



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Envelhecer Ativamente em Contexto de Centro de Dia

Discente: Soraia Silva

Estágio-Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Superior de
Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia Social.

Orientador: Professora
Doutora Sidalina Almeida

Mês
2023

Resumo

O presente relatório aborda o trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular realizado nos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca (SCMA) que decorreu entre o dia 14 de setembro de 2022 e o dia 13 de fevereiro de 2023, no âmbito do mestrado em Gerontologia Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento deve ser vivido de uma forma segura e saudável, no qual todas as pessoas devem ter as mesmas oportunidades quer seja a nível de acesso a serviços de saúde ou de assistência social, quer seja a nível de condições de habitação, de higiene ou de participação social, tudo isto são fatores que podem influenciar o envelhecimento, tornando-o favorável ou não. Ainda segundo a OMS e de acordo com os censos de 2021, o número de pessoas com 65 anos ou mais tem aumentado significativamente de ano para ano, sendo que em 2019 o número de pessoas com 65 anos ou mais era de 1 bilhão. No entanto, prevê-se agora, que em 2030 este número aumente para 1,4 bilhões e em 2050 aumente para 2,1 bilhões.

Este aumento profundo da população mais velha irá trazer consequências e desafios para as sociedades, sendo por isso de extrema importância desenvolver e aumentar os cuidados primários e os cuidados de longo prazo, assim como reforçar a força de trabalho e as suas competências, mobilizar os profissionais da área da gerontologia e outros trabalhadores sociais na procura ativa de estratégias eficazes, de forma a que o mundo se transforme num lugar melhor para envelhecer e que permita que as pessoas possam ter um envelhecimento saudável e seguro, e sobretudo, com qualidade de vida.

Desta forma, a metodologia utilizada no processo de diagnóstico socioinstitucional foi a investigação-ação participativa, uma vez que esta permite que os agentes sociais participem ativamente na identificação dos seus problemas e necessidades e consequentemente na mudança da realidade em que estão inseridos, que neste caso se insere nos Centros de Dia da Santa Casa Misericórdia de Arouca.

Posto isto, este estágio consistiu numa intervenção gerontológica, na qual as pessoas idosas foram o público-alvo e teve como objetivo contribuir para um envelhecimento ativo dentro dos Centros de Dia, assim como contribuir para o bem-estar dos adultos mais velhos e aumentar a sua qualidade de vida.

Assim sendo e numa fase inicial, pretendeu-se conhecer os gostos e interesses de cada pessoa, conhecer a história de vida de cada um, assim como as suas necessidades e potencialidades para que através deste diagnóstico fosse possível criar e dinamizar atividades que tornassem os utentes mais ativos, dinâmicos e satisfeitos com a sua rotina dentro dos Centros de Dia.

Estas atividades resultaram em sessões de atividade física, de estimulação sensorial, de estimulação cognitiva, de momentos de animação e convívio, de atividades culturais, de integração social e sobretudo, de novas aprendizagens.

Palavras-Chave: Adultos mais velhos; envelhecimento-ativo; centro de dia; animação-sociocultural

Abstract

This report addresses the work developed during the internship at the Day Care Centers of Santa Casa da Misericórdia de Arouca, which took place between September 14, 2022 and February 13, 2023, as part of the master's degree in Social Gerontology at the Porto Institute of Social Service.

According to the World Health Organization (WHO), aging should be lived in a safe and healthy way, in which all people should have the same opportunities whether in terms of access to health services or social assistance, housing conditions, hygiene or social participation, all of which are factors that can influence aging, making it favorable or not.

Also, according to the WHO and according to the 2021 senses, the number of people aged 65 and over has increased significantly year by year, and in 2019 the number of people aged 65 and over was 1 billion. However, it is now predicted, that by 2030 this number will increase to 1.4 billion and by 2050 it will increase to 2.1 billion.

This profound increase in the older population will bring consequences and challenges for societies, and it is therefore of utmost importance to develop and increase primary care and long-term care, as well as to strengthen the workforce and its skills, mobilize gerontology professionals and other social workers in the active search for effective strategies, so that the world can become a better place to age and enable people to have a healthy and safe aging, and above all, a quality of life.

Thus, the methodology used in the process of socio-institutional diagnosis was participatory action research, since it allows social agents to participate actively in identifying their problems and needs and consequently in changing the reality in which they are inserted, which in this case is inserted in the Day Centers of Santa Casa de Arouca.

Therefore, this internship consisted of a gerontological intervention, in which older people were the target audience and aimed to contribute to active aging within the Day Care Centers, as well as contribute to the well-being of older adults and increase their quality of life.

Therefore, and in an initial phase, the goal was to learn about the tastes and interests of each person, learn about their life story, as well as their needs and potential so that

through this diagnosis it would be possible to create and develop activities that would make the users more active, dynamic and satisfied with their routine in the Day Centers.

These activities resulted in sessions of physical activity, sensory stimulation, cognitive stimulation, moments of entertainment and socializing, cultural activities, social integration, and above all, new learning.

Keywords: older adults; active aging; day center; social-cultural animation

Índice

Resumo	I
Abstract.....	III
Lista de Tabelas.....	VIII
Lista de Gráficos.....	IX
Lista de Abreviações	X
Introdução	1
Capítulo I- Enquadramento Teórico	4
1. Contextualização do fenómeno em estudo	4
1.1. Paradigma do envelhecimento	4
1.2. Envelhecimento processo Biopsicossocial.....	5
1.3. Envelhecimento Demográfico.....	7
2. Envelhecimento Ativo	9
3. Envelhecimento Saudável.....	13
4. Resposta Social: Centro de dia	15
Capítulo II- Caracterização da instituição de estágio	20
5. Caracterização do território onde se insere a instituição de estágio	20
5.1 Redes de serviços, equipamentos e projetos sociais no município de Arouca...21	
5.2 História da instituição, missão e projetos.....	23
5.3 Plano de Atividades de Animação Sociocultural 2022	26
5.4 Funcionamento dos Centros de Dia e dia-a-dia dos utentes.....	28
Capítulo III- Metodologia.....	33
6. Processo de Integração Institucional.....	33
7. Investigação Ação- Participativa	34
7.1. Objetivos do projeto de intervenção.....	39
7.2 Técnicas de Recolha de Dados para a elaboração do Diagnóstico	40
7.3 Considerações Éticas.....	42
8. Processo de Integração Institucional.....	43
9. Caracterização das Pessoas Idosas.....	44
10. Diagnóstico- Resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas	51
Capítulo IV- Intervenção Realizada	65
11. Desenvolvimento de uma intervenção apostada na promoção do Envelhecimento Ativo	65
Capítulo III- Avaliação do projeto de intervenção	79
12. Apresentação e análise de dados.....	79
Conclusão	86
Referências Bibliográficas.....	89

Anexos.....	99
Anexo 1- Entrevista Semiestruturada	99
Anexo 2- Questionário de satisfação das atividades.....	100
Anexo 3- Consentimento livre e informado.....	101
Anexo 4- Participação em estudo	102
Anexo 5- Avaliação Final da Intervenção Gerontológica.....	103

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Investigação-Ação de Lewin (1946)	38
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Profissão das pessoas idosas	49
Tabela 2 -Habilitações literárias das pessoas idosas	50
Tabela 3 - Rede social e de apoio	51
Tabela 4 - Estado emocional das pessoas idosas	52
Tabela 5 - Tempo inserido na instituição	52
Tabela 6- Auto-percepção dos utentes.....	53
Tabela 7 - Rede social de apoio e entrada na instituição	56
Tabela 8 - Lazer e tempos livres.....	58
Tabela 9 - Conhecer a opinião dos utentes acerca da instituição	60
Tabela 10 - Análise do Mini Exame do Estado Mental.....	61
Tabela 11 - Análise SWOT	63
Tabela 12 - Cronograma	66
Tabela 13 - Atividades de estimulação motora	69
Tabela 14 - Atividades de estimulação cognitiva.....	73
Tabela 15 - Oficina das atividades lúdicas e socioculturais	76
Tabela 16 - Análise da Avaliação Final da Intervenção Gerontológica	83

Lista de Gráficos

Gráfico 4- Idade das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô	46
Gráfico 5- Estado Civil das pessoas idosas do Centro de Dia em Tropeço.....	47
Gráfico 6- Estado Civil das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô	48
Gráfico 7- Local de residência das pessoas idosas	50
Gráfico 8- Com quem residem as pessoas idosas.....	51
Gráfico 9- Religião das pessoas idosas	53

Lista de Abreviações

OMS- Organização Mundial da Saúde

WHO- World Health Organization

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

UNECE- Nations Economic Comission for Europe

SCMA- Santa Casa da Misericórdia de Arouca

IA- Investigação-Ação

AVC- Acidentes Vasculares Cerebral

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

MEEM- Mini Exame do Estado Mental

CDU- Centro de Dia de Urrô

CDT- Centro de Dia de Tropeço

Introdução

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social foi desenvolvido um estágio curricular numa Instituição Particular de Solidariedade Social, nos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca. Um centro de dia é uma resposta social que presta um conjunto de serviços que tem como finalidade satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas durante o período diurno.

O índice de envelhecimento em Portugal no ano de 2022 é de 183,5 para cada 100 jovens, segundos os Censos de 2021 o fenómeno do envelhecimento agravou-se no nosso país devido à baixa natalidade e ao aumento da longevidade. Em 2021, a percentagem de população idosa (65 e mais anos) representava 23,4% enquanto a de jovens (0- 14 anos) era de apenas 12,9%. Os dados revelam ainda que quase um quarto da população portuguesa tem mais de 65 anos, ou seja, 23.4% o que faz de Portugal o terceiro país mais envelhecido do mundo (INE, 2022).

O envelhecimento é um processo dinâmico e contínuo, associado a alterações bio-psico-sociais durante todo o ciclo de vida, sendo que essas alterações se traduzem em transformações consideráveis no estado de saúde, nível de independência e autonomia dos indivíduos (OMS, 2015).

Envelhecer com qualidade de vida e saúde, retrata hoje em dia um grande desafio para a sociedade. Embora se verifique um aumento da esperança média de vida, à medida que as populações atingem uma idade mais avançada, verifica-se também um aumento significativo de incapacidade que está muitas vezes associado a doenças, lesões e deterioramento cognitivo. Tudo isto, consiste numa maior necessidade em recorrer a respostas sociais, de forma a minimizar os défices funcionais decorrentes do envelhecimento (Faria et al., 2020).

Com a evolução das condições de vida, de saúde, da sociedade, das políticas, assim como da economia houve um crescente aumento da esperança média de vida, desta forma, as pessoas em geral estão a viver em média mais 20 anos do que viviam há 50 anos atrás. Este fenómeno levou à criação de novos subgrupos, como os nonagésimos, centenários e até supercentenários, com 110 anos de idade ou mais, considerados como pessoas “muito idosas”, uma realidade tendencial na nossa atualidade demográfica. Estima-se que até 2050 as pessoas com 80 anos ou mais integrem 3,4% da população mundial, ou seja, 153 milhões de pessoas (Araújo et al., 2016).

Com vista a diminuir este impacto do envelhecimento e até mesmo promover abordagens mais positivas, focadas no potencial das pessoas idosas, a OMS criou o conceito “envelhecimento ativo” como “um processo de optimização de oportunidades de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, com o objetivo de prolongar a esperança média de vida, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”. Esta definição engloba todos os fatores proativos que fazem parte da fase do envelhecimento e que o tornam num processo mais positivo (Anica & Sousa, 2020).

Neste trabalho tem-se o Centro de Dia como resposta Social. Os Centros de Dia são uma resposta social, protocolada pela Segurança Social, que se destina a pessoas mais velhas que embora continuem a habitar nos seus lares, encontram nestes centros um conjunto de serviços que os apoia nas questões básicas do dia-a-dia, como alimentação e higiene, e que visam sobretudo, a manutenção das capacidades funcionais e a promoção da autonomia dos seus utentes, quer seja através da realização de atividades socioculturais, quer seja pelo apoio nas atividades de vida diária (Pacheco, 2011).

O objetivo central deste projeto de intervenção focou-se em promover um envelhecimento ativo e um aumento do bem-estar nos adultos mais velhos da instituição. Já os objetivos específicos desenvolvidos passaram por identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas idosas; conhecer os interesses e gostos pessoais de cada utente da instituição; estimular as capacidades físicas e mentais; promover a interação social e fomentar a participação social; valorizar as capacidades e vivências dos adultos mais velhos, promovendo a sua autonomia e bem-estar. Para tal realizou-se o diagnóstico, através de entrevistas semi-estruturadas.

A metodologia de investigação adoptada para desenvolver o diagnóstico é a metodologia de Investigação-Ação Participativa, uma vez que esta procura conciliar a investigação e a ação, visando sempre a participação dos indivíduos neste processo, possibilitando assim, um método contínuo de conhecimento e transformação da realidade (Guerra, 2006).

Estruturalmente, o presente relatório de estágio está organizado em três capítulos no seguimento da introdução. O I capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, o qual aborda o fenómeno em estudo, ou seja, o paradigma do envelhecimento, o envelhecimento enquanto um processo biopsicossocial, o envelhecimento demográfico e os conceitos de envelhecimento ativo e envelhecimento saudável, os seus pilares e no que

consistem, assim como aborda o tipo de resposta social escolhida para a realização deste estágio, que no caso foram os Centros de Dia.

Já o II capítulo aborda a metodologia utilizada neste estudo, sendo esta a investigação-ação participativa, assim como as técnicas de recolha de dados que se focaram nos métodos qualitativos com recurso a entrevistas semi-estruturadas, assim como refere as considerações éticas que devem ser tidas em conta em estudos como este. Ainda neste capítulo, é feita uma caracterização da instituição de estágio, com referência à sua história, missão e projetos, e ao plano de atividades de animação sociocultural de 2022. De seguida, é apresentada a caracterização das pessoas idosas dos Centros de Dia, o seu dia-a-dia dentro da instituição, o processo de integração, e por fim, a intervenção realizada ao longo do estágio.

O III capítulo é dedicado à avaliação do projeto, onde é realizada uma pequena reflexão sobre a importância deste projeto, a implementação do mesmo e o impacto do estágio a nível pessoal e institucional.

De um modo geral, o envelhecimento demográfico acarreta consequências a vários níveis, nomeadamente, necessidades com cuidados de saúde e dificuldades económicas e sociais, o que por sua vez, torna os recursos disponíveis insuficientes para dar resposta a todos. Deste modo, promover a saúde e a capacitação das pessoas ao longo do envelhecimento é fundamental, não só para os adultos mais velhos, mas também para a sociedade em geral e para as políticas sociais (Bárrios & Fernandes, 2014).

Capítulo I- Enquadramento Teórico

1. Contextualização do fenómeno em estudo

1.1. Paradigma do envelhecimento

Santos et al. (2009), afirmam que o envelhecimento é um processo normal de desenvolvimento, que envolve alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas, assim como incidem sobre o organismo fatores ambientais e socioculturais, como por exemplo: a qualidade de vida, sedentarismo e alimentação, fatores esses que estão estreitamente ligados ao envelhecimento patológico. Contudo, envelhecer não significa obrigatoriamente ficar doente, pois todos podemos envelhecer saudavelmente.

Para os autores Faria et al. (2020, p.31), o envelhecimento é também um processo dinâmico e evolutivo, no qual podem existir mudanças bio-psico-sociais durante todo o seu processo de desenvolvimento, tal como já foi referido anteriormente. Estas mudanças estão associadas a alterações consideráveis no estado de saúde das pessoas idosas, tanto ao nível da independência como da autonomia das mesmas.

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento, atualmente, vai mais além do que a idade cronológica, sendo que por vezes muitas ideias e noções do senso comum sobre o envelhecimento são simplesmente estereótipos. De acordo com a mesma fonte, o envelhecimento é constituído por diversas mudanças que envolvem o indivíduo, sendo que este processo é individualizado, e por isso, ocorre de forma diferente para cada pessoa.

Para Ferreira et al. (2012, p.514), o envelhecimento pode ser explicado como um processo dinâmico e gradual que se caracteriza tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. O envelhecimento, traz também, a diminuição progressiva da capacidade funcional que aumenta com a idade. Deste modo, as maiores adversidades de saúde associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que conduzem à perda de habilidades ou dificuldade em realizar atividades relacionadas com a vida diária.

Contudo, o processo de envelhecimento não se resume apenas a perdas e declínios. Esta fase de vida pode e deve ser apoiada pela sociedade e pelas políticas públicas voltadas para as pessoas idosas. De acordo com Maia et al. (2016), a rede social e o suporte social são fatores fundamentais que ajudam os mais velhos a ultrapassar as dificuldades que o envelhecimento acarreta, e cuja importância vai aumentando no

decorrer do mesmo. Schlossberg (1981 cit. por Maia et al., 2016, p.294) aponta como essenciais para o envelhecimento bem-sucedido os sistemas de suporte e as relações interpessoais de cada indivíduo, sendo essas relações as relações familiares, as relações íntimas e as de amizade. Já para Paúl (2005 cit. por Maia et al., 2016) as redes de apoio informal têm uma grande importância, pois promovem a autonomia, a auto-percepção positiva e um maior nível de saúde mental.

Irigaray, Schneider e Gomes (2011 cit. por Rocha, 2018, p.80) referem que a funcionalidade cognitiva das pessoas idosas está estreitamente relacionada com a saúde das mesmas, com a sua qualidade de vida e o seu bem-estar, sendo considerados fatores importantes no processo de envelhecimento ativo e na longevidade. O fenómeno de envelhecimento numa perspetiva biopsicossocial pode compreender diversos aspetos que podem contribuir para a melhoria das relações sociais na fase do envelhecimento. Para Zimmerman (2009 cit. por Rocha, 2018), o processo de envelhecimento embora seja difícil para muitos, é algo que acontece naturalmente na vida das pessoas e pode ser vivido como uma fase positiva.

1.2. Envelhecimento processo Biopsicossocial

O envelhecimento é um processo fisiológico, dinâmico e irreversível que ocorre no desenvolvimento individual da vida. É um fenómeno universal na vida dos seres humanos, que começa desde a sua concepção e termina com a morte dos mesmos. O processo de envelhecimento humano é complexo e individualizado, ocorrendo no âmbito biológico, psicológico e social. Esta fase é definida por fatores biólogos e médicos e existe uma redução nas várias funções corporais, tanto a nível físico, como a nível psicológico. Devido ao processo individualizado do envelhecimento humano, o início da velhice é difícil de determinar e, portanto, deve ser considerado em conformidade com a convenção da chamada idade cronológica, o que significa o limiar da velhice. Não existe um único limiar de velhice universal reconhecido e aplicado, embora na literatura, vários investigadores se refiram a este problema. Inicialmente e segundo a OMS, o limiar de idade para o envelhecimento é de 60 anos e é aceite na Europa. No entanto, as Nações Unidas decidiram que o envelhecimento começa aos 65 anos e atualmente é esta a idade cronológica aceite em todo o mundo como o início do envelhecimento. De acordo com a OMS a velhice é dividida em 3 períodos: o envelhecimento (velhice precoce, com idades compreendidas entre os 60 e 74 anos de idade; a velhice (idade tardia) com idades entre

os 75 e 90 anos de idade e por fim, a longevidade (de longa duração) com 90 anos e mais (Dziechciaż & Filip, 2014, p.836).

O envelhecimento biológico é definido como a ocorrência natural e irreversível, que com o tempo leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas e a um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, que aumenta com as mudanças de idade. Relativamente ao envelhecimento psicossocial, este é tratado como um fenómeno secundário ao envelhecimento biológico. As alterações que ocorrem com a idade no funcionamento dos órgãos individuais afetam o humor, a atitude para com o ambiente, a condição física e a atividade social e designam o lugar das pessoas idosas na família e na sociedade. O envelhecimento psicossocial, no entanto, depende em grande medida de como uma pessoa está preparada para a velhice e esta é determinada pelo estilo de vida e hábitos saudáveis que adotamos ao longo da nossa vida. Já o envelhecimento mental refere-se à consciência humana e à sua adaptabilidade ao processo de envelhecimento. A aceitação da velhice contribui para o sentimento de felicidade e satisfação com a vida, cuja falta pode causar sentimentos de solidão e depressão (Dziechciaż & Filip, 2014).

De acordo com Silva et al. (2021) o declínio da capacidade funcional afeta de forma negativa a qualidade de vida, a qual é identificada, segundo os autores, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida. Este declínio pode acarretar efeitos negativos, sendo que estes podem manifestar sintomas depressivos, os quais estão estreitamente associados ao bem-estar geral, subjetivo e psicológico.

O bem-estar psicológico está relacionado com seis fatores: a autonomia, a qual está ligada à capacidade de decisão; o propósito na vida, ou seja, ter objetivos pessoais; o crescimento pessoal e o desenvolvimento de novas habilidades; a gestão de situações de acordo com o contexto; relações positivas com a rede social próxima de cada indivíduo e a autoaceitação (Silva et al. 2021, p.430).

Uma forma de promover a manutenção do bem-estar psicológico é através da intervenção cognitiva e da realização de atividades lúdicas e psicomotoras, uma vez que estas ajudam a manter a funcionalidade de cada pessoa idosa, assim como promovem um envelhecimento ativo.

1.3. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento populacional é determinado com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas. Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2016)

Visto que a esperança média de vida tem vindo a aumentar ao longo dos anos, foi possível verificar que em 2019, os homens tinham uma esperança média de vida de 78,1 anos e as mulheres 83,7 anos (PORDATA, 2022). No entanto, o número de anos que se pode viver saudavelmente é inferior à esperança média de vida, ou seja, 57,4 anos para as mulheres e 59,9 para os homens (Eurostat, 2019 cit. por Faria et al., 2020). Assim sendo, torna-se crucial repensar em estratégias que tornem possível um envelhecimento mais saudável para toda a população.

Em Portugal, o envelhecimento populacional é uma realidade constatada em todo o país há muito tempo. Portugal tem vindo apresentar nas últimas décadas transformações demográficas muito significativas, quer pelo o aumento da longevidade da população idosa, quer pela diminuição da natalidade. Através dos censos realizados em 2021, verifica-se que o índice de envelhecimento chegou aos 182,1%, enquanto que nos censos de 2011, o índice de envelhecimento era de 127,8%, ou seja, passados 10 anos este índice cresceu cerca de 54,3% (Pordata, 2023). Já o índice de longevidade encontra-se nos 48,7%, porém os anos que se espera viver de forma saudável em Portugal, não correspondem aos anos da esperança média de vida. Segundo Faria et al. (2020), existem dados que indicam a média de anos que se pode viver de forma saudável, no entanto, a sua evidência não é completamente fiável no que diz respeito à qualidade de vida dos anos que se vive atualmente, comparativamente com o passado.

Segundo o INE (2022), entre 2018 e 2080, Portugal passará dos atuais 10,3 milhões de habitantes para 8,2 milhões de habitantes. O número de jovens irá diminuir de 1,4 milhões para 1,0 milhões, assim como o número de idosos com 65 e mais anos, irá passar de 2,2 milhões para 3,0 milhões. Como consequência, o índice de envelhecimento em Portugal irá quase duplicar, passando de 159 para 300 idosos para cada 100 jovens, em 2080. De acordo com a mesma fonte, o índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar em 2050. Já a população em idade ativa (15-64 anos) irá diminuir de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas, o que irá também contribuir para a diminuição do índice de sustentabilidade

potencial, face ao decréscimo da população em idade ativa, a par com o aumento da população idosa.

Este aumento do envelhecimento da sociedade, constitui um processo incontornável que decorre da combinação entre a descida de fecundidade, a que os demógrafos designam por envelhecimento na base e o aumento da longevidade (Ferreira, 2015).

Torna-se também importante, tomarmos consciência que este aumento da longevidade e do envelhecimento demográfico das populações terá consequências a longo prazo em todos os setores da sociedade, quer a nível financeiro, quer a nível de mercado de trabalho, nas estruturas familiares e nos laços intergeracionais. Segundo a ONU, (2023) estima-se que em 2050 o número de pessoas com 65 anos ou mais chegue a 1,6 mil milhões, mais do dobro do número registado em 2021, o qual seria de 761 milhões. De acordo com o Relatório Social Mundial 2023, os direitos dos adultos mais velhos, bem como o seu bem-estar e a sua qualidade de vida serão fortemente afetados devido às múltiplas crises que o mundo atual continua a enfrentar, sendo por isso, fundamental repensar novas medidas e recolher esforços coletivos para criar um mundo mais sustentável, onde a população idosa deve estar no centro desses esforços.

Com vista a diminuir o impacto destas consequências e promover um envelhecimento populacional mais positivo e preventivo das situações de fragilidade que esta fase da vida acarreta, têm sido desenvolvidas em todo o mundo estratégias e modelos de Envelhecimento Saudável e Envelhecimento Ativo. Estas conceções surgem como forma de melhorar a visão focada no declínio característico do envelhecimento (Araújo et al., 2016). Rowe e Kahn, da MacArthur Foundation Research Network, apresentam três critérios bases do envelhecimento bem-sucedido, sendo eles: baixa probabilidade de doença e incapacidade; elevada capacidade funcional física e cognitiva e por fim, envolvimento ativo com a vida. Em Portugal, também se desenvolveu uma estratégia de envelhecimento ativo e saudável, através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, onde as autoridades nacionais se comprometeram com um plano de ação dedicado à população idosa, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis, vigilância na saúde e gestão dos processos de comorbilidade; proporcionar uma participação ativa na sociedade através da educação ao longo do ciclo de vida e da criação de ambientes proporcionadores de integração e garantir a segurança, realizando a sinalização de casos de vulnerabilidade e prestando o devido apoio (Fonseca, 2021, p.18).

Por fim, mais recentemente no ano de 2022 foi criado pela ONU a Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável, o qual deverá estender-se até ao ano de 2030 e pretende, sobretudo, garantir o bem-estar, a segurança e a qualidade de vida das pessoas idosas. Segundo a OMS, (2023) uma em cada seis pessoas com 60 anos ou mais sofre anualmente de algum tipo de abuso, sendo que esta tendência deverá continuar com o rápido aumento populacional. Assim sendo, a OMS considera esta Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas um guia que faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma vez que se torna urgente encontrar soluções para este problema que podem passar, sobretudo, por uma maior consciencialização relativamente ao fenómeno do envelhecimento e um maior combate contra a discriminação das pessoas idosas (ONU, 2023).

2. Envelhecimento Ativo

A OMS (2005) sugeriu o conceito de envelhecimento ativo como um “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Nesta concepção de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, a OMS apresenta uma perspetiva diferente de envelhecimento, explicando assim, que o envelhecimento ativo envolve a participação dos adultos mais velhos nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, contrariando a ideia de que os mais velhos necessitam somente de se manter fisicamente ativos ou fazer parte do mercado de trabalho. Este novo conceito de envelhecimento realça a importância de as pessoas idosas compreenderem os seus potenciais e qualidades como forma de promoverem o seu próprio bem-estar e obterem uma maior qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011 cit. por Anica & Sousa, 2020).

Contudo, torna-se relevante chamar a atenção das pessoas para o facto de o termo envelhecimento ativo ter várias dimensões como já foi referido anteriormente. Deste modo, importa perceber que o envelhecimento ativo pode também ser distinguido entre envelhecimento demográfico e envelhecimento social. O primeiro diz respeito à mudança na estrutura demográfica e ao movimento da população ao longo do tempo. Já o segundo, diz respeito ao modo de vida ao longo da idade, que envolve também outros aspetos como a idade prospetiva, o estado de saúde ao longo da vida, esperança de vida, capacidade cognitiva, incapacidades e morbilidade. Para Ferreira (2015, p.11), o envelhecimento ativo decorre, essencialmente, destes dois tipos de envelhecimento que realçam a necessidade de desenvolver e enaltecer o potencial dos adultos mais velhos.

Segundo Ferreira (2015, p.12), a qualidade de vida é claramente um ponto essencial no envelhecimento ativo, uma vez que, para além dos hábitos saudáveis promotores de uma boa saúde física que esta definição comporta, os aspetos ambientais e pessoais são também tidos em conta, revelando-se componentes muito importantes num envelhecimento bem-sucedido. Aspetos como a família, comunidade e sociedade têm um grande impacto na fase do envelhecimento.

O paradigma do envelhecimento ativo propõe orientações que ajudam a enfrentar os desafios provenientes do envelhecimento demográfico e do aumento da longevidade. Este conceito sugere quatro pilares fundamentais, sendo eles: participação; aprendizagem ao longo da vida; saúde e segurança. É a partir destes quatro fatores que são estabelecidas as medidas para a intervenção com o objetivo de promover o bem-estar bio-psico-social dos mais velhos (Ribeiro & Paúl, 2018, p.2). Ainda nesta linha, a Declaração de Viena, aprovada em setembro de 2012, pela Conferência Ministerial sobre o Envelhecimento, com o título “Assegurar uma sociedade para todas as idades: promovendo a qualidade de vida e o envelhecimento ativo”, dedicou quatro objetivos cruciais: “encorajar vidas ativas mais longas e a manutenção da capacidade de trabalho; promover a participação, a não-discriminação e a inclusão social dos seniores; promover a salvaguarda da dignidade, do estado de saúde e da independência na velhice; manter e reforçar a solidariedade intergeracional” (Ferreira, 2015, p.12).

Segundo as autoras Anica & Sousa (2020), o planeamento estratégico deste novo conceito de envelhecimento tem uma abordagem baseada nos direitos das pessoas idosas que lhes permite ter igualdade de oportunidades em todos os aspetos da vida, à medida que vão envelhecendo. Este paradigma apoia a responsabilidade dos adultos mais velhos na sua participação nos processos políticos e noutros aspetos da vida em comunidade. O ano de 2012 foi considerado o “Ano Europeu do envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações”, o que proporcionou uma abordagem mais positiva do envelhecimento e o surgimento de iniciativas de promoção e valorização da população idosa.

Conforme a definição de envelhecimento ativo adoptada pela OMS, as políticas deste conceito envolvem atividades e ambientes que promovam estados de saúde positivos e que encorajam os mais velhos a aumentarem a sua qualidade de vida, assim como promovem a autonomia e a independência destes (Ribeiro, 2012, p. 37).

Para além disso, a agenda política do envelhecimento ativo refere alguns pontos importantes que devem ser considerados, de forma, a promover um envelhecimento mais satisfatório. Sendo esses pontos o ajustamento da idade da reforma, que segundo a política de envelhecimento ativo não deve ter uma idade cronológica obrigatória, exige também uma mudança nas condições de trabalho, de forma, a adapta-las ao envelhecimento da população ativa e ao prolongamento das carreiras profissionais. Propõe também, o reconhecimento de outras atividades sociais não-pagas, como o voluntariado e outras atividades comunitárias. Em suma, todas estas orientações reforçam o objetivo principal do envelhecimento ativo, que visa aumentar a qualidade de vida das pessoas no envelhecimento, tornando-a mais saudável, com mais autonomia e independência, de forma a que as pessoas idosas sejam capazes de se tornarem agentes ativos e participativos tanto na sociedade, como nesta última fase de vida.

Assim como refere a OMS, a saúde física e os pressupostos biomédicos estão longe de serem o factor primordial para um envelhecimento bem-sucedido. Como sabemos a saúde engloba o bem-estar físico, mental e social, assim como o envelhecimento ocorre dentro de uma rede social que envolve amigos, vizinhos, família, entre outros, pelo que as políticas e os programas que promovem a saúde e as relações sociais são tão importantes como os que melhoram as condições físicas de saúde. Sendo por isso a solidariedade e a interdependência princípios muito importantes no envelhecimento ativo, pois os adultos de hoje serão os idosos de amanhã e a qualidade de vida que a sociedade de hoje terá quando chegar à idade sénior, depende da maneira como as gerações posteriores oferecem ajuda e suporte aos adultos mais velhos (WHO, 2005).

Há que atender também aos determinantes que caracterizam o envelhecimento ativo, sendo eles determinantes de ordem pessoal que dizem respeito a fatores genéticos e biológicos inerentes ao ser-humano, mas que também podem estar relacionados com fatores psicológicos, como a capacidade cognitiva, a qual é um fator determinante no processo de envelhecimento de cada pessoa. Já os determinantes relacionados com os serviços sociais e de saúde promovem a saúde física e mental e previnem as doenças que advêm do envelhecimento normal. Os determinantes comportamentais relacionam-se com o estilo de vida saudável que cada um adota e que engloba a prática de exercício físico, alimentação saudável e a não ingestão de substâncias tais como o tabaco e álcool, tudo isto ajuda a prevenir doenças e aumentar a qualidade de vida. Os determinantes relativos ao ambiente físico relacionam-se com a acessibilidade das pessoas idosas a

serviços, habitação e espaços comunitários, às condições físicas e ambientais destes espaços que são cruciais para que se possa promover a independência e a segurança dos idosos. Relativamente aos determinantes sociais, particularmente, o apoio social, aprendizagem ao longo da vida e prevenção de situações de violência e abusos, são fatores fundamentais para prevenir o risco de vulnerabilidade social e crimes contra pessoas idosas. Por último, temos os determinantes económicos que se relacionam com três aspetos, sendo eles: rendimentos de combate à pobreza, proteção social e oportunidades de trabalho digno (OMS, 2005).

Além destes determinantes de envelhecimento ativo, o reconhecimento dos direitos humanos, particularmente, das pessoas idosas é fundamental para promover a participação ativa dos adultos mais velhos na sociedade e, assim, criar oportunidades que promovam os quatro pilares que sustentam o envelhecimento ativo (OMS, 2015 cit. por Rocha, 2018, p.86).

Relativamente aos desafios que advém da ordem política quanto ao envelhecimento, Bárrios & Fernandes (2014, p.189) explicam que é necessário garantir a segurança económica na fase da velhice; manter a solidariedade intergeracional; combater o idadismo; promover a assistência social no que diz respeito a mudanças familiares e de residência e combater o isolamento social e a exclusão das pessoas mais velhas na sociedade. Todas estas medidas estão estabelecidas no modelo de envelhecimento ativo, que idealiza um envelhecimento mais participativo e integrado na sociedade, com mais segurança e saúde pública, assim como uma maior qualidade de vida na fase da velhice, a qual deve incluir a promoção dos mais velhos em contextos sociais, culturais, económicos e políticos.

Em Portugal, as políticas públicas dirigidas à população idosa ainda permanecem com algumas lacunas, uma vez que as condições financeiras e sociais direcionadas para a população com 65 anos e mais são bastante precárias. Como referem Bárrios & Fernandes (2014), as pensões continuam com valores muito baixos, acompanhadas de condições habitacionais muito pobres e com políticas sociais insuficientes para responder às necessidades desta parte da população. Assim sendo, a qualidade de vida dos indivíduos mais velhos em Portugal, assim como o seu bem-estar e esperança de vida, encontra-se atualmente, num nível baixo relativamente ao que é esperado pelas pessoas idosas.

Apesar das dificuldades sentidas pela população idosa no nosso país, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Ativo e Saudável da OMS, tal como está definido no documento “Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”. Esta estratégia de promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, contudo, e como é referido no próprio documento, há ainda muito trabalho a ser desenvolvido para que esta ação se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas (SNS, 2017).

Dentro dos vários indicadores do Índice de Envelhecimento Ativo da United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), Portugal está envolvido com os indicadores “Envelhecimento Ativo Global”; “Capacidade para o Envelhecimento”; “Participação Social”; “Vida Independente” e “Emprego”. Todos estes indicadores ressaltam a necessidade de trabalhar e desenvolver estas áreas, como formas de as melhorar.

O desenvolvimento destas áreas gera também uma reflexão que expõe a necessidade de repensar o envelhecimento no nosso país, bem como o conjunto de políticas públicas dirigidas a esta parte da população. No entanto, esta mudança só pode ser alcançada através do envolvimento das diversas áreas que fazem parte do envelhecimento (Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES, 2012 cit. por SNS, 2017).

Contudo, é também necessário que as pessoas idosas possam participar ativamente na economia, na política, na vida social e na cultura, que possam ter oportunidades de formação e educação, assim como é necessário criar espaços para que estes estejam envolvidos e participem ativamente na cultura, pois só assim poderá existir efetivamente uma mudança no envelhecimento em Portugal. O potencial dos adultos mais velhos e as suas capacidades devem ser vistos como uma forma de desenvolvimento para o futuro, uma vez que se prevê uma população cada vez mais envelhecida, assim sendo torna-se importante promover a sabedoria e as experiências das pessoas idosas, de forma a alcançar um futuro mais positivo.

3. Envelhecimento Saudável

A OMS (2023), apresenta a Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (2021-2030) a qual é uma colaboração global com outras organizações da ONU e que pretende melhorar a vida dos adultos mais velhos, assim como a das suas famílias e

as comunidades em que estes se encontram inseridos. Este conceito foi estabelecido a 15 de junho de 2022, justamente no dia em que se celebra o Dia Mundial de Alerta contra o Abuso de Idosos.

A Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas possui alguns objetivos fundamentais para a concretização deste conceito, sendo eles: sensibilizar as pessoas através de atividades que aumentem o apoio à Década do Envelhecimento Saudável; promover e divulgar informações acerca do conceito, de forma a consciencializar as pessoas sobre o envelhecimento saudável; incentivar o trabalho em rede e a partilha de conhecimentos a nível global e regional; colaborar em atividades de desenvolvimento de capacidades sobre o envelhecimento saudável; reforçar a colaboração para fazer avançar a implementação do plano de ação da Década sobre o envelhecimento saudável e encorajar o envolvimento e a cooperação multissetorial a nível mundial, a nível regional e nacional; defender o papel das pessoas mais velhas, assegurando o seu envolvimento significativo na implementação da Década a todos os níveis (WHO, 2022).

A Década do Envelhecimento Saudável visa também a implementação de quatro áreas de ação, que segundo a OMS pretendem cultivar ambientes amigáveis das pessoas idosas, criar serviços de saúde integrados e responsivos, garantir o acesso a cuidados de longa duração para os que necessitem e modificar pensamentos e opiniões relativamente ao envelhecimento (OMS, 2023).

Referindo mais detalhadamente cada uma destas quatro áreas, a OMS explica que ao combatermos o preconceito na fase do envelhecimento, estamos também a promover o desenvolvimento económico, a proporcionar a intergeracionalidade e a criar uma sociedade mais equitativa para todos, para além disso ao criarmos ambientes amigos dos idosos estamos também a permitir que as pessoas envelheçam em segurança, que sejam mais incluídas na sociedade e mantenham a sua independência e saúde. Uma área muito importante no plano de ação desta Década do Envelhecimento Saudável é a prestação dos cuidados integrados, uma vez que o índice de dependência de idosos continua a aumentar, estando neste momento nos 36,8 % segundos os censos de 2021 (INE, 2023), assim sendo ao promovermos a prestação de cuidados de longo prazo podemos ajudar as pessoas idosas a melhorar as suas condições crónicas, a manter as suas capacidades físicas e mentais e a precaver a dependência de cuidados, para além de estarmos a promover os direitos humanos de cada pessoa idosa, assim como a preservar a sua dignidade e o direito à vida (OMS, 2023).

Para a OMS, um envelhecimento saudável é sinónimo de viver em ambientes seguros que promovam a capacidade funcional dos adultos mais velhos, é também a construção de sistemas sociais e de saúde que satisfaçam as necessidades das pessoas idosas e tudo isto torna-se a chave fundamental para a construção de um futuro onde a população idosa tem a possibilidade de ser e fazer aquilo que deseja, sem preconceitos e com mais atitudes e valores relativamente aos idosos, só assim será possível proporcionar um envelhecimento saudável à nossa população (Fonseca, 2021, p.21).

4. Resposta Social: Centro de dia

São várias as respostas sociais existentes no nosso país para todas as faixas etárias e para as diferentes necessidades que as sociedades apresentam. As repostas sociais mais comuns direcionadas para as pessoas idosas, são: Centros de Dia, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário. Existem cerca de 7347 instituições deste tipo, com capacidade de resposta para 278,529 pessoas, com uma taxa de cobertura de 12,5% e uma taxa de utilização de 72,5%. No que diz respeito às respostas sociais dirigidas a pessoas com deficiência, temos os Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão e os Lares Residenciais, sendo eles 733 atualmente no nosso país, com uma capacidade de resposta de 23033 e uma taxa de cobertura de 4,2% e uma taxa de utilização de 91,7% (*Carta Social*, 2023).

Segundo Arrazola (2003 cit. por Moreira, 2017, p.20), as estruturas de apoio diurno, integram uma alternativa definitiva ou transitória à institucionalização, tendo como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores através de um acompanhamento particular e inclusivo do indivíduo. Esta resposta social impede a desintegração do seu contexto familiar, assim como, apoia a família ao nível da prestação de cuidados.

O *Ageing in Place* surge como uma estratégia que impede esta desintegração do contexto familiar e tem como objetivo combater o declínio da capacidade funcional das pessoas mais velhas. Este conceito explica que as pessoas idosas devem ter a oportunidade de envelhecer num contexto familiar que forneça a segurança necessária para a promoção da sua autonomia e que permita às pessoas idosas desenvolver atividades básicas, de forma a não perder a sua mobilidade e independência. O *Ageing in Place* é um novo conceito que procura dar uma alternativa diferente à institucionalização e, por isso, quando referimos este termo associamos a permanência da pessoa idosa no seu meio habitacional pelo máximo de tempo possível, no entanto, o termo *Ageing in Place* pode

também ser referido no âmbito das políticas de envelhecimento, como por exemplo nas questões da habitação e da criação de espaços amigáveis para os adultos mais velhos (Fonseca, 2021, p.22).

O *Ageing in Place* pretende então auxiliar os adultos mais velhos a permanecer nas suas casas, o maior tempo possível, retardando assim a institucionalização e ressalta os benefícios desta alternativa para a qualidade de vida das pessoas idosas e para o seu bem-estar e autonomia. Em 2015, no segundo Fórum Global da OMS sobre a inovação para as populações envelhecidas (WHO, 2015) foram apresentadas as cinco principais áreas de intervenção do conceito *ageing in place*, sendo elas: pessoas a quem se presta os cuidados, lugares e ambientes amigos das pessoas idosas, produtos e novas tecnologias que respondam a problemas decorrentes do envelhecimento, prestação de serviços personalizados de saúde e de cuidado pessoal que possam promover a capacidade funcional das pessoas mais velhas e políticas de apoio social que sejam inovadoras e que possam dar o suporte necessário à população idosa (Fonseca, 2021).

Além disso, o mesmo autor, explica ainda que os Centros de Dia são uma resposta social que se constitui como um auxiliar fundamental para as pessoas idosas, para que estas possam continuar a residir nos seus lares, vendo desta forma, os Centro de Dia como um local que garante a prestação das suas necessidades básicas, para além de ser um local que promove a interação social, ou seja, a manutenção das relações sociais, promovendo também a estimulação a diversos níveis, tais como: estimulação sensorial, cognitiva e emocional e contribuindo acima de tudo para a permanência da pessoa idosa no seu meio habitacional, junto da sua família, nos casos em que ainda existe este suporte familiar. Já nos casos em que não existe uma rede familiar, o Centro de Dia é também uma resposta social muito útil, pois permite o combate à solidão e ao isolamento, ao mesmo tempo que facilita a permanência da pessoa no seu lar (Fonseca, 2021, pg.123).

A resposta social, Centro de Dia, presta um conjunto de serviços à comunidade em que se insere, nomeadamente às pessoas com 65 e mais anos, que necessitem dos cuidados prestados por esta resposta social.

De acordo com o Instituto Da Segurança Social (2022), um centro de dia tem como objetivos: garantir a prestação de cuidados e serviços apropriados à satisfação das necessidades dos seus clientes, sendo que estas necessidades podem ser necessidades básicas pessoais, psicossociais, socioculturais ou de saúde com diferentes graus de

dependência, para tal os Centros de Dia devem estar devidamente preparados para poderem intervir de forma adequada e, responder assim a cada uma destas necessidades, oferecendo aos seus clientes um ambiente protetor e familiar, manter ou recuperar o maior grau de autonomia possível, através da estimulação para a realização das atividades de vida diária (AVD's), prevenir a degradação física com recurso a atividades de estimulação motora ou atividades terapêuticas, ocupacionais e de lazer, realizar uma boa coordenação com outros recursos sociais, de forma a retardar a institucionalização das pessoas idosas, controlar e manter o nível de saúde dos utentes, realizando um controlo da medicação diária ou prestar serviços de enfermagem e fisioterapia, promover a participação em atividades sociais que estimulem as capacidades físicas e mentais, assim como as relações interpessoais, prestar serviços de apoio psicossocial, para além da prestação de serviços básicos como refeições, tratamento de roupas, higiene pessoal ou convívio, de forma a alcançar o objetivo primordial que é aumentar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, promovendo a permanência destas nas suas próprias casas (Gomes, 2013, p.74).

Antever situações de dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, promovendo a autonomia das pessoas idosas no processo de tomada de decisão, tendo sempre em conta as suas próprias potencialidades e capacidades (Benet, 2003 cit. por Teixeira, 2008).

Promover a integração social e as redes de relações, uma vez que na fase da velhice as relações sociais tendem a diminuir por diversos motivos, quer seja pela chegada da reforma, fase essa em que as pessoas passam mais tempo em casa e deixam de se relacionar diariamente com os seus pares, quer seja pela descriminação que a sociedade em geral projeta na população idosa, muitas vezes por falta de informação, ou até mesmo pelo nível de funcionalidade das pessoas idosas que nesta fase da vida tende a diminuir e por esse motivo as pessoas passam a ter mais dificuldade em sair das suas casas e em se deslocar para outros sítios, perdendo assim as suas redes de relações e ficando cada vez mais isoladas. No entanto, como sabemos o ser humano é um ser social e esse aspeto não muda com a chegada do envelhecimento, sendo por isso muito importante manter as redes sociais de apoio, uma vez que a integração social e o sentimento de pertença evitam que surjam casos de isolamento e solidão. Desta forma, os Centros de Dia são essenciais na promoção destas redes sociais, principalmente para pessoas mais dependentes ou sem uma rede de apoio familiar pois são um espaço diurno onde os utentes podem conviver e

criar ou manter redes de relações, sentindo-se assim integrados num meio social (Teixeira, 2008).

Apoiar o prolongamento da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, retardando desta forma o processo de institucionalização. Os Centros de Dia são um grande aliado das pessoas idosas neste aspeto, pois esta resposta social permite-lhes frequentar um espaço de socialização, que presta diversos serviços de acordo com as necessidades de cada um, sem terem de sair das suas habitações, constituindo-se desta forma promotores do envelhecimento na comunidade (Fonseca, 2021).

Por fim, os Centros de Dia visam a criação de estratégias de desenvolvimento da autoestima, da funcionalidade e da independência pessoal e social dos seus utentes uma vez que o sentimento de utilidade, de reconhecimento e de valorização tem efeitos muito positivos na vida das pessoas idosas. A intervenção socioeducativa pode ser uma estratégia importante no desenvolvimento destas áreas, pois permite desenvolver as potencialidades e capacidades dos adultos mais velhos, permite a integração social e a participação ativa na sociedade, criando assim papéis sociais e aumenta o bem-estar dos mesmos e a sua qualidade de vida (Fernandes, 2018, p.6).

Segundo Bonfim & Saraiva (1996, p.8), um Centro de dia pode organizar-se como um serviço autónomo, com espaço próprio e funcionamento independente, ou como um serviço integrado numa estrutura já existente, quer seja num lar, num centro comunitário ou outra estrutura polivalente. Ainda segundo as autoras, um centro de dia deve funcionar em articulação com serviços da comunidade onde se insere, tais como: IPSS, autarquias, ONG's, entre outros.

Como referem os autores Ellen et al. (2017, p.86), os Centros de dia devem prevenir o isolamento, a depressão, o declínio cognitivo e físico dos adultos mais velhos. Assim como devem ajudar os seus utentes a viver nas suas casas o máximo de tempo possível, de forma que a institucionalização em Estruturas Residências para Pessoas Idosas (ERPI) de longa duração seja feita apenas quando estes já não possuem capacidades físicas e mentais para permanecerem sozinhos nos seus lares. Este serviço deve ainda proporcionar um ambiente de apoio seguro, com profissionais qualificados que respondam às necessidades diárias, sociais e nutricionais de cada um. Desta forma, ao nível de apoio social um Centro de Dia deve sinalizar casos de vulnerabilidade, acompanhá-los e orientá-los; estabelecer um plano de intervenção adequado a cada utente; criar uma relação de

cooperação com a família dos utentes, a fim de realizar a melhor intervenção possível. No que diz respeito aos cuidados de saúde física e mental, um Centro de Dia deve oferecer serviços como reabilitação e controlo psicofísico; atividades terapêuticas; higiene pessoal e controlo dietético. Relativamente à socialização e participação, os serviços prestados podem passar pelo treino de habilidades sociais; promoção das relações sociais; realização de atividades de lazer e cultura; auxílio nas AVD's de forma a promover a autonomia dos utentes, bem como a manutenção ou recuperação da sua funcionalidade (Gomes, 2013, p.47).

Na perspetiva de Alba & Montalvo (1999), os Centros de Dia podem estar dependentes de outros serviços sociais comunitários destinados a pessoas idosas que apresentam algum tipo de dificuldade funcional, mental ou social, cujas famílias não conseguem prestar o apoio necessário aos seus ascendentes.

Assim sendo, os centros de dia que como o próprio nome indica, têm um funcionamento diurno, são de carácter social e permitem sobretudo que os adultos mais velhos possam continuar nos seus seios familiares. Ao longo dos anos, este tipo de resposta social, tem aumentado significativamente em todos os países, o que originou uma diversidade de tipos de centros de dia, com diferentes funcionamentos, objetivos e estruturas.

Falando especificamente da missão dos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca, estes têm como objetivo oferecer um conjunto diversificado de serviços que possam proporcionar aos seus clientes bem-estar e um equilíbrio emocional e físico, de forma que seja possível aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas, tendo sempre presente alguns princípios fundamentais de respeito à vida humana (SCMA, 2019). A missão da instituição está estreitamente ligada com o perfil de pessoas idosas que se encontra mais frequentemente num Centro de Dia, o qual é geralmente o perfil de um idoso em situação de vulnerabilidade, devido à idade avançada, à solidão, à fraca rede de apoio social e familiar, à dependência funcional e psicossocial e à fraca autonomia que muitos apresentam. Contudo, é sempre necessário avaliar o grau de dependência e os diferentes estados de necessidades de cada idoso, pois só assim se pode promover uma intervenção adequada e personalizada às necessidades de cada um (Alba & Montalvo, 1999).

Assim sendo, os Centros de Dia devem ter sempre em conta a avaliação multidimensional das pessoas idosas nas suas intervenções, de modo que estas possam detetar possíveis problemas clínicos, psicossociais e funcionais. A avaliação multidimensional consiste na utilização de diversos instrumentos de medição que permitem realizar uma avaliação das necessidades de cada utente, assim como permite identificar as capacidades físicas, mentais e funcionais de cada idoso e a situação económica e social. A avaliação destas dimensões auxilia na identificação de grupos de risco, apoiam no desenvolvimento de medidas de intervenção, são uma mais-valia na gestão financeira e de recursos institucionais, para além disso é um processo de diagnóstico multidisciplinar, que envolve os vários profissionais de uma instituição para desenvolver um plano de intervenção adequado à situação de cada pessoa. A avaliação multidimensional é fundamental pois permite realizar comparações posteriores à entrada do utente num Centro de Dia ou noutro contexto dirigido à pessoa idosa e identificar, desta forma, as melhorias e o desenvolvimento de cada utente ao longo do tempo dentro da instituição (Duarte & Alves, 2022).

Segundo a Carta Social (2020, p.46), as respostas sociais dirigidas a pessoas idosas registaram um crescimento de 53 %, entre 2000 e 2020. No ano de 2020, assinalaram-se cerca de 7350 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental. Em 2020, contabilizaram-se na totalidade de respostas para esta população-alvo, mais de 300 000 lugares no Continente, dos quais 278 529 lugares em Centro de Dia, ERPI e SAD.

Segundo a mesma fonte, a distribuição etária dos utentes das respostas sociais dirigidas à população idosa demonstra uma utilização destes serviços em fases cada vez mais tardias. Enquanto que cerca de $\frac{3}{4}$ do universo dos utentes que utilizavam estas respostas sociais: Centro de Dia e SAD (71 % e 75 %, respetivamente) era constituído, em 2020, por utentes com idade igual ou superior a 75 anos, já nas respostas de ERPI os idosos com 75 ou mais anos representavam 86 % do total.

A oferta de serviços de apoio dirigidos a pessoas idosas tem crescido nos últimos anos, nomeadamente no âmbito das respostas ERPI e SAD, não sendo tão evidente um crescimento nos Centros de Dia (Carta Social, 2020).

Capítulo II- Caracterização da instituição de estágio

5. Caracterização do território onde se insere a instituição de estágio

Segundo o INE (2022), o município de Arouca tem 21154 indivíduos, sendo que

5033 são pessoas com 65 anos e mais, o que representa 23% da população (PORDATA, 2022). De acordo, com os censos realizados em 2021 pelo INE, o município de Arouca tem 10173 indivíduos do sexo masculino e 10981 do sexo feminino.

Arouca conta com 16 freguesias que formam o concelho na sua totalidade. Cada freguesia conta com diferentes números de habitantes, sendo que Alvarenga é constituída por 1057 habitantes; Arouca e Burgo por 5124 habitantes; Cabreiros e Albergaria da Serra por serem freguesias situadas em locais mais montanhosos e afastados do centro do concelho contam com apenas 185 habitantes; Canelas e Espiunca têm 1065 habitantes; já a freguesia de Chave tem 1270 habitantes; Covelo de Paivô e Janarde são também freguesias mais afastadas do centro do concelho e situadas em locais montanhosos e, por isso, contam apenas com 171 habitantes; a freguesia de Escariz tem 2114 habitantes; Fermedo tem 1261 habitantes; Mansores tem 1100 habitantes; Moldes é constituída por 1126 habitantes; Rossas conta com 1491 habitantes; Santa Eulália tem 2120 habitantes; São Miguel do Mato conta com apenas 550 habitantes; a freguesia de Tropeço tem 1086 habitantes; a freguesia de Urrô onde se situa o Centro de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca conta com 900 habitantes, e por último, a freguesia de Várzea tem 534 habitantes (INE, 2022).

De acordo com o INE (2022), Arouca tem menos 5,4% da população relativamente aos censos de 2011, em que o total de habitantes era de 22359.

De acordo com a PORDATA (2022), o índice de envelhecimento em Arouca é de 188,1, sendo assim possível verificar um aumento comparativamente aos censos de 2011, em que o índice de envelhecimento era de 116,2. Segundo a mesma fonte, o índice de indivíduos em idade ativa por idoso (índice de sustentabilidade potencial) é de 2,7, menos do que em 2011, onde o índice era de 3,7. Para além disso, o índice de longevidade no município de Arouca é de 47,7, verificando-se assim uma diminuição relativamente aos censos de 2011, onde o índice de longevidade era de 49,6.

Para além destes dados acerca da população, é também possível verificar na fonte anterior o número de pensões como a aposentação, invalidez ou sobrevivência, pagas pela Segurança Social aos idosos residentes em Arouca, onde em 2019 foram atribuídas 6984 pensões.

5.1 Redes de serviços, equipamentos e projetos sociais no município de Arouca

Passando para as instituições destinadas a pessoas idosas no concelho de Arouca, é possível observar que existem cerca de 6 Centros de Dia, sendo que todos são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, constituídos por iniciativa

de particulares e de cariz público. O Centro Social de Canelas e Espiunca com capacidade para 30 utentes, no entanto, estão apenas preenchidas 10 vagas; o Centro Social e Paroquial de São Salvador do Burgo com capacidade para 30 utentes, tendo todas as vagas preenchidas; o Centro Social de Mansores com capacidade para 20 utentes, tendo apenas 10 vagas preenchidas; o Centro Social de Fermedo, Escariz e Mato com capacidade para 40 utentes, tendo todas as vagas preenchidas; o Centro Social de Tropeço (com gestão da responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Arouca) com capacidade para 15 utentes com 12 vagas preenchidas. Por fim, temos o Centro Social da Santa Casa da Misericórdia de Arouca com capacidade para 50 utentes, sendo que se encontram apenas 28 vagas preenchidas.

No que diz respeito às Estruturas Residenciais para Idosos, Arouca conta com 4 instituições, a Casa do Povo de Alvarenga com capacidade para 58 utentes, tendo todas as vagas preenchidas, o Centro Social de Canelas e Espiunca com capacidade para 15 utentes, tendo todas as vagas preenchidas; o Centro Social de Chave com capacidade para 30 utentes, sendo que todas as vagas estão completas e, por fim, a Santa Casa da Misericórdia com capacidade para 90 utentes, sendo que todas as vagas estão completas. Todas estas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas são sem fins lucrativos.

Relativamente ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), existem 7 respostas deste tipo no concelho. A Casa do Povo de Alvarenga com capacidade para 20 pessoas, tendo todas as vagas preenchidas; o Centro Social de Canelas e Espiunca com capacidade para 30 pessoas, tendo apenas 8 vagas preenchidas; o Centro Social e Paroquial de São Salvador do Burgo com capacidade para 30 pessoas, tendo as vagas todas preenchidas; o Centro Social de Mansores com capacidade para 30 pessoas, dando apenas resposta a 15; o Centro Social de Fermedo Escariz e Mato com capacidade para 40 pessoas, tendo todas as vagas preenchidas; o Centro Social de Tropeço que, no momento, não se encontra em funcionamento e, por fim, a Santa Casa da Misericórdia com capacidade para dar resposta a 42 pessoas, tendo 39 vagas preenchidas. Também dentro do Serviço de Apoio Domiciliário, existe em Arouca um serviço com fins lucrativos, de cariz privado, a Família Feliz, com capacidade para dar resposta a 40 pessoas, no entanto, tem apenas 4 vagas preenchidas.

A Unidade de Cuidados Continuados (longa duração 14 camas, média duração 6 camas e privado 9 camas) faz parte do hospital privado da Santa Casa da Misericórdia de Arouca; o Banco de Ajudas Técnicas é uma resposta social criada pela Cruz Vermelha Portuguesa com delegação em Arouca, a qual é uma instituição humanitária não

governamental, de direito privado e sem fins lucrativos.

Quanto a projetos sociais dirigidos à população idosa no município de Arouca, podemos contar com o Projeto MAIS que consiste num serviço móvel de âmbito municipal de pequenas reparações dirigido à população sénior, criado pela Via Verde Social; o projeto de teleassistência e serviço telefónico criado para prestar assistência à população idosa que vive só ou em situação vulnerável, criado pelo município de Arouca-Via Verde Social; o projeto DESenvelheSER criado pelo Centro Juvenil Salesiano em parceria com o município que visa capacitar seniores da comunidade tanto a nível de bem-estar físico e mental, como noutras áreas da saúde, gerontologia e nutrição de forma a que estas possam adotar um estilo de vida mais saudável e, assim, viver um envelhecimento mais ativo. Para além destes projetos o município conta com outras dinâmicas e projetos que se inserem no Plano Gerontológico Municipal para 2022-2025 que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas inseridas no concelho, sendo estes o Gabinete de Apoio ao Arouquense em Idade Maior o qual é um serviço personalizado à pessoa idosa e visa dar respostas às suas necessidades; o projeto Idade Maior que oferece um conjunto de atividades que promovem a participação social e a transmissão de conhecimento interjacional; o projeto Senior.com, o qual desenvolve sessões na área da informática para pessoas idosas da comunidade, sessões essas que são realizadas por alunos da escola secundária de Arouca e por fim, o projeto Voz Amiga que consiste numa ação de solidariedade por parte de jovens arouquenses para com pessoas idosas em situação de isolamento social e geográfico (CMA, 2023).

5.2 História da instituição, missão e projetos

O Centro de Dia Eng. Afonso Brandão de Vasconcelos foi concluído e inaugurado em novembro de 2011 e tem capacidade para receber 50 utentes. Este situa-se na Quinta de Urrô, a cerca de 6 km da sede da Misericórdia de Arouca. A sua construção foi financiada pelo Instituto da Segurança Social (PARES II) e pela Câmara Municipal de Arouca.

Já o Centro de Dia de Tropeço, encontra-se em funcionamento desde dezembro de 2015 nas instalações cedidas pelo Centro Social de Tropeço, com capacidade para acolher 15 utentes.

Como já foi referido os Centros de Dia são uma das respostas sociais da Santa Casa da Misericórdia de Arouca. A sede principal é a Santa Casa da Misericórdia, que em 1964 construiu o Hospital da Misericórdia de Arouca, onde mais tarde foi cedido esse mesmo edifício ao Ministério da Saúde para o funcionamento do Centro de Saúde de Arouca. Já

em 1999, o Ministério da Saúde procedeu à inauguração de um novo Centro de Saúde em Arouca, e devolveu as instalações à Santa Casa da Misericórdia de Arouca que posteriormente iniciou as obras de reconstrução.

Em 2006 foram concluídas as obras de reconstrução do Hospital da Santa Casa da Misericórdia, sendo este uma Unidade de Cuidados Continuados. O funcionamento do mesmo iniciou-se em janeiro de 2007 através do protocolo assinado com os Ministérios da Saúde e da Segurança Social. Em 2010 foi assinado um Acordo de Cooperação com a Administração Regional da Saúde do Norte nas áreas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Exames Auxiliares de Diagnóstico, onde foram estabelecidos diversos acordos com vários subsistemas de saúde e seguradoras (SCMA, 2019).

Para além do Centro de Dia Eng. Afonso Brandão Vasconcelos e do Centro de Dia de Tropeço, a Santa Casa da Misericórdia de Arouca, dispõe de outras respostas sociais como a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, situada na vila de Arouca, com um total de 47 quartos, 10 suites, uma capela, uma sala de convívio, refeitório, cantina, cozinha, lavandaria e instalações destinadas ao apoio médico dos utentes. Outra resposta social é o Serviço de Apoio Domiciliário, que teve início no ano de 2000, através do protocolo assinado com a Segurança Social, o qual foi alargado em 2007 e 2015, tendo capacidade atualmente para 54 pessoas. A creche da Misericórdia de Arouca, foi construída entre 2011 e 2013, através de um financiamento da Segurança Social (PARES III) e tem capacidade para 43 crianças dos 3 aos 36 meses. Por fim, a Santa Casa da Misericórdia de Arouca conta também com o Centro de Dia de Tropeço, em funcionamento desde dezembro de 2015 e tem capacidade para 15 utentes (SCMA, 2019).

A Santa Casa da Misericórdia de Arouca tem explicito no seu regulamento interno, no artigo 5º, a Missão, Visão e Valores de ambos os Centros de Dia. Como Missão, pretende oferecer um conjunto diversificado de serviços e atividades de desenvolvimento pessoal que visam o bem-estar e o equilíbrio emocional e físico dos utentes. Esta missão obedece a uma estratégia de respeito pelos direitos dos utentes enquanto seres-humanos dotados de dignidade e direitos, cuja relação assenta num compromisso de qualidade com os mais elevados padrões éticos. Como Visão, os Centros de Dia presidem à filosofia de trabalho e gestão, os princípios da dignidade humana e da família como elemento fundamental da sociedade, da co-responsabilidade, da entreatajuda, da universalidade e igualdade, da solidariedade e economia social, da equidade social, da diferenciação

positiva, da inserção social, da tolerância e da informação. No que diz respeito aos seus objetivos, os Centros de Dia visam proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; promover as relações sociais entre os utentes e a comunidade, prestar apoio psicossocial, fomentar relações interpessoais e intergeracionais, promover a permanência das pessoas idosas no seio meio habitacional o maior tempo possível e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização (SCMA, 2019).

No artigo 6º, é possível verificar as atividades desenvolvidas e os serviços prestados por ambos os Centros de Dia, para tal e de forma a concretizar os objetivos traçados, os Centros de Dia asseguram atividades socioculturais, lúdico-recreativas e de estimulação-cognitiva e motora; asseguram também a nutrição e alimentação necessária, nomeadamente, o almoço e o lanche; fornecem a administração de fármacos e a articulação com os serviços locais de saúde, quando necessário. Como serviços complementares, fornecem cuidados de higiene pessoal, cuidados de imagem, tratamento de roupa, jantar para ser consumido no domicílio, transporte ao domicílio e para os Centros de Dia.

Relativamente às condições de admissão, artigo 8º, é necessário que os indivíduos tenham idade igual ou superior a 65 anos de idade ou não tendo a idade prevista no regulamento interno, se encontrem em situação de carência ou disfunção social; indivíduos em situação de isolamento social ou geográfico; a admissão necessita ser da vontade do utente e da família, os indivíduos necessitam também de submeter-se a um exame médico prévio, realizado pelo médico de família e, por fim, responder por si ou por um representante legal a uma entrevista de averiguação das suas condições pela Diretora Técnica (SCMA, 2019).

De acordo com o Art.º 11º do Compromisso da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Arouca os órgãos sociais são compostos por: a Assembleia-Geral; a Mesa Administrativa e o Conselho Fiscal. A Assembleia-Geral é constituída pelo presidente; o vice-presidente e o secretário. Já a Mesa-Administrativa é composta pelo provedor; o vice-provedor; tesoureiro; secretário e três vogais. Por fim, no Conselho Fiscal existe também um presidente, um vice-presidente e um secretário. Estes órgãos sociais são responsáveis por todas as valências da Santa Casa da Misericórdia de Arouca.

A equipa técnica do Centros de Dia é composta por uma assistente social, uma psicóloga que assume também a função de diretora técnica de ambos os Centros de Dia, por uma animadora sociocultural e auxiliares de ação-direta, as quais têm diferentes funções atribuídas, algumas das auxiliares ficam responsáveis pelo transporte dos utentes para o Centro de Dia e para as suas casas, assim como pelo transporte das refeições tanto à hora de almoço como ao final do dia e pelo transporte dos utentes a consultas médicas. Já as auxiliares que passam mais tempo dentro dos Centros de Dia e que acompanham mais os utentes no seu dia-a-dia, são responsáveis pela limpeza dos Centros de Dia, pela administração dos medicamentos à hora das refeições, assim como pela higienização dos utentes e pela articulação com outros serviços, como por exemplo serviços de saúde. Relativamente ao atendimento social, o mesmo é realizado pela assistente social que efetua a avaliação da situação social, familiar e económica de cada utente, assim como desenvolve o plano individual das pessoas idosas juntamente com a psicóloga, de forma a promover o bem-estar de cada utente dentro dos Centros de Dia. Ambos os Centros de Dia funcionam das 9h às 18h.

5.3 Plano de Atividades de Animação Sociocultural 2022

No plano de atividades dos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca, encontram-se especificadas algumas atividades divididas por “oficinas”, tais como trabalhos manuais, saberes, jardinagem, informática, culinária, fotografia, rádio e promoção para a saúde e para o bem-estar. Todas estas atividades, estão preconizadas nos princípios gerais do envelhecimento ativo, pois como sabemos e como vários autores referem, a realização de atividades lúdicas e recreativas, de exercício físico e de estimulação cognitiva, são fundamentais para o envelhecimento bem-sucedido dos adultos mais velhos e na qualidade de vidas dos mesmos. Tal como referem os estudos realizados nesta área, o desenvolvimento de atividades no âmbito da intervenção gerontológica está associado à promoção de um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que melhoram as funções psicomotoras que tendem a diminuir nesta fase de vida. Assim sendo, o desenvolvimento de atividades pode retardar o declínio de várias funções, promovendo também a melhoria da autonomia dos utentes e a sua qualidade de vida (Apóstolo et al., 2013; Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies, Butterworth, & Orrell, 2003 cit. por Amante et al., 2015). Contudo, ao longo do estágio foi possível perceber que nem todas as oficinas estipuladas no plano de atividades de animação

sociocultural dos Centros de Dia são realizadas. Uma vez questionada do porquê destas oficinas não serem dinamizadas, a animadora sociocultural explicou que devido à pandemia, muitas destas atividades deixaram de existir, já que os Centros de Dia fecharam por um longo período e muitos dos utentes voltaram com um agravamento acentuado das suas capacidades funcionais. Para além disso, as saídas ao exterior ficaram bastante limitadas e as parcerias com outras instituições que auxiliavam na realização destas oficinas também pararam. No entanto, a intenção tanto da animadora como da própria instituição seria reiniciar todas estas atividades assinaladas no plano de atividades.

Desta forma, as principais atividades dinamizadas em ambos os Centros de Dia eram as atividades de promoção para a saúde, tal como as aulas de atividade física, a realização de trabalhos manuais, como por exemplo: pintura de desenhos e trabalhos manuais relacionados com datas festivas. Em ambos os Centros de Dia, as necessidades primárias são as de máxima importância, toda a instituição foca-se bastante na organização e satisfação das mesmas.

Contudo, não são só as necessidades fisiológicas e de segurança que promovem uma vida digna e com qualidade. Existem outros fatores que devem ser tidos em conta, tal como refere Pereira et al. (2013, p.374), quando apresenta uma matriz de necessidades no âmbito do Projeto Rendimento Adequado em Portugal. Assim, de forma a que as pessoas idosas possam viver com qualidade de vida e com uma participação ativa na sociedade, as instituições devem ser capazes de responder a necessidades como: afeição- ou seja, poder estabelecer, desenvolver e manter relações significativas de proximidade e intimidade; compreensão- promover mecanismos para que a pessoa idosa possa usar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar sobre as pessoas e o mundo em geral de forma informada e cultivada pela educação; participação- para que a população idosa possa afiliar-se em organizações sociais e participar na vida coletiva; lazer- proporcionando aos adultos mais velhos vivências agradáveis de repouso e distração da sua própria escolha e interesse; criação, promovendo a capacidade de imaginação para desenvolver ações ou trabalhos expressivos da sua própria escolha; transcendência- proporcionar experiências de elevação espiritual, de contemplação ou outras que transcendam a natureza física das coisas; identidade- contribuir para que a pessoa idosa seja capaz de formar uma imagem positiva de si, sentindo-se respeitado, reconhecido e valorizado pelos outros e não ser nem sentir-se excluído; e por fim, liberdade- permitir escolhas livres sobre as coisas práticas

da vida e as formas de realização pessoal presente e futura, num contexto de igualdade de oportunidades (Pereira et al. 2013, p.374).

5.4 Funcionamento dos Centros de Dia e dia-a-dia dos utentes

Como já referi os Centros de Dia funcionam das 9h às 18h, embora os utentes só cheguem às instalações dos Centros por volta das 9:30h, à medida que estes chegam, tomam o pequeno-almoço e dirigem-se de seguida para o salão principal, onde permanecem a maior parte do dia. Cada utente tem o seu próprio cadeirão e todos têm o seu lugar marcado, o mesmo acontece no refeitório, o que se torna importante não só para as pessoas idosas se puderem orientar melhor dentro de cada Centro de Dia, mas também devido à pandemia e ao vírus Sars-Cov-2, tornando mais fácil a desinfeção de cada lugar e a contenção da propagação do vírus. Depois do pequeno-almoço e quando já todos os utentes se encontram reunidos no salão principal, é habitual dinamizarem algumas atividades neste período da manhã até à hora de almoço, que é servido às 12h, isto no Centro de Dia em Urrô. Já no Centro de Dia em Tropeço, depois do pequeno-almoço, os utentes assistem a programas de televisão até começar a emissão da missa, que é transmitida todos os dias às 11h. Torna-se importante mencionar que depois de iniciar o estágio e, depois da integração inicial no Centro de Dia, algumas atividades eram dinamizadas entre este período do pequeno-almoço e o horário da missa, ou seja, das 10h às 11h.

Depois de almoço os utentes retornam ao salão principal no Centro de Dia em Urrô, onde a missa é transmitida depois desta refeição, ou seja, por volta da 13:30h. Já no Centro de Dia em Tropeço, depois da hora de almoço os utentes aproveitam para descansar e dormir.

No Centro de Dia em Urrô, o lanche é servido às 15:30h e é depois do lanche que os transportes começam e os utentes retornam aos seus lares. No entanto, no Centro de Dia em Tropeço o lanche é servido às 16h e no final, começam também os transportes. Todos os transportes são feitos pelas auxiliares de ação direta, que realizam todo o tipo de serviços nos Centros de Dia, desde a higienização dos utentes, tratamento de roupas, transporte de refeições e o serviço das mesmas aos utentes, limpeza das instalações e transportes dos utentes, sendo que muitas vezes efetuam também o trabalho de animação com os utentes ou realizam trabalhos manuais, que são posteriormente vendidos em feiras

locais nas festas tradicionais do concelho. Todas as refeições são elaboradas pela nutricionista da Santa Casa da Misericórdia de Arouca e as mesmas são confeccionadas na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, onde são posteriormente levadas para as restantes valências, nomeadamente, os Centros de Dia.

Relativamente às visitas dos familiares e amigos aos utentes, estas podem ser efetuadas a qualquer hora do dia. Não existe qualquer tipo de restrição quanto às visitas, apenas é pedido que os visitantes utilizem uma máscara cirúrgica e higienizem as mãos à entrada. O facto de não haver restrições quanto às visitas, é um fator bastante importante pois permite que os utentes continuem a ter contacto com pessoas do exterior durante a semana e não só aos fins-de-semana, quando se encontram nos seus lares, o que contribui para o bem-estar das pessoas idosas dentro das instituições e para a manutenção das relações sociais de cada um. É fundamental para a manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas existirem relações sociais com os amigos e familiares, de forma a reduzir sentimentos de solidão e de exclusão social. As redes de suporte social melhoram não só a satisfação com a vida, assim como potencializam o sentimento de pertença nos adultos mais velhos, através da companhia e do apoio emocional dos contactos mais próximos (Maia et al., 2016).

Para além disto, os Centros de Dia asseguram também o acompanhamento das pessoas idosas ao exterior, seja a consultas nos centros médicos ou a farmácias para o levantamento de receitas médicas. Do que foi possível observar durante este período de estágio, existe também esporadicamente o apoio ao domicílio de alguns utentes mais dependentes e com rendimentos mais baixos, quer seja para efetuar a limpeza da habitação ou para acender a lareira a utentes que habitam sozinhos e que já não têm capacidades para o fazer. Relativamente ao exterior, os utentes também podem frequentar os cafés que existem nas proximidades dos Centros de Dia, quer seja em Urrô, quer seja em Tropeço. Os utentes que se encontram funcionalmente capazes e que não necessitam de acompanhamento, têm autorização para saírem sozinhos até ao café, já aqueles que necessitam de acompanhamento, só estão autorizados a sair com alguma colaboradora.

Dentro do que foi possível observar, de uma forma geral, os serviços são prestados adequadamente às pessoas idosas, principalmente os serviços de necessidades básicas, ou seja, todos os utentes são tratados de igual forma, quer sejam pessoas fisicamente dependentes ou não, não existe um tratamento diferente de pessoa para pessoa por parte

das auxiliares de ação direta. A nível de higiene acontece o mesmo, todos os utentes que usufruem deste serviço têm um dia marcado da semana para a realização do mesmo e este é efetuado pelas auxiliares com o máximo rigor e dedicação para que os serviços sejam prestados da melhor forma aos idosos. Relativamente ao transporte, este também é realizado com o máximo de pontualidade para que não existam atrasos e nenhum dos utentes seja prejudicado. Já o acompanhamento a consultas e serviços extras que o Centro de Dia efetua, estes também são prestados com o máximo de rigor e muitos dos utentes usufruem deles, uma vez que a maioria não tem familiares que os possam acompanhar no dia-a-dia.

No entanto, nem sempre as necessidades dos utentes são totalmente respondidas, sobretudo no que diz respeito às pessoas mais dependentes, com doenças do foro psicológico, nomeadamente, doenças como alzheimer e outras demências, já que estas pessoas passam os dias sentados nos seus cadeirões, sem qualquer tipo de estimulação física e psicológica. Sendo que deveria existir este trabalho mais individualizado com estes utentes, de forma a retardar os sintomas da doença e o declínio físico e mental.

No Centro de Dia em Urrô, as tensões são medidas por uma enfermeira da SCMA que visita a instituição uma vez por semana e faz o controlo da medicação dos utentes. Já no Centro de Dia em Tropeço, as tensões são medidas por uma das colaboradoras, também uma vez por semana, no entanto, durante o período de estágio, essa tarefa foi-me atribuída. Quanto à medicação, esta é administrada e controlada pela colaboradora que trabalha na instituição desde que esta abriu ao público, sendo por isso a pessoa encarregue pelo Centro.

Quanto aos banhos, estes são dados todos os dias em ambos os Centros de Dia, no entanto, cada pessoa tem o seu dia marcado. O mesmo acontece com os cuidados de imagem pessoal, onde existe também um dia marcado para as auxiliares puderem cortar o cabelo aos utentes ou desfazer a barba aos idosos do sexo masculino.

Relativamente ao plano anual de atividades, este é elaborado pela animadora sociocultural da Santa Casa da Misericórdia de Arouca e embora, os utentes não participem na elaboração do mesmo, estes podem sempre decidir se querem ou não participar nas atividades. A animadora sociocultural vai todos os dias ao Centro de Dia em Urrô, embora não permaneça o dia todo na instituição, uns dias vai na parte da manhã

e outros na parte da tarde, pois esta também é animadora no hospital da Misericórdia de Arouca. Desde que iniciei o meu estágio e ao longo do tempo foi possível observar que as atividades não têm grande destaque em ambos os Centros de Dia, uma vez que se dá mais prioridade à prestação dos designados “cuidados básicos”. Também foi possível perceber que o plano de atividade anual não corresponde à realidade, uma vez que as atividades realizadas pela animadora são sobretudo de atividade física, atividade essa que os utentes gostam bastante, pois acaba por ser um momento em que podem conviver uns com os outros e conjuntamente com a animadora. Na ausência da animadora, foi também possível perceber que existem alguns grupos dentro do Centro de Dia em Urrô, uma vez que as pessoas se juntam para fazer atividades diferentes. Existe por exemplo, um grupo de 4 senhoras que gostam de pintar e dedicam as suas manhãs à pintura, na parte da tarde, depois da transmissão da missa, existe um grupo de 4 pessoas que se junta para jogar dominó, enquanto outras pessoas aproveitam para dar caminhadas no interior e exterior da instituição e outros pequenos grupos de pessoas que se encontram mais próximas umas das outras, nos cadeirões onde se sentam diariamente e, por isso mesmo, interagem e criam laços afetivos mais próximos.

Já no Centro de Dia em Tropeço, os utentes não têm um plano de atividades elaborado e raramente realizam atividades, uma vez que a animadora sociocultural não visita este Centro com tanta frequência como no Centro de Dia em Urrô. A meu ver, esta situação acontece pelo facto de os utentes serem pessoas idosas com idades mais avançadas e por não se mostrarem recetivos à realização de atividades, são também pessoas com escolaridade mínima obrigatória e a maior parte é analfabeta. Deste modo, as atividades desenvolvidas neste Centro de Dia são praticamente inexistentes, contudo, em datas festivas os utentes deste Centro são sempre incluídos nas atividades desenvolvidas no Centro de Dia em Urrô, quer seja em atividades de Natal, São Martinho, Santos Populares, entre outros.

Ainda sobre as atividades e tendo em conta as necessidades dos utentes de ambos os Centros de Dia, seria importante desenvolver mais atividades que respondessem às diversas áreas de funcionalidade das pessoas idosas, tais como a estimulação cognitiva, uma vez que muitos dos utentes têm problemas de memória, o que foi possível observar depois de aplicar um mini exame do estado mental a alguns dos utentes. De acordo com Apóstolo et al. (2013), a estimulação cognitiva contribui para a diminuição do declínio

cognitivo e melhora a autonomia dos idosos, assim como pode diminuir o aparecimento de quadros demenciais, para além de manter intactas as funções cognitivas e os recursos das funções que, embora diminuídas, não estão totalmente perdidas, de modo a prolongar a independência e a qualidade de vida dos mais velhos. Para além disso, seria importante desenvolver atividades mais individualizadas com as pessoas com demências, como por exemplo: atividades de estimulação sensorial. Ayres (2008 cit. por Gonçalves, A., 2018) explica que a estimulação sensorial permite alcançar competências mais complexas, como focar a atenção em determinadas sensações, selecionar informação mais relevante em cada situação, realizar movimentos mais eficientes, ajudando a controlar as emoções e a compreender melhor o ambiente que nos rodeia.

Contudo, durante a realização das entrevistas, foi possível perceber que todos os entrevistados se encontram satisfeitos com os serviços prestados pela instituição, uma vez que todos responderam que se encontravam muito satisfeitos com a rotina diária dentro dos Centros de Dia, com as condições que ambos os Centros oferecem e com a prestação de cuidados do pessoal técnico.

Por fim, deveria existir uma atualização dos planos individuais dos utentes, assim como incluir a sua participação na elaboração destes, uma vez que depois de analisar os mesmos, foi possível perceber que estes não se encontram atualizados e totalmente preenchidos, muitos dos planos de desenvolvimento não têm uma ficha de avaliação diagnóstica, um plano individual de apoio ou um plano de atividades preenchido. Tal como refere o modelo de avaliação da qualidade em Centros de Dia, de forma a garantirmos uma melhoria contínua na organização e funcionamento das instituições, torna-se fundamental, aumentar o grau de participação dos clientes nos serviços que lhes são prestados (ISS, 2010). Estes planos individuais contêm, sobretudo, informação acerca do agregado familiar, rendimentos, informações pessoais e informação médica e farmacêutica. Alguns destes planos têm também escalas como o Mini-Mental-State e a escala Geriatric Depression Scale. O Min-Mental-State (Folstein et al., 1975) traduzido e adaptado pela Professora Manuela Guerreiro em 1993 (Sobral, 2006) é uma escala de avaliação cognitiva, de aplicação breve, entre 10 a 15 minutos e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde e avalia sobretudo, a orientação espacial e temporal, a memória, a atenção, o cálculo e a linguagem. Já a escala Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) avalia a sintomatologia depressiva das pessoas idosas, é um instrumento rápido e igualmente fácil de aplicar por qualquer profissional de saúde, na versão completa este instrumento contém 30 questões e na versão abreviada contém

apenas 15 perguntas.

Capítulo III- Metodologia

6. Processo de Integração Institucional

O processo de integração nos dois Centros de Dia foi bastante distinto, mas ao mesmo tempo, longo e desafiante. Com o passar do tempo, foi possível ganhar a confiança dos utentes, através de conversas informais, passeios no exterior dos Centros e até mesmo, através dos momentos de diagnóstico, onde realizei as entrevistas individuais com os utentes. Deste modo, a IA permitiu-me também aproximar-me dos utentes, pois na fase inicial do estágio e através da observação participante, foi possível colaborar em algumas atividades desenvolvidas pela animadora sociocultural dos Centros de Dia, o que ajudou bastante no processo de integração. Embora esta observação participante, tenha acontecido apenas no Centro de Dia Eng. Afonso Brandão de Vasconcelos, local onde a animadora sociocultural passava mais tempo e dinamizava mais atividades. Já no Centro de Dia de Tropeço, as entrevistas para o diagnóstico, revelaram-se muito importantes para 64 este processo de confiança, pois permitiram-me criar uma relação mais próxima com os utentes, uma vez que eles aproveitavam este momento mais individual para conversarem acerca de outros assuntos e, até mesmo, para partilharem acontecimentos e momentos das suas vidas pessoais. Neste processo de integração não foi possível ter um acompanhamento muito próximo da orientadora do local de estágio, já que esta desenvolve funções em outras valências da Santa Casa da Misericórdia de Arouca e não apenas nos Centros de Dia, tornando este percurso um pouco mais difícil, pois todo o processo de conhecimento de rotinas e da realidade do contexto foi feito de forma individualizada. Assim sendo, considero que um acompanhamento mais próximo poderia ter sido uma mais-valia nesta fase de integração, tanto para mim como para os utentes. Contudo, a integração nas atividades da animadora sociocultural e a participação desta em algumas dinâmicas de grupo desenvolvidas por mim, foram fundamentais para criar relações com as pessoas idosas. No Centro de Dia de Tropeço, local onde a integração foi mais difícil e demorada, o apoio das duas funcionárias do Centro, também se revelou fundamental para que eu pudesse conhecer melhor a realidade dos utentes, as suas rotinas, problemas e interesses. O incentivo das funcionárias para com os utentes, também me permitiu ganhar a confiança de grande parte das pessoas inseridas no Centro de Dia. Deste modo, o processo de integração revelou-se um percurso árduo, alguns obstáculos foram

surgindo, mas a relação com os utentes e o carinho demonstrado por estes, facilitou todo o processo.

7. Investigação Ação- Participativa

A metodologia escolhida para este estudo foi a Investigação-Ação (IA) pelo papel participativo que este oferece aos intervenientes, de forma a conseguir alcançar um objetivo comum, que neste caso é melhorar a qualidade de vida das pessoas e promover um envelhecimento ativo no contexto em que estas se encontram inseridas. Para além disso, a investigação-ação tem um duplo objetivo, o de ação, para obter uma mudança na comunidade ou num determinado contexto, e o de investigação, no sentido de aumentar a compreensão por parte do investigador acerca dos participantes e do contexto (Lima, 2016, p.22). A Investigação-Ação caracteriza-se por ser um tipo de investigação que permite às pessoas que desenvolvem uma determinada atividade, designadas “os práticos” /profissionais de terreno, investigarem a sua própria ação, desenvolvendo assim um enquadramento teórico baseado na maneira como esta é desenvolvida, com o objetivo de a melhorar (Lincoln & Guba, 2005; McNiff & Whitehead, 2009 cit. por Castro et al., 2012, p.3). Para Carr e Kemmis (1986 cit. por Castro et al., 2012, p.3) a IA é um método de investigação que promove a autorreflexão dos participantes em determinados contextos sociais, o que pode ajudar a melhorar a realidade das próprias práticas, assim como a sua compreensão e as situações em que estes estão envolvidos. Deste modo, o investigador/interventor deve escutar e envolver os participantes na pesquisa e na ação, de forma que estes se sintam envolvidos com todo o processo, ao mesmo tempo que os torna responsáveis pela transformação da sua própria realidade social. Assim, o investigador/interventor deve auxiliar os atores sociais a perceber o seu direito de participação, de forma que estes se auto percecionem como detentores de saber e de responsabilidades, ou seja, pessoas que assumem uma atitude de transformação perante a realidade em que estão. Lima (2003 cit. por Miranda, 2014, p.19) defende que este envolvimento dos participantes se trata de um processo de formação e de autodesenvolvimento que tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Podemos assim concluir que a IA visa a melhoria contínua da aprendizagem do próprio investigador e dos intervenientes. Uma das questões que diferencia a IA da investigação tradicional, é o facto de a intervenção sobre a realidade social ter o objetivo de a melhorar e não apenas encontrar 22 explicações e razões para justificar determinadas

situações, como acontece na investigação tradicional. Watt e Watt (1993 cit. por Castro et al., 2012, p.4) referem ainda que a IA difere da investigação tradicional pelo seu destaque na ação, pois esta é uma parte integrante do estudo. A IA atua também em intervenções da vida real, o que envolve ciclos autorreflexivos, sendo que estes incluem planeamento, ação, observação e reflexão (Castro et al., 2012). Esta metodologia fez parte de toda a intervenção ao longo do estágio, uma vez que os utentes foram os principais agentes transformadores da realidade onde estes se encontram inseridos. Toda a ação foi desenvolvida a partir das capacidades e potencialidades das pessoas mais velhas, enquanto que a minha função como investigadora/interventora passou pela descoberta dessas competências, mais concretamente na fase do diagnóstico, dando as ferramentas necessárias aos adultos mais velhos para que estes pudessem gerar uma mudança nas suas rotinas dentro dos Centros de Dia, quer fosse através das atividades desenvolvidas quer fosse a partir do incentivo e motivação para participar ativamente nas tarefas diárias, de forma a que fosse possível promover um envelhecimento mais ativo em ambos os Centros de Dia. A metodologia participativa realiza-se a partir da interação entre diversos atores sociais, com o objetivo de conhecer o contexto no qual estão inseridos, utilizando a comunicação no processo de acompanhamento dos participantes. Esta metodologia caracteriza-se por fornecer aos participantes um papel central, já que os mesmos ajudam na elaboração do diagnóstico de necessidades e apresentam soluções para a satisfação dessas mesmas necessidades. Trata-se, assim, de um processo de reflexão-ação, característico da participação ativa. Esta metodologia participativa procura, portanto, intervir numa realidade, conhecendo-a previamente através do diagnóstico, porém atua de forma conjunta com os beneficiários do projeto de intervenção, com o objetivo de gerar uma mudança nos contextos e tem sido uma metodologia de suporte à IA (Fernandes, 2013, p.30). Tal como aconteceu ao longo do estágio, este diagnóstico realizou-se após a integração nos Centros de Dia, através das entrevistas semiestruturadas aplicadas aos utentes que quiseram participar. Desta forma e através deste instrumento de recolha de dados, foi possível conhecer melhor as pessoas mais velhas com quem iria intervir, percebendo melhor as suas necessidades, potencialidades, histórias de vida e gostos e interesses. Assim como, através das entrevistas as pessoas idosas tornaram-se agentes ativos na elaboração dos seus próprios diagnósticos. Seguindo esta linha, os participantes apresentam um papel fundamental no processo de investigação, uma vez que sem eles, a investigação não acontece. Desta forma, Collins (2004 cit. por Castro et al., 2012) refere que uma verdadeira IA participativa, promove a colaboração ativa dos seus

intervenientes. Por fim, o mesmo autor acrescenta que a linguagem, poder, participação e colaboração são quatro premissas que validam uma IA eficiente. Tal como já foi referido os utentes tiveram um papel fundamental ao longo de toda a intervenção, pois foram eles os principais agentes ativos de toda a ação. Assim, torna-se fundamental promover as capacidades das pessoas idosas para a mudança da sua realidade, pois são elas os principais portadores de conhecimento das suas vidas, sendo por isso a investigação-ação participativa o melhor método de investigação neste estudo, uma vez que releva o papel predominante dos sujeitos no seu próprio processo de desenvolvimento (Ferreira & Bertão, 2017, p.81). Para além disso, a IA tem como objetivos compreender, melhorar e reformular práticas, assim como intervir em pequenas escalas no funcionamento de determinados contextos e analisar detalhadamente os efeitos de cada intervenção (Cohen & Manion, 1994 cit. por Coutinho et al., 2009). A IA também tem presente no seu método algumas metas: melhorar e transformar a prática social ao mesmo tempo que se procura uma melhor compreensão dessa mesma prática e articular continuamente a investigação, ação e formação; aproximar-se o máximo possível da realidade. Segundo (Coutinho et al., 2009, p.363) a IA trouxe também à investigação em ciências da educação contributos como: uma investigação com maior destaque ao social, a qual permite que o investigador e os atores sociais se encontrem no mesmo plano de intervenção e a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, originando assim novas técnicas de recolha de dados. Algumas destas metas da IA foram possíveis de alcançar durante a intervenção em ambos os locais de estágio, uma vez que ao realizar as várias atividades com os utentes, conseguiu-se transformar a prática social dos contextos, transformando assim, o dia-a-dia dos adultos mais velhos dentro das instituições e tornando-os mais ativos em diversos aspetos, tendo sempre em conta as limitações e os interesses de cada um, sendo que para tal foi necessário realizar um diagnóstico e perceber todos estes pontos que fazem parte da investigação. Contudo, torna-se importante referir que esta transformação dos contextos através da intervenção não aconteceu de um modo geral, uma vez que não foi possível chegar a todos os utentes por vários motivos, alguns dos utentes mostraram-se passivos e resistentes à elaboração das atividades e à realização do diagnóstico, alguns eram portadores de psicopatologias e, por esse motivo, também não foi possível integra-los no diagnóstico. Enquanto investigadora e aluna respeitei a vontade de cada pessoa em não quererem participar no estudo. Um investigador deve ter sempre presente que “os interesses e o bem-estar dos indivíduos sobrepõem-se aos interesses da ciência ou da sociedade, isto é, a ciência deve estar ao serviço do indivíduo e das

populações e não serem encarados como um meio, mas como um fim” (SILVA, et al., 2009 cit. por Duque & Calheiros, 2017, p.105). A IA comporta vários modelos e caracteriza-se pelo seu caráter cíclico, uma vez que é possível observar na IA um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua e que se resumem na sequência: planificação, ação, observação e reflexão. De acordo com Cohen et al. (2000 cit. por Rodrigues, 2021) a planificação diz respeito à ideia inicial do investigador para identificar um objetivo e, assim, decidir as primeiras ações a desenvolver. De seguida, implementa-se o plano desenvolvido, de forma a recolher a informação gerada pela ação realizada, com o objetivo de a avaliar. Com esta avaliação, segue-se a reflexão, onde já é possível planear devidamente a ação seguinte, com as modificações necessárias. Deste modo, pode-se dizer que a IA é considerada um processo em espiral, uma vez que o plano geral pode ser revisto as vezes necessárias face às novas informações que vão sendo recolhidas, passando-se novamente ao segundo passo de monitorização e avaliação, continuando sucessivamente a esquematização (Rodrigues, 2021, p.9). O projeto inicial foi realizado no primeiro ano do mestrado, na disciplina de Seminário de Dissertação/Trabalho de projeto/Estágio, onde escolhi o tema abordado neste estudo, assim como a metodologia de investigação que pretendia utilizar, sendo que ao longo do estágio foram modificadas algumas ações e outras reajustadas à realidade do contexto de estágio, tal como o cronograma de atividades foi readaptado ao longo do estágio. Neste estudo decidi adotar o Modelo de Kurt Lewin, por considerar que este é o mais apropriado para o estudo em causa, uma vez que este defende que uma investigação parte sempre de uma ideia geral, que neste caso é a promoção do envelhecimento ativo nos contextos de estágio em que estou inserida, no qual se deve traçar um plano ação onde seja possível identificar e avaliar o potencial do tema escolhido e as suas limitações, procedendo assim para a ação, seguida de uma avaliação dos resultados obtidos com essa mesma ação. Depois desta fase inicial, o investigador deve realizar uma revisão do plano inicial, de acordo com os dados recolhidos, planificando assim a sua segunda ação tendo por base esta informação (Coutinho et al., 2009, p.367).

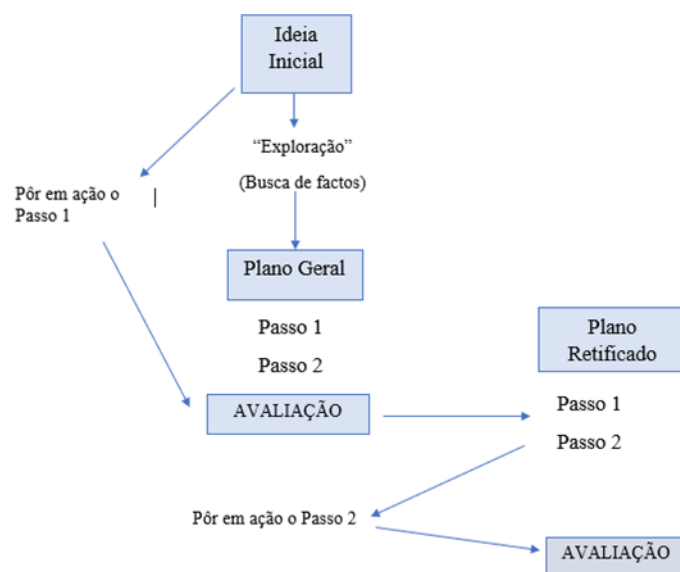


Figura 1 - Modelo de Investigação-Ação de Lewin (1946)

Como já foi referido a participação dos intervenientes é um fator primordial nesta metodologia, sendo por isso muito importante conseguir captar toda a informação que nos é fornecida pelos intervenientes, seja através da observação ou conversas informais e até mesmo através das técnicas de recolha de dados. A participação, constitui-se assim, como um ponto de partida para a investigação e para a recolha de informação nos contextos onde ocorre a ação. Como refere Paulo Freire (1975 cit. por Coutinho et al., 2009, p.375) quanto mais um investigador se aplicar na ação transformadora de uma determinada realidade, mais rápido se conseguem inserir nela criticamente, ou seja, é essencial que o investigador esteja completamente envolvido na transformação do contexto ou realidade em que se encontra, pois só assim consegue consciencializar os que o rodeiam, neste caso os intervenientes, de forma a que juntos consigam alcançar a mudança regeneradora e, assim, melhorar a qualidade de vida de cada um e a sua própria realidade. Assim como no estágio, a intervenção realizada ao longo do tempo foi mudando aos poucos o dia-a-dia dos utentes, uma vez que estes passaram a realizar atividades diversas todos os dias e, não apenas, quando a animadora sociocultural se encontrava nos Centros de Dia. A presença de mais uma profissional nos contextos de estágio foi crucial para que alguns utentes se tornassem mais ativos e dispostos a vivenciar novas experiências, pois sentiam-se mais motivados para realizar as atividades, promovendo o aumento do bem-estar emocional dos idosos. Tal como refere Juliana Quintero (cit. por Sousa J., 2021) a realização de 26 atividades sociais, culturais, lúdicas e recreativas, entre outras, com

peessoas idosas é uma metodologia que permite dar resposta às diferentes necessidades dos adultos em idade avançada, uma vez que estas se caracterizam por ter um fundamento pedagógico e por serem também um suporte de comunicação, constituindo-se assim fundamentais na qualidade de vida das pessoas. Foi através desta metodologia que me consegui envolver completamente na realidade dos Centros de Dia, realizando a minha intervenção socioeducativa e modificando aos poucos o dia a dia de alguns utentes.

7.1. Objetivos do projeto de intervenção

Segundo Serrano (2008), os objetivos são os propósitos que se pretendem alcançar com a realização de uma ação planificada, assim sendo, estes devem ser claros e realistas. Para além disso, podemos classificar os objetivos como gerais e específicos, uma vez que estes constituem o ponto de referência de um projeto de intervenção e dão coerência ao plano de ação. Segundo Espinoza (1986 cit. por Serrano, 2008) os objetivos centrais são os propósitos mais amplos de um projeto. Desta forma, no âmbito do estágio realizou-se uma intervenção apostada na promoção do envelhecimento ativo e no aumento do bem-estar nos adultos mais velhos dos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca. O paradigma do envelhecimento ativo promove a participação contínua dos adultos mais velhos na sociedade, valoriza as competências e as capacidades das pessoas idosas e o seu potencial enquanto um recurso essencial para a sociedade, assim como se constitui como um paradigma que pretende acabar com os estereótipos associados a este grupo etário (Ribeiro, 2012). É também um paradigma que visa a qualidade de vida das pessoas durante esta fase de envelhecimento e, por isso, torna-se fundamental realizar uma avaliação multidimensional em qualquer contexto de intervenção, de forma que a história de vida, as trajetórias, vivências, assim como a situação social e económica, de saúde, gostos e interesses sejam considerados, para que seja possível realizar uma intervenção adequada e individualizada. Para além deste objetivo central, existem também os objetivos específicos, os quais são mais concretos e definem exatamente o que se pretende alcançar com o projeto (Serrano, 2008). Desta forma, os objetivos específicos da minha intervenção consistiram em avaliar e identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas idosas; conhecer os interesses e gostos pessoais de cada utente da instituição; estimular as capacidades físicas e mentais; promover a interação social e fomentar a participação social; valorizar as capacidades e vivências dos adultos mais velhos, promovendo a sua autonomia e bem-estar e, por fim, conhecer a organização

como um todo e as condições por elas criadas para o processo de envelhecimento dos seus utilizadores.

7.2 Técnicas de Recolha de Dados para a elaboração do Diagnóstico

O método qualitativo foi o método escolhido, uma vez que este permite compreender as interpretações que os sujeitos fazem ao longo das suas vidas, a forma como estes sentem e pensam e como constroem os seus objetivos. Segundo Guerra (2014), os métodos qualitativos são os que mais se adequam a investigações científicas de grupos, tal como acontece neste estudo em que o público-alvo são utentes de ambos os Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca. Para além disso, o método qualitativo é utilizado quando se pretende realizar uma análise de discursos ou histórias sociais sob o ponto de vista dos sujeitos. Desta forma, optou-se por este método de investigação já que o objetivo sempre foi compreender a realidade em que os utentes se encontravam inseridos, as suas histórias de vida e a forma como as suas vidas, perspetivas e visões influenciavam esta realidade dentro dos Centros de Dia. De acordo com Cyriaco et al. (2017, p.5), a investigação qualitativa permite realizar explorações mais vastas, onde os investigadores são guiados por temáticas e observações de campo, nesta abordagem a construção do conhecimento surge através da constante interação entre o investigador e os atores sociais, tal como aconteceu no estágio, uma vez que só foi possível investigar e obter informação acerca dos utentes e dos contextos onde estes se encontravam inseridos através das relações sociais que foram sendo construídas e solidificadas ao longo do tempo. Para além disso, este é um método de estudo que ressalta a descrição dos fenómenos investigados, quer seja a partir de entrevistas, observações ou registos de campo. Importa também ressaltar que a pesquisa qualitativa deve seguir sempre uma metodologia coerente para que se possa fornecer uma interpretação fidedigna dos dados recolhidos. Citando o mesmo autor “a maior contribuição da pesquisa qualitativa é buscar entender o significado que determinado fenómeno tem na vida das pessoas, preferencialmente no ambiente natural do sujeito, com o propósito de viabilizar uma compreensão neutra e dinâmica do ser humano” (Cyriaco et al., 2017, p.5). Tal como acontece neste estudo, o objetivo principal passa por perceber se a implementação do paradigma do envelhecimento ativo aumenta, de facto, o aumento do bem-estar dos utentes dentro dos Centros de Dia, ou seja, no meio natural no qual estes se encontram inseridos no seu dia-a-dia. No entanto, só foi possível perceber este fenómeno através do contacto direto e constante com as pessoas idosas ao longo do estágio. Desta forma, é

importante salientar que o diálogo se tornou uma ferramenta fundamental para poder obter mais conhecimento não só acerca dos utentes, mas também para poder compreender e analisar os resultados obtidos com a realização das atividades implementadas durante o estágio. Tal como se tornou fundamental para perceber a forma como os utentes se sentiam durante e após a realização destas atividades, constituindo-se assim numa importante técnica de recolha de dados. Para a obtenção desta recolha de dados, nomeadamente na fase de diagnóstico, elaborou-se uma entrevista semiestruturada, a qual foi aplicada depois do 1º mês de integração em ambos os Centros de Dia. A entrevista semiestruturada constitui-se como um processo de interação social que privilegia a obtenção de dados através do diálogo e transmite representações de grupos sociais pelo meio de um porta-voz (Lima et al., 1999, p.133). Desta forma, optou-se pelas entrevistas, uma vez que permite ao entrevistado dar respostas livres e possibilita um diálogo mais espontâneo. Uma vez que se tratam de adultos mais velhos com pouca escolaridade, era necessário que as perguntas fossem simples e de fácil compreensão, de forma a que os dados recolhidos retratassem o mais possível a realidade destas pessoas. A entrevista foi elaborada em três partes, sendo que a primeira parte consistiu em apresentar os seus objetivos, assim como assegurar a garantia da confidencialidade e proceder à solicitação da autorização para a gravação áudio da mesma. Já a segunda parte da entrevista focou-se na caracterização concreta dos utentes dos Centros de Dia, onde foram realizadas vinte perguntas na totalidade referentes à idade dos participantes, à sua literacia, profissão, rendimentos, o tempo em que se encontravam na instituição, o motivo que os levou a inscreverem-se nos Centros, se estes apresentavam algum problema de saúde, de mobilidade, se conseguiam realizar as atividades de vida diária sozinhos ou com algum auxílio, se sentiam ter perdas de memória frequentemente, se se sentiam deprimidos com frequência, quais as pessoas com quem estabeleciam mais contacto fora dos centros de dia, a quem recorriam quando necessitavam de assistência fora dos centros de dia, se residiam sozinhos ou com familiares, com quem se sentiam próximos de tal forma que pudessem pedir ajuda sempre que necessário, e por fim, algumas questões relativas aos seus gostos e interesses dentro dos centros de dia, como por exemplo, quais as atividades que lhes despertava mais interesse em realizar, se praticavam algum exercício físico e o que costumam realizar fora dos centros de dia, nos seus tempos livres. Por último, a terceira parte da entrevista teve como objetivo perceber a opinião dos utentes acerca da instituição, o seu grau de satisfação com os serviços prestados e conta com um total de seis perguntas relativas a este tema (Anexo 1). A técnica escolhida para a análise dos

dados recolhidos no diagnóstico é a análise de conteúdo, esta técnica de tratamento de dados insere-se na metodologia qualitativa, tem uma dimensão descritiva e tem como objetivo interpretar o que foi narrado, para além de ter uma dimensão interpretativa que surge da análise do investigador face ao seu objeto de estudo (Guerra, 2006). Segundo Bardin (1977), existem vários tipos de análise de conteúdo e estes podem agrupar-se em: categorial, a qual é uma análise temática, sendo esta normalmente descritiva; a avaliação que estuda a opinião dos entrevistados face ao objeto de estudo e reparte o texto em unidades de significação; a enunciação, a qual se utiliza sobretudo para entrevistas longas, de resposta aberta e centra-se na análise dos conteúdos; e por fim, a expressão que se caracteriza por ser uma análise formal e linguística. Como tal, o autor explica ainda que a análise de conteúdo é uma técnica marcada pela diversidade de formas e pela sua fácil aplicação a um campo muito vasto, sendo ele as comunicações (Bardin, 1977, p.31). Assim e depois de efetuada a exploração da informação obtida nas entrevistas, passou-se à divisão das categorias criadas em subcategorias, de forma a resumir os dados obtidos em unidades de registos. De acordo com Bardin (1977, p.104), a unidade de registo é a “unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.” De seguida serão apresentados os quadros e gráficos com os dados recolhidos nas entrevistas. À medida que estes dados serão apresentados, será também feita a interpretação dos dados. Quanto à avaliação das atividades dinamizadas ao longo do estágio, desenvolveu-se um pequeno questionário de avaliação de satisfação quanto às mesmas, de forma a perceber se estas iam de encontro aos interesses e necessidades das pessoas idosas. Assim sendo, no final de cada atividade a estagiária passava o questionário para que os participantes pudessem dar a sua opinião, sendo que respondiam apenas aqueles que demonstrassem interesse em preencher o questionário (Anexo 2).

7.3 Considerações Éticas

Segundo o relatório The Belmonte (2000), devemos seguir três princípios básicos da ética em estudos que envolvam seres humanos, sendo eles o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça, ou seja, qualquer pessoa deve ser tratada com um indivíduo autónomo, qualquer pessoa envolvida numa investigação deve ser tratada de forma ética, respeitando as suas decisões e promovendo o seu bem-estar e por fim, qualquer pessoa deve ser tratada de forma igualitária, o que significa que qualquer participante num estudo deve ter os seus dados partilhados de forma justa, protegendo sempre a identidade da pessoa em questão. Neste estudo, todos os participantes que realizaram as entrevistas

semiestruturadas foram voluntários e previamente convidados para participarem nas mesmas. No momento do convite e àqueles que aceitaram participar, foram entregues dois documentos, um relativo ao termo de Consentimento Livre e Informado, o qual explicava o motivo da solicitação para a participação no estudo, a garantia de anonimização e confidencialidade e a autorização para a gravação áudio das entrevistas, assim como foi entregue uma cópia de ambos os documentos aos participantes. O segundo documento, dizia respeito à participação em estudo, que neste caso foi através de uma entrevista, onde os utentes podiam consultar o tema do estudo, o seu objetivo, quem o conduzia, uma explicação relativa à confidencialidade e privacidade e os benefícios e riscos em participar no estudo (Anexo 3 e Anexo 4). Para a realização das entrevistas, foi solicitado à diretora técnica a autorização para a realização das mesmas, a qual autorizou solicitando apenas que os termos de consentimento livre e informado fossem assinados pelos utentes e pelos respetivos representantes, uma vez que a maior parte dos utentes tem um familiar como representante dentro da instituição. Junto dos termos de consentimento livre e informado foi entregue a cada participante um documento relativo à participação em estudo, de forma a informar os utentes e os seus representantes o objetivo das entrevistas, o tema do estudo e informações respetivas à confidencialidade e privacidade, assim como os benefícios e os possíveis riscos em participar no estudo em causa. Em ambos os documentos foram fornecidos os contactos da estagiária.

8. Processo de Integração Institucional

O processo de integração nos dois Centros de Dia foi bastante distinto, mas ao mesmo tempo, longo e desafiante. Com o passar do tempo, foi possível ganhar a confiança dos utentes, através de conversas informais, passeios no exterior dos Centros e até mesmo, através dos momentos de diagnóstico, onde realizei as entrevistas individuais com os utentes. Deste modo, a IA permitiu-me também aproximar-me dos utentes, pois na fase inicial do estágio e através da observação participante, foi possível colaborar em algumas atividades desenvolvidas pela animadora sociocultural dos Centros de Dia, o que me auxiliou bastante no processo de integração. Contudo esta observação participante, aconteceu apenas no Centro de Dia Eng. Afonso Brandão de Vasconcelos, local onde a animadora sociocultural passava mais tempo e dinamizava mais atividades. Já no Centro de Dia de Tropeço, as entrevistas para o diagnóstico, revelaram-se muito importantes para este processo de confiança, pois permitiram-me criar uma relação mais próxima com os utentes, uma vez que eles aproveitavam este momento mais individual para conversarem acerca de outros assuntos e, até mesmo, para partilharem acontecimentos e momentos das

suas vidas pessoais. Neste processo de integração não foi possível ter um acompanhamento muito próximo da orientadora do local de estágio, já que esta desenvolve funções em outras valências da Santa Casa da Misericórdia de Arouca e não apenas nos Centros de Dia, tornando este percurso um pouco mais difícil, pois todo o processo de conhecimento de rotinas e da realidade do contexto foi feito de forma individualizada. Assim sendo, considero que um acompanhamento mais próximo poderia ter sido uma mais-valia nesta fase de integração, tanto para mim como para os utentes. Contudo, a integração nas atividades da animadora sociocultural e a participação desta em algumas dinâmicas de grupo desenvolvidas por mim, foram fundamentais para criar relações com as pessoas idosas. No Centro de Dia de Tropeço, local onde a integração foi mais difícil e demorada, o apoio das duas funcionárias do Centro, também se revelou fundamental para que eu pudesse conhecer melhor a realidade dos utentes, as suas rotinas, problemas e interesses. O incentivo das funcionárias para com os utentes, também me permitiu ganhar a confiança de grande parte das pessoas inseridas neste Centro de Dia. Deste modo, o processo de integração revelou-se um percurso árduo, alguns obstáculos foram surgindo, mas a relação com os utentes e o carinho demonstrado por estes, facilitou todo o processo.

9. Caracterização das Pessoas Idosas

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão para a definição da amostra deste estudo, estes estão relacionados sobretudo com as características demográficas, no caso dos critérios de inclusão, onde a amostra deveria conter adultos mais velhos com idades iguais ou superiores a 65 anos, assim como serem utentes que frequentassem os Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca. Quanto aos critérios de exclusão, estes estiveram relacionados com doenças do foro psicológico, como demência e alzheimer, uma vez que pessoas com este tipo de doenças não reuniam as capacidades necessárias para participar no estudo em questão, para além de todos os utentes que não aceitassem assinar o termo de consentimento livre e informado. A caracterização das pessoas idosas de ambos os Centros de Dia foi recolhida através dos planos individuais de cada um, onde constam as suas informações pessoais. Uma vez que são dois Centros de Dia, a caracterização de cada Centro será feita separadamente.

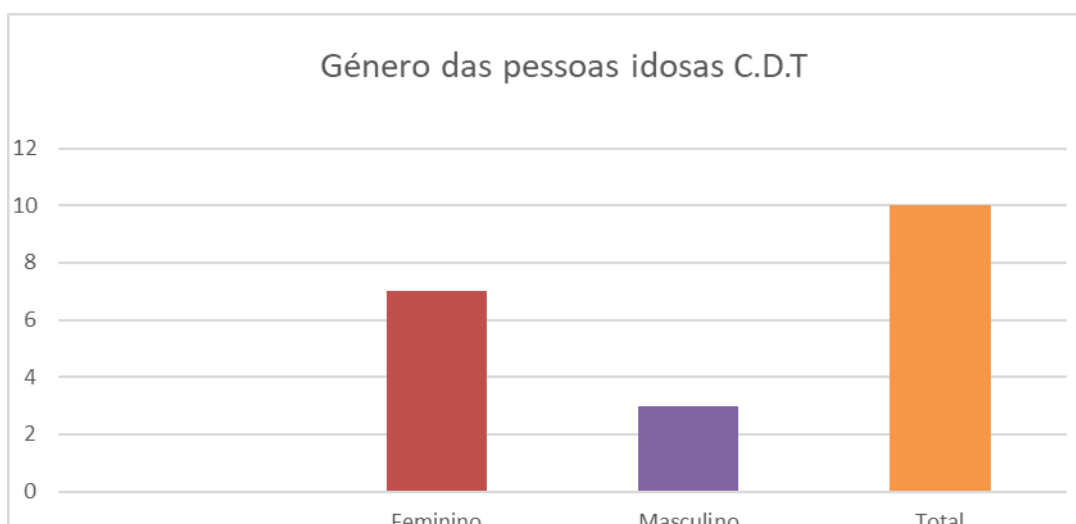


Gráfico 1- Género das pessoas idosas do Centro de Dia em Tropeço

No Centro de Dia em Tropeço e no que diz respeito ao género dos utentes, pode-se verificar, tal como indica o gráfico 1, que o sexo feminino prevalece neste Centro, existindo sete mulheres e apenas três homens, o que acompanha a tendência nacional de feminização da população mais envelhecida.

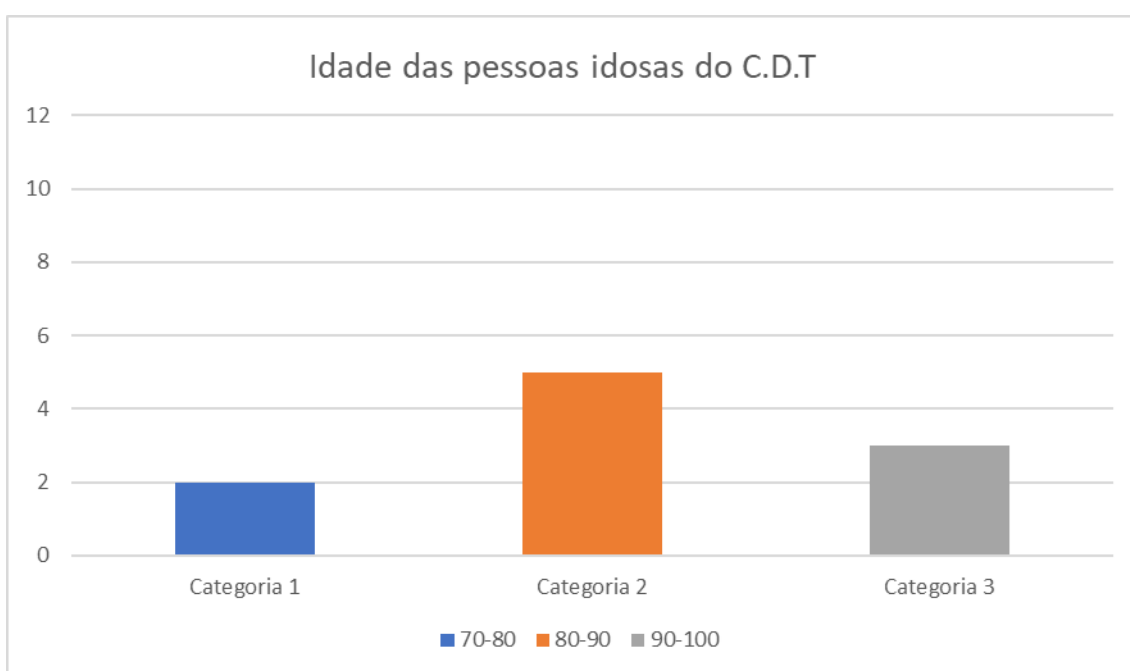


Gráfico 2- Idade das pessoas idosas do Centro de Dia em Tropeço

Relativamente às idades dos utentes do Centro de Dia de Tropeço, tal como se pode verificar no gráfico 2, estas variam entre os 70 anos e os 95 anos, sendo que existem mais pessoas com idades compreendidas entre os 80 e 90 anos. De forma mais específica, pode-se dizer que existe uma pessoa com 70 anos, outra com 80 anos, uma com 81 anos, outra utente com 83 anos, dois utentes com 84 anos, um utente com 85 anos, uma utente com 91 anos, um utente com 93 anos e por fim, uma utente com 95 anos, sendo esta a pessoa

com mais idade deste Centro.

Neste Centro de Dia, também é possível verificar que os utentes são pessoas com idades avançadas. Como sabemos a longevidade é uma realidade cada vez mais presente em Portugal e noutros países da Europa e do mundo, no futuro espera-se que esta tendência cresça ainda mais, esperando-se que em 2050 existam 4.1 milhões de centenários (Araújo & Ribeiro, 2019).

Gráfico 3- Género das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô

Relativamente ao género das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô e tal como se verifica no gráfico 3, existe um maior número de utentes do sexo feminino do que de o sexo masculino. Sendo que do sexo feminino existem 23 pessoas e do sexo masculino existem 5, havendo no total 28 utentes, confirmando mais uma vez a feminização da população idosa.

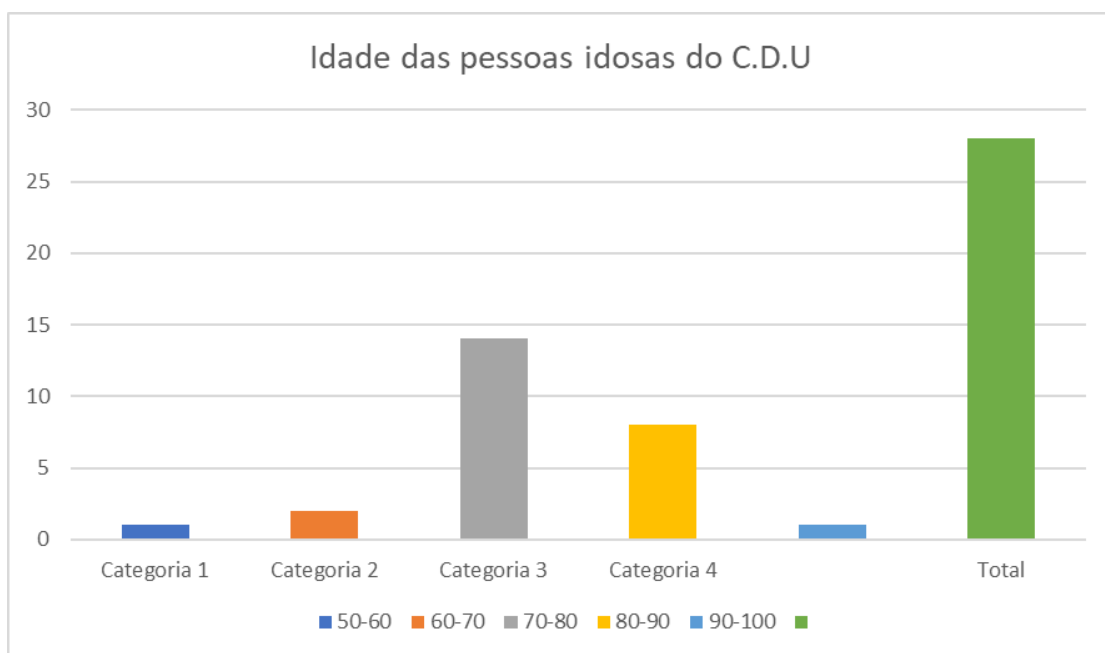
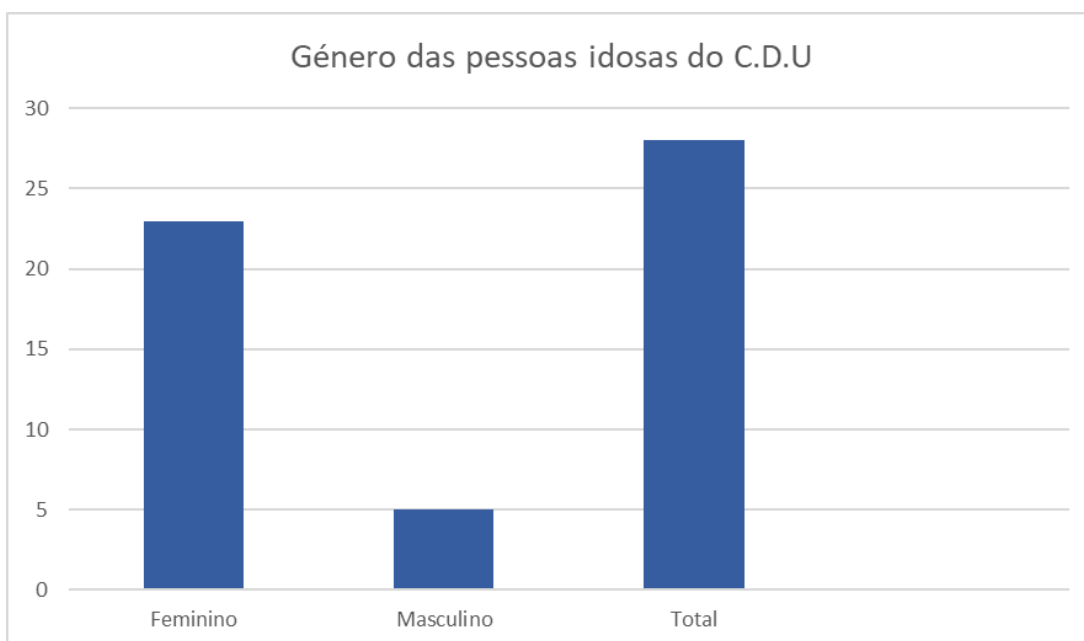


Gráfico 1- Idade das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô



Por fim, a idade das pessoas do Centro de Dia em Urrô varia entre os 52 e os 90 anos. Neste centro, o número de utentes é maior e, por isso, existe uma maior diversidade relativamente às idades das pessoas idosas. Tal como indica o gráfico 4, existem mais utentes com idades compreendidas entre os 70-80 anos, sendo que existe apenas uma pessoa com idade entre os 50-60 anos, duas pessoas com idades entre os 60-70 anos, 14 pessoas com idades entre os 70-80 anos, oito pessoas com idades entre os 80-90 anos e apenas uma pessoa com idade entre os 90-100 anos, sendo que no total são 28 utentes que ocupam as vagas deste Centro de Dia.

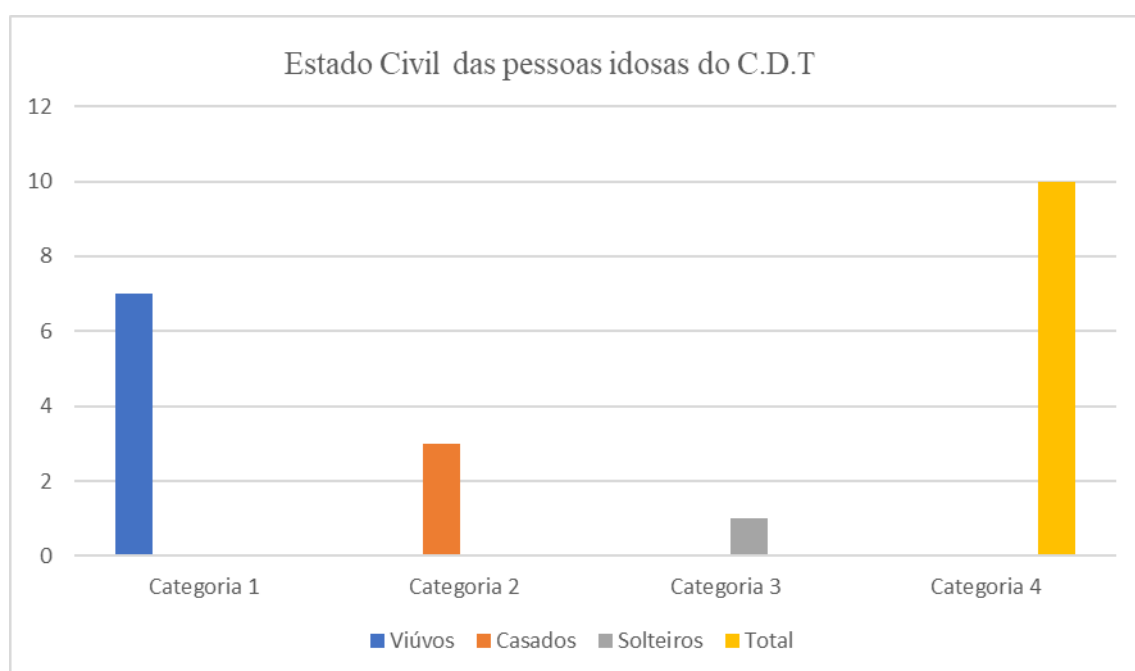


Gráfico 2- Estado Civil das pessoas idosas do Centro de Dia em Tropeço

No que diz respeito ao estado civil dos utentes do Centro de Dia em Tropeço, estes na sua maioria são pessoas viúvas, mais propriamente sete pessoas, três pessoas casadas e apenas uma pessoa solteira. Percebe-se que o isolamento social e o sentimento de solidão se acentuam com a perda dos cônjuges e levam os idosos viúvos e os seus familiares a procurar a integração num centro de dia.

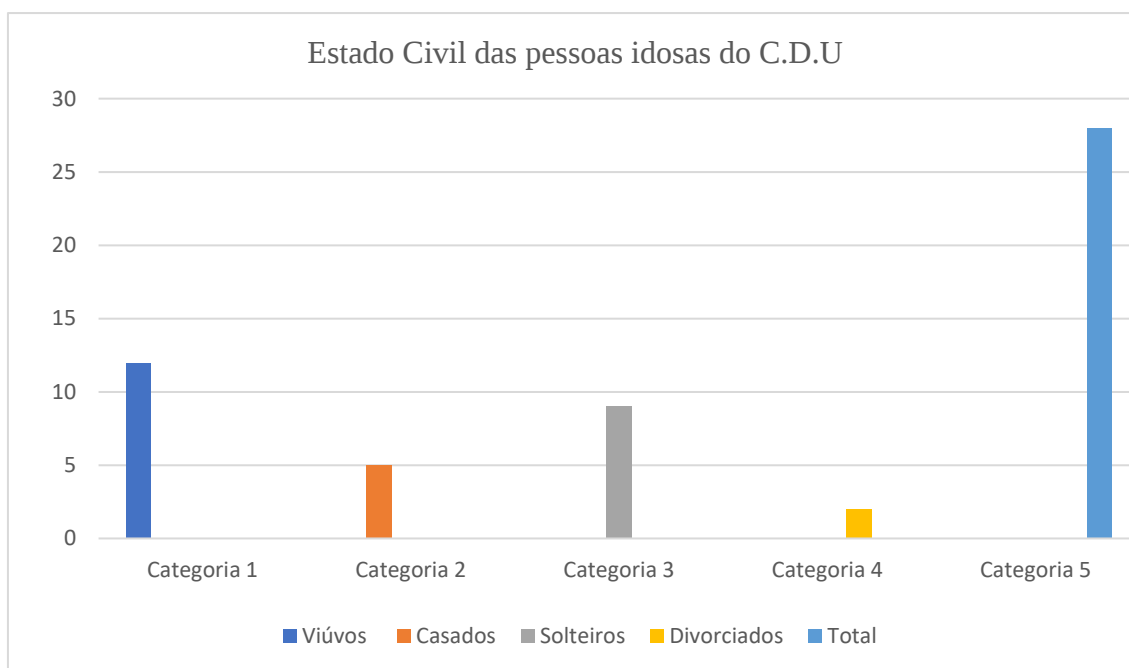


Gráfico 3- Estado Civil das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô

No que se refere ao estado civil das pessoas idosas do Centro de Dia em Urrô, é possível verificar, segundo o gráfico 5, que existem mais pessoas viúvas neste Centro de Dia, sendo que podemos contar doze pessoas com este estado civil, já as pessoas casadas são apenas cinco, seguindo de nove pessoas solteiras e apenas duas pessoas divorciadas.

No que diz respeito à informação relativa às patologias das pessoas idosas de ambos os Centros de Dia, esta não nos foi possível identificar de forma concreta, uma vez que os utentes não conseguiram indicá-las ao certo nas entrevistas realizadas no diagnóstico. Para além disso, quase nenhum utente tem informação acerca das suas patologias nos seus processos individuais, apesar de ser administrada medicação diariamente aos utentes que necessitam da mesma. Desta forma, é possível verificar que embora esta informação não esteja descrita em todos os processos individuais, existe um cuidado com a administração dos medicamentos, sendo que através da observação foi possível perceber que a colaboradora responsável de cada Centro de Dia, faz a separação dos medicamentos de cada utente diariamente e esta é dada às refeições. Assim sendo, as pessoas idosas com esta condição revelam a existência de patologias. Como sabemos o envelhecimento é um

processo fisiológico que ocorre ao longo da vida, onde existem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que comprometem a autonomia e adaptação do organismo perante o meio exterior, originando assim uma maior vulnerabilidade ao aparecimento de patologias (Macena et al., 2018, pg.225).

Contudo, através da informação recolhida nas entrevistas para o diagnóstico e através da observação feita ao longo do estágio, foi possível perceber que existem utentes com diabetes, a maior parte destes é hipertenso, tomando desta forma medicação para controlar as tensões, foi também possível perceber que existem utentes com demência e outros tipos de doenças mentais, sendo que alguns dos utentes têm também a doença de Parkinson. Por fim, muitos destes utentes de ambos os Centros de Dia já sofreram de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e, por isso, encontram-se com sequelas tanto físicas como cerebrais.

A caracterização dos idosos focou-se também na sua trajetória profissional tendo em conta que esta é uma das partes mais importantes nas experiências de vida dos utentes.

Tabela 1 - Profissão das pessoas idosas

Profissões das pessoas idosas	Número de idosos
Trabalhadores não qualificados da agricultura	7
Cuidador(a) Formal	1
Ajudante de cozinha	1
Trabalhadores de limpeza	3
Professor(a) do ensino básico	1
Alfaiate e Costureiro(a)	1

O quadro apresentado dá resposta à pergunta “Qual foi a sua profissão?”, neste é possível perceber que a maioria dos entrevistados foram trabalhadores não qualificados da agricultura, a maioria são mulheres, sendo que nas entrevistas também foi possível perceber que mesmo as pessoas com outro tipo de profissões, dependiam também da agricultura, uns como um segundo trabalho para conta de outrem, outros como forma de sustento para próprio consumo.

Tabela 2 -Habilitações literárias das pessoas idosas

Habilitações literárias das pessoas idosas	Número de idosos
4ª classe	3
3ª classe	3
Curso intensivo de regente escolar	1
Iletrados	7

Nesta tabela podemos identificar o nível de escolaridade dos entrevistados, sendo que a maioria são iletrados, nunca frequentaram o ensino básico e, por isso, não sabem ler nem escrever ou sequer assinar o próprio nome. Alguns entrevistados respondiam “nunca fui à escola menina, tinha de ir para os campos trabalhar” ou “era o mais velho de sete irmãos, nunca pude ir à escola... só os mais novos é que foram”. Mesmo os entrevistados letrados, tinham um nível de escolaridade baixo, o que também dificultou a realização das entrevistas ou por não compreenderem as perguntas ou até mesmo por terem medo de não saberem responder, o que levou alguns idosos a não querer participar nas entrevistas.

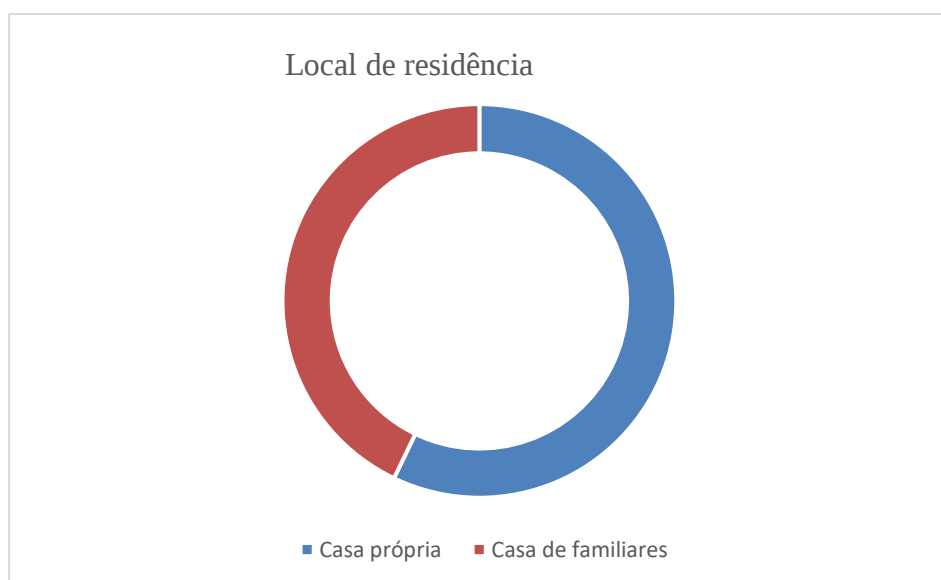


Gráfico 4- Local de residência das pessoas idosas

Este gráfico dá resposta à pergunta “Onde quem reside?” à qual oito pessoas responderam que residem na própria casa e seis responderam que residem em casa de familiares.



Gráfico 5- Com quem residem as pessoas idosas

10. Diagnóstico- Resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas

Neste gráfico representa o número de pessoas idosas que vive sozinha ou com familiares, sendo que oito vivem com familiares e sete vivem sozinhos.

Tabela 3 - Rede social e de apoio

Redes sociais e de apoio	
Filhos	7
Vizinhos	3
Filhos e vizinhos	4
Irmãos	1
Conjugues	1
Ninguém	2

Nesta tabela podemos observar a rede social e de apoio das pessoas idosas, a maioria tem os filhos como principal rede de apoio por residirem nas suas habitações, no entanto, muitos dos que vivem sozinhos têm também os filhos como o principal apoio e são estes que prestam auxílio quando necessário. Apenas duas pessoas responderam não ter qualquer tipo de apoio para além das pessoas no Centro de Dia, são idosos sem família próxima e sem filhos que não estabelecem contacto com vizinhos, e por isso mesmo, contam apenas com o pessoal técnico dos Centros de Dia para qualquer necessidade.

Tabela 4 - Estado emocional das pessoas idosas

Estado emocional das pessoas idosas	
Deprimido	7
Sente-se bem	8

Relativamente ao estado emocional das pessoas idosas, podemos verificar segundo a tabela apresentada que oito pessoas dizem sentirem-se deprimidas com frequência e sete afirmam sentirem-se bem. De acordo com Miguel Filho e Almeida (2000), existe uma dificuldade em distinguir o sentimento de tristeza e depressão na fase do envelhecimento, uma vez que a tristeza é um dos vários sintomas de uma depressão e pode ser confundida pelos adultos mais velhos, levando a que estes normalizem este sentimento de tristeza, dificultando assim o diagnóstico e tratamento desta doença.

Tabela 5 - Tempo inserido na instituição

Quanto tempo está inserido na instituição	Número de pessoas idosas
1 ano	3
2 anos	1
3 anos	1
4 anos	4
5 anos	1
10 anos	1
6 meses	1
2 semanas	1

Esta tabela apresenta há quanto tempo as pessoas idosas se encontram inseridas nos Centros de Dia, sendo que a maioria se encontra aproximadamente há quatro anos.

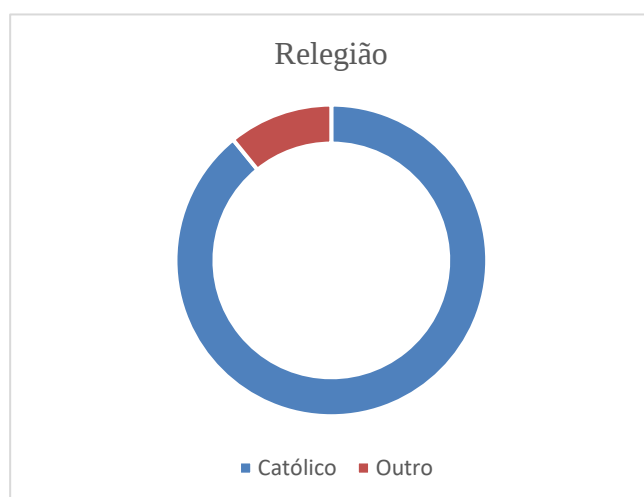


Gráfico 6- Religião das pessoas idosas

Este gráfico representa a religião dos utentes dos Centros de Dia, a maioria é católica, havendo apenas uma pessoa não católica. As pessoas idosas de ambos os Centros eram muito ligadas à religião e esta era uma atividade diária para todos, quer fosse assistir à transmissão da missa diariamente, quer fosse rezar o terço. A religião pode oferecer vários benefícios nesta fase do envelhecimento, uma vez que promove uma atitude positiva e esperançosa perante a vida, assim como pode trazer um propósito de vida às pessoas mais velhas, auxiliando muitas vezes a combater depressões e a lidar de uma forma mais positiva com doenças ou outro tipo de problemas diários. É também importante referir que a religião e a espiritualidade funcionam muitas vezes como um suporte para pessoas idosas que sofram de solidão ou exclusão social, pois vêm na sua religião um refúgio (Kaplan, D., 2023).

Tabela 6- Auto-perceção dos utentes

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
	Avaliação	“Eu é que faço tudo na minha casa” (E1) “Eu vou fazendo sozinha e ando entretida” (E2) “Olhe não vou mentir, arrumo o meu quarto e mais nada, já vejo mal” (E4) “Lá em casa não faço nada” (E5) “Eu faço as coisas acompanhada, é a minha filha que me faz tudo” (E6) “Faço tudo sozinha em casa mas aqui é que me dão banho, de resto não faço, tenho de estar segura... em casa faço o café e acendo o lume” (E8) “Visto-me sozinha... até hoje nunca precisei de ajuda... mas tomo banho aqui... e cozinho, às

Auto-percepção utentes	funcional	vezes é que a memória me falha” (E9) “Tomar banho e vestir-me faço sozinho... em relação a lavar a louça e cozinhar também faço ao fim-de-semana e faço a higiene à minha esposa quando não tenho ninguém para me ajudar” (E10) “Olhe preciso de ajuda para subir e descer escadas, mas dentro de casa ando sozinha, só para tomar banho é que a minha filha tem de me ajudar, não me visto nem nada... a minha filha não me deixa, ela ajuda-me em tudo” (E11) “Devido aos meus problemas de saúde preciso de ajuda para tudo, não faço nada porque não posso mesmo, não tenho força nas mãos” (E12)
	Perceção sobre o próprio estado de saúde, patologias e doenças	“Tenho tanta coisa... o meu mal é os ossos” (E1) “Que saiba tenho nos pulmões e intestinos... tenho a asma” (E2) “Não que eu não sabia não” (E3) “Fui operada à tiroide” (E4) “Tenho diabetes” (E5) “Já tive cancro da próstata e tive muitos problemas, mas agora graças a deus estou bem, nem tomo medicação para nada” (E10) “Tenho reumatismo e artroses, de resto está tudo bem... já tive anemia mas passou” (E11) “Tenho uma neuropatia femoral que me paralisou da cinta para baixo, tenho diabetes e anemia crónica” (E12) “Tenho diabetes, mas não são muito altos” (E13)
	Estado cognitivo	“Quanto mais eu penso, mais aquilo se afasta... passado um bocadito já me lembro” (E4) “Às vezes chego à sala e ponho-me a pensar... o que é que eu venho buscar, naquela altura não mas depois já sei outra vez” (E8) “Às vezes esqueço-me muito... sabe que a idade...” (E9) “A minha filha fez ontem anos e eu não me lembrei... às vezes falha-me a memória, até à data nunca me tinha esquecido e ontem passou-me” (E12)
	Quedas	“Caí tantas vezes na vila de Arouca... no outro dia foi mesmo à porta do posto médico que cai” (E2) “Com a bengala caminho bem, se não for com a bengala...” (E3) “Escapou-me o pé que eu queria pôr mais à frente e cai” (E4) “Eu tremelico muito... qualquer desequilíbrio

		eu caio” (E6) “Caí muitas vezes... comecei a usar uma bengala depois” (E8) “Caí algumas vezes já, já parti um vidro lá em casa uma vez, já caí das escadas abaixo” (E13)
--	--	--

A tabela anteriormente apresentada diz respeito à auto-percepção dos utentes e dá resposta às perguntas “Tem algum problema de saúde? Se sim, qual?”, “Tem problemas de mobilidade? Consegue se deslocar sem ajuda?”, “Realiza as tarefas de vida diária sozinho ou necessita de ajuda para realizar alguma? Se sim, quais?”, “Tem problemas de equilíbrio?”, “Costuma sentir-se deprimido? Se sim, com que regularidade?”. Aqui podemos observar que a maior parte dos entrevistados necessita de ajuda para realizar as tarefas de vida diária, poucos são os que conseguem realizar tudo sozinhos e não necessitam dos serviços prestados pelos Centros de Dia, uma vez que a maior parte usufrui dos serviços de higiene prestados pelos Centros, exceto os que habitam com os filhos e obtêm apoio por parte destes para realizar estas tarefas. A capacidade funcional diz respeito à autonomia e independência dos indivíduos para realizar tarefas simples da vida diária, para além da forma como estes se relacionam com o seu meio. A perda da capacidade funcional faz parte do envelhecimento humano e pode causar um maior risco de quedas e uma maior dependência. De acordo com estudos, existe um aumento do risco de declínio funcional, cerca de duas vezes a cada 10 anos de vida, desta forma, pessoas idosas com 80 anos ou mais têm mais probabilidade de ter um declínio funcional em comparação a pessoas mais jovens (Ferreira et al., 2012 cit. por Sant’ Helena et al., 2020, pg.215).

Em relação à percepção sobre o próprio estado de saúde, patologias e doenças a maioria dos entrevistados não soube responder ao certo quais os problemas de saúde que tinha, as respostas foram quase sempre incertas, porém, ao verificar os planos individuais de cada utente também não foi possível observar quais as patologias dos entrevistados, uma vez que nem todos tinham esta informação nos seus planos.

Na questão “Tem problemas de memória?” todos os entrevistados afirmaram já ter passado por episódios de falha de memória, uns com mais regularidade que outros, no entanto, são situações normalizadas pelos utentes devido ao fator idade, “Às vezes esqueço-me muito... sabe que a idade...”. Existem múltiplos fatores associados ao processo de envelhecimento: fatores moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais, sendo que estes interagem e regulam o funcionamento típico e atípico do indivíduo que envelhece. Assim sendo e segundo a

literatura, é nesta fase de envelhecimento que a memória de curta duração pode apresentar alguma alteração, sendo a memória de trabalho a mais afetada. No entanto, as funções cognitivas envolvem-se também com outras funções superiores, como a atenção, a motivação, a criatividade e recebem influências diversas do ambiente, da carga emocional envolvida, da ansiedade, do humor, do estilo de vida de cada indivíduo, entre outros fatores que influenciam tanto o processo de envelhecimento quanto a perda ou manutenção da memória (Mascarello, 2013, p.54).

Quanto às quedas, quase todos os entrevistados afirmaram já ter caído, quer em casa, quer na rua. Muitos necessitam do auxílio de uma bengala e têm dificuldades em caminhar.

Tabela 7 - Rede social de apoio e entrada na instituição

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Rede social de	Há quanto tempo está inserido na instituição	“Estou cá há uns quatro anos” (E1) “Estou aqui para aí há uns 10 anos” (E4) “Estou aqui desde 2017” (E5) “Não sei... esqueceu-me” (E7) “Não sei mas deve ser há mais de 3 anos... mas não tenho a certeza” (8) “Estou aqui há muito... há mais de quatro anos”(9) “Fez um ano mais ou menos em setembro” (E11) “Fez hoje oito dias que entrei para cá” (E12)
	Motivo de entrada no Centro de Dia	“Convidaram-me para vir para cá” (E1) “Estava lá sozinha” (E2) “Quando morreu o meu marido, para não ficar sozinha lá” (E3) “deu-me um AVC” (E4) “Fui operada e tive de vir para cá para não estar sempre sozinha em casa e não andar aos tombos” (E5) “Porque estava doente e não podia estar sozinha, não podia ser de outra maneira” (E8) “Ele é que quis que eu viesse (falecido marido)” (E9) “Vim para aqui por causa da minha companheira senão, não tinha necessidade de estar aqui” (E10) “Deu-me um AVC e a minha filha mandou-me para aqui” (E11) “Não foi ninguém que me mandou, foi por iniciativa minha que vim para cá para não estar sempre sozinha em casa” (E12)

apoio e entrada na instituição		“Deu-me um AVC e como não tenho filhos nenhuns em casa, nem ninguém...o meu filho disse-me para vir, tratou de tudo e eu vim” (E13)
	Aspetos sociofamiliares	“Vivo sozinha... tenho lá a minha vizinha que ela não me deixa sozinha... quando lá chego é ela que me acende o lume” (E2) “Eu vivo sozinha, mas tenho uma filha. um genro e uma neta que estão no Porto” “Eu estou em casa do meu filho” (E4) “Vivo com a minha filha mais nova, o marido e a filha dela” (E5) “Eu é só com os gatos e o cachorro e o meu filho à noite” (E9) “É com a minha esposa há mais de 40 anos” (E10) “Vivo com a minha filha, é só ela e eu” (E11) “Vivo com a minha filha mais velha, genro e neto” (E12) “Vivo sozinha... sozinha com deus” (E13)
	Rede social e de apoio	“É com o meu gato” (E1) “É com as minhas vizinhas lá do lado” (E3) “Estou com o meu filho à noite, os meus filhos estão sempre a ligar” (E4) “É com os meus filhos e o vizinho” (E5) “Tenho a minha prima, se for preciso botar a mão ela vem... se eu a chamar ela vem, mas fora disso não vem” (E8) “Não tenho nada... faço o comer para mim e para o meu filho à noite, mas ele leva-o para a casa e come em casa dele” (E9) “Peço ajuda aos meus vizinhos, tenho lá duas vizinhas que me vão lá ajudar” (E10) “Tenho os meus filhos e o meu marido” (E11) “Tenho a minha filha que está lá à minha beira, tenho a minha outra filha e tenho as minhas netas mais velhas” (E12)

A tabela anteriormente apresentada dá resposta às perguntas “Por que motivo entrou para o Centro de Dia?”, “Há quanto tempo está na instituição?”, “Quais são as pessoas com quem estabelece mais contacto?”, “A quem costuma pedir ajuda quando necessita de assistência fora do Centro de Dia?”, “Com quem reside?”.

Relativamente à entrada das pessoas idosas para os Centros de Dia, os principais motivos prendem-se com o facto de não quererem estar sozinhos em casa e precisarem de companhia e também por motivos de doença e por não terem assistência em casa, o que os leva a recorrer a este tipo de serviços para poderem receber os cuidados que

necessitam.

A maioria dos entrevistados vive com um familiar, nomeadamente, os filhos. Geralmente é o filho/a mais velho/a que fica responsável pelo idoso, são na sua maioria mulheres e por isso, são as cuidadoras destas pessoas idosas.

Existem também os casos de pessoas idosas que residem sozinhas nas próprias habitações, uns sem qualquer tipo de familiares a quem possam recorrer em casos de urgência e de necessidade de assistência e outros, com familiares próximos, habitualmente filhos, que habitam noutras residências, mas que prestam a assistência necessária a estas pessoas idosas. Podemos concluir assim que a principal rede de apoio dos entrevistados são os filhos e os vizinhos.

Quer vivam sozinhas ou com familiares todas estas pessoas têm a oportunidade de permanecer nos seus meios, sem ter de recorrer a uma institucionalização permanente. Esta possibilidade é uma mais-valia, uma vez que permite que os adultos mais velhos possam continuar as suas vidas normalmente, possam continuar a ter um contacto diário com as suas famílias e redes sociais e de apoio, e ao mesmo tempo permite-lhes que durante o dia tenham os cuidados que necessitam, assim como continuam a ter companhia e uma rede de contactos, sendo este um fator muito importante para as pessoas idosas que habitam sozinhas (Fonseca, 2021).

Tabela 8 - Lazer e tempos livres

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Lazer e tempos livres	Interesses e gostos	“Vou às compras, trabalho lá fora em casa” (E1) “Eu estou sempre entretida ou a fazer croché ou panos de louça” (E2) “Gosto da missa e de rezar” (E8) “Nem devia de dizer isto mas gosto de dormir” (E9) “O que eu gosto de fazer é estar sentado a ver televisão e conversar” (E10) “Gosto de ler e caminhar” (E11) “Gosto de ler, gosto de escrever, de jogar no telemóvel e de ir ao Facebook” (E12) “Olhe gosto de caminhar e dormir” (E13)
	Preferências relativamente a atividades culturais	“Gosto de teatros” (E4) “Gosto de tudo” (E5) “Não gosto de nada disso... não sei ler nem escrever” (E8) “Eu gosto de pintar e da ginástica e do convívio também” (E11) “Gosto de tudo, gosto de participar em tudo” (E12)

		“Gosto de pintar, nunca me deu para isto mas agora... quando andava na escola não tinha mãos para aquilo e agora faço” (13)
	Frequência com que pratica atividade física	“Devia fazer mais mas agora... vou fazendo a vida de casa” (E3) “Faço fisioterapia” (E4) “Só faço ginástica aqui (centro de dia) ... e lá em casa caminho” (E5) “Não faço ginástica... havia de fazer porque tenho artroses nas mãos” (E6) “Em casa da minha filha caminho e aqui faço ginástica” (E11) “Faço aqui nas atividades e na fisioterapia” (E12) “Caminho quando não está a chover lá perto de minha casa que o meu filho não quer que eu esteja parada” (E13)

A tabela apresentada dá resposta às perguntas “Quais as atividades que mais gosta de realizar na instituição?”, “Costuma praticar exercício físico? Se sim, com que frequência?”, “Quais são os seus interesses? O que mais gosta de fazer no seu tempo livre?”. Nesta categoria as respostas foram diversas, pois dizem respeito aos gostos e interesses de cada pessoa. No entanto, podemos concluir que a maioria dos entrevistados só pratica exercício físico na instituição e a maioria leva uma vida mais sedentária e não tão ativa fora dos Centros de Dia. Estilos de vida menos saudáveis aumentam a probabilidade do aparecimento de doenças crónicas e reduz a capacidade funcional das pessoas idosas, o que limita também a independência, a autonomia e a participação social destes, sendo por isso, fundamental investir na saúde, em estilos de vida mais saudáveis, com práticas alimentares melhores e com mais atividade física (SNS, 2017).

Relativamente aos gostos e interesses, estes variam de pessoa para pessoa. Alguns entrevistados mostraram-se mais interessados em atividades lúdicas e de lazer, outros não demonstraram interesse em realizar atividades, apenas em descansar e conviver e outros demonstraram interesse em atividades mais ligadas à religião. Por fim, é possível concluir que o convívio é um fator importante nesta categoria de lazer e tempos livres, principalmente no Centro de Dia de Urrô, onde as pessoas idosas aproveitam mais para conviver e conversar, e desta forma passar o tempo.

Tabela 9 - Conhecer a opinião dos utentes acerca da instituição

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Conhecer a opinião dos utentes acerca da instituição	Conhecer a perceção do utente relativamente às condições do centro de dia	“Gosto de andar aqui” (E4) “Eu gosto... não tenho nada contra o Centro de Dia” (E5) “Não estou descontente, gosto de estar aqui” (E10) “Estou muito satisfeita” (E11)
	Conhecer o nível de satisfação dos utentes em relação às rotinas dentro da instituição	“Eu estou a gostar, ao menos para a cabeça aliviar” (E2) “Gosto de tudo” (E3) “Ao princípio eu dizia que não ia mas agora estou melhor aqui... aqui eu estou bem” (E8)
	Identificar as vantagens e desvantagens de frequentar o centro de dia	“É mais pelo convívio” (E2) “As coisas boas é não estar em casa a pensar naquilo que já passou... não tem nada de coisas menos boas” (E3)
	Identificar o grau de satisfação quanto aos serviços prestados	“Eu estou satisfeita” (E2) “São todas muito nossas amigas” (E4) “Estou muito satisfeita, é tudo maravilhoso” (E11)

A tabela anterior dá resposta às perguntas “Qual a sua opinião acerca do Centro de Dia?”, “Está satisfeito com as condições que a instituição oferece?”, “Considera que a instituição consegue responder às suas necessidades?”, “Consegue descrever o seu grau de satisfação relativamente à sua rotina dentro do Centro de Dia?”, “Para si quais são as vantagens e desvantagens de frequentar o Centro de Dia?”.

Nesta categoria as respostas foram unânimes, já que todos os entrevistados afirmaram sentirem-se satisfeitos com os serviços prestados pelo Centro de Dia, assim como com o pessoal técnico e a rotina diária que levam na instituição. Contudo, foi notável a dificuldade dos utentes em responder a estas perguntas, no geral foram respostas simples e curtas, mas positivas.

De seguida será apresentada a análise do Mini Mental State Examination (MMSE), aplicado também na fase de diagnóstico aos entrevistados, de forma a avaliar o estado

cognitivo dos mesmos. O Mini Mental State Examination foi desenvolvido na década de 70 e teve como objetivo identificar pessoas com déficit cognitivo. Atualmente este é o teste cognitivo breve mais utilizado e que contém a maior diversidade de aplicações. Em Portugal, os primeiros estudos de adaptação, normalização e validação foram feitos na década de 90 por Guereiro e colaboradores, atualmente os valores de corte são de ≤ 15 para analfabetos, ≤ 22 para 1 a 11 anos de escolaridade e ≤ 27 para escolaridade superior a 11 nos (Santana et al., 2016, p.241).

O teste é dividido em seis partes, a primeira corresponde à orientação, contém dez perguntas. A segunda parte diz respeito à retenção e contém três perguntas. Já na terceira parte, os participantes têm de realizar um exercício de cálculo e atenção e são cinco respostas. Na quarta parte é realizado um exercício de evocação, com novamente três respostas. A quinta parte refere-se à linguagem e esta parte divide-se em cinco perguntas. Por fim, na sexta e última parte, os participantes realizam um teste de habilidade construtiva. No que diz à pontuação do teste, esta está dividida de forma igual, sendo que cada resposta correta vale um ponto. A cotação vai de 0 a 30 valores.

Tabela 10 - Análise do Mini Exame do Estado Mental

Participantes e respetivo grau de escolaridade	Orientação	Retenção	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Habilidade Construtiva	Pontos de Corte
P1 Analfabeto	10	3	3	1	7	0	24 pontos Alteração não sugestiva de déficit
P2 4ª classe	10	3	3	0	8	1	25 pontos Alteração não sugestiva de déficit
P3 Analfabeta	6	3	1	0	6	0	17 pontos Défice Cognitivo
P4 4ª classe	8	3	3	1	7	0	22 pontos Défice cognitivo
P5 3ª classe	10	3	4	1	8	2	28 pontos Função cognitiva preservada
P6 4ª classe	10	3	4	0	6	1	23 pontos Défice cognitivo
P7	10	3	5	3	8	0	29 pontos

3ª classe							Função cognitiva preservada
P8 Analfabeta	4	3	0	0	6	0	13 pontos Défice cognitivo
P9 Analfabeta	8	3	0	2	7	0	20 pontos Défice cognitivo
P10 3ª classe	6	3	2	3	6	0	20 pontos Défice cognitivo
P11 3ª classe	5	3	3	0	7	0	18 pontos Défice cognitivo
P12 3ª classe	9	3	4	2	8	0	26 pontos Função cognitiva preservada
P13 4ª classe	10	3	5	2	8	1	29 Função cognitiva preservada

De acordo com a tabela anteriormente apresentada, podemos perceber que quatro dos entrevistados são iletrados e oito são letrados, com diferentes graus de escolaridade. Ao analisarmos a tabela podemos concluir que dois dos entrevistados apresentam uma alteração não sugestiva de défice, sete apresentam défice cognitivo e quatro mantêm a função cognitiva preservada. O facto de as pessoas idosas entrevistadas terem pouca escolaridade influencia bastante a pontuação final e explica o facto de haver mais pessoas com défice cognitivo. Como sabemos existem vários fatores que determinam o declínio cognitivo, sendo a pouca estimulação cognitiva um deles. O declínio cognitivo é um problema mundial de saúde pública cada vez mais problemático e que acarreta problemas económicos, sociais e familiares. É estimado que em 2050, cerca de 131,5 milhões de pessoas apresentem perturbações neuro cognitivas, o que remete para a grande urgência de intervenção, de forma a prevenir e reduzir esta realidade. Para tal, é fundamental criar estratégias que promovam a saúde mental e que contribuam também para a recuperação e prevenção da evolução da deterioração cognitiva dos adultos mais velhos, proporcionando-lhes assim uma maior qualidade de vida (Silva et al., 2021).

Tabela 11 - Análise SWOT

	Forças	Fraquezas
Fatores internos	• Boa organização dentro dos Centros de Dia; • Transporte adequado para os utentes; • Espaços bem equipados e adequados às necessidades dos utentes; • Boas relações sociais entre auxiliares de ação-direta e utentes. • Articulação entre os dois Centros de Dia para a dinamização de atividades em conjunto; • Ambos os Centros de Dia dispõem de um salão de atividades para receber outras instituições e dinamizar encontros institucionais.	• Pouca diversidade de atividades socioculturais; • Saídas ao exterior quase inexistentes; • Pouca estimulação física e cognitiva com utentes com demência e outro tipo de doenças neurológicas; • Necessidades básicas muito valorizadas, deixando o desenvolvimento pessoal dos utentes mais de parte.
	Oportunidades	Ameaças
Fatores externos	• Inexistência de outros Centros de Dia dentro de ambas as localidades; • População do concelho bastante envelhecida; • Isolamento da população idosa cada vez maior.	• Localização geográfica de ambos os Centros de Dia bastante afastada do centro urbano; • Baixas pensões das pessoas idosas e consequente falta de recursos; • Poucos apoios sociais para pessoas idosas, de forma a apoiar e a suportar as mensalidades nos Centros de Dia.

Relativamente à análise SWOT, e tal como se pode verificar no quadro apresentado anteriormente, as forças de ambos os Centros dizem respeito à boa organização institucional, quer seja em termos de horários de transportes e distribuição de transportes pelas as várias rotas; quer seja a nível de transporte de almoços, uma vez que as refeições não são confeccionadas nos Centros de Dia, mas sim na ERPI da SCMA, as quais são posteriormente transportadas e entregues no horário de almoço dos utentes; quer seja a nível de cuidados de higiene e limpeza dos espaços, pois todas as auxiliares de ação-direta têm as suas funções distribuídas e toda a equipa trabalha em conjunto para o bem-estar das pessoas idosas. Para além disso, os espaços são bem equipados e adequados às necessidades dos utentes, são espaços amplos, sem escadas que dificultem a entrada e

saída nos centros, com corrimões para apoiar na deslocação dos utentes dentro dos centros de dia e com casas de banho adequadas à mobilidade e segurança das pessoas mais velhas, para além disso dispõem de cadeiras de rodas para os utentes que necessitem. Outra força da instituição são as boas relações sociais entre as auxiliares de ação-direta e os utentes, uma vez que ao longo do estágio foi possível observar a preocupação e o cuidado por parte da equipa técnica em promover o bem-estar dos utentes e responder ao máximo às necessidades dos mesmos. Por fim, como são dois centros que fazem parte da mesma instituição, têm a mais-valia de poder realizar convívios e encontros, para além de poderem realizar encontros de Boccia e outro tipo de jogos e atividades, já que ambos os Centros possuem de um salão de convívios.

No que diz respeito às fraquezas da instituição, pode-se dizer que existe pouca diversidade de atividades socioculturais, pois como já foi referido o plano de atividades previsto no ano de 2022 não foi cumprido, deixando de parte muitas atividades estipuladas, o que não favorece a participação ativa dos utentes e o seu desenvolvimento pessoal. As saídas ao exterior durante o período de estágio foram praticamente inexistentes, havendo apenas um dia da semana estipulado para este efeito, para que os utentes mais autónomos pudessem realizar algumas compras de mercearia, ou para se deslocarem até à farmácia ou outro serviço, no entanto, os utentes mais dependentes não são incluídos nestas saídas, não existindo assim um contacto frequente entre os utentes e a comunidade e sua participação ativa na mesma. A pouca estimulação física e cognitiva com utentes com demência e outro tipo de doenças neurológicas e dependências físicas também se torna numa fraqueza, uma vez que a falta de estimulação acelera o declínio físico e cognitivo das pessoas mais velhas, e por fim, as necessidades básicas ou primárias são mais valorizadas do que as necessidades de desenvolvimento pessoal, existindo uma preocupação maior em satisfazer necessidades como a alimentação, higiene, cuidados de imagem e cuidados de saúde, como a administração de medicamentos e controlo das tensões.

Quanto às oportunidades pode-se constatar a inexistência de outros Centros de Dia dentro de ambas as freguesias, o que favorece a entrada de mais pessoas idosas nestes dois centros, a população do concelho é também bastante envelhecida, assim como é notório o crescente isolamento da população idosa, o que resulta numa procura cada vez maior por parte das famílias em recorrer a este serviço.

Relativamente às fraquezas da instituição, estas focam-se na localização geográfica de ambos os Centros de Dia, a qual é mais afastada do centro urbano o que dificulta o

fácil acesso a bens e serviços por parte dos utentes, assim como complexifica o contacto com o exterior e com parcerias; as baixas pensões das pessoas idosas e consequente falta de recursos também dificulta o acesso por parte da população idosa a estes serviços, assim como a falta de apoios sociais para pessoas idosas que contribuam no pagamento das mensalidades. Muitas pessoas mais velhas vêm-se obrigadas a permanecer em casa, muitas vezes sozinhas, sofrendo assim de solidão, isolamento social ou falta de cuidados de higiene e alimentação por não conseguirem suportar os custos de uma mensalidade nestes serviços, acontecendo principalmente a pessoas idosas sem retaguarda familiar.

Analisando as forças e fraquezas da instituição, a intervenção apostada na promoção do envelhecimento ativo realizada através do estágio, foi uma mais-valia para ambos os Centros de Dia. O objetivo principal, promover um aumento do bem-estar e um envelhecimento mais ativo, permitiu proporcionar experiências novas e a descoberta de novos gostos e interesses através das atividades realizadas, assim como possibilitou criar relações sociais entre os utentes, estimular as capacidades físicas e cognitivas de cada um, procurando sempre exaltar as suas potencialidades e a sua autonomia. A partilha de saberes e ideias com a equipa de animação também se revelou muito importante, pois contribuiu para o desenvolvimento de novas intervenções que permitissem o desenvolvimento pessoal dos utentes, assim como a sua participação mais ativa dentro dos Centros de Dia.

Capítulo IV- Intervenção Realizada

11. Desenvolvimento de uma intervenção apostada na promoção do

Envelhecimento Ativo

De forma a realizar a intervenção nos Centros de Dia, foi necessário conhecer a história de vida de cada utente, bem como as suas capacidades, necessidades, gostos e interesses. Para tal, como já foi apresentado, elaborou-se uma entrevista semiestruturada com o objetivo de conhecer a situação social, económica, psicológica e física de cada pessoa idosa, assim como se aplicou o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), solicitado pela diretora técnica dos Centros de Dia, de forma a avaliar o estado cognitivo de cada utente e, assim, poder intervir adequadamente junto dos utentes.

Desta forma, elaborou-se um cronograma no início do estágio, de forma a preparar as várias ações necessárias para o desenvolvimento do projeto, sendo que este cronograma foi sofrendo algumas alterações ao longo do tempo como já era previsto.

Tabela 12 - Cronograma

Intervenção	Mês	Objetivos
Integração em ambos os centros de Dia	Outubro	Conhecer os utentes e criar relações Conhecer os Centros de Dia e o seu funcionamento
Realização da entrevista semi-estruturada	Outubro	Elaborar o instrumento de recolha de dados
Aplicação dos instrumentos de recolha de dados	Novembro, dezembro	Conhecer as histórias de vida dos utentes, recolher informações pessoais acerca dos mesmos, perceber os gostos e interesses dos mesmos, assim como as suas capacidades e necessidades, avaliar cognitivamente os utentes
Avaliação dos dados recolhidos	Novembro, dezembro	Perceber as necessidades dos utentes e os seus principais interesses
Implementação da intervenção	Novembro, dezembro, janeiro	Implementar atividades de acordo com os interesses e necessidades dos utentes
Avaliar a intervenção	Dezembro, janeiro, fevereiro	Avaliar as atividades implementadas e perceber a satisfação dos utentes relativamente às mesmas

A realização das entrevistas começou em meados do mês do novembro, depois da integração inicial nos Centros de Dia. Foi necessário algum tempo para que os utentes se sentissem à vontade com a presença da estagiária e para que sentissem confiança na mesma. Desta forma, a integração foi um processo demorado, mas necessário para que se pudessem criar laços afetivos entre a estagiária e os utentes. Desde o início do estágio em outubro, até meio de novembro, a integração passou pela participação de atividades já existentes no Centro de Dia em Urrô e por conversas informais em ambos os Centros de Dia, e com a ajuda das auxiliares de ação direta e da animadora sociocultural foi possível criar uma relação de proximidade com as pessoas mais velhas. Assim sendo, começaram as entrevistas, as quais foram aplicadas a 20 pessoas, de modo a recolher mais informação acerca das mesmas. No final de cada entrevista, foi também aplicado o MEEM a cada participante, de forma a perceber o estado cognitivo de cada um. Este é um exame simples, utilizado no diagnóstico clínico das pessoas idosas e serve para o rastreio inicial

do estado mental. O exame envolve respostas verbais e não verbais, com testes que medem a orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem, a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que pela versão portuguesa, considera-se défice cognitivo as pessoas analfabetas com uma pontuação inferior ou igual a 15 pontos; pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade e com uma pontuação inferior ou igual a 22 pontos e pessoas com escolaridade superior a 11 anos com uma pontuação inferior ou igual a 27 pontos (Guerreiro, M. et. al, 1998).

Assim sendo, depois do diagnóstico e das avaliações realizadas, deu-se início à intervenção com os utentes em ambos os Centros de Dia. Inicialmente começou-se por realizar apenas algumas atividades mais direcionadas à estimulação motora, uma vez que este foi um dos principais pedidos da diretora técnica, pois a maioria dos idosos leva uma vida mais sedentária, passam muitas horas sentados nos cadeirões dos salões de convívio e, por isso mesmo, era necessário realizar atividades que promovessem a atividade física.

Para além das atividades de estimulação motora, procurou-se sempre trabalhar outras áreas importantes que promovessem uma maior qualidade de vida e um estilo de vida mais saudável e que visassem a estimulação cognitiva, a participação ativa, a criação de vínculos afetivos entre idosos, a manutenção da autonomia e das capacidades funcionais de cada participante.

A promoção da capacidade funcional das pessoas idosas é fundamental pois permite que estas continuem a desenvolver um papel ativo nas suas comunidades, gerando uma maior satisfação com a vida e uma maior autoestima, no entanto, para que tal seja possível, é importante criar estratégias que possibilitem aos adultos mais velhos satisfazer as suas necessidades básicas, que ajudem no desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, assim como no desenvolvimento da tomada de decisão informada e esclarecida; que promovam a capacidade de se movimentarem e de manterem relacionamentos com as suas redes de contactos (Strategy et al., 2015 cit. por SNS, 2017).

Seguindo esta linha de pensamento, foram desenvolvidas várias atividades ao longo do estágio que contribuíssem para um envelhecimento ativo e saudável e que fossem de encontro aos objetivos já definidos no início do projeto. Tendo em conta que a estagiária interveio durante o estágio em dois Centros de Dia, as atividades foram sempre planeadas semanalmente de acordo com os dias em que esta se encontraria em cada Centro. Inicialmente os dias não foram definidos e a estagiária passava uma manhã num Centro e a tarde noutro, no entanto, esta estratégia não deu resultado, e por isso, juntamente com

a diretora técnica dos Centros de Dia, definiu-se um dia da semana para cada Centro. Assim sendo, as segundas, terças e quintas-feiras eram destinadas ao Centro de Dia em Urrô e as quartas e sextas-feiras ao Centro de Dia em Tropeço.

Desta forma, tornou-se mais fácil planejar as atividades que se pretendia realizar em cada Centro, uma vez que os grupos eram bastante diferentes e com necessidades e interesses distintos.

Como já foi referido, a diretora técnica solicitou que estimulasse diariamente os utentes a nível físico e motor, uma vez que a maioria passava muito tempo sentada, o que levava ao declínio das capacidades físicas de cada um. Assim sendo, procurou-se criar uma estratégia que cativasse os utentes a participar nesta atividade, a fim de os estimular fisicamente e, ao mesmo tempo, proporcionar-lhes um momento de diversão e convívio. Desta forma, desenvolveram-se várias atividades ao longo de todo o estágio que promovessem a coordenação motora, a motricidade e a flexibilidade dos membros, bem como o bem-estar do grupo e a sua socialização. É importante referir que todas as atividades foram pensadas de acordo com as necessidades dos grupos, de forma que estas se adequassem às capacidades físicas de cada um. É fundamental termos em conta o bem-estar de cada pessoa durante a realização das atividades, para que nenhum dos participantes se sinta inferior ou excluído, uma vez que o objetivo é promover as capacidades dos utentes e aumentar a sua autoestima (Trindade et al., 2022).

Na seguinte tabela serão apresentadas algumas das atividades que fizeram parte da estimulação motora, o objetivo destas atividades passou sempre por criar momentos dinâmicos, com jogos divertidos e diversificados que atraíssem a atenção dos adultos mais velhos. Estes jogos e exercícios motores foram sempre realizados com recurso a material já disponível nos Centros de Dia e muitas vezes adaptados para que todos os que quisessem pudessem participar sem restrições, o que possibilitou também uma maior interação e a criação de novos grupos de convivência, uma vez que pessoas com incapacidades físicas não tinham tanta facilidade em se deslocar tanto no interior dos Centros como no exterior, o que levava a que permanecessem no mesmo sítio durante todo o dia e sem a possibilidade de conviver com outras pessoas que não estivessem próximas do seu local habitual. Desta forma, a dinamização destas atividades coletivas tornou-se num instrumento fundamental para potencializar a qualidade de vida dos utentes dentro dos Centros de Dia.

As atividades foram sempre avaliadas por um questionário de satisfação simplificado para que os idosos não sentissem dificuldade em preencher e quisessem

avaliar. Desta forma tinham apenas de colocar uma cruz na cara com a qual se identificavam mais e responder a três questões relativas ao seu humor e estado e integração na atividade realizada. Este foi também um instrumento importante, que ajudou bastante a perceber os gostos dos utentes e que atividades e jogos poderiam ser dinamizados com mais frequência e os que não iam de encontro aos seus interesses.

Segundo Azevedo Filho (2018 cit. por Sousa et al., 2021), praticar atividade física melhora a saúde das pessoas mais velhas, bem como aumenta a autonomia e a autoestima, o que leva a uma maior satisfação com a vida e uma maior valorização das suas capacidades. As pessoas idosas que praticam exercício físico regularmente sentem-se mais ativas, mais dispostas a viver e a realizar as tarefas de vida diária com mais independência.

Tabela 13 - Atividades de estimulação motora

Nome da atividade	Objetivo principal	Dia	Local	Duração prevista	Recursos materiais
Jogo da colher	- Estimular a coordenação motora; - Promover o convívio entre os utentes.	-Segunda-feira	Centro de Dia de Urrô	1h	-Duas colheres; -Bolas de esferovite; -Caixa de papelão.
Breve descrição da atividade: Os utentes formam equipas de dois e com o auxílio de uma colher na boca terão de retirar o maior número de bolas dentro da caixa, disponibilizada pela estagiária. Quem conseguir retirar mais bolas com a colher, ganha.					
Acerta no buraco	-Estimulação motora; Coordenação motora.	- Terça-feira	Centro de Dia de Urrô	1h	- Caixa de papelão; -Bolas de tamanho médio.
Breve descrição da atividade: Com os pés a segurar uma caixa de papelão, os utentes terão de acertar com as bolas de tamanho médio no buraco feito na caixa. Quem conseguir acertar todas as bolas no buraco em primeiro lugar, ganha.					
Rebenta o Balão	-Promover a participação dos utentes; -Estimulação motora.	- Quinta-feira	Centro de Dia de Urrô	1h	- Balões.

Breve descrição da atividade: Utilizando o corpo os utentes terão de rebentar balões, pressionando o balão contra o corpo do parceiro.					
Atividade Física	Promover a prática de exercício físico	-Segunda-feira	- Centro de Dia de Urrô	1h	- Bolas; - Arcos; -Cadeiras.
Breve descrição da atividade: A estagiária irá desenvolver alguns exercícios de mobilidade física com os utentes e posteriormente realizar alguns jogos com bolas, de forma a juntar a atividade física com atividades lúdicas. Desta forma, os utentes têm a possibilidade de se exercitar e conviver ao mesmo tempo.					
Atividade Física	-Promover a prática de exercício físico; -Estimular a capacidade cognitiva.	- Quarta-feira	- Centro de dia de Tropeço	1h	-Cadeiras; - Bolas; -Caixa de papelão;
Breve descrição da atividade: Com uma caixa de papelão e uma bola, os utentes terão de tentar acertar com a bola na caixa. Depois de todos terem realizado este primeiro exercício, a estagiária irá pedir que os utentes passem a bola ao colega do lado esquerdo e que digam o nome do parceiro a quem passaram a bola. Desta forma, os utentes poderão realizar alguns exercícios de mobilidade, ao mesmo tempo que estimulam a memória e a atenção. De seguida, de forma a terminar a atividade a estagiária passará a bola individualmente a cada utente e irá pedir que cada um diga o seu nome completo, idade e local de residência.					
Rebenta o Balão	Promover a participação dos utentes; -Estimulação motora; -Coordenação motora.	- Quinta-feira	1h	Centro de Dia de Urrô	- Balões
Breve descrição da atividade: Utilizando o corpo os utentes terão de rebentar balões, pressionando o balão contra o corpo do parceiro.					
Boccia	-Promover a prática de exercício físico; - Promover o espírito de equipa.	- Sexta-feira	1:30h	Centro de Dia de Tropeço	-Jogo Boccia
Breve descrição da atividade: Nesta atividade os utentes poderão realizar o jogo Boccia com o auxílio da estagiária. São formadas duas equipas com 3 participantes, ou seja, ao todo são 6 jogadores. Cada equipa tem bolas de diferentes cores, azuis e vermelhas e o objetivo é colocar todas as bolas perto da bola branca, a qual é atirada pela estagiária no início do jogo para a frente das cadeiras onde se encontram os					

jogadores.					
Atividade Física	- Promover a prática de exercício físico; - Promover a socialização entre os utentes.	-Quarta-feira	1h	Centro de Dia de Tropeço	-Cadeiras; -Arcos.
Breve descrição da atividade: A estagiária irá desenvolver alguns exercícios motores com os utentes, de forma a combater o sedentarismo e a estimular a o exercício físico. Os exercícios são sempre adaptados às capacidades dos utentes.					
Jogos Variados	-Estimular a coordenação motora; -Estimular as capacidades físicas; -Promover momentos de convívio.	-Quinta-feira	1h	Centro de Dia de Urrô	-Bolas; -Arcos; -Caixa de papelão; -Cesto de pé para acertar com a bola. -Cadeiras.
Breve descrição da atividade: Esta é uma atividade na qual os utentes terão uma sequência de jogos variados, cada participante pode jogar à vez e as vezes que quiser. No primeiro jogo terá de ficar sentado numa cadeira de costas para o cesto e tentar acertar com a bola na caixa de papelão atrás de si. No segundo jogo, os utentes terão de passar a bola no meio de um arco e tentar acertar na caixa de papelão, este jogo é feito de pé, no entanto, as pessoas de cadeira de rodas e as que sentirem dificuldade em ficar de pé podem jogar sentadas na cadeira. No terceiro jogo, os participantes têm de fazer uma roda com as cadeiras onde estarão sentados e com uma bola terão de a passar ao colega do lado direito, durante o jogo serão passadas 3 bolas e estas nunca podem cair ao chão.					

Para além das atividades de estimulação motora, foram também pensadas e dinamizadas atividades de estimulação cognitiva. Através dos dados obtidos no mini exame do estado mental foi possível perceber as principais dificuldades e capacidades dos utentes: os que apresentavam um défice cognitivo e a função cognitiva preservada. Este exame foi aplicado aos utentes que participavam com mais frequência nas atividades dinamizadas ao longo do estágio e aos que aceitaram realizar as entrevistas semiestruturadas. Estas atividades começaram no mês de dezembro e prolongaram-se até ao início do mês de fevereiro, mês em que terminou o estágio. De forma que ninguém se sentisse inferiorizado ou envergonhado por não conseguir realizar uma atividade ou um

exercício, criaram-se grupos homogêneos com utentes que obtiveram pontuações próximas no MEEM. Para cada grupo ficou destinado um dia da semana para realizar as atividades de estimulação cognitiva, sendo que ao todo formaram-se quatro grupos com quatro participantes em cada um. Posteriormente à formação dos grupos, afixou-se um poster no salão de convívio com os nomes dos participantes de cada grupo e o dia e a hora destinado a cada um, desta forma os utentes já sabiam anteriormente qual o dia e a hora em que podiam participar e realizar este tipo de atividades. A este tipo de atividades deu-se o nome de Oficina “Estimular para não perder”.

Os principais objetivos deste tipo de atividades foram preservar as capacidades cognitivas das pessoas idosas, assim como retardar o seu declínio, promover momentos de lazer e convívio e aumentar a qualidade de vida dos mesmos.

Segundo Silva et al., (2021) o treino da capacidade cognitiva tem efeitos significativos no bem-estar psicológico e na qualidade de vida dos adultos mais velhos, uma vez que para além de melhorar as funções cognitivas, como a memória e a apraxia e de retardar o declínio das mesmas, pode também influenciar positivamente os domínios da autoaceitação, da autonomia, do crescimento pessoal e da relação o meio-ambiente no qual estão inseridos.

Para além de que a estimulação cognitiva é capaz de promover a saúde cerebral, já que contribui para o aumento da plasticidade cerebral, pois requer o desenvolvimento de novas estratégias cognitivas, sendo por isso fundamental promover a participação dos adultos mais velhos em programas de estimulação cognitiva (Gil et al., 2015).

Na tabela seguinte serão apresentadas algumas das atividades de estimulação cognitiva desenvolvida com os grupos, estas sessões demoravam cerca de 30 minutos e os exercícios eram adaptados às dificuldades e necessidades de cada um. Geralmente os utentes necessitavam sempre de ajuda para realizar os exercícios, principalmente as pessoas com défice cognitivo que requeriam mais atenção e auxílio, no entanto, mostraram-se sempre interessados em realizar as tarefas e concluíam sempre as atividades, mesmo sentido dificuldades, pois sabiam que eram atividades benéficas para a sua saúde.

É também importante referir que este tipo de atividades foram apenas realizadas no Centro de Dia em Urrô, uma vez que os utentes do Centro de Dia em Tropeço eram na sua maioria iletradas e não demonstravam qualquer tipo de interesse em realizá-las ou porque afirmavam “já não tenho cabeça para isso” ou “não é agora que vou aprender”, para além de serem pessoas com idades mais avançadas e, por isso, decidiu-se juntamente com a diretora técnica realizar estas atividades de estimulação cognitiva no Centro de Dia

em Urrô.

Tabela 14 - Atividades de estimulação cognitiva

Nome da atividade	Objetivo principal	Dia	Local	Duração prevista	Recursos materiais
Onde será que pertenco	-Estimular a capacidade de associação.	Segunda-feira	Centro de Dia em Urrô	20/30 minutos	-Folhas -Canetas
Breve descrição da atividade: Depois de observar o quadro com várias palavras, os utentes terão de agrupar as palavras nas categorias que se encontram na tabela seguinte.					
Estimulação Cognitiva – Oficina “Estimular para não perder”	-Estimular as funções executivas- cálculo, assim como a memória	Segunda-feira	Centro de Dia em Urrô	30 minutos	-Folhas -Canetas
Breve descrição da atividade: Nesta atividade o grupo A irá realizar alguns exercícios de estimulação cognitiva com o objetivo de estimular as funções executivas- cálculo, assim como a memória. Assim sendo os exercícios são sobretudo de cálculo e correspondência.					
Estimulação Cognitiva – Oficina “Estimular para não perder”	- Estimular a memória remota e linguagem.	Terça-feira	Centro de Dia em Urrô	30 min	-Folhas -Canetas
Breve descrição da atividade: Nesta atividade o grupo B irá realizar alguns exercícios de estimulação cognitiva com o objetivo de estimular a memória remota, assim como a linguagem.					
Estimulação Cognitiva – Oficina “Estimular para não perder”	-Estimular a memória	Quinta-feira	Centro de Dia em Urrô	30 min	-Folhas -Canetas
Breve descrição da atividade: Nesta atividade o grupo C irá realizar alguns exercícios de estimulação cognitiva, nomeadamente adivinhas com o objetivo de estimular a memória.					
Estimulação Cognitiva – Oficina “Estimular	-Estimular a linguagem; - Estimular o trabalho em	Segunda-feira	Centro de Dia em Urrô	40 min	-Folhas Canetas

para não perder”	equipa e a cooperação.				
Breve descrição da atividade: Esta atividade será com todos os grupos e dinamizada no salão de convívio, o exercício será palavras cruzadas. Os utentes iletrados poderão participar na mesma nesta atividade, juntando-se a outro colega que letrado trabalhando desta forma o trabalho em equipa e a cooperação.					
Jogo “Fazer Mais”	-Promover o convívio e o bem-estar entre os utentes; - Estimular o vocabulário.	Quinta-feira	Centro de Dia em Urrô	45 minutos	-Papeis com palavras escritas; - Saco; Cadeiras.
Breve descrição da atividade: Os utentes irão estar dispostos em círculo, sentados nas suas cadeiras. No meio das cadeiras terá uma caixa com papeis onde foram escritas duas palavras que rimam. Para realizar o jogo, cada utente irá ao centro retirar um papel e terá de fazer uma rima com as palavras escritas no papel. O jogo termina quando todos os utentes tiverem participado.					
Jogo “As cores”	-Estimular a capacidade de atenção e memorização	Segunda-feira	Centro de Dia em Urrô	45 minutos	-Bolas; -Cadeiras.
Breve descrição da atividade: Para este jogo serão utilizadas várias bolas de cores diferentes. Os utentes irão sentar-se nas suas cadeiras em círculo e a estagiária irá pedir à vez que cada utente escolha uma bola aleatoriamente, para posteriormente pedir que diga nomes de objetos, alimentos ou flores da cor da bola escolhida. O jogo termina quando todos os utentes tiverem participado.					
Jogo “Faz como eu”	- Estimular as capacidades cognitivas e motoras; -Promover o convívio entre os utentes.	Terça-feira	Centro de Dia em Urrô	45 minutos	-Balões; -Cadeiras.
Breve descrição da atividade: Para a realização deste jogo, os utentes terão de formar pares e cada par terá um balão. Um dos elementos dos pares terá na sua posse o balão, sendo que a ajuda do mesmo irá realizar alguns movimentos (por ex: pôr o balão em cima da cabeça, atira-lo ao ar, etc.), para que o outro elemento copie esses movimentos como se fosse uma imagem refletida num espelho. Estes movimentos serão feitos ao som de uma música, quando a música parar, o elemento que ficou de fora a observar o jogo terá de eliminar um dos pares, neste caso o que errou mais a copiar os movimentos, até que o jogo termine com o par vencedor.					
Jogo “Mais um Fruto”	-Estimular a memória e capacidade de atenção	Quinta-feira	Centro de Dia em Urrô	45 minutos	

Breve descrição da atividade: O jogo começa com os participantes sentados em círculo, virados uns para os outros. Tira-se à sorte quem inicia o jogo, sendo que esse jogador diz um fruto, por exemplo, maçã, O jogador sentado à direita do primeiro jogador diz o fruto dito anteriormente e acrescenta mais um, por exemplo, morango e assim sucessivamente. O jogo termina quando um dos jogadores falhar a sequência.					
Jogo “Quem é quem”	-Estimular a capacidade de atenção	Segunda-feira	Centro de Dia em Urrô	50 minutos	
Breve descrição da atividade: Para a realização deste jogo a estagiária irá descrever cada um dos utentes que participarem no jogo num papel e cada papel será colocado num saco para que posteriormente cada um dos participantes retire um dos papeis e consiga descobrir a pessoa que está a ser descrita. Caso saia o papel com a descrição da própria pessoa, retira-se outro papel e dá-se continuidade ao jogo.					

As atividades apresentadas na seguinte tabela foram pensadas sobretudo nos gostos e interesses dos utentes, uma vez que estes revelaram preferência em atividades de grupo, lúdicas e socioculturais, com recurso a jogos e músicas. Assim sendo e de forma a responder às preferências dos utentes, criou-se uma oficina de atividades lúdicas e socioculturais. O principal objetivo destas atividades foi promover a socialização entre os utentes, estimular a criatividade, promover a autonomia dos mesmos e potenciar a sua autoestima, bem como aumentar o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida das pessoas idosas. As atividades foram sempre realizadas em grupo, precisamente para poder estimular a socialização e foram adaptadas às capacidades e necessidades dos utentes e tal como as restantes atividades, estas foram sempre avaliadas no final de cada intervenção, de forma a perceber o grau de satisfação dos utentes.

Estas atividades eram desenvolvidas ou no salão de convívio de ambos os Centros de Dia ou na sala de atividades do Centro de Dia de Urrô. Nestas atividades era possível perceber um interesse maior por parte dos utentes em participar, pois eram momentos de diversão e lazer que atraíam a atenção das pessoas idosas.

Assim sendo, estas atividades lúdicas e socioculturais abrangeram diferentes áreas, desde atividades artísticas como no caso dos teatros alusivos a datas comemorativas e as sessões de música e canto; atividades sociais que promoviam o contacto e as relações interpessoais em que se dinamizaram jogos de grupo, festas e convívios; atividades espirituais/religiosas onde os utentes assistiam a cerimónias religiosas; atividades intelectuais onde se dinamizaram sessões de leitura e, por fim, atividades recreativas onde os utentes puderam pintar e realizar outros trabalhos manuais.

As atividades de animação sociocultural são uma metodologia capaz de manter as pessoas idosas inseridas na sociedade e de promover a sua participação ativa na mesma. Uma das suas características da animação de idosos é o facto de esta trabalhar coletivamente, uma vez que o seu objetivo é promover as dimensões sociais e culturais. Desta forma, as atividades lúdicas são uma estratégia potenciadora de competências sociais e pessoais que promovem o bem-estar emocional, o desenvolvimento pessoal dos adultos mais velhos e integra-os num determinado grupo, promovendo assim um sentimento de pertença. Podemos assim dizer que este tipo de atividades preconiza o desenvolvimento de competências sociais, constituindo-se como uma importante metodologia que atua na qualidade de vida dos mais velhos e no seu bem-estar, bem como estimula permanentemente a função cognitiva, física e afetiva (Sousa, 2021).

Serão apresentadas de seguida algumas das atividades realizadas nesta oficina, onde o foco principal passou sempre por divertir os utentes, proporcionar-lhes momentos de lazer e novas experiências e promover a participação ativa destes.

A aprendizagem ao longo da vida é uma oportunidade de crescimento para todos, independentemente da capacidade pessoal de cada um, trata-se de um direito de continuar a aperfeiçoar-se enquanto pessoa. As atividades sociais e culturais constituem-se como uma ferramenta importante para este constante desenvolvimento pessoal, pois permite que os mais velhos continuem a reinventar-se e a descobrir novas capacidades e interesses (Lopesino et al., 2011).

Tabela 15 - Oficina das atividades lúdicas e socioculturais

Nome da atividade	Objetivo principal	Dia	Local	Duração prevista	Recursos materiais
Teatro de São Martinho	-Promover o convívio entre os utentes; -Estimular a criatividade; -Promover a autonomia e a auto-estima.	Sexta-feira	Centros de Dia de Urrô e Tropeço	20 minutos	-Roupas dos personagens; -Acessórios para as personagens; - Cadeiras; -Guião do teatro.
Breve descrição da atividade: Os utentes do Centro de Dia de Urrô realizarão um pequeno teatro alusivo à lenda de São Martinho para todos os utentes de ambos os Centros de Dia. Depois do teatro será feito um magusto, onde terá música ao vivo e um lanche partilhado.					

Oficina Estimulação Sensorial	-Estimular os sentidos primários	Sexta-feira	Centro de Dia de Tropeço	20 minutos	-Chocolate; -Laranja; -Kiwi; -Amendoins.
Breve descrição da atividade: Nesta atividade a estagiária irá levar alguns alimentos para os utentes poderem provar e sentir a diferença dos sabores, alguns serão doces e outros amargos ou salgados, de forma a estimular o paladar de cada um.					
Comemoração do Dia Internacional do Obrigado	-Melhorar e preservar conhecimentos	Quarta-feira	Centro de Dia de Tropeço	30 minutos	- Placas com a palavra “obrigado”
Breve descrição da atividade: Para comemorar este dia internacional do obrigado, a serão feitas algumas placas com a palavra “Obrigado”, para posteriormente serem entregues aos utentes, de forma a que estes possam tirar fotografias e registar o momento. De seguida, será dinamizada uma pequena tertúlia com os utentes, onde cada um poderá verbalizar as coisas e pessoas, pelas quais se sentem gratos em ter. Desta forma, os utentes poderão refletir e relembrar as coisas boas pelas quais se sentem felizes.					
Oficina Estimulação Sensorial	-Estimular os sentidos primários	Sexta-feira	Centro de Dia de Tropeço	20 minutos	-Rádio; -Cassete.
Breve descrição da atividade: Nesta atividade a estagiária irá levar uma coluna para que possa passar diferentes músicas populares. O jogo irá consistir em descobrir o nome e o autor de cada música. Desta forma, os utentes poderão estimular a audição, assim como a memória.					
Reminiscências	-Trabalhar as reminiscências	-Sexta-feira	Centro de Dia Tropeço	20 minutos	-Cartolina; -Caneta.
Breve descrição da atividade: Será criado um quadro com o tema Natal, juntamente com os utentes. Este quadro terá duas colunas: o Natal de antes (quando os utentes eram crianças ou jovens adultos) e o Natal de agora (com a idade atual). Neste quadro os idosos poderão relembrar como festejavam esta época natalícia, as comidas tradicionais que cada família confeciona nesta época, as tradições religiosas, etc.					
Comemoração do dia 1 de novembro	-Promover a espiritualidade dos utentes	-Segunda-feira	Centro de Dia de Urrô	1 hora	-Cartões; -Folhas.
Breve descrição da atividade: Será entregue um cartão com uma oração dedicada ao feriado nacional do dia 1 de novembro (Dia de todos os Santos), de forma a celebrar este feriado religioso com os utentes. Também serão entregues alguns desenhos alusivos a esta data e de seguida os utentes irão assistir à celebração religiosa deste dia.					

Dinâmica de Grupo-Quadro dos Sonhos	-Trabalhar as reminiscências; -Estimular as relações interpessoais.	-Segunda-feira	Centro de Dia de Tropeço	20 minutos	-Cartolina; -Caneta.
Breve descrição da atividade: Nesta dinâmica será apresentado um quadro aos utentes, com o título “sonhos”. Será pedido a cada utente que diga um sonho que gostava de realizar, mas que não teve oportunidade de concretizar, caso os utentes demonstrem dificuldade em verbalizar um sonho por concretizar ou simplesmente não tenham um sonho por realizar, a estagiária pode sugerir que estes falem acerca de um momento importante nas suas vidas, do qual sentem saudade. Desta forma, os utentes poderão trabalhar as reminiscências, ao mesmo tempo que se promove o diálogo e o convívio entre o grupo.					
Terços artesanais	-Promover a criatividade e a autonomia dos utentes	-Quinta e sexta-feira	Centros de Dia de Urrô e Tropeço	40 minutos	-Contas em madeira; -Cruzes em madeira; -Fio elástico.
Breve descrição da atividade: Uma vez que no dia 21 de janeiro se celebra o dia mundial da religião e tendo em conta que a maioria dos utentes são católicos e muito ligados à religião e à espiritualidade, será dinamizada uma atividade recreativa, alusiva a este dia. Assim sendo, os utentes poderão fazer pequenos terços realizados por si próprios e guarda-los como recordação.					
Teatro de Natal- “A lenda do bolo-rei”	-Estimular a criatividade; -Preservar tradições; -Festejar datas comemorativas.	-Segunda-feira	Centro de Dia de Urrô	15 minutos	-Roupas dos personagens; -Guião do teatro; -Acessórios para as personagens; -Telemóvel; -Coluna.
Breve descrição da atividade: A tarde será dedicada aos ensaios para o teatro de Natal que será dinamizado no almoço de Natal dos Centros de Dia. O teatro será dinamizado pelos utentes do Centro de Dia de Urrô e no final todos os utentes participarão cantando uma música alusiva a esta data festiva.					
Atividade física e leitura de contos	-Promover a atividade física; -Estimular a atenção e a criatividade dos utentes.	-Quarta-feira	Centro de Dia de Tropeço	45 minutos	-Arcos; -Cadeiras; -Livros.
Breve descrição da atividade: Uma vez que os utentes do Centro de Dia em Tropeço são pessoas com idades avançadas, a estagiária realiza apenas alguns exercícios de alongamento muito leves e algumas caminhadas no exterior com os utentes que demonstram interesse nessa atividade. Depois desta atividade, é habitual contar alguns contos dos livros disponibilizados pela biblioteca municipal de Arouca, já que esta é uma atividade do agrado dos utentes e que vai de encontro aos seus gostos e interesses.					

Capítulo III- Avaliação do projeto de intervenção

12. Apresentação e análise de dados

Segundo Serrano (2008), a avaliação é a fase de reflexão que possibilita avaliar os resultados obtidos das ações realizadas. É nesta fase que podemos refletir sobre os erros e as conquistas da nossa ação, e desta forma, melhorá-la.

Para Jouve e Monnier (1994 cit. por DED/NESO, 2012) faz parte do processo de avaliação 3 dimensões, sendo elas: normativa que se refere aos “valores sociais que justificam e que guiam a ação coletiva” (Jouve e Monnier, 1994). A instrumental, que diz respeito aos princípios da ação que se pretendem realizar. E por fim, a cognitiva que se relaciona com a procura de conhecimento sobre os contextos sociais, de forma a eleger as variáveis de análise mais importantes para a construção do saber.

De acordo com Cohen e Franco (1999, p.10) no processo de avaliação é importante termos em conta alguns critérios que nos ajudam a alcançar resultados fiéis, sendo eles:

- Eficácia: diz respeito aos objetivos e resultados encontrados, neste estudo os objetivos passavam principalmente por promover um envelhecimento mais ativo e saudável aos utentes dos Centros de Dia onde decorreu o estágio e consequentemente proporcionar um aumento do bem-estar dos mesmos no seu dia-a-dia. Conforme os resultados encontrados na Avaliação Final da Intervenção Gerontológica (Anexo 5), todos os participantes afirmaram que as atividades desenvolvidas ao longo da intervenção contribuíram para melhorar o seu bem-estar físico e mental.

- Eficiência: é a relação entre os objetivos, resultados encontrados e recursos utilizados. Os recursos utilizados foram suficientes para conseguir alcançar os objetivos definidos, pois com o apoio das auxiliares de ação-direta e da animadora socio-cultural, assim como com o consentimento da diretora técnica dos Centros de Dia foi sempre possível realizar a maioria das atividades planeadas semanalmente. A instituição disponibilizou todo o material necessário para a dinamização das mesmas, e por isso, todas as oficinas de atividades lúdicas e recreativas e todas as sessões de estimulação física e cognitiva foram possíveis de concretizar, de forma a promover o envelhecimento ativo dos utentes que demonstravam interesse em participar nestas intervenções.

- Adesão: é a ligação ao projeto pelos vários atores e agentes. Relativamente à adesão ao projeto, não se pode afirmar que existiu uma completa adesão, uma vez que muitos dos utentes não demonstravam interesse em participar ou envolver-se nas diversas

atividades, principalmente no Centro de Dia de Tropeço, que como já foi referido anteriormente, é um Centro com pessoas idosas de idade mais avançada e com menos escolaridade, e embora tenham sido realizados vários esforços ao longo do estágio para cativar estes utentes, nem sempre foi possível alcançar a atenção e o interesse de todos. Já no Centro de Dia de Urrô, os utentes aderiam bastante às dinâmicas, cada um tinha as suas preferências e por esse motivo, não existia um número certo de participantes em cada atividade, no entanto, de modo geral todas as atividades planeadas foram realizadas.

- Pertinência: relaciona-se com a definição do propósito e da necessidade ou não do projeto. Embora o conceito de envelhecimento ativo e saudável seja já bastante reconhecido pelas instituições direcionadas a esta parte da população, vale sempre a pena reforçar e contribuir para que os adultos mais velhos tenham o direito à participação em todas as dimensões das suas vidas, quer seja a nível cívico, económico e social. Sendo o município de Arouca um concelho que se situa no interior do país, a probabilidade dos habitantes, principalmente os mais velhos, terem acesso a serviços como transportes públicos, serviços hospitalares, lazer e até mesmo serviços de apoio social, é menor, uma vez que a maioria das pessoas mais velhas vive em locais mais afastados do centro urbano do concelho. Desta forma, as pessoas que frequentam estes Centros de Dia e até mesmo outro tipo de instituições ligadas ao envelhecimento, são usualmente pessoas com alguma incapacidade funcional e/ou mental ou que vivem sozinhas e não têm qualquer tipo de suporte familiar ou social e, por isso, necessitam deste tipo de serviços que prestam todo o apoio e cuidado. Assim sendo, estas pessoas idosas passam a maior parte do seu tempo nestas instituições e dependem destes serviços para terem uma vida ativa socialmente, fisicamente e mentalmente. Daí a importância de levar este conceito e implementá-lo cada vez mais nas instituições, para que todas tenham a capacidade e o conhecimento necessário para promover um envelhecimento ativo e saudável aos seus utentes. Muitas destas pessoas dependem dos Centros de Dia, para poderem ir a uma consulta médica, ou para ter transporte para poderem ir ao supermercado ou até mesmo para simplesmente terem uma vida social, uma alimentação saudável e um acompanhamento diário que lhes assegure uma vida mais ativa. Por fim, este é um tema recorrente, mas que faz todo o sentido promovê-lo, de forma a que a sua prática seja contínua nas instituições para que cada vez mais seja possível envelhecer com qualidade de vida.

- Complementaridade e coesão: refere-se ao grau de correspondência entre objetivos e ações. Como já foi referido os objetivos deste estudo passaram, sobretudo, por identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas idosas, conhecer os

interesses e gostos pessoais de cada utente da instituição. Para tal foi realizado um diagnóstico com recurso a entrevistas semiestruturadas; estimular as capacidades físicas e mentais o que foi realizado ao longo do estágio, através de atividades desenvolvidas semanalmente com os utentes; promover a interação social e fomentar a participação social através de dinâmicas realizadas com os utentes nos diversos jogos e convívios realizados ao longo do projeto; valorizar as capacidades e vivências dos adultos mais velhos, promovendo a sua autonomia e bem-estar por meio de conversas informais com os utentes, no próprio diagnóstico, através das várias atividades, onde houve sempre a preocupação de valorizar as capacidades de cada idoso, respeitando sempre o tempo e a história de vida de cada um e através da criação das diferentes oficinas que tiveram como objetivo trabalhar diferentes áreas que promovessem um envelhecimento ativo e um aumento do bem-estar. E, por fim, conhecer a organização como um todo e as condições por elas criadas para o processo de envelhecimento dos seus utilizadores. Este objetivo não foi atingido na sua totalidade, uma vez que não foi possível realizar uma entrevista à diretora técnica dos Centros de Dia, para além disso só foi possível o acesso aos processos individuais de cada utente, no entanto, foi possível conhecer ao longo do tempo as rotinas e dinâmicas de ambos os Centros de Dia, a forma como eram realizados os cuidados de higiene e imagem aos utentes, o funcionamento dos transportes, o plano alimentar, as atividades socioculturais, lúdicas e recreativas realizadas pela animadora, entre outros serviços.

- Validade: é a garantia de que os instrumentos utilizados medem de facto aquilo que se tenciona medir. Os instrumentos utilizados foram escolhidos de acordo com as necessidades e o público-alvo em questão. Por serem pessoas idosas optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, uma vez que estas possibilitam criar um diálogo mais flexível, com respostas livres, tornando-se mais fácil para as pessoas compreenderem e responderem às perguntas. O que se tencionava apurar com estas entrevistas, eram os gostos e interesses dos utentes, as suas principais necessidades e a situação sociofamiliar e económica de cada um. O que podemos concluir com os resultados das entrevistas é que maioria dos participantes tem uma vida sedentária e não tão ativa como o esperado, pois embora realizem atividades diariamente nos Centros de Dia, a maior parte do tempo destas pessoas é passado nos cadeirões, sendo os principais interesses: conviver, atividades religiosas, trabalhos manuais ou passear. Outro facto é que a maior parte dos participantes vive com um familiar, e por isso, tem um suporte familiar que auxilia nas AVD's, ou que ajuda nas despesas de saúde e alimentação. Para além disso, quase todos

afirmaram ter alguma patologia, dificuldades em se deslocar sem auxílio e falhas de memória recorrentes.

Relativamente ao instrumento utilizado para avaliar o estado mental das pessoas idosas, Mini Exame do Estado Mental, este é um dos instrumentos mais utilizados em Portugal no rastreio do défice cognitivo, nomeadamente em estudos epidemiológicos, de investigação clínica e na prática clínica. Os resultados obtidos através deste instrumento demonstraram que a maioria das pessoas idosas que realiza este teste apresenta um défice cognitivo pelo facto de estas serem pessoas iletradas, o que influencia bastante o resultado pois o desempenho nesta prova é muito influenciado pelo grau de escolaridade e pela idade (Santana et al., 2016).

Tal como já foi referido, de forma atenuar o declínio cognitivo apresentado pelos utentes, desenvolveu-se uma oficina de estimulação cognitiva que abrangeu várias áreas como: memória, atenção, linguagem, cálculo e orientação espaço-temporal. Esta oficina consistiu em desenvolver exercícios que estimulassem estas capacidades, através de fichas disponibilizadas pela diretora técnica dos Centros de Dia. As sessões foram realizadas em pequenos grupos, respeitando sempre a vontade e as capacidades de cada utente. O exemplo de uma utente demonstra como estas sessões se tornaram benéficas no dia-a-dia das pessoas idosas que quiseram participar nas mesmas, pois esta era uma utente que apresentava pouca mobilidade nas mãos, tendo por isso muita dificuldade no que diz respeito à motricidade fina em escrever ou pintar, no entanto, ao longo das sessões e com a prática diária a utente conseguiu melhorar significativamente esta motricidade, escrevendo, já no final da intervenção, o seu nome completo.

A manutenção da capacidade cognitiva é fundamental, pois permite retardar o declínio cognitivo e a dependência física dos utentes, assim como retarda o processo de institucionalização. O treino cognitivo pode ser realizado através de diferentes programas de intervenção, utilizando métodos simples como atividades físicas e oficinas de estimulação cognitiva que auxiliam na reabilitação da capacidade cognitiva, tal como foi realizado no estágio com os utentes dos Centros de Dia (Nóbrega et al., 2022).

- Equidade: relaciona-se com os níveis de igualdade na distribuição de oportunidades e recursos aos participantes. Todos os utentes tiveram oportunidades iguais de participar nas atividades, uma vez que estas foram sempre pensadas na inclusão de todos, nenhum utente com incapacidade física ou mental foi deixado de parte, pois as atividades eram adaptadas às capacidades de cada um. No entanto, nem todos os utentes quiseram participar. Muitos recusavam participar ou porque queriam descansar ou porque

não era do seu interesse. Contudo, a vontade dos utentes foi sempre respeitada e nenhum utente foi forçado a participar nas atividades, pois cada um era livre de decidir. Enquanto profissionais, devemos respeitar as decisões de cada pessoa, saber ouvir a opinião de cada um e valorizar quando estes decidem participar, motivando apenas para comparecer em futuras dinâmicas.

Relativamente à participação das pessoas idosas mais vulneráveis, nomeadamente das pessoas iletradas, estas foram sempre incluídas em qualquer tipo de atividade, quer fosse nas sessões de atividade física através de exercícios de coordenação motora, quer fosse nas sessões de estimulação cognitiva através de exercícios que trabalhassem as reminiscências, jogos de memória e linguagem e até mesmo atividade lúdicas e recreativas como os teatros e trabalhos manuais. As sessões de estimulação sensorial revelaram-se também muito importantes no Centro de Dia de Tropeço, onde o número de idosos analfabetos era mais elevado, pois permitiram a participação de todos os utentes, sem haver qualquer tipo de exclusão por falta de capacidades. Para além disso, estas sessões promoviam as relações sociais entre os utentes, a sua participação ativa, proporcionaram experiências novas e, claro, a estimulação dos sentidos primários.

De forma a avaliar toda a intervenção realizada ao longo do estágio, foi aplicado um pequeno questionário relativo à Avaliação Final da Intervenção Gerontológica aos utentes que participaram com mais frequência nas dinâmicas desenvolvidas, ou seja, 10 participantes, para que se pudesse obter respostas mais realistas da intervenção. Deste modo, será feita a análise deste questionário na tabela seguinte.

Tabela 16 - Análise da Avaliação Final da Intervenção Gerontológica

Perguntas	Respostas
1. Gostou das atividades desenvolvidas ao longo destes 3 meses de estágio?	Gostei muito- 10 Gostei- 0 Gostei pouco- 0 Não gostei- 0 Sem opinião- 0
2. Na sua opinião as atividades desenvolvidas ao longo do estágio contribuíram de alguma forma para promover momentos de convívio entre os utentes?	Sim- 10 Não-0 Outra- 0
3. Considera que as atividades desenvolvidas contribuíram para que se sentisse mais ativo fisicamente e psicologicamente?	Sim- 10 Não- Outro-

4. Das atividades desenvolvidas, assinale as que gostou mais de participar.	Sessões de atividade física- 8 Oficina dos jogos motores- 10 Oficina da música- 5 Sessões de estimulação cognitiva- 5 Oficina de pintura e motricidade fina- 6 Oficina das atividades manuais- 7 Oficina de estimulação sensorial- 1 Oficina das atividades lúdicas e recreativas- 7
5. No final das atividades como se sentia?	Cansado- 1 Feliz- 8 Bem-disposto- 8 Irritado- Relaxado- 2
6. Qual a atividade que gostou menos e porquê?	Gostei de todas- 8 Ginástica porque não gosto- 2
7. Na sua opinião as atividades desenvolvidas contribuíram para a melhoria da sua saúde física e mental?	Sim- 10 Não- 0
8. Qual a sua opinião acerca do trabalho desenvolvido pela estagiária ao longo destes 3 meses? Na sua opinião contribuiu para aumentar o seu bem-estar?	Gostei- 10 Não gostei- 0 Outra- 0

Relativamente à primeira pergunta todos os participantes afirmaram ter gostado das atividades desenvolvidas, e por isso, todos escolheram a opção “gostei muito”. Na segunda pergunta, todos voltaram a afirmar que as atividades desenvolvidas contribuíram para promover momentos de convívio entre os utentes, pois as atividades geravam sempre momentos de socialização entre todos os participantes e muitas vezes contaram com a participação das auxiliares de ação direta, o que também animava bastante as pessoas idosas. Na terceira pergunta, os utentes responderam todos que as atividades desenvolvidas contribuíram para que se sentissem mais ativos fisicamente e psicologicamente. Já na quarta pergunta, as respostas divergiram, uma vez que se trata de gostos pessoais, no entanto, as sessões de atividade física e a oficina de jogos motores tiveram mais votações. Na quinta pergunta, a maioria dos utentes responderam sentirem-se felizes e bem-dispostos no final das atividades e na sexta pergunta, apenas duas pessoas responderam não terem gostado das sessões de atividade física ou por não gostarem de exercício físico ou por terem dificuldade em realizar os exercícios. Por fim, na sétima e oitava pergunta, as respostas foram bastante positivas, uma vez que na opinião dos utentes

as atividades contribuíram para melhorar a saúde física e mental dos mesmos, aumentado consequentemente o seu bem-estar, para além de terem afirmado que gostaram da intervenção realizada ao longo do estágio.

É importante ressaltar que na sétima pergunta, o que se procura saber é apenas a perceção dos utentes em relação ao seu bem-estar e à sua saúde, não havendo efetivamente resultados que comprovem uma melhoria efetiva na saúde física e mental das pessoas idosas.

Em suma, o estágio foi uma experiência muito positiva não só a nível profissional, mas também pessoal. Sugiram algumas dificuldades ao longo da intervenção, como por exemplo, a fase de integração na instituição, conhecer todos os utentes, conquistar a confiança destes, motivá-los e atraí-los para realizar as atividades propostas, assim como o facto de não ter a orientação da diretora técnica e a sua presença diariamente nos Centros de Dia numa fase inicial do estágio. No entanto, o facto de não ter esta orientação constante acabou por ser benéfico, visto que me ajudou a ser mais autónoma, mais espontânea, a tomar decisões por conta própria e a atuar com independência durante a intervenção.

No que diz respeito a recomendações e propostas de intervenções futuras, considero que seria importante haver um investimento maior no Centro de Dia de Tropeço. Este é um Centro mais afastado do centro urbano, faz parte de uma das freguesias de Arouca, é também um Centro de Dia com instalações menores e consequentemente tem menos utilizadores. Contudo, deve ser mais integrado nas várias iniciativas da Santa Casa da Misericórdia de Arouca, pois embora os utentes que o frequentam tenham idades mais avançadas e, por esse motivo, não se sintam tão motivadas para participar, é sempre importante encorajá-las e reforçar a importância que a presença destas têm nas diversas atividades realizadas pela instituição. Deste modo, em intervenções futuras, seria relevante criar mais atividades que unissem ambos os Centros de Dia, criar dinâmicas em conjunto, quer sejam passeios ao exterior, quer sejam convívios ou até mesmo torneios de Boccia, já que este é um jogo do interesse de praticamente todos os utentes, ou outro tipo de atividades lúdicas que despertem o interesse dos adultos mais velhos. Desta forma, seria possível proporcionar aos utentes do Centro de Dia de Tropeço um envelhecimento mais ativo, promovendo a sua participação ativa quer a nível social, quer a nível de saúde física e mental.

Conclusão

O envelhecimento é um processo biológico, na maioria das vezes prejudicial, ao que muitos designam de senescência, pois este é um processo intrínseco à deterioração física e mental e que leva inevitavelmente à morte. No entanto, embora este seja um processo complexo, o termo envelhecimento pode ser também associado a aspetos positivos, como ter mais tempo para aproveitar a vida, a família, cuidar de si próprio, envolver-se em atividades e associações que no passado não tiveram a oportunidade para tal. No fundo, é o momento de experienciar coisas novas, no entanto, bem sabemos que nem todas as pessoas idosas têm as mesmas oportunidades, os mesmos recursos e os mesmos privilégios para poder aproveitar esta fase da vida com qualidade.

Facto é, que a esperança média de vida aumentou aceleradamente neste século, devido a fatores como a baixa natalidade, a diminuição da mortalidade infantil, a melhoria das condições de vida, a melhoria da ciência e dos cuidados preventivos e de suporte. Porém, este fenómeno global, causa grandes desafios sociais, sendo um deles a falta de qualidade de vida durante o envelhecimento, pois muitos são os idosos que se vêm sozinhos e isolados e com grandes dificuldades para enfrentar as modificações da era moderna (Pinto et al., 2019).

Posto isto, é de máxima urgência encontrar estratégias eficazes para esta situação, de forma que a pessoa idosa seja um agente participante da sociedade, para tal é necessário criar modelos sociais, políticos e económicos que promovam um envelhecimento saudável, com qualidade de vida, que potencializem as capacidades dos mais velhos e que possam assegurar o suporte necessário que tantos necessitam.

É também importante referir que para que estas medidas sejam bem-sucedidas, é necessário compreender as bases biológicas do envelhecimento, bem como as alterações morfológicas e celulares que levam ao aparecimento de doenças e ao declínio funcional, pois só assim será possível promover estratégias que permitam envelhecer com qualidade e bem-estar. Para a OMS, envelhecer saudavelmente envolve quatro conceitos básicos, sendo eles: a autonomia, que diz respeito à capacidade de decisão sobre a própria vida; a independência, nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária; a esperança de vida saudável, ou seja, o tempo de vida que se pode esperar viver de forma independente, sem a necessidade de cuidados e a qualidade de vida relacionada com a saúde física, mental, relações sociais e meio ambiente em que se encontra inserido (Pinto et al., 2019) .

Neste sentido, para se poder promover um envelhecimento ativo e saudável, é

fundamental que a sociedade repense as suas políticas de saúde, o seu conhecimento sobre o fenómeno do envelhecimento e modifique, sobretudo, o valor atribuído aos mais velhos para que estes possam ser integrados na sociedade, na família, na cultura, na política em todas as áreas que foram do interesse destes, aproveitando as capacidades individuais de cada um.

Deste modo, e pensando na participação ativa dos adultos mais velhos, recorreu-se ao longo de toda a intervenção à metodologia da investigação ação participativa, com o objetivo de tornar os utentes os principais agentes de mudança das suas próprias realidades. Ao utilizar a investigação ação participativa, estamos a promover “*o envolvimento dos sujeitos no processo de construção de conhecimento, o que permite que estes se tornem mais capazes de lidar e refletir sobre os seus problemas procurando uma solução para os mesmos, o que contribui para o seu empoderamento*” (Miranda 2014, p.19).

Ao longo do estágio foi possível perceber uma mudança positiva nos utentes de ambos os Centros de Dia, na medida em que estes foram desenvolvendo as suas capacidades ao longo das atividades, quer a nível social, cognitivo e físico. Muitos dos utentes, passaram a conviver mais, as caminhadas no exterior passaram a ser mais recorrentes e o número de idosos na sala de atividades também aumentou, o que é muito gratificante, pois o esforço realizado ao longo dos meses de estágio contribuíram para tornar alguns dos utentes mais ativos e conscientes da importância do seu bem-estar.

O desenvolvimento do estágio não interferiu muito a nível institucional, uma vez que não houve um envolvimento com esta parte organizacional, no entanto, pode-se afirmar que houve um impacto na vida das pessoas, sendo este o objetivo principal deste projeto, intervir junto dos adultos mais velhos, promovendo-lhes uma melhoria na sua qualidade de vida.

A avaliação foi uma parte fundamental de toda a intervenção, pois só assim foi possível verificar se houve realmente um impacto, se as atividades iam de acordo com as necessidades e interesses dos utentes e se o trabalho realizado era ou não pertinente para os idosos dos Centros de Dia. Todas as atividades foram devidamente avaliadas pelos utentes e o mesmo aconteceu no final de toda a intervenção. “A avaliação não deve ser um fim em si mesmo, mas sim um meio para melhorar sistematicamente o processo sociocultural e para se fazer um uso mais adequado dos recursos disponíveis, materiais e de pessoas e para alterar, se necessário, o decorrer da ação” (Serrano 2008, p. 81).

Ainda relativamente à avaliação, mas agora referente ao estágio propriamente dito,

esta deveria ser feita regularmente, com reuniões quinzenais ou mensalmente com a orientadora do local de estágio, pois desta forma seria possível obter um feedback mais regular do trabalho realizado e se este vai de encontro ao esperado, sendo que seria também uma forma de transmitir todo o trabalho realizado, pois por vezes fica o sentimento de que nem toda a intervenção foi devidamente transmitida.

Por fim, posso afirmar que todo o processo de estágio foi uma mais valia tanto a nível profissional como pessoal. Foi gratificante intervir junto das pessoas idosas e colaborar com todas as auxiliares de ação-direta, o sentimento de acolhimento e entreaajuda foi constante ao longo de todo o estágio, para além de ter sido uma experiência profissional e académica, que me proporcionou uma grande aprendizagem neste contexto de Centro de Dia. É também importante salientar que é necessário adotar outras metodologias de intervenção junto da população idosa, de forma a melhorar a manutenção de qualidade de vida dos idosos, não só satisfazer as necessidades básicas dos mesmos, mas, também, realizar avaliações mais realistas e aprofundadas dos problemas destes adultos, promover uma participação ativa, ter uma escuta ativa durante os diálogos e perceber o que realmente lhes interessa, quais as suas reais necessidades, o que os move e o que os leva a querer viver mais.

Referências Bibliográficas

- Alba, A., & Montalvo, I. (1999). Centros de dia para idosos. Um esquema prático sobre o seu funcionamento. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*, 34(5), 298–305.
- Amante, M., Fonseca, S., Araújo, L., Pereira, A., Nunes, M., & Rofrigues, T. (2015). “Making a difference” na promoção do envelhecimento bem sucedido. *Revista de Estudios e Investagación en Psicología Y Educación*, 8.
- https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3426/1/2015_Making%20a%20difference%20na%20promo%c3%a7%c3%a3o%20do%20envelhecimento%20bem%20sucedido.pdf
- Anica, A., & Sousa, C. (2020). *Envelhecimento Ativo e Educação*. Universidade do Algarve.
- http://geronte.pt/pdf/2020Envelhecimento_EBook.pdf
- Araújo, L., & Ribeiro, O. (2019). Envelhecimento Positivo e Longevidade Avançada: Contributos para a Intervenção. Em *Psicologia da Saúde: Teoria e intervenção*. Atena Editora. <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/03/E-book-Psicologia-da-Sa%C3%BAde-Teoria-e-Interven%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada. *Editores Actas de Gerontologia Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos*, 2(1).
- https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3445/1/2016_Envelhecimento%20bem%20sucedido%20e%20longevidade%20avan%c3%a7ada.pdf
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa edições.
- https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L.1977.Analise.de.conteudo.Lisboa.edicoes.70.225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf

- Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: Análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(32), 188–196.
- Boehs, S., Silva, N., & Bardagi, M. (2018). Satisfação de vida e aposentadoria: Um estudo com métodos mistos. *Psicolestud*.
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/41236/pdf>
- Bonfim, C., & Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia Direcção-Geral da Acção Social (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Direcção-Geral da Acção Social Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc
- Capucha, I. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projetos Guião Prático*. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/planeamento_e_avaliacao_de_projetos_-_guiao_pratico_capucha_2008.pdf
- Carta Social. (2022). Carta Social. <https://www.cartasocial.pt/resultados-da-pesquisa?vt=21&tp=2103&l=01-04-00>
- Carvalho, M., Teles, H., & Garcia, A. (2021). Reflexões sobre a confidencialidade como ética na prática profissional dos assistentes sociais. *Revista Temas Sociais*, 1, 49–66.
- Castro, J., Morgan, K., & Mesquita, I. (2012). Investigação-ação; conceção, metodologia e aplicação. *ResearchGate*, 101–125.
- CMA. (2023). *CM-Arouca*. Câmara Municipal de Arouca. <https://www.cm-arouca.pt/>
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: Metodologia Preferencial nas Práticas Educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), 455–479.

- Cyriaco, A., Nunn, D., Amorim, F., Falcão, D., & Moreno, H. (2017). Pesquisa Qualitativa: Conceitos importantes e breve revisão de sua aplicação à geriatria/gerontologia. *Geriatr Gerontol Aging*, 1, 4–9.
- Duarte, N., & Alves, S. (2022). *Centro de Atendimento cinquenta mais*. CA50+.
- Duque, E., & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *Revista Edapeci*, 17(2), 103–118.
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21, 835–838.
- Ellen, M., Demaio, P., Lange, A., & Wilson, M. (2017). Adult Day Center Programs and Their Associated Outcomes on Clients, Caregivers, and the Health System: A Scoping Review. *The Gerontological Society America*, 57(6), 85–94.
- Faria, M., Ramalho, J., Nunes, A., & Fernandes, A. (2020). *Visões sobre o Envelhecimento* (IPBeja Editorial). Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo.
<https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5193/4/VIS%c3%95ES%20SOBRE%20O%20ENVELHECIMENTO.pdf>
- Fernandes, C. (2013). *Projecto de intervenção comunitária em Centro de Dia pela metodologia de facilitação* [Instituto Superior de Serviço Social do Porto].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16654/1/Cristina%20dos%20Santos%20Fernandes.pdf>
- Fernandes, S. (2018). *A intervenção socioeducativa na promoção da resiliência na terceira idade – Fatores de risco e de proteção* [Instituto Politécnico de Bragança].
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18890/1/Susana%20Fernandes.pdf>

- Ferreira, J., & Bertão, A. (2017). A metodologia de investigação-ação participativa na reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental. *Sensos-E*, 4(1).
<https://parc.ipp.pt/index.php/sensos/article/view/2543/674>
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A., & Moreira, M. (2012). *Envelhecimento Ativo e a sua relação com a independência funcional*. 21, 513–517.
- Ferreira, P. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: Tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, 07–29.
- Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place- Envelhecimento em casa e na comunidade*. Calouste Gulbenkian. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/07/Ageing-in-Place_Envelhecimento-em-casa-e-na-comunidade_digital.pdf
- Gomes, A. (2013). *O apoio formal em centros de dia na óptica dos utentes* [Instituto Superior Bissaya Barreto].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28892/1/O%20Apoio%20Formal%20em%20Centros%20de%20Dia%20na%20%C3%93ptica%20dos%20Utentes.pdf>
- Guerra, E. (2014). Manual de Pesquisa Qualitativa. Em *Manual de Pesquisa Qualitativa* (Grupo Ânima Educação).
<https://docente.ifsc.edu.br/luciane.oliveira/MaterialDidatico/P%C3%B3s%20Gest%C3%A3o%20Escolar/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas/Manual%20de%20Pesquisa%20Qualitativa.pdf>
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo- Sentidos e formas de uso* (Princípio, Vol. 1). Princípio Editora, Lda.
- Idáñez, M., & Ander-Egg, E. (2008). Diagnóstico Social: Conceitos e metodologias. *Rede Europeia Anti-Pobreza / Portuga*, 3. <http://www.eas.pt/wp-content/uploads/2014/01/diagnostico-social-Diagn%C3%B3stico-Social-conceitos-e->

[metodologias-Maria-Jos%C3%A9-Aguilar-Id%C3%A1%C3%B1ez-e-Ezequiel-Ander-Egg-.pdf](#)

INE. (2022). *Instituto Nacional de Estatística*. INE.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto da Segurança Social. (2022). *Segurança Social*. <https://www.seg-social.pt/idosos>

Israel, F. (1996). Pesquisa Qualitativa- Características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisa em administração*, 1(3).

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54648986/PESQUISA_QUALITATIVA_CARACTERISTICAS_USO-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1651075884&Signature=VazM1LlLsVFOSYnWihFpwCQVtGdBkcHf7Hwmx5~y2hhIewkgBNUP8TPMZu3eGJ7iDDl2ftHueRDq6GBrU92jZF2Vv6Ft4Ic-8LQ0QYBTMcFzXKK-8tD39VtaIYebLKygMia0SA35bjaDuEcKptIpohkvpQ9khu2olj80Vwu2S17ye9Pe5vs7P=N2DwPhUc2DkYa~0xwUzLnoTgxFw~hDx~hfYwT81wuDYbGCdtIOPhc4OIlUXuaWPpo4vvfu71qxr5bT0dVrtlsXKbbOIUETa5-vLmJzj60jpOhcdEt29pRaoijI5FG4OPzIDmyKuRqoGuWWRPrY9Qy~MmkIo~7Ew&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

ISS. (2010). *Modelo de avaliação da qualidade Centro de dia*. Instituto da Segurança Social.

https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_centro_dia_modelo_avalia%C3%A7%C3%A3o/4ad496ec-17a3-4df6-9dcb-ee7b0074d5a2/4ad496ec-17a3-4df6-9dcb-ee7b0074d5a2

Lima, M., Almeida, M., & Lima, C. (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *Relato de Experiência*, 20, 130–142.

Lima, S. (2016). *Rede de Voluntariado Intergeracional na Promoção do Envelhecimento Ativo e Solidariedade Intergeracional: Uma Investigação-Ação* [Universidade de Aveiro].

https://ria.ua.pt/bitstream/10773/16248/1/Rede%20de%20voluntariado%20intergeracional%20na%20promo%20a7%20a3o%20do%20envelhecimento%20ativo%20e%20solidariedade%20intergeracional_uma%20investiga%20a7%20a3o-a%20a7%20a3o.pdf

Lopesino, P., López-Cerón, A., Muñoz, M., & Echanagorriá, A. (2011). *Envejecimiento Activo: Libro Blanco*. IMSERSO - Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf>

Macena, W., Hermano, L., & Costa, T. (2018). Alterações Fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Revista Mosaicum*.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64992526/16_ALTERACOES_FISIOLOGICAS_DECORRENTES_DO_ENVELHECIMENTO_223_238-libre.pdf?1605915315=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAlteracoes_fisiologicas_decorrentes_do_e.pdf&Expires=1695662328&Signature=NbegqjL6OEr1Yxenb~q3OArN7Drz1D7OEDo8IEXfpX7HJsQJRzKbjc~wbAKYb1m1CV4bQ5c3KpsKpAHcZ~vBNDNrnY6pwF26GylMp8DRFUFrJZYFh9~I91ewDitmXk8eCvQXZztcyvt1m2lRoT8jsjPTEYGFVHA~uL9qLZTi1kj-xkUgy3-TtRSr-39eQoX-ySJRbTGhegxym2iFz8WWy3vvQRKMfF7pf0j-rJ68dhXFXf-

[dYg0ukNEPlzMGqvyswTowxLYaw2hjPdOToCsrnHs8F74IhkTNPLXOOG4CvRJTe-5okt2fgQnvvgg90E~awn8juRPI9ABcEI5qjsViQw &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851776033.pdf)

Maia, C., Castro, F., Fonseca, A., & Fernandez, M. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Psicología, Ciencia Y Profesión: Afrontando la Realidad*, 1. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851776033.pdf>

Mascarello, L. (2013). Memória de trabalho e processo de envelhecimento. *Psic. Rev. São Paulo*, 22(1), 43–59.

Miranada, A. (2014). A Educação Social na Construção de uma Cidadania Ativa e Participativa na Terceira Idade. *Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto*.

https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10165/1/COM_mirandaAntoni_2014.pdf

Moreira, R. (2017). *Os Centros de Dia como promotores do envelhecimento ativo* [Universidade do Minho Instituto de Ciências Sociais].

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/52331/1/Regina%20da%20Concei%c3%a7%c3%a3o%20Alves%20da%20Rocha%20Moreira.pdf>

OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=23DE25CCBC50F0683B98392EC71A5DBE?sequence=6

OMS. (2023a). *Decade of Healthy Ageing- A Plataforma*. Decade of Healthy Ageing. <https://www.decadeofhealthyageing.org/about/about-us/what-is-the-decade>

OMS. (2023b). *Organização Mundial de Saúde*. OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>

- Pacheco, M. (2011). *Perceção da Qualidade de vida dos idosos do Centro de Dia da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Nova de Gaia* [Universidade Fernando Pessoa].
https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2709/3/T_17783.pdf
- Pena, R. (2003). *Manual de Formando Metodologia de Planeamento de Projectos por Objectivos*. Lisboa: BeeConsulting.
<https://arvoredeproblemas.ruipena.pt/dossie/manual.pdf>
- Pordata. (2022). Pordata. <https://www.pordata.pt/>
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 33–52.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo* (Lidel, Vol. 2). Lidel.
<https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789897523335.pdf>
- Rocha, J. (2018). O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. *Revista Farol*, 6(6), 77–89.
- Rodrigues, A. (2021). Investigação-Ação e Análise de Conteúdo: Caso na formação de professores. *Revista Práxis Educacional*, 17(48), 17–39.
- Sant’ Helena, D., Silva, P., & Gonçalves, A. (2020). Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. *Editora Científica*, 1, 206–218.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Revista Científica dos Ordem dos Médicos*, 4(29), 240–248.
- Santos, F., Andrade, V., & Bueno, O. (2009). Envelhecimento: Um processo Multifatorial. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 14(1), 3–10.
- SCMA. (2019). *Santa Casa da Misericórdia de Arouca*. <https://scmarouca.com/hospital.html>
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais- Casos Práticos* (Porto Editora, 1–7).

- Silva, A., & Fossá, M. (2013). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. *IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Qualidade*. <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>
- Silva, C., Martins, T., Simões, A., Montes, A., Marques, G., & Nobrega, M. (2021). Impacto da Estimulação Cognitiva na Saúde Mental de idosos: Experiência Portuguesa no Envelhecimento Ativo e Saudável. *Revista Paulista de Enfermagem*, 32. https://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2021/09/REPEn_2021_v32_6_Impacto-da-Estimulacao-Cognitiva-na-Saude-Mental-de-idosos.pdf
- Silva, T., Santos, G., Moreira, A., Ishibashi, G., Verga, C., Moraes, L., Lessa, P., Cardoso, N., Ordonez, T., & Brucki, S. (2021). Cognitive interventions in mature and older adults, benefits for psychological well-being and quality of life: A systematic review study. *Dement Neuropsychol*, 15(4), 428–439.
- Siquenique, S. (2015). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: Análise crítica da literatura e proposta de protocolo* [Universidade Nova de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11119/1/TeseSofiaSiquenique2015.pdf>
- SNS. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- SNS. (2022). *Serviço Nacional de Saúde*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>
- Sousa, J. (2021). Atividades socioculturais como interface de bem-estar emocional e de prevenção da transmissão da Covid-19 em estruturas residenciais para pessoas idosas. *interface- comunicação, saúde, educação*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/interface.200576>

- Teixeira, M. (2008). *Centro de Dia na perspectiva do Utente- Uma visão global*
[Universidade de Aveiro]. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3286/1/2009000550.pdf>
- The Belmont Report*. (2000). U.S. Department of Health and Human Services.
<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Trindade, B., Pocinho, R., Carrana, P., Santos, G., & Serrano, J. (2022). A importância da animação sociocultural no combate ao envelhecimento das instituições. *Retos*, 43, 567–571.
- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- WHO. (2019). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021-2030*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28
- WHO. (2022). *Terms of reference of Healthy Ageing Collaborative (HAC)*. World Health Organization. https://www.decadeofhealthyageing.org/docs/librariesprovider5/default-document-library/terms-of-reference---healthy-ageing-collaborative.pdf?sfvrsn=f7cae794_5

Anexos

Anexo 1- Entrevista Semiestruturada

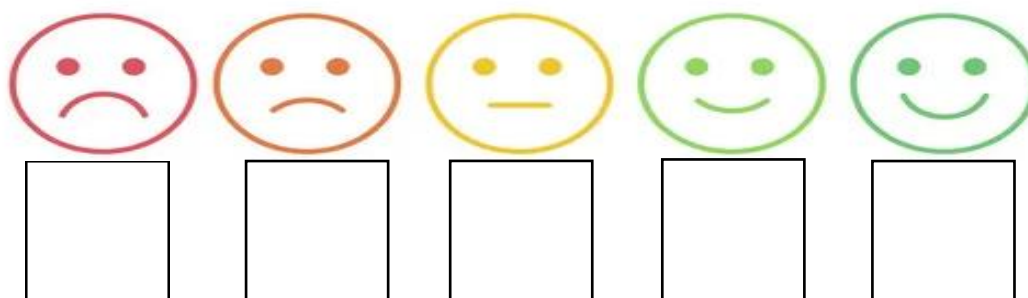
	Objetivos Específicos	Formulário de Questões
A - Legitimação da entrevista Motivação do entrevistado	- Explicitar os fundamentos e objetivos da entrevista; - Motivar o entrevistado; - Garantir a confidencialidade; - Solicitar autorização para o registo áudio da entrevista.	- Informar em linhas gerais sobre o trabalho de investigação; - Conhecer os entrevistados, obter dados pessoais acerca dos mesmos que sejam importantes para a realização do diagnóstico; - Indicar os objetivos da entrevista; - Pedir ajuda ao entrevistado, pois o seu contributo é imprescindível para o êxito do trabalho; - Assegurar o carácter confidencial das informações prestadas; - Pedir autorização para gravar a entrevista; - Agradecer a colaboração.
B - Caracterização dos utentes dos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Arouca	- Nome; - Género; - Idade; - Habilitações literárias; - Profissão dominante ao longo da vida; - Avaliação funcional; - Há quanto tempo está inserido na instituição; - Motivo da entrada no Centro de Dia; - Perceção sobre o próprio estado de saúde, patologias e doenças; - Interesses e gostos; - Preferências relativamente a atividades culturais; - Com que frequência pratica atividade física; - Rendimentos; - Aspectos sociofamiliares; - Estado cognitivo; - Humor; - Quedas; - Espiritualidade; - Rede social e de apoio.	- Como se chama? - Que idade tem? - Sabe ler e escrever? Se sim, qual o seu nível de escolaridade? - Qual foi a sua profissão? - Há quanto tempo está nesta instituição? - Por que motivo entrou para o Centro de Dia? - Tem algum problema de saúde? Se sim, qual? - Tem problemas de mobilidade, consegue se deslocar sem ajuda? - Realiza as tarefas de vida diária sozinho ou necessita de ajuda para realizar alguma? Se sim, quais? - Quais as atividades que mais gosta de realizar na instituição? - Quais são os seus interesses? O que mais gosta de fazer no seu tempo livre? - Costuma praticar exercício físico? Se sim, com que frequência? - Qual a sua fonte de rendimento? - Quais são as pessoas com quem estabelece mais contacto? - A quem costuma pedir ajuda quando necessita de assistência fora do Centro de Dia? - Tem problemas de memória? - Costuma sentir-se deprimido? Se sim,

		com que regularidade? - Tem problemas de equilíbrio? - Tem alguma religião ou crença que o acompanha ao longo da vida? - Com quem reside? Com quem se relaciona mais fora do Centro de Dia? Com quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda? Com quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
C - Conhecer a opinião dos utentes acerca da instituição	- Conhecer a opinião dos utentes acerca da instituição; - Conhecer a perceção do utente relativamente às condições do Centro de Dia; - Conhecer o nível de satisfação dos utentes relativamente às suas rotinas dentro da instituição; - Identificar as vantagens e desvantagens de frequentar o Centro de Dia; - Identificar o grau de satisfação quanto aos serviços prestados;	- Qual a sua opinião acerca do Centro de Dia? - Está satisfeito com as condições que a instituição oferece? - Considera que a instituição consegue responder às suas necessidades? - Consegue descrever o seu grau de satisfação relativamente à sua rotina diária dentro do Centro de Dia? - Para si quais são as vantagens e desvantagens de frequentar o Centro de Dia? - Está satisfeito com o serviço prestado pela instituição e pelo pessoal técnico?

Anexo 2- Questionário de satisfação das atividades

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Coloque uma cruz na cara que se identificar mais em relação à atividade desenvolvida:



Gostava de repetir esta atividade?

Considera que a atividade melhorou o seu humor?

Sentiu-se integrado na atividade?

Obrigada por participar!
Estagiária de Gerontologia Social

Anexo 3- Consentimento livre e informado

Termo de Consentimento Livre e Informado

Solicita-se a sua participação no estágio de mestrado de Gerontologia Social, acerca dos utentes do Centro de Dia Eng. Afonso Brandão Vasconcelos e Centro de Dia de Tropeço. A sua participação envolve a gravação áudio de uma entrevista individual, com o objectivo de saber mais acerca de cada utente dos Centros de Dia, de forma a realizar um diagnóstico para o estudo em causa.

Se aceitar, a gravação será transcrita e anonimizada de modo a que não seja possível a sua identificação por terceiros. Excertos das transcrições poderão ser incluídos em apresentações e publicações académicas, nas quais a sua identidade se manterá totalmente confidencial. O material áudio e as transcrições serão arquivados de forma segura e confidencial em repositório institucional do Instituto Superior de Serviço Social do Porto até ao final do estágio, após a qual serão eliminados.

Este estudo surge no âmbito do projeto de estágio “Envelhecer Ativamente em Contexto de Centro de Dia” e é conduzido pela estagiária Soraia Maria Pinho Silva no Instituto Superior de Serviço Social do Porto (que poderá contactar caso pretenda mais informações: 210121008@issp.pt; +351 914 659 027), sob orientação da Professora Doutora Sidalina Almeida. A sua participação é voluntária. Poderá desistir a qualquer momento e, se assim solicitar, o material já recolhido será eliminado.

Declaro que:

- **Li e compreendi a informação que consta neste documento e que fui devidamente informado/a e esclarecido/a quanto aos objetivos e condições de participação neste estudo;**
- **Recebi previamente material informativo sobre o estudo;**
- **Recebi uma cópia deste documento;**
- **Foi-me dada a oportunidade de esclarecer as minhas questões;**
- **E que aceito participar voluntariamente neste estudo.**

Gostaria de conhecer os resultados deste estudo? Sim____ Não____

Contactos: _____

Muito obrigada pela sua participação.

_____/_____/_____

Assinatura do/a investigador/a: _____

Assinatura do participante: _____

Anexo 4- Participação em estudo

PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO - ENTREVISTA

Tema do Estudo- Envelhecer Ativamente em Contexto de Centro de Dia

O meu nome é Soraia Silva, sou aluna de mestrado em Gerontologia Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto e estou a convidá-lo/a para participar numa entrevista inserida no meu trabalho final de mestrado, que neste caso será um estágio. Por favor, leia esta informação antes de decidir se pretende ou não participar. Se tiver alguma questão ou pretender mais informações pode contactar-me (ver em baixo). Se decidir participar agradeço-lhe, desde já. Se não quiser participar, não haverá quaisquer prejuízos para si e agradeço a consideração deste convite.

Qual o objetivo do estudo? Este estudo pretende conhecer cada utente dos Centros de Dia Eng. Afonso Brandão Vasconcelos e Tropeço, de forma, a realizar um diagnóstico acerca das pessoas idosas inseridas neste contexto, para que deste modo seja possível realizar um projeto de intervenção com os mesmos.

Quem conduz o estudo? O estudo é conduzido pela estagiária Soraia Maria Pinho Silva, aluna do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, sob a orientação da Professora Doutra Sidalina Almeida.

O que acontece se decidir participar? Será avisado/a pela estagiária para agendar a entrevista em data e horário da sua conveniência. A entrevista será gravada (áudio) e terá uma duração média de 40 minutos. Pode desistir do estudo em qualquer altura (e os seus dados, neste caso, serão removidos), sem dar justificações e sem quaisquer prejuízos para si ou para a sua família.

Confidencialidade e privacidade. A gravação e transcrição da entrevista apenas serão acessíveis à estagiária. Os dados serão codificados de modo a que não seja possível a sua identificação. Excertos da entrevista poderão ser incluídos em apresentações e publicações académicas, nas quais a sua identidade manter-se-á anónima. Os dados serão usados somente para este estudo.

Quais são os possíveis benefícios em participar? A sua perspetiva e as suas informações serão muito úteis para que seja possível desenvolver um projeto de intervenção de acordo com os gostos, necessidades e interesses de cada utente dos

Centros de Dia. Posteriormente serão implementadas diversas atividades, com a permissão da direção de cada Centro de Dia, que poderão ajudar a promover um envelhecimento mais ativo e saudável aos utentes, assim como serão uma mais valia no dia-a-dia dos utentes dentro das instituições.

Quais são os possíveis riscos em participar? Algumas pessoas podem considerar difícil a partilha das suas experiências, pensamentos e sentimentos em relação às perguntas realizadas pela estagiária. No entanto, se isso acontecer, a investigadora passa para a próxima pergunta sem qualquer problema, de forma a não causar desconforto ou constrangimento aos utentes.

Contactos. Se está interessado em participar ou deseja saber mais sobre o projeto de intervenção, por favor contacte: Soraia Maria Pinho Silva
Telemóvel.: +351 914 659 027
Email: 210121008@issp.pt

Obrigada pela sua atenção.

Anexo 5- Avaliação Final da Intervenção Gerontológica

Avaliação Final da Intervenção Gerontológica

1. Gostou das atividades desenvolvidas ao longo destes 3 meses de estágio?

Gostei muito ☐ Gostei ☐ Gostei pouco ☐ Não Gostei ☐ Sem opinião ☐

2. Na sua opinião as atividades desenvolvidas ao longo do estágio contribuíram de alguma forma para promoverem momentos de convívio entre os utentes?

3. Considera que as atividades desenvolvidas contribuíram para que se sentisse mais ativo fisicamente e psicologicamente?

4. Das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assinale as que gostou mais de participar:

Sessões de atividade física	
Oficina dos jogos motores	
Oficina da música	
Sessões de estimulação cognitiva	
Oficina da pintura e da motricidade fina	
Oficina das atividades manuais	
Oficina de estimulação sensorial	
Oficina das atividades lúdicas e recreativas (teatros)	

5. No final das atividades como se sentia?

Cansado	☐
Feliz	☐
Bem-disposto	☐
Irritado	☐
Relaxado	☐

6. Qual a atividade que gostou menos e porquê?

7. Na sua opinião as atividades desenvolvidas contribuíram para a melhoria da sua saúde física e mental?

8. Qual a sua opinião acerca do trabalho desenvolvido pela estagiária ao longo destes 3 meses? Na sua opinião contribuiu para aumentar o seu bem-estar dentro da instituição?
