utentes acerca de si mesmos mudou com o decorrer do projeto. Afinal foram capazes de ser contadores de histórias o que não acharam possível no início.

*“Ai menina, nunca pensei em podermos mostrar aquelas histórias aos pequeninos...acha que eles gostaram? Eu nem acredito...”*

*“Vê, até o mudinho conseguiu...ele também não precisava de falar, mas não foi fácil...”*

## **2) Relações Sociais**

*“Na velhice assiste-se a uma progressiva redução da atividade social, devido a diversos fatores e perdas: reforma, viuvez, independência dos filhos, perda de autonomia, perda de amigos, etc.”* (Oliveira, 2008).

Contrariando esta tendência, relativamente às relações sociais pode dizer-se que o projeto estimulou as relações intergeracionais e o convívio social, tal como se verifica nos seguintes relatos:

*“... pois, brincávamos com os meninos...”*

*“Gostei muito de estar com as criancinhas, ela são tao boas...não sei como há gente que lhes faz males grandes.”*

*“Não sei se você reparou, mas enquanto a gente fazia as histórias os meninos estavam sossegadinhos e sempre a olhar para nós, até parecia que estavam mesmo a perceber.”*

*“E a menina sabe que ainda ontem veio cá um menino com a professora buscar um remédio que está aqui na nossa farmácia e perguntou quando vinham outra vez para cima ver mais histórias? Ela (educadora) até disse que os meninos estão sempre a perguntar por nós...”*

*“Agora até quando vou embora passo por uma sala dos pequeninos e eles vêm à janela dizer «xau»”.*

### **3) Autoestima**

No que diz respeito à dimensão da autoestima, através de conversas com os utentes do centro de dia foi possível observar que estes se sentem valorizados quer por outras pessoas quer por si mesmos:

*“Temos que fazer isto mais vezes menina, gostei tanto...principalmente da hortinha que assim a gente mostra que ainda sabe fazer alguma coisita (risos) ”.*

*“Os meninos também devem ter gostado muito senão não diziam que queriam vir mais veze nem estavam tão quietinhos quando fazíamos as histórias para eles.”*

*“Isto até é bom para as crianças porque assim elas podem ver que os velhos sabem fazer alguma coisita...só que estes ainda são muito pequeninos, se calhar, para entender isto.”*

*“Você ouviu a doutora a dizer que tínhamos que ir à televisão? Eu acho que ela estava a brincar, mas para dizer assim aquilo é porque até gostou.”*

Através destes relatos pensa-se que a participação ativa dos idosos no projeto permitiu o aumento da sua autoestima bem como a sua valorização pessoal e social.

### **4) Autonomia**

No que se refere à autonomia, o projeto proporcionou momentos em que de certa forma os idosos se sentiam autónomos:

*“Diverti-me muito na hortinha menina e agora é uma coisa que temos para muito tempo se for bem tratadinha. Está a ver às vezes é preciso um empurrãozinho que a gente sozinhos até trata bem daquilo”*

*“Ai foi tao gira a nossa festa de Natal, já não me lembrava de fazermos assim uma coisa «grande»...antes costumávamos cantar e agora já fizemos um teatro. Eu cá arranjei as minhas coisas, vesti-me sem ajuda de ninguém e depois lá fui à minha vidinha...também moro ali perto”*

*“Os ensaios é que foi...deu para a gente se rir e tudo...enganávamo-nos tantas vezes que até dizíamos coisas sem larilolé nenhum... Mas lá para o fim já quase nem era preciso ajuda que a gente desenrascava-se.”*

*“Olhe, sabe...digo-lhe uma coisa...mas, assim muito honesta, mesmo de dentro...eu nunca pensei que conseguia fazer aquela coroa do rei sozinho, só me deram os materiais, mais nada.”*

*“Acho que vou voltar a fazer a minha horta lá em casa, ao menos ponho umas couves... a gente é que se dá à malandrice, mas se aqui se faz em casa também posso muito bem fazer.”*

Para além de ser necessário verificar o efeito que a intervenção teve nos idosos é também fundamental identificar os pontos fortes do projeto bem como os limites e constrangimentos.

Relativamente aos pontos fortes do projeto de intervenção pode destacar-se o facto de o mesmo ter sido escolhido pelos idosos segundo os seus gostos e preferências. Um outro aspeto positivo que se destaca é a fomentação das relações intergeracionais bem como o sentimento de utilidade e autoestima referidos anteriormente. O facto de serem os idosos os contadores de histórias e não os espectadores é também um aspeto positivo a referir. Por último, o facto de cultivarem a sua própria horta e oferecerem os alimentos à cozinha conferiu-lhes um sentimento de utilidade e a oportunidade de reviverem memórias passadas.

No que diz respeito aos limites e constrangimentos estes são, na realidade, as circunstâncias atuais ou latentes capazes de dificultar substancialmente o bom desenvolvimento do projeto de intervenção.

Existem limites e constrangimentos ligados às características dos clientes, tais como as personalidades complexas, formas de estar, hábitos e rotinas, crenças religiosas e relacionados com a finitude do ser humano.

A formação da personalidade de cada sujeito é sempre um processo *“in continuum”*. Os êxitos e adversidades, os sonhos e desilusões, os projetos e derrotas que se enfrentam ao longo da vida determinam esta evolução contínua e dinâmica.

Pôde-se constatar que são pessoas que, por vezes, apresentam dificuldades de estabelecer processos comunicacionais e relacionais harmoniosos, pelas mais diversas razões, o que exige um aperfeiçoamento nas técnicas da relação de ajuda positiva por parte dos agentes com elas implicados.

As formas de estar, hábitos e rotinas são um dos indícios mais importantes que o investigador deve conhecer, pois para intervir é necessário conhecer e respeitar. Só

então adequar e propor sempre que seja necessário novas formas de “fazer as coisas”. O estabelecimento da relação humana é, como se viu, fundamental neste processo.

Lidar diariamente com a finitude do ser humano é algo que desgasta emocionalmente o investigador. As imposições ao nível psicológico são fortes. A ambição de um serviço de qualidade implica aprender/conhecer e reaprender/reconhecer constantemente a lidar com esta característica.

O tempo para a execução do projeto foi pouco. Elaborar um plano de toda a atividade é o primeiro passo para uma adequada gestão do tempo, mas não é o suficiente, pois há que ter em conta os possíveis contratempos, e por isso é necessária flexibilidade e capacidade de fazer face ao imprevisto.

O número reduzido de participantes que não permitiu uma maior generalização do projeto é um constrangimento do mesmo.

Contudo, o maior constrangimento deste projeto na perspetiva do investigador é a incerteza quanto à continuidade do trabalho iniciado, por parte da instituição, o que compromete a efetiva mudança que se pretendeu operar com esta intervenção.

Mesmo assim, considera-se que o projeto de intervenção realizado contribuiu positivamente para a participação ativa dos idosos do CSSC, bem como para a melhoria da autoestima e promoção de relações intergeracionais.



## VI. Reflexão

Em cunho de conclusão, sublinha-se que apesar das alterações registadas na intervenção direcionada para a área do envelhecimento, muito ainda apraz fazer. É importante que se aposte na investigação e se promovam cada vez mais medidas que fomentem não só a melhoria do bem-estar físico e psicológico, mas também o bem-estar social, promovendo desta forma, a manutenção das redes de suporte social.

A transformação das estruturas familiares, no seguimento da saída dos filhos para o mercado de trabalho, muitas vezes em lugares distantes da residência de origem, o ato de cuidar dos mais idosos passa assim para a esfera das instituições, contribui para a diminuição da cooperação entre gerações.

Analisando as políticas sociais em geral, constatou-se a importância da existência de uma política social que contemple as especificidades da terceira idade, uma vez que se verifica a ausência de uma ação global integrada, em que as várias componentes deveriam complementar-se e interligar-se para a mudança.

A génese deste projeto de intervenção prendeu-se com a necessidade de repensar estratégias no plano social para um sector da população que tem vindo a crescer cada vez mais e que é tantas vezes estereotipado negativamente e desvalorizado considerando-se importante contribuir para o bem-estar e para a qualidade de vida dos idosos.

Se é certo que as instituições para idosos devem responder às necessidades mais básicas dos indivíduos como a alimentação, higiene e cuidados de saúde, é igualmente importante a vida e ocupação social dos mesmos:

*“...a animação é quase sempre o parente pobre das prioridades das instituições, sejam públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos. Estas dirigem os seus recursos (humanos, materiais e financeiros) principalmente para a higiene, saúde e alimentação do idoso, e só se sobrar tempo e alguns meios se preocupam com a animação. Esta é considerada secundária e sem grande validade. A maioria das organizações limita-se a fazer alguns passeios, duas ou três festas anuais e a comemorar o aniversário dos idosos, se tanto.*

*No entanto, se a animação for encarada ao nível dos outros serviços pode contribuir, e muito, para o cuidado do idoso e para a melhoria da sua qualidade de vida”.* (Jacob, 2008).

A sua conceção teve como base o quadro teórico apresentado anteriormente e o contexto em análise e outros contextos semelhantes.

É importante investir na investigação como ferramenta indispensável no desenvolvimento e aperfeiçoamento da resposta social, no sentido de traçar um plano gerontológico integral, de modo a favorecer-se a qualidade e promoção do bem-estar dos idosos.

Contudo, cabe, também, à sociedade a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos, garantir e fomentar a participação cívica, a todos os níveis de decisão. A promoção da vida social, solidária e voluntária, o exercício da cidadania é uma responsabilidade coletiva e um dever e direito individual. A rede de suporte social de cada um e sobretudo a existência de relações significativas, deve corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento. À semelhança do que se passa com indivíduos de outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos.

Conclui-se com a importância da construção de uma rede de suporte social e da existência de confidentes, ao longo do curso de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- Alda, J. e Montón, J. (1996). *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
- Arrazola, F.J., Méndez, A., Lezaun, J.J. (2003). *Centros de Día - Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo*. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales. Artaso.
- Ander-Egg, Ezequiel (2000). Metodologia Y Práctica de la Animacion Sociocultural (...), págs. 244-250 - "Elaboración y diseno de proyectos"; págs. 313-333, capítulo 11: "Problemas Operativos de la práctica de la animacion sociocultural".
- Baltes, P., Baltes, M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Barreto, J (2005). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual*. Revista da Faculdade de Letras. Sociologia / coord. António Teixeira Fernandes. - Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. - Série I, vol. 15, 2005 (pp. 289 a 302) - Anual.
- Beauvior, S. (1977). *A Velhice. A Realidade Incómoda*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro Editora.
- Benet, A.S. (2003). *Los centros de día para personas mayores*. Edicions de la Universitat de Lleida.
- Carvalho, M.I. (2006). *Orientações da politica de cuidados às pessoas idosas dependentes - modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus*. Comunicação no Congresso internacional sobre gerontologia. Lisboa.
- Castiello, M.T. (1996). Centro de Día : Conceptualizacion. *Em*: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., *Centro de Día para Personas Mayores Dependiente*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
- Cerrato, I. (1996). Atencion Psicológica. *Em*: Alda, J.; Dompedro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
- Cid, X. e Dapia, M. (2007). Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas – perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega. *Em*:

- Osório, A. R., Pinto, F. C., *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa*. Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa.
- Conrad, K.J., Hughes, S.; et al. (1993). Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*.48, nº 3: 112-122.
  - Cortés, A. e Juárez, A. (1996). Programa de cuidados de enfermagem. *Em: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., Centro de Día para Personas Mayores Dependiente*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.
  - Ermida, J.G. (2000). Envelhecimento e exercício físico. *Em: Pinto, A.M., Saúde e exercício físico*, Quarteto Editora. Coimbra.
  - Erikson, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
  - Fischer, Gustave-N (1994). *Psicologia Social Do Ambiente*. Lisboa: Instituto PIAGET.
  - Gaugler, J.E., Zarit, S.H. e Townsend, A. (2003). Evaluating Community – based Programs for Dementia Caregivers: The cost implications of Adult Day Services. *The Journal of Applied Gerontology* Nº 1, Vol.22: pp. 118-133.
  - Gaulejac, V., Bonetti, M., Fraisse, J. (1995). *L'ingeniere Sociale*. Paris: Syros.
  - Goffman, E. (1996). *Manicómios, Prisões e Conventos*. S. Paulo: Editora Perspectiva.
  - Gómez, J. A. C. (1997). *Paradigmas Teóricos na Animação Sociocultural*. In TRILLA, Jaume (coord.). *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Instituto Piaget.
  - Guerra, Isabel (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção*. Portugal: Princípia.
  - INE (2003), *Censos 2001 - Portugal Social 1991-2001*. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). (Consultado em 19/03/2011).
  - INE (2012), *Censos 2011*. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). (Consultado em 05/09/2011).
  - Leme, Luiz e SILVA, Paulo C. P. da (2002). "O Idoso e a Família", in Netto, Matheus Papaléo, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, pp.92-97.
  - Leitner, M.J.; Leitner, S. F. (1995). *Senior Day Care Centers- Cap. 3*- Haworth Press, 7.

- Lopes, M. de S. (2008). *Animação Sociocultural em Portugal*. (2ª Edição) Chaves: Editora Intervenção.
- Manchola, E.A. (2000) Recursos sociosanitarios - el Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 10, nº2: 115-123.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do Idoso*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Mauritti, Rosário (2004). *Padrões de Vida na Velhice*. In *Análise Social*, Vol. XXXIX, (171), 339-363.
- Mazo, G., Lopes, M. e Benedetti, T. (2004). *Actividade física e o idoso – concepção Gerontológica*. Sulina. Porto.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Idoso. Temas Complementares. Coleção Livpsic*. Porto: Legis Editora.
- Organização das Nações Unidas (2002), *Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento*. Disponível em [www.onuportugal.pt](http://www.onuportugal.pt). (Consultado em 10/1/2013).
- Osório, A. R. (1997). *Animação sociocultural na terceira idade*. In TRILLA, Jaume (coord.). *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Pais, S. (2006). *O Envelhecimento e a Institucionalização de Idosos: Desafios na Intervenção no Contexto Lar*. Tese de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto – Universidade do Porto. Porto
- Paúl, C. (1997). *Lá Para O Fim Da Vida*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, Constança (2000), "Estereótipos Sobre Idosos - Vivências e Imagens", in *Cidade Solidária*, nº5, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pp.50-56.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Revista da Faculdade de Letras. Sociologia / coord. António Teixeira Fernandes. - Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. - Série I, vol. 15, 2005 (pp. 275 a 287) - Anual.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida.
- Rodriguez, P. (1996). Los Centros de Día: un servicio de respiro para la familia cuidadora. Em: Alda, J., Dompedro, J., Montalbo, M., *Centro de Día para*

*Personas Mayores Dependientes*, Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Madrid.

- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Revista Ciência & Saúde Colectiva* 10 . pp: 243-253.
- Serrano, G. P. (1997). *Metodologias de Investigação em Animação Sociocultural*. In TRILLA, Jaume (coord.). *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. *Envelhecer em família Os cuidadores familiares na velhice*. Âmbar. Porto.
- Trinidad, D. (1996). Programas de saúde física. In Alda, J.; Dompédro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Yuaso, D. e Sguizzato, G. (1996). Fisioterapia em Pacientes Idosos. Em: Netto, M. P., *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, Editora Atheneu. S. Paulo.
- Vercauteren, R., Vercauteren, M., Chapeleau, J. (1993). *Construire Le Project de Vie en Maison Retrait*. Éditions Érès.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

**Anexo I**  
**Questionário Sociodemográfico**

## Questionário Sociodemográfico

~

- 1- Sexo:** (1) Feminino  
(2) Masculino

**2- Idade:**                  anos.                  **Data de Nascimento:**

- 3- Estado civil:** (1) Solteiro/(a)  
(2) União de facto  
(3) Casado/ (a)  
(4) Separado/ (a)  
(5) Divorciado/ (a)  
(6) Viúvo/ (a)

- 4- Escolaridade (último ano com aprovação):**  
(1) Nenhuma (0 anos)  
(2) Escola Primária (1º ciclo)  
(3) Ciclo Preparatório (2º ciclo)  
(4) Terceiro ciclo (7º ano – 9º ano)  
(5) Ensino secundário (10º ano – 12º ano)  
(6) Ensino Superior.

**5- Profissão:**

- 6- Estatuto profissional:**  
(1) Reforma antecipada  
(2) Reforma não antecipada  
(3) Pensão de invalidez

- 7- Filhos:**  
(1) Não  
(2) Sim. Quantos?



**8- Religião:** (1) Não praticante

(2) Praticante

**9- Ocupação dos tempos livres:** (1) Actividades Intelectuais

(2) Actividades Associativas

(3) Actividades Artísticas

(4) Actividades Físicas

(5) Actividades Diversificadas

**10- Costuma sair para passear?** (1) Não

(2) Sim. a) Com quem?

(1) Sozinho/ (a)

(2) Filhos/ (as)

(3) Companheiro (a)

(4) Outros familiares

(5) Vizinhos (as)

(6) Amigos (as)

b) Com que frequência?

(1) Diariamente

(2) Semanalmente

(3) Quinzenalmente

(4) Mensalmente

(5) Anualmente

**Obrigado pela sua colaboração!**

**Anexo II**  
**Guiões de entrevista**

## Guião de entrevista aos técnicos

### **Caracterização**

Nome

Local de residência

Com quem vive

Idade

Nacionalidade

Naturalidade

Habilitações

Profissão

Estado Civil

Número de filhos (sexo e idade)

### **Questões**

1- Há quanto tempo trabalha neste Centro Social?

2 - O que considera mais importante ao nível dos serviços prestados no Centro Social?

3 - Que importância considera que o Centro Social tem na sociedade atual?

4 - Quais considera que deveriam ser os objetivos destes espaços?

5 - Acha que são cumpridos?

6 - Acha que as atividades de ocupação de tempos livres são adequadas aos interesses dos utentes?

7 - Qual a finalidade da animação sociocultural para idosos?

8 - Que articulação existe entre o Centro Social e a família/sociedade?

9 - Se pudesse mudar algo no Centro Social, que mudança faria?

## Guião de entrevista aos idosos

### Questões

1. Há quanto tempo frequenta este Centro Social?
2. Porque escolheu vir para este Centro Social?
3. O que considera mais importante no Centro Social?
4. Que importância considera que o Centro Social tem na sociedade atual?
5. Que serviços é que mais valoriza?
6. Que relação existe entre o Centro Social e a família/sociedade?
7. Como é passa o seu tempo livre? Que atividades costuma fazer?
8. Participa em alguma (s) atividade (s) promovidas pelo Centro? Em quais participa?
9. Considera importante ocupar o seu tempo livre?
10. Quem decide as atividades a realizar?
11. Costuma dar sugestões de atividades a realizar? Se, sim, quais? Se não, porquê?
12. Que atividades gostaria de ver promovidas?
13. Se pudesse mudar algo no Centro Social, que mudança faria?
14. Para si o que seria um Centro Social amigo dos idosos?

**Anexo III**  
**Grelha de observação**

## Grelha de observação

<b>Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Desenvolvimento Pessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe avaliação das necessidades de atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal?</li> <li>- Existe plano de atividades da Instituição?</li> <li>- Existe planos individuais?</li> <li>- Existe recursos na comunidade?</li> <li>- Há resultados disponíveis de monitorizações a avaliações do PDAP (Plano de Atividades de Desenvolvimento Pessoal) de períodos anteriores?</li> </ul>
<b>Pessoal Interveniente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estão definidos os responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PADP?</li> <li>- Os responsáveis estão qualificados para o desempenho das suas funções?</li> <li>- É promovida a participação do cliente e/ou pessoas significativas na elaboração do PADP?</li> </ul>
<b>Tipo de atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lúdicas e recreativas (p.e. realização de jogos, música, leitura)</li> <li>- Culturais (p.e. ir ao cinema, teatro, concertos, museus)</li> <li>- Sociais (p.e. passeios, férias, voluntariado)</li> <li>- Intelectuais/ formativas (p.e. participar em conferências, seminários)</li> <li>- Espirituais/ religiosas (p.e. reza, Reiki, Tai Chi)</li> <li>- Quotidianas (p.e. cuidar de plantas, fazer a cama)</li> <li>- Desportivas (p.e. ginástica, natação, yoga, hidroterapia)</li> </ul>
<b>Organização e Segurança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para cada atividade-tipo e produtos estão definidos os objetivos, descrição, local de realização, calendarização, horários, recursos (internos e externos) e responsáveis?</li> <li>- A Instituição assegura-se de que estão reunidas todas as condições para a prática de determinadas atividades (p.e. seguro obrigatório, atestado médico de</li> </ul>

	<p>aptidão)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estão definidas as regras para a participação dos clientes em atividades não previstas no PADP?</li> <li>- É da responsabilidade do cliente e/ou pessoas significativas a decisão de participação nas atividades inscritas no PADP?</li> <li>- Quando há alterações ao PADP, está definida uma metodologia que assegura que o cliente e todos os intervenientes são informados dessas alterações e que estas são aceites?</li> <li>- Está definida a forma de atuação em situações de emergência, relacionadas na realização das atividades?</li> </ul>
<p><b>Avaliação e revisão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É realizada trimestralmente e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do PADP?</li> <li>- A avaliação e revisão do PADP é realizada com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cliente e/ou pessoas significativas?</li> <li>- Os intervenientes e serviços com responsabilidade na implementação do PADP, têm conhecimento, em tempo adequado, das suas revisões?</li> <li>- São mantidos registos, datados e assinados, relativos à participação do cliente na realização das atividades avaliação/ revisão do PADP?</li> <li>- Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente.</li> </ul>

**Anexo IV**  
**Termo de consentimento**



## Termo de consentimento livre e esclarecido

Declaro ter recebido da Gerontóloga Eva Joana dos Santos Oliveira Pinheiro de Carvalho, aluna do mestrado em Gerontologia Social todos os esclarecimentos sobre o Projeto de Investigação, nomeadamente sobre as condições de realização e anonimato. Concordo participar voluntariamente no estudo e autorizo a recolha de dados para os fins da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

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

**Anexo V**  
**Guião de entrevista em grupo**

## Guião da entrevista em grupo

- 1 - Considera a sua participação no projeto positiva? Porquê?
- 2 - Sentiu-se valorizado?
- 3 - O que achou da experiência de ser contador de histórias?
- 4 - Como é que se sentiu ao partilhar experiências com os mais pequeninos, meninos de outras gerações?
- 5 - Acha que eles mostraram interesse e gostaram? De que forma?
- 6 - Qual a relação que tinham com os meninos do jardim-de-infância antes deste projeto?
- 7 - Vocês gostaram de trabalhar em conjunto uns com os outros?
- 8 - Divertiu-se?
- 9 - O que aprendeu com o projeto?