



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PRÁTICA GERONTOLÓGICA:

Satisfação com os Serviços e Qualidade de Vida em idosos clientes de Centros de Dia

Marta Catarina Martins e Sousa



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Marta Catarina Martins e Sousa

Prática Gerontológica: Satisfação com os Serviços e Qualidade de Vida em idosos clientes de Centros de Dia

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Carla Faria

Novembro de 2018

RESUMO

Contexto e objetivo do estudo. Atualmente é possível identificar na literatura diferentes visões sobre o envelhecimento individual, sendo de destacar uma visão positiva, dado que a investigação nesta área tem revelado que o envelhecimento pode ser vivido com Qualidade de Vida e percepção de bem-estar. No entanto, o processo de envelhecimento pela sua complexidade e heterogeneidade coloca um conjunto de desafios à pessoa mais velha, às famílias e comunidades e à sociedade. Com o avançar da idade aumenta a probabilidade de o equilíbrio entre ganhos e perdas ficar desajustado com maior preponderância das perdas, sendo que nesta situação a pessoa mais velha necessita de se socorrer de recursos da comunidade para gerir este processo. Neste contexto, a rede de equipamentos sociais de retaguarda ao envelhecimento assumem um papel nuclear, nomeadamente os Centros de Dia. A resposta social Centro de Dia permite a atenção integral ao idoso, proporcionando o atendimento das necessidades básicas e simultaneamente mantendo o convívio familiar com reforço da autonomia, bem-estar e socialização dos mais velhos. Neste sentido, o Centro de Dia permite retardar a institucionalização permanente e ao mesmo tempo disponibiliza ao idoso um leque de serviços diversificados, promovendo estímulos e serviços para uma melhor qualidade de vida. Estes equipamentos sociais constituem um dos contextos privilegiados da prática profissional do gerontólogo, uma vez que se trata de um profissional com capacidade para coordenar os diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, com vista à intervenção nas diversas necessidades e potencialidades impostas pela população mais velha. Uma gestão adequada dos serviços permite um grau de satisfação superior dos clientes e uma percepção mais positiva da Qualidade de Vida. Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar o grau de Satisfação com os serviços e a Qualidade de Vida de pessoas mais velhas em Centro de Dia.

Método. No estudo participam 86 pessoas integrados em Centro de Dia que foram avaliadas com um protocolo de recolha de dados constituído por Ficha Sociodemográfica, Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação do Cliente (Segurança Social IP, 2010) e WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life – BREF; Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006). Paralelamente foi também elaborado um questionário de caracterização dos Centros de Dia que reunia informação sobre características dos diretores técnicos, recursos humanos e atividades desenvolvidas. Os dados foram recolhidos em contexto de Centro de Dia com recurso à autoadministração e tratados de acordo com as tendências no domínio.

Resultados. Os participantes são maioritariamente do género feminino (66,3%), viúvos (53,5%) com idade média de 77 anos ($dp=11,3$), e pouco escolarizados ($M=3,7$; $dp=2,8$). A média de idade dos diretores técnicos é de 35,8 ($dp=9,6$) e trata-se de uma amostra do género feminino. Relativamente às habilitações académicas, 66,7% tem licenciatura e 33,3% mestrado, sendo que metade tem formação em gerontologia e a outra metade formação noutras áreas. Quanto à experiência profissional, verifica-se que metade dos diretores técnicos tem até oito anos de experiência e a outra metade mais de oito anos de experiência profissional. O principal motivo para recorrer ao Centro de Dia foi o isolamento (47,7%), sendo que a maioria usufrui deste serviço entre 1 e 3 anos (39,5%) e considera a dimensão sociorrelacional a principal fonte de agrado (36,0%) e os conflitos a de maior desagrado (11,6%). Os participantes apresentam valores médios de Satisfação com os serviços elevados, assim como de Qualidade de Vida. No entanto, só foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Satisfação com os serviços em função da área de formação do diretor técnico nas variáveis *Fiabilidade e Credibilidade* ($t(84)=2,111$; $p=0,038$) e *Motivos de escolha do serviço* ($\chi^2(3)=10,516$; $p=0,015$). Já ao nível do número de anos de prática profissional dos diretores técnicos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis da Satisfação com os serviços (*Instalações, Equipamentos e Sinalética* - $t(84)=2,352$, $p=0,021$; *Fiabilidade e Credibilidade* - $t(84)=2,933$, $p=0,004$; *Competência Técnica* - $t(84)=2,415$, $p=0,018$; *Responsabilidade e Recetividade* - $t(84)=3,280$, $p=0,002$; *Atendimento e Comunicação* - $t(84)=4,686$, $p=0,000$; e *Satisfação Geral* - $t(84)= 3,391$, $p=0,001$) e nos *Motivos de escolha do serviço* ($\chi^2(3)=7,852$; $p=0,049$). No que se refere à Qualidade de Vida não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tendo em conta a área e anos de prática profissional do diretor técnico.

Globalmente, o presente estudo constitui uma primeira abordagem à satisfação com os Serviços e Qualidade de Vida de pessoas mais velhas clientes de um tipo específico de equipamento social de retaguarda à velhice, tendo em conta características dos diretores técnicos deste tipo de equipamento social, nomeadamente área de formação e anos de prática profissional

Palavras-chave: Prática Gerontológica; Centro de Dia; Satisfação com os Serviços; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Context and study goal. It is now possible to identify in the literature different views about individual aging, so a positive view is highlighted, since research in this area has revealed that aging can be lived with Quality of Life and well-being perception. However, the aging process by its complexity and heterogeneity puts a set of challenges to the older person, to families and communities and to the society in general. As age advances, there's a probability that the balance between gains and losses gets misaligned with greater preponderance of losses and, in this situation, the older person needs to draw on resources from the community. In this context, the network of social aging support assumes a nuclear role, namely the Elderly Centres. Elderly Centers are a social response that allows a complete assistance to the elderly, providing responses to the basic and contemporary needs in order to maintain family interactions reinforcing the autonomy, well-being and socialization of the elderly. Taking this into consideration, an Elderly Centre allows to delay permanent institutionalization and, at the same time, provides a range of diversified services to the elderly people, promoting incentives and services for a better quality of life. These social facilities constitute one of the privileged contexts of the professional practice of the gerontologist as a professional with the capacity to coordinate the different services that support the elderly through and intervention in the diverse needs and potentialities imposed by the older population. An adequate management of services allows a higher level of customer satisfaction and a more positive perception of Quality of Life. So, the present study aims to analyze the degree of satisfaction with services and the Quality of Life of older people in Elderly Centres.

Method. This study includes the participation of 86 people integrated in a Elderly Centre that were evaluated through a data collection protocol consisting of the Sociodemographic Record, Customer Satisfaction Rating Questionnaire (Social Security IP, 2010) and WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life - BREF, Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Pitch, Rijo, Carona & Paredes, 2006). At the same time, a questionnaire was developed to characterize the Elderly Centres that gathered information about the characteristics of the technical directors, human resources and activities carried out. Data were collected in the context of na Elderly Centre with the use of self-administration and analysed according to trends in the field.

Results. The participants of the sample are mostly female (66,3%), widowers (53,5%) with a mean age of 77 years ($dp=11,3$), and poorly educated ($M=3,7$, $dp=2,8$). The average age of technical directors is 35,8 ($dp= 9,6$) and it is importante to note that it is a full sample of female gender. Regarding academical qualifications, 66,7% have a degree and 33,3% have a master's degree, half of which have a degree in gerontology and the other half have degrees in other areas. As far as professional experience is concerned, half of the technical directors have up to eight years of experience and the other half have more than eight years of professional experience. The main reason to choose the Elderly Centre was isolation (47,7%), since the majority enjoys this service between 1 and 3 years (39,5%) and considers the socio-relational dimension as the main source of satisfaction (36,0%) and the the conflicts the most dissatisfying (11,6%). The participants present average values of satisfaction with high services as well as with Quality of Life. However, only statistically significant differences were found in Satisfaction with services as a function of the technical director's training area in the variables Reliability and Credibility ($t(84) = 2,111$, $p=0,038$) and Service choice motives ($\chi^2(3) = 10,516$; $p= 0,015$).

At the level of the number of years of professional practice of technical directors, there were statistically significant differences in all variables of satisfaction with services (Facilities, Equipment and Signage - $t(84)=2,352$, $p=0,021$; Reliability and Credibility - $t(84)=2,933$, $p=0,004$); Technical Competence - $t(84)=2,415$, $p=0,018$); Responsibility and Receipt - $t(84)=3,280$, $p=0,002$; Service and Communication - $t(84)=4,666$, $p=0,000$; and General Satisfaction - $t(84)=3,391$, $p=0,001$) and in the reasons for choosing the service ($\chi^2(3)=7,852$, $p=0,049$). Regarding Quality of Life, no statistically significant differences were found taking into account the area and years of practice technical director. Overall, the present study constitutes a first approach to satisfaction with the Services and Quality of Life of older people clients of a specific type of social support equipment, taking into account characteristics of the technical directors of this type of social equipment, namely area and years of professional practice.

Keywords: Gerontological Practice; Elderly Centres; Satisfaction with Services; Quality of life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	vii
CAPITULO I - REVISÃO DE LITERATURA	x
1. O Envelhecimento Humano.....	xi
1.1. Envelhecimento coletivo vs Envelhecimento Individual.....	xi
1.2 Envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido/ótimo	xv
1.3. Gerontologia, Gerontologia Social e Geriatria	xx
2. Satisfação com os Serviços em equipamentos sociais	xxix
3. Qualidade de Vida: propostas conceptuais e evidências empíricas.....	xxxv
3.1. Conceito e modelos de Qualidade de Vida	xxxv
3.2. Resultados da investigação sobre a Qualidade de Vida em pessoas idosas.....	xxxix
CAPITULO II - MÉTODO.....	xliv
1. Participantes.....	xlvi
2. Instrumentos de recolha de dados.....	xlvi
3. Procedimentos de recolha de dados	xlviii
4. Estratégias de análise de dados.....	xlix
CAPITULO III - RESULTADOS	l
1. Caracterização dos participantes.....	li
2. Caracterização dos Centros de Dia	liv
3. Satisfação com os serviços nos participantes de Centro de Dia	lvii
4. Qualidade de vida dos participantes de Centro de Dia	lxiii
CAPITULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO	lxv
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	lxxviii

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos clientes.....	lii
Tabela 2. Relação com o Centro de Dia	liii
Tabela 3. Caracterização dos diretores técnicos	liv
Tabela 4. Características dos equipamentos sociais Centros de Dia	lv
Tabela 5. Caracterização das atividades desenvolvidas nos Centros de Dia.....	lvi
Tabela 6. Valores médios e diferenças de grupos na Satisfação	lvii
Tabela 7. Associação entre <i>Fidelidade ao serviço</i> e formação do diretor técnico.....	lviii
Tabela 8. Associação entre <i>Motivos de escolha</i> do serviço e formação do diretor técnico	lix
Tabela 9. Valores médios e diferenças de género na Satisfação.....	lix
Tabela 10. Associação entre <i>Fidelidade ao serviço</i> e género	lx
Tabela 11. Associação entre <i>Motivos de escolha</i> do serviço e género	lx
Tabela 12. Valores médios e diferenças de idade na Satisfação	lx
Tabela 13. Associação entre <i>Fidelidade ao serviço</i> e idade.....	lxi
Tabela 14. Associação entre <i>Motivos de escolha</i> do serviço e idade	lxi
Tabela 15. Valores médios e diferenças de grupos na Satisfação em função da experiência profissional	lxii
Tabela 16. Associação entre <i>Fidelidade ao serviço</i> e anos de experiência do diretor técnico...	lxii
Tabela 17. Associação entre <i>Motivos de escolha</i> do serviço e anos de experiência do diretor técnico.....	lxiii
Tabela 18. Valores médios e diferenças de grupos na Qualidade de Vida	lxiii
Tabela 19. Valores médios e diferenças de género na Qualidade de Vida	lxiv
Tabela 20. Valores médios e diferenças de idade na Qualidade de Vida	lxiv
Tabela 21. Valores médios e diferenças na QdV em função da experiência profissional.....	lxiv

Lista de Abreviaturas

QdV – Qualidade de Vida

QASC - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOC - Seleção, Otimização e Compensação

PPC - Proatividade Preventiva e Corretiva

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref

AGHE - Association for Gerontology in Higher Education

GSA - The Gerontological Society of America

ANG – Associação Nacional de Gerontólogos

INTRODUÇÃO

O termo envelhecimento é cada vez mais comum na nossa sociedade. O envelhecimento da população é um processo, em curso na sociedade portuguesa, que está a adquirir progressiva visibilidade. A população envelhece porque a Humanidade cresceu em saber e em conhecimento técnico-científico e as condições de vida das populações melhoram face ao passado (Rosa, 2012).

Embora o envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, na Europa este processo é mais notório (Rosa, 2012). Em Portugal, em 1950, a idade média era de 26 anos, em 2000 passou para 38 anos, e em 2010 para 41 anos, podendo atingir uma idade média de 50 anos em 2050, segundo as previsões das Nações Unidas.

Bárrios e Fernandes (2014) afirmam que o envelhecimento demográfico tem gerado grandes desafios sociais com inúmeras implicações ao nível das políticas públicas. A dupla dimensão do envelhecimento, ao nível individual e ao nível populacional, requer a adoção de uma perspetiva multidisciplinar de integração de conhecimentos, que é essencial para uma correta e eficiente avaliação das medidas de política a desenhar. O crescente tempo vivido na última fase do ciclo de vida tem feito emergir necessidades prementes que tendem a impor-se nos debates públicos, reforçando a urgência de repensar as soluções políticas até aqui adotadas à luz dos novos desafios.

O apoio aos idosos é um problema maior das sociedades modernas atuais, sendo que Portugal não é exceção. A emergência da gerontologia como disciplina académica e como profissão é essencial para este processo de transformação sociocultural. A pertinência social da gerontologia está ligada aos fenómenos demográficos e individuais do envelhecimento nas sociedades ocidentais. O envelhecimento natural destas sociedades, nas quais a proporção de idosos e muito idosos aumenta sistematicamente, atingindo, na atualidade, níveis próximos de um terço da população total de muitos países, colocou na ordem do dia a problemática dos idosos e do envelhecimento. Essa problemática tem, entre outros, contornos políticos, económicos, culturais, psicossociais, de saúde e humanos (Pereira, 2008).

Calenti (2006) caracteriza a velhice como um conjunto de mudanças em todos os aspetos, biopsicossociais e espirituais, que geralmente são progressivos. O aumento do número de pessoas com idade superior a 65 anos tem suscitado especial atenção por parte das instituições no âmbito da criação de programas de intervenção que melhoram as

condições dos mais velhos. Neste sentido, o profissional da gerontologia (gerontólogo) surge como uma forma de colmatar as necessidades impostas pelo envelhecimento.

A gerontologia enquanto disciplina académica e atividade profissional tem sofrido um desenvolvimento notável nas últimas décadas. Em Portugal, à semelhança de outros países europeus com uma população muito envelhecida, o desenvolvimento da gerontologia tem sido fundamental na evolução quantitativa e qualitativa dos cuidados gerontológicos formais. Em grande medida, essa evolução é devida ao aparecimento na última década de novos profissionais com diplomas de primeiro ciclo de estudos em gerontologia (Pereira, Mata & Pimentel, 2012).

Face às necessidades inerentes ao envelhecimento, o Centro de Dia surge como um serviço organizado para promover Qualidade de Vida (QdV) da população idosa. A Segurança Social, IP (2016) afirma que esta resposta social presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos apoios para o seu funcionamento diário. Neste sentido, esta resposta social tem como objetivos assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador, prevenir situações de dependência e promover a autonomia, promover as relações pessoais e entre as gerações, favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições e promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, autonomia, funcionalidade e independência pessoal e social do utilizador.

Costa (2007) defende que o grau de satisfação origina da comparação entre aquilo que a pessoa espera do serviço (expectativas) e a ideia com que fica após receber o mesmo (perceção). Assim, a pessoa fica tão mais satisfeita quanto mais a sua perceção exceder as expectativas. O contrário acontece se a perceção ficar abaixo das expectativas, conduzindo à insatisfação. Neste contexto, o modo como o Centro de Dia está organizado, o tipo de serviços que proporciona e a qualidade dos mesmos, bem como dos recursos (humanos e materiais) associados, são fundamentais na mediação entre expectativas e respostas.

A Organização Mundial de Saúde (1998) define a QdV como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (WHOQOL Group, 1998). De um modo global, definir QdV não é fácil. É um conceito amplo que incorpora de uma forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de

dependência, as relações sociais, as crenças e a relação com as características proeminentes no ambiente da pessoa (Farenzena, Argimon, Mourugchi, & Portuguez, 2007). Na literatura são diversos os termos usados para descrever a QdV, pelo que a utilização deliberada de palavras diferentes para referir o mesmo conceito pode originar alguma confusão na sua definição (Barofsky, 2012). No entanto, apesar das questões conceituais, a qualidade de vida percebida pelas pessoas tem se revelado como um fator preponderante para o funcionamento individual, a relação da pessoas com a sociedade e a capacidade para lidar e preparar o futuro, pelo que é um aspeto a considerar no processo de envelhecimento individual.

Neste contexto, importa reunir evidências sobre a Satisfação com os serviços e a QdV (enquanto indicador do processo de envelhecimento individual) de pessoas que recorrem aos serviços de Centros de Dia, assim como sobre as eventuais diferenças ao nível destas duas variáveis tendo em conta algumas características destes serviços, nomeadamente a formação e anos de prática profissional dos responsáveis técnicos dos serviços (entenda-se diretor técnico), assim como atendendo a algumas características das pessoas mais velhas como a idade e o género.

Face ao exposto o presente estudo, de natureza quantitativa e descritiva, tem como objetivo geral analisar o grau de Satisfação com os serviços e a QdV de pessoas mais velhas clientes de Centro de Dia, mais especificamente pretende: (1) caracterizar as pessoas que frequentam Centro de Dia em termos sociodemográficos, Satisfação com os serviços e QdV; (2) descrever os Centros de Dia em termos de recursos humanos e atividades desenvolvidas; (3) analisar diferenças na Satisfação com os serviços em função da área de formação e anos de prática profissional do diretor técnico, e do género e idade dos participantes; e (4) analisar diferenças na QdV em função da área de formação e anos de prática profissional do diretor técnico, e do género e idade dos participantes.

Em termos de estrutura, a presente dissertação encontra-se organizada em três capítulos. No capítulo I apresenta-se o enquadramento teórico e empírico que sustenta o estudo, organizado de acordo com os seguintes temas: (1) Envelhecimento Humano; (2) Satisfação com os Serviços em equipamentos sociais; e (3) QdV em idosos. O Capítulo II apresenta o modo como o estudo foi conduzido, descrevendo os participantes, instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de recolha e análise de dados. Já no Capítulo III apresentam-se os resultados obtidos, bem como as principais limitações do estudo e as conclusões e respetivas implicações para a prática gerontológica em contexto Centro de Dia.

CAPITULO I - REVISÃO DE LITERATURA

Neste primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento conceptual e empírico que sustenta o estudo desenvolvido, sendo que este se estrutura em torno da prática gerontológica em contextos/serviços de retaguarda às pessoas mais velhas, da satisfação com os serviços e da qualidade de vida em pessoas mais velhas.

1. O Envelhecimento Humano

1.1. Envelhecimento coletivo vs Envelhecimento Individual

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), as sociedades estão a envelhecer, sendo possível observar uma transformação demográfica sem precedentes na história da humanidade.

Rosa (2012) afirma que a partir da segunda metade do séc. XX surgiu o termo “duplo envelhecimento” da sociedade, ou seja, envelhecimento na base e topo da pirâmide etária. “Segundo dados disponibilizados pelas Nações Unidas, a idade média da população no mundo e na Europa passou respetivamente de 24 e 30 anos, em meados do século XX, para 27 e 38 anos, em 2000, e estima-se que seja de 29 anos e de 40 anos em 2010, podendo atingir, em 2050, os 38 anos no mundo e os 47 anos na Europa. Em Portugal, essa evolução foi ainda mais forte que na Europa, passando a idade média da população de 26 anos, em 1950, para os 38 anos, em 2000, e para os 41 anos, em 2010, podendo a idade média da população chegar aos 50 anos em 2050, segundo as previsões das Nações Unidas.” (Rosa 2012, p. 26-27).

O envelhecimento demográfico é mais evidente na Europa, nomeadamente em Portugal. Segundo dados estatísticos, Rosa (2012) afirma que a idade média tem vindo a aumentar e em Portugal mais intensamente, condicionada pela rapidez com que os níveis de natalidade e os níveis de mortalidade baixaram. Portugal é então um dos países mais envelhecido da Europa, e como tal, do mundo. Segundo esta autora, entre 1960 e a atualidade, o número de jovens diminuiu um milhão e o número de idosos aumentou 1,3 milhões. Além disso, verifica-se que o grupo etário da “quarta idade” (80 ou mais anos) quadruplicou entre 1971 e a atualidade. O envelhecimento demográfico afetou também o grupo de idades ativas, sendo que este grupo está também a envelhecer e, atualmente, existem pouco mais de três pessoas em idades ativas por idoso. Apesar de ainda existirem pessoas que acreditam que Portugal poderá deixar de envelhecer, os resultados do Instituto Nacional de Estatísticas (INE) provam o contrário.

De acordo com os Censos 2011, a estrutura etária da população nesse ano salientou os desequilíbrios já verificados na década passada. A população mais jovem diminuiu, diminuindo assim a base da pirâmide e alarga-se o topo com o crescimento da população idosa. Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0 e os 29 anos. A partir dos 30 anos a situação muda, verificando-se um aumento de 9% da população para o grupo dos 30 e os 69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. Relativamente ao escalão etário dos 30 aos 69 anos, este representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população. A população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011.

Através do Censos de 2011 é possível verificar que, na última década, agravou-se o fosso entre jovens e idosos. A percentagem de jovens diminuiu de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa verificou-se o inverso, tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011.

Os estudos neste âmbito comprovam estes dados. Rosa (2012) defende que a esperança média de vida nas idades mais avançadas aumentou. São cada vez mais as pessoas que conseguem atingir idades muito avançadas, levando ao aumento do número de pessoas idosas. Outro fator é a diminuição da fecundidade, sendo que em 1960 Portugal apresentava dos maiores níveis de natalidade em comparação com os restantes países da União Europeia. Atualmente, está entre os países com menores níveis de fecundidade. O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia ou a urbanização ajudam a explicar este fenómeno. Todavia, apesar de tudo indicar que a população continuará a envelhecer, é possível abrandar este processo, através da imigração. Porém, a população portuguesa continuará a envelhecer, pelo menos a médio prazo.

Fernandes (2007) afirma que a posição de Portugal na análise comparada da esperança de vida à nascença revela que os homens portugueses são os que têm menor esperança de vida à nascença no contexto dos países da União Europeia.

Rosa (2012) afirma que a saúde, a solidão, o isolamento e a pobreza são fatores de receio relativamente ao envelhecimento da população. “O envelhecimento demográfico é mau porque: a população estagna e não há renovação de gerações; a produtividade diminui; põe em risco a sustentabilidade da Segurança Social” (Rosa, 2012, p. 35).

No que concerne à renovação de gerações, Rosa (2012) defende que as duas principais componentes do envelhecimento populacional são a mortalidade e a fecundidade. Relativamente à diminuição dos níveis de mortalidade, todos concordam que essa evolução é benéfica, representando vários progressos da sociedade. Quanto aos níveis de fecundidade, estes devem aumentar para que a população deixe de envelhecer. A autora afirma que os progressos sociais e económicos explicam em larga medida o sucedido. Outro receio apontado é o da diminuição da população e da possível dependência desta, dentro do seu próprio território nacional, de comunidades de imigrantes originárias de países terceiros culturalmente diferentes do país de acolhimento.

Ainda na perspetiva de Rosa (2012), ao falarmos do envelhecimento da população associamos o agravamento das despesas sociais, particularmente com a proteção social e de modo especial com as pensões na velhice. Este facto conduz à famosa incerteza da sustentabilidade do sistema de Segurança Social, face ao agravamento das despesas com as pensões de velhice ou de reforma e a necessidade do aumento progressivo do esforço contributivo.

No final do século XIX, início do século XX, surgiram os primeiros sistemas de pensões, quer em Portugal quer na maior parte dos restantes países da Europa, com o objetivo de reduzir a pobreza na velhice, permitindo a cada indivíduo o direito à proteção em situações de pobreza, exclusão social, desemprego, invalidez, entre outros. O sistema de pensões em Portugal assenta num modelo de repartição de contrato de solidariedade intergeracional e foi desenvolvido numa época caracterizada por um *boom demográfico*, níveis elevados de crescimento económico e de trabalho estável, assim como pela construção de estruturas políticas facilitadoras do desenvolvimento deste tipo de sistemas de proteção social (Bravo, 2014).

Ao longo dos últimos 25 anos, de acordo com Bravo (2014), o paradigma económico-institucional alterou-se substancialmente, o envelhecimento da população intensificou-se na generalidade dos países desenvolvidos, particularmente na Europa, onde o índice de fecundidade baixou, a esperança média de vida aumentou, o emprego é instável, e a desigualdade salarial e o aumento do desemprego estrutural são cada vez maiores. A alteração profunda a que as variáveis condicionadoras do sistema foram submetidas com a evolução da sociedade nas dimensões demográficas, emprego/mercado de trabalho e económicas, limitam a atuação dos agentes públicos e privados, o que obriga a repensar estruturalmente o sistema no seu modo de funcionamento.

Ainda na perspectiva de Rosa (2012), as sociedades envelhecidas convivem muito mal com o envelhecimento da população e pouco têm aproveitado este processo demográfico para reverem alguns dos seus princípios e dos seus modelos, os quais se revelaram, por ventura, muito úteis em circunstâncias passadas, mas totalmente desatualizadas da realidade atual, quando as suas estruturas populacionais não estavam envelhecidas. Esta autora refere que a sociedade não acompanhou, na sua forma de organização e de pensar, as alterações da sua composição e da realidade com que se confronta. Desta forma, demonstra estar ultrapassada e parada no tempo, apesar de todas as mudanças que foram surgindo. Entre estas têm bastante importância o envelhecimento da população, processo que teve o mérito de suscitar muitas destas inadequações e de obrigar a refletir sobre elas à procura de outras vias possíveis. Como já referido anteriormente, a sociedade criou uma imagem dos mais velhos repleta de estereótipos. Este grupo etário revela características distintas das observadas noutras idades, no entanto, as pessoas idosas não devem ser vistas como inativas, mais pobres, ou menos instruídas, do que outras parcelas da população. Neste contexto surge o conceito de “idadismo”, ou seja, discriminação dos indivíduos (normalmente negativa) em função da idade. Muitos dos idosos, que aos 65 anos deixam de exercer a sua atividade profissional, perdem o prestígio e o estatuto associado ao exercício profissional. O que dificulta estas atividades para os trabalhadores mais velhos é, particularmente, o modelo vigente de carreira profissional única. A programação da vida profissional dos indivíduos não está em consonância com a sua transformação física, e sobretudo mental, ao longo da vida.

Na tentativa de explicar o processo de envelhecimento individual foram surgindo, ao longo do séc. XX, várias teorias e modelos, sendo que a maioria se centrou na descrição e explicação das alterações decorrentes deste processo.

Globalmente, o envelhecimento é assumido como um fenómeno que atinge todos os seres humanos, caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psicológicos e sociais (Brito & Litvoc, 2004).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento tem sido apontado como uma etapa de degeneração do organismo que tem início após o período reprodutivo. Este processo está associado à passagem do tempo e, por isso, o critério mais comumente usado para tentar marcar o início e o grau de envelhecimento é a idade cronológica. De acordo com Paúl (2005), existem três tipos de idade, todas elas podendo ser maiores ou menores do que a idade cronológica da pessoa: (1) idade biológica, medida pelas capacidades funcionais ou

vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e autorregulação; (2) idade psicológica, que se refere às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio e, finalmente, (3) idade social, que se refere aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, e na medida em que apresenta os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento.

De acordo com Paúl (2005), globalmente, o envelhecimento biológico refere-se às mudanças físicas que reduzem a eficiência dos órgãos. Depois de uma etapa relativamente curta de desenvolvimento físico, o indivíduo estabiliza e, depois, vai declinando gradualmente nas suas capacidades físicas. O envelhecimento psicológico traduz-se nas mudanças que ocorrem nos processos sensoriais e perceptivos, nas capacidades cognitivas, na capacidade adaptativa e na personalidade. Resulta de um equilíbrio entre estabilidade e mudança, entre crescimento e declínio. Existem funções que estabilizam (por exemplo, personalidade), outras que melhoram (por exemplo, experiência e conhecimentos), outras que declinam (por exemplo, inteligência fluida e tempo de reação). E o envelhecimento social, segundo a mesma autora, refere-se às mudanças que ocorrem nos papéis relacionais e nas relações do indivíduo com família, amigos e outros elementos da rede social, nos papéis a nível laboral, e nos papéis desempenhados no âmbito de grupos, como por exemplo, religiosos, políticos, entre outros.

Paúl (2001) salienta também que, mesmo quando se parte de uma perspetiva biológica, é inevitável integrar variáveis psicológicas e sociais na explicação do processo de envelhecimento. Por exemplo, a adoção de determinados estilos de vida ao longo da idade adulta vai refletir-se, mais tarde, num envelhecimento normal ou patológico.

1.2 Envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido/ótimo

Rowe e Kahn (1987) afirmam que ao desvalorizar a heterogeneidade individual e cultural estamos igualmente a desvalorizar a importância da interação dos fatores biopsicossociais no envelhecimento. Os autores sugerem que as condições de envelhecimento normal, patológico e bem-sucedido sejam consideradas trajetórias num *continuum* que pode tender para o declínio ou para a reversão e minimização de perdas através de intervenções.

Birren e Schroots (1996) vão de encontro à posição de Paúl (2001), afirmando que o envelhecimento normal (ausência de doença) ou patológico (presença de doença) reflete o

comportamento dos indivíduos ao longo da vida, ou seja, a forma como envelhecemos tem a ver com a forma como vivemos e nos desenvolvemos.

Numa outra perspectiva, em 1987, Rowe e Kahn propuseram a distinção entre envelhecimento normal e bem-sucedido, sugerindo que o estudo dos determinantes desse processo deveria observar os indivíduos com características fisiológicas e psicossociais consideradas acima da média.

A divisão das pessoas em "doentes" (envelhecimento patológico) e "normais" (envelhecimento normal) não reconhece a grande heterogeneidade dentro desses grupos. Para superar este aspeto, Rowe e Kahn (1987) distinguiram entre o "envelhecimento normal" (declínio normal no funcionamento físico, social e cognitivo com a idade, aumentado por fatores extrínsecos) e "envelhecimento bem-sucedido", em que a perda funcional é minimizada (pouca ou nenhuma perda relacionada à idade no funcionamento fisiológico e cognitivo, com fatores extrínsecos a desempenhar um papel neutro ou positivo).

Neste sentido Rowe e Kahn (1987) apresentam um modelo biomédico com um tipo de ordenação hierárquica entre três componentes do envelhecimento bem-sucedido, com uma inter-relação tendencialmente hierárquica, cuja conjugação representará a plena realização de um envelhecimento bem-sucedido: (1) evitamento de doença e incapacidade (à mais habitual dimensão de presença/ausência de doença, Rowe e Kahn acrescentam a da presença/ausência e gravidade de fatores de risco para doenças crónicas, permitindo assim destacar os idosos em processo de envelhecimento normal ou bem-sucedido), (2) maximização das funções cognitivas e físicas e, por último, (3) envolvimento/compromisso com a vida, isto é, a manutenção de atividades produtivas, de utilidade social, e de relacionamentos interpessoais.

A ausência de doença e incapacidade, segundo Rowe e Kahn (1987), torna mais fácil manter a função mental e física. E a manutenção da função mental e física, por sua vez, capacita (mas não garante) o envolvimento ativo com a vida.

Numa perspectiva mais psicológica, Baltes e Baltes (1990) afirmam que o envelhecimento bem-sucedido implica três mecanismos: seleção, otimização e compensação (SOC), permitindo que o indivíduo obtenha um maior nível de funcionamento. Neste sentido, o Modelo SOC engloba estes três mecanismos adaptativos que regulam o desenvolvimento do indivíduo, uma vez que depende das circunstâncias socio-históricas e pessoais de cada pessoa.

Assim, o Modelo SOC descreve o processo geral de adaptação que os indivíduos se envolvem ao longo da vida. Assim, tendo em consideração o desequilíbrio entre ganhos e perdas no envelhecimento, Baltes e Baltes (1990) estabelecem uma metateoria de otimização seletiva com compensação como chave para o envelhecimento bem-sucedido. Desta forma, o Modelo SOC descreve o processo de adaptação, em que os indivíduos se envolvem ao longo da vida, particularmente importante na velhice, devido às perdas biopsicossociais. De acordo com estes autores, o Modelo SOC refere a possibilidade de existirem trajetórias individuais não normativas preconizadoras de um envelhecimento bem-sucedido. A ideia crucial é que qualquer processo de desenvolvimento envolve uma combinação de estratégias de seleção, otimização e compensação.

Kahana e colaboradores (2005) na sua análise crítica aos modelos de envelhecimento bem-sucedido separaram os modelos orientados para resultados (ex. Rowe e Kahn (1987)) dos modelos centrados no processo (ex., Baltes e Baltes (1990)).

Kahana e colaboradores (2005) analisaram ambos os modelos e apontaram algumas críticas. No que respeita ao modelo biomédico, o grupo da sociologia considera que é errado pensar no envelhecimento bem-sucedido como resultado, assim como defender que este só é possível na ausência de doença. Quanto ao modelo psicológico, reconhecem que, efetivamente, está bem estruturado, no entanto sublinham o aspeto dos seus autores confiarem demasiado na plasticidade humana e ignorarem os limites impostos pela estrutura social (classe social de pertença) nessa mesma capacidade de adaptação.

Perante tais aspetos, Kahana e colaboradores (2005) apresentam o Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido – Proatividade Preventiva e Corretiva (PPC). Este modelo permite compreender critérios de envelhecimento bem-sucedido baseados na agência humana, os quais se relevam particularmente importantes para pessoas idosas que lidam com a doença crónica. O indivíduo representa o “coração do modelo”, com os seus recursos internos (caraterísticas de personalidade), recursos externos (financeiros, sociais e emergentes) e as adaptações proativas (preventivas, corretivas/curativas e emergentes).

Os autores especificam como os stressores associados à doença crónica os eventos de vida recentes e a longo prazo e a incongruência pessoa-ambiente. Na ausência de efeitos protetores, desencadeia-se uma corrente de eventos que dá origem a efeitos adversos na QdV. Este modelo reflete hipóteses sobre o papel protetor dos recursos internos e externos, assim como dos comportamentos proativos, na melhoria dos efeitos adversos do stress ao nível da QdV. Propõe, também, que as influências espaciais (caraterísticas

demográficas e comunidade) e o contexto temporal (história e biografia) têm efeitos ao nível dos stressores, dos elementos protetores e dos resultados de QdV.

Kahana e colaboradores (2005) veem os idosos como agentes ativos capazes de se envolver em comportamentos proativos, preventivos e corretivos/curativos, para maximizar a sua QdV face à doença crónica. O foco principal do modelo é apontar as adaptações comportamentais – (1) preventivas; (2) corretivas/curativas e (3) emergentes, sendo as duas primeiras a grande base deste modelo teórico. As adaptações preventivas são essenciais para evitar a ocorrência de várias doenças crónicas e dizem respeito à promoção da saúde, ao planeamento do futuro e à ajuda aos outros. As adaptações corretivas/curativas são implementadas no sentido de minorar os efeitos menos positivos da doença, e incluem a organização/solicitação de suporte, substituição de papéis e as modificações ambientais e de atividades. Por fim, as adaptações emergentes correspondem a novas opções para os idosos cronicamente doentes lidarem com os stressores, nomeadamente uso da tecnologia, “consumo” de cuidados de saúde e autoaperfeiçoamento. O modelo em questão reconhece algumas implicações: (a) a posição do indivíduo na estrutura social é um dos aspetos a ter em conta, pois pode limitar as adaptações proativas; (b) os recursos internos e externos podem proteger do impacto dos problemas de saúde na QdV, ou piorar o seu efeito; (c) as instituições sociais podem facilitar ou dificultar os comportamentos proativos e (d) as iniciativas legislativas e políticas podem também facilitar ou colocar entraves à proatividade.

Para dar resposta à complexidade do envelhecimento, também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) avançou com um conceito e uma política - envelhecimento ativo, que surge na consequência do conceito de envelhecimento saudável preconizado até então.

Segundo a OMS (2012), o envelhecimento ativo surge como um conceito mais abrangente, estendendo-se para além da saúde, integrando os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais num modelo multidimensional que procura explicar, assim, os resultados do envelhecimento. Assim, o envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Este processo assenta em quatro pilares: saúde, participação, segurança e educação ao longo da vida (ILC, 2015).

Assim, o pilar da saúde apela ao desenvolvimento de medidas de melhoria da saúde física, mental e social, estratégias preventivas de doença articuladas ao longo da vida, meios de diagnóstico e tratamento. Sobressai a importância da saúde mental e social para

uma adaptação ao processo de envelhecimento, assim como o valor da saúde física diante do declínio funcional associado à idade. O pilar seguinte, a participação, é referente às oportunidades de participação das pessoas mais velhas em todas as áreas da atividade humana. Assim, abrange o aumento da participação na força de trabalho, a formação contínua e a capacitação, através da promoção dos direitos básicos. O pilar da segurança é descrito como o mais fundamental nas necessidades humanas. Abarca a segurança física, social e financeira. O último pilar, aprendizagem ao longo da vida, parte do pressuposto que a educação promove oportunidades inovadoras, melhores práticas e uma cultura de aprendizagem ao longo da vida, podendo ser realizado através de atividades estruturadas (por exemplo, cursos de curta duração e seminários), no trabalho ou em atividades de lazer (ILC, 2015).

No seu modelo, a OMS (2012) propõe que o envelhecimento ativo depende de vários fatores designado de determinantes, os quais são de ordem pessoal (ex.: estilos de vida), comportamental, económica, do meio físico, social e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde que os indivíduos podem beneficiar. Este modelo propõe um planeamento que envolve todo o ciclo de vida. Neste sentido, os indivíduos envelhecem de formas distintas o que leva a crer que existe variabilidade intraindividual, o que faz com que as pessoas que não alcançam níveis de desenvolvimento pessoal e capacidade funcional com a idade fiquem incapacitadas em muitos aspetos da vida. No entanto, aquelas pessoas que alcançam um nível elevado de desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, normalmente mantêm um nível elevado de funcionamento, independência e bem-estar. Desta forma, os indivíduos que, ao longo dos anos, mantêm uma grande plasticidade fruto das intervenções realizadas em diversos contextos sociais e políticas que criam ambientes otimizadores do funcionamento positivo ao longo do ciclo de vida.

O envelhecimento ativo é considerado pela OMS (2002) numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, mas que corresponde, antes, a um processo que se estende ao longo de toda a vida, e, em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados profundamente heterogéneos e idiossincráticos. Cada momento, de todas as esferas da vida, contribui para uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganhos e perdas que se equilibram de formas diferentes em cada percurso individual.

Fernandes Ballasteros (2009) afirma que existem definições de envelhecimento ativo com conteúdos específicos, sendo a multidimensionalidade considerada pela maioria dos

autores como uma característica essencial. Para a autora, o envelhecimento ativo pode ser considerado como um produto do processo de adaptação que ocorre ao longo da vida através do qual se atingem um ótimo funcionamento físico (incluindo a saúde), cognitivo, emocional e social. A promoção do envelhecimento ativo implica, portanto, a otimização deste funcionamento por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e sócio ambientais. É também de salientar que a promoção de envelhecimento ativo supõe a prevenção de doenças e da incapacidade e a maximização do bem-estar e da QdV na velhice.

1.3. Gerontologia, Gerontologia Social e Geriatria

Para contextualizar melhor o tema do envelhecimento, é necessário ter em consideração alguns aspetos bastantes pertinentes para a compreensão do mesmo, nomeadamente a(s) área(s) científica(s) responsáveis pelo estudo e intervenção no âmbito do envelhecimento humano, nomeadamente Gerontologia, Gerontologia Social e Geriatria.

Veríssimo (2014) afirma que é no início do século XX que surge verdadeiramente o reconhecimento e a institucionalização do estudo do envelhecimento nas suas implicações e consequências médicas e sociais.

Em 1946, segundo Veríssimo (2014), no Barncoose Hospital, a Geriatria surgiu pela primeira vez como cuidado médico diferenciado, abrindo-se caminho para o reconhecimento da Geriatria como especialidade médica, o que vem a acontecer em 1949, pela primeira vez a nível mundial, assumindo-se a Grã-Bretanha como a nação pioneira nesta área e a partir da qual o conhecimento e organização dos cuidados geriátricos se começam a difundir.

Guedes (2000) constata que, nas últimas décadas nas sociedades ocidentais modernas, a velhice foi colocada em foco, sendo designada, rotulada, examinada, classificada, dividida, subdividida, negada, afirmada, recomposta, reinventada e transformada num problema social e, também, no mesmo movimento, os contornos imprecisos da sua entrada múltipla no mundo académico, como temática de diversas disciplinas.

De acordo com Guedes (2000), a autonomização da velhice como objeto preside a construção de saberes que são legitimados, muitas vezes exclusivamente, como uma resposta aos problemas decorrentes do prolongamento da vida em diversos países. A

primeira resposta aos problemas orgânicos constituem-se os saberes englobados na disciplina de Geriatria, e, logo a seguir, uma resposta que se pretende mais totalizante, com a criação de um campo multidisciplinar, a Gerontologia.

O fenómeno do envelhecimento humano e populacional, segundo Paúl (2017), está na base da criação desta nova área, a Gerontologia, que embora com raízes anteriores, emergiu de forma clara a partir da segunda metade do século XX e ganhou visibilidades na década de 1980. De acordo com Fernández-Ballesteros (2000), a Gerontologia é o estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento. Já segundo Paúl (2012), a Gerontologia é uma área científica relativamente recente que incide sobre o estudo do processo de envelhecimento humano e os idosos. Esta envolve o estudo biopsicossocial do indivíduo.

A Gerontologia Social baseia-se em conhecimentos procedentes das ciências biológicas, psicológicas e sociais, mas as bases sociais estendem-se e são abordadas muito mais pormenorizadamente. Inclui os conhecimentos gerais da Gerontologia e aprofunda aqueles que têm a ver com o comportamento demográfico das populações (ecologia humana, geografia, demografia), as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais no envelhecimento, as condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitem melhorar a QdV e o bem-estar dos cidadãos mais velhos e a aplicação de todos os conhecimentos no benefício das pessoas idosas (Ramalho & Ramalho, 2014).

Paúl (2012) refere que as teorias na área da Gerontologia têm como função explicar e sintetizar os fenómenos que observamos, bem como levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, razão pela qual o seu carácter é essencial para o desenvolvimento científico.

Neste contexto, Bass (2009) apresenta uma teoria integrada da Gerontologia Social, que se baseia em elementos que emergiram ao longo dos anos. A proposta de Bass (2009), ao contrário de se basear numa simples filosofia combina componentes, fornecendo coerência para a compreensão do indivíduo no processo de envelhecimento na sociedade contemporânea. A teoria integrada combina uma macroperspetiva que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde com a microperspetiva a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões. Estas perspetivas destacam a disposição de recursos que apoiam a população envelhecida e estudam como o indivíduo responde ao seu próprio envelhecimento e a outros aspetos que são centrais para um quadro conceptual.

No entender de Bass (2009), numa teoria integrada da Gerontologia Social, os contextos nos quais o envelhecimento ocorre altera-se ao longo do tempo e são influenciados por acontecimentos históricos. Mudam entre países e regiões geográficas. O acumular de vantagens e desvantagens ao longo do curso de vida deve ser considerado na compreensão da experiência do envelhecimento – as experiências acumulam-se e influenciam capacidades, acesso, recursos, redes (“networks”), escolhas e ações em fases posteriores da vida. A teoria integrada é reflexo das consequências do tempo, inclui a cultura, a posição social, as circunstâncias económicas, forças ambientais e atributos individuais. Segundo este autor, a teoria integrada da Gerontologia Social não é estática, movimenta-se e altera-se com o passar do tempo.

Assim, tal como Guedes (2000) defende, a geriatria é a especialidade médica que trata de doenças de idosos ou de doentes idosos, mas também se preocupa em prolongar a vida com saúde. Por outro lado, a Gerontologia é a ciência que estuda o processo do envelhecimento. Cuida da personalidade e da conduta do idoso, levando em conta todos os aspetos ambientais e culturais do envelhecer. A Gerontologia trata do processo biológico, entre outros, do envelhecimento, enquanto a Geriatria se limita ao estudo das doenças da velhice e de seu tratamento. Já a Gerontologia Social encontra-se no mesmo âmbito científico da Gerontologia, mas acentua a componente/dimensão social do processo de envelhecimento. Bem como as implicações para a intervenção, reforçando a natureza aplicada desta área científica.

Do ponto de vista da formação superior, de acordo com Melo, Silva e Cachioni (2015), a Gerontologia surgiu como disciplina académica em cursos de graduação em meados de 1970. Em 1975 surgem os primeiros cursos na *University of Southern California Davis School*, nos EUA. Após três anos, em 1978, passa a existir também na *Université de Montreal*, no Canadá, e em 1980 na *University of Massachusetts*, em Boston (EUA). A década de 1970 teve um grande marco nesta área, uma vez que foram também criadas a *Association for Gerontology in Higher Education (AGHE)*, e a *Educational Unit of The Gerontological Society of America*, em função do progresso da Gerontologia como campo de ensino e investigação nas instituições de ensino superior americanas. De salientar que foi na década 1940 (especificamente em 1945) que foi criada, nos EUA, a primeira sociedade científica no âmbito da Gerontologia - *The Gerontological Society of America (GSA)*, com o objetivo primeiro de "promote the scientific study of aging." (GAS, p.3). A nível europeu, importa referir que foi na década de 1950 (especificamente em julho de 1950) que foi fundada, em Liège na Bélgica, uma associação de organizações envolvidas na

investigação e formação em gerontologia, inicialmente designada como *International Association of Gerontological Societies*. Mais tarde, foi renomeada como *International Association of Gerontology* e, posteriormente, como *International Association of Gerontology and Geriatrics* (IAGG; Canadian Association on Gerontology, 2011).

Ainda ao nível da formação superior mas na Europa, segundo Melo, Silva e Cachioni (2015), o aparecimento de planos de estudos na área da Gerontologia ocorre predominantemente através de cursos de especialização e de pós-graduação. Portugal, Holanda, Alemanha, Finlândia são países da Europa que possuem formação graduada através de cursos de licenciatura (1º ciclo d estudos) em Gerontologia/Gerontologia Social.

No entender de Meyer (2003), os sistemas de ensino superior variam nos diferentes países. Na Alemanha, a obtenção de um diploma em Gerontologia pode ocorrer através de uma licenciatura ou pós-graduação, enquanto na Suíça a obtenção de um diploma em Gerontologia pode ser atribuído através de um programa curricular com a duração de três anos. Também na Suíça, as Instituições de Ensino Superior (IES) podem desenvolver programas curriculares para licenciados com atribuição de um *Certificat de Formation Continue en Gérontologie*. Em ambos os países, Alemanha e Suíça, as IES podem desenvolver programas para profissionais da área da Gerontologia, sem atribuírem qualquer qualificação como pré-requisito de ingresso, mas com a atribuição de um certificado. No caso da Itália, um diploma universitário em Gerontologia pode ser obtido através de um curso ou formação com a duração de nove dias. Já em França, o *Certificat D'Études Supérieures Spécialisés* (CESS) constitui o terceiro ciclo de estudos, com uma qualificação académica orientada sobretudo para a investigação.

Ainda relativamente aos sistemas de ensino superior, Ramalho e Ramalho (2014) referem que o Ensino Superior Público e Privado em Portugal, conscientes do crescente envelhecimento populacional, analisaram a necessidade de criação de estudos superiores que habilitassem e capacitassem os profissionais de serviços na área do Social para a sua prática profissional. Assim, ao longo da última década, o desenvolvimento de licenciaturas e mestrados na área da Gerontologia e da Gerontologia Social foram crescendo, no sentido de formar técnicos superiores capazes de intervir com a população envelhecida.

Assim, o estudo científico sobre o envelhecimento humano, de acordo com Ramalho e Ramalho (2014), originou a criação de recursos científicos, sociais e educativos capazes de lidar com esta nova sociedade envelhecida, transformando a velhice numa nova categoria social, surgindo assim o novo conceito “terceira idade”.

Segundo Ramalho e Ramalho (2014), encontramos-nos perante uma nova perspectiva do envelhecimento, apoiada pelas novas políticas sociais e pelo entendimento que a gerontologia social veio trazer a este fenómeno, que apesar de estar sujeito a perdas físicas ou mentais, encontra-se ligados a patologias clínicas para as quais há ou haverá tratamento médico, perdas físicas ou mentais que, para além da medicina, podem ser superados através de políticas e programas de reinserção social do idoso, e políticas de educação e de sensibilização da população. Efetivamente a gerontologia social, ao criar uma nova e positiva identidade para a velhice, cuja elaboração compreende formas de comportamentos associados a idades e ritos de passagem inovadores, passa a estimular a adoção de um novo estilo de vida para a terceira idade, vindo-se a criar novos mercados direcionados para o setor da terceira idade, pois este grupo social passou a ter recursos financeiros provenientes dos seus rendimentos do trabalho e também das novas políticas sociais entretanto desenvolvidas pelos Estados.

Assim, a gerontologia/gerontologia social é uma área científica relativamente recente centrada no fenómeno do envelhecimento e nos idosos, trazendo assim uma nova perspectiva de intervenção, focada essencialmente na QdV desta população, o que implica também o surgimento de um novo profissional – o gerontólogo.

De uma forma geral, Bengston, Rice e Johnson (1999) afirmam que os gerontólogos procuram (1) explicar os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente, (2) compreender o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo/vida e como os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência), e (3) compreender a idade enquanto padrão de comportamento social.

Em 2014 a *Association for Gerontology in Higher Education* (AGHE) definiu as competências fundacionais para todos os campos da educação superior em Gerontologia e desta forma procurar uniformizar a prática gerontológica e o perfil profissional do gerontólogo, assumindo que o gerontólogo “improve the quality of life and promote the well-being of persons as they age within their families, communities and societies through research, education and application of interdisciplinary knowledge of the aging process and aging populations” (AGHE, 2014, p.1). Assim, de acordo com esta proposta da AGHE, a formação do gerontólogo integra dois níveis: (1) desenvolvimento de conhecimentos basilares e competências técnicas; e (2) desenvolvimento de competências complementares. Enquanto o primeiro nível deve ser comum a todos os planos de estudos da formação superior, o segundo é variável, conferindo alguma especificidade à formação.

No que se refere aos conhecimentos basilares, a formação dos gerontólogos deve integrar o conhecimento sobre (1) aspetos biológicos do envelhecimento (conhecimentos científicos/teorias biológicas para compreender os processos de senescência, longevidade e variabilidade), (2) aspetos psicológicos do envelhecimento (conhecimentos científicos/teorias psicológicas para compreender a adaptação, estabilidade e mudança associadas ao processo de envelhecimento), (3) aspetos sociais e culturais do envelhecimento (conhecimentos científicos/teorias sociológicas para compreender as heterogeneidade, desigualdades e contextos de envelhecimento), e (4) metodologias de avaliação e investigação e resultados da investigação no domínio. Além disso, a formação de gerontólogos deve promover o desenvolvimento de competências técnicas que integram nomeadamente: atitudes profissionais (desenvolver uma perspetiva gerontológica através do conhecimento e autorreflexão), princípios éticos e deontológicos (orientar o trabalho com e em defesa das pessoas idosas fundamentado em princípios éticos), competências de comunicação com e em defesa das pessoas idosas), competências de colaboração interdisciplinar e comunitária (envolver-se colaborativamente em equipas interdisciplinares por forma a promover abordagens integradas ao envelhecimento), e competências transversais (pensamento crítico, prática baseada na evidência). Já ao nível do desenvolvimento de competências complementares destaca-se o desenvolvimento de conhecimentos e competências em áreas complementares como bem-estar, saúde e saúde mental, saúde social, desenvolvimento de programas/serviços, educação, artes e humanidades, mercado e finanças, e políticas públicas. Assim, conforme a maior ou menor ênfase da formação numa ou mais destas áreas complementares ter-se-ia um profissional mais orientado para a área da saúde ou do social, ou da educação ou das políticas públicas, numa lógica que se aproxima à ideia de pré-especialização.

Em Portugal, pode-se realçar a criação da *Associação Nacional de Gerontólogos* (ANG), fundada em 2007. Esta associação surgiu para representar e defender os interesses do Gerontólogo, sendo esta a sua missão. A ANG tem como objetivos divulgar as atividades da Gerontologia e dos Gerontólogos junto das autoridades, das restantes profissões e do público em geral, promover a investigação em Gerontologia e defender e apoiar os interesses das pessoas idosas a todos os níveis. Neste contexto, a ANG (2017) define o perfil do Gerontólogo como estruturado em torno de várias vertentes de intervenção, especificamente: (1) gestor de caso, (2) prestador de serviços e (3) consultor.

Como gestor de caso, o gerontólogo tem capacidade para coordenar diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as suas famílias, para identificar e assegurar uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades: avaliar numa perspetiva biopsicossocial, quer em contexto comunitário como institucional; planear, acompanhar e avaliar os planos individuais de intervenção para pessoas mais velhas; ativar e mobilizar recursos, formais e informais, que correspondam às necessidades e expectativas das pessoas mais velhas, numa linha do *continuum of care*; criar, desenvolver e implementar atividades relacionadas com o envelhecimento ativo/bem-sucedido e, por fim, encaminhar a pessoa mais velha para outros profissionais, de domínio específico, perante a sinalização de situações de vulnerabilidade e fragilidade.

Como prestador de serviços, é um profissional capaz de providenciar serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como em grupo, com base no conhecimento multidisciplinar que possui acerca do processo de envelhecimento. Ao (re)conhecer a realidade subjacente à sua atuação profissional, é capaz de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras no âmbito dos serviços para a população mais velha.

Por fim, como consultor, o gerontólogo tem a capacidade para avaliar as necessidades, numa determinada esfera, e contribuir para o planeamento de intervenções que correspondem à solução/resposta dessas necessidades

Esta forma de construção do profissionalismo, segundo Pereira, Mata e Pimentel (2012), parece responder melhor às contingências da pós-modernidade e ao seu impacto nas relações de trabalho e gestão de carreiras. De facto, profissões menos institucionalizadas (também por vezes designadas por novas profissões ou semiprofissões) sobretudo no campo da Saúde e do Social, onde se engloba o gerontólogo, carecem de encontrar novas formas de construção que passam, em larga medida, pela exibição e valorização de competências técnicas específicas dos seus profissionais e por competências interpretativas e justificativas (promotoras de identidade) sobre o seu desempenho profissional.

O gerontólogo, com diploma de formação académica superior de primeiro ciclo, é um profissional recente que emerge, em Portugal e em outros países (Brasil, por exemplo), apenas na última década e meia. De acordo com Pereira, Mata e Pimentel (2012), a sua formação académica distingue-se por comportar, em partes equilibradas, formação das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde. Este profissional destina-se a trabalhar especificamente com idosos e suas famílias em situação de institucionalização ou inseridos na comunidade. A sua formação tem ainda a particularidade de os preparar para intervir

com idosos em situação de dependência, assim como, e preferencialmente, em idosos com plena saúde e com uma vida ativa. Neste último caso, a sua intervenção assume um caráter preventivo e minimizador de risco.

Richardson e Barusch (2006) consideram que, embora a nomenclatura varie, genericamente a prática gerontológica ocorre num processo faseado: escuta, avaliação e intervenção.

Em termos genéricos, Richardson e Barusch (2006) afirmam que a fase inicial de escuta, é entendida pelos profissionais como sendo uma forma de estabelecer comunicação, construindo confiança, mostrando apoio quando conhecem os clientes pela primeira vez. A fase da avaliação – “the assessment stage” – engloba o uso do guia prático ABCDEF (ver mais adiante), que se baseia em perspetivas biopsicossocial e multidisciplinares. E a fase da intervenção - “the intervention stage” - incorpora aspetos micro e macro, conjuntamente com intervenções básicas e especializadas.

Durante a fase da avaliação, segundo Richardson e Barusch (2006), os profissionais continuam a escutar, simplesmente colocam questões mais específicas. O Guia Prático de Gerontologia – baseado no modelo ABCDEF – ajuda os profissionais a aplicar na prática profissional uma abordagem multidisciplinar e biopsicossocial com os idosos, que tipicamente apresentam problemas de saúde física e mental, desigualdades, entre outros.

Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço (2015), fazendo uma análise a este processo da prática gerontológica, afirmam que o modelo integrado de prática gerontológica tem seis facetas ou dimensões a que correspondem seis letras (A+B+C+D+E+F): ações ou comportamentos (A) dos idosos, funcionamento biológico (B), cognições (C), recursos demográficos (D), suportes ambientais (E) e sentimentos (F). Estas facetas servem como uma espécie de caixa de ferramentas da avaliação e intervenção. Estas autoras alertam para o facto de a avaliação gerontológica multidimensional surgir como uma espécie de “pronto a vestir” da profissão, com protocolos internacionais mais ou menos standardizados que permitem proceder a um *screening* do problema da pessoa e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades) para depois traçar um plano de intervenção, ou seja, um “fato à medida”.

Neste contexto, Pereira e Caria (2014) realizaram um estudo sobre saberes profissionais e trabalho profissional do gerontólogo, com o objetivo de contribuir para a discussão sobre os saberes profissionais e o trabalho profissional dos gerontólogos. Os dados resultam do projeto de investigação *Saberes, Autonomias e Reflexividade no Trabalho Profissional no Terceiro Sector* (SARTPRO) dedicado ao trabalho e ao saber

profissional de profissionais diplomados em ciências sociais e humanas que trabalham no terceiro setor social. A metodologia assentou na observação etnográfica do trabalho profissional de um gerontólogo; quatro entrevistas em profundidade com dois gerontólogos centradas na percepção individual sobre as problemáticas do envelhecimento, contexto de trabalho e percurso profissional; e cinco entrevistas em profundidade com diretores de entidades empregadoras de gerontólogos sobre as competências profissionais destes. O estudo evidenciou a existência de vinte e quatro saberes profissionais distintos. Estes são complexos quanto ao conhecimento que mobilizam; exprimem-se por competências técnicas, relacionais, prudentes e discursivas; são promotores de confiança, autoeficácia e empoderamento quer do cuidador, quer da pessoa cuidada; são referenciais da identidade e da cultura profissional; são emancipadores, gerando inovação e excelência.

Lourenço (2015) realizou um estudo com os objetivos de descrever as qualidades psicométricas da *Gregory Research Beliefs Scale* (GRBS; Gregory, 2010) e analisar as relações entre características académicas e o valor da investigação para a prática profissional em Gerontologia Social. Considerando as características psicométricas da GRBS (Gregory, 2010), os resultados deste estudo exploratório sugerem que esta é uma medida válida e fiável. No entanto, na prossecução de estudos, e no sentido de aproximar o uso da medida ao campo profissional, a autora recomenda incluir na amostra não apenas os que estão na formação pré e pós-graduada, mas também os profissionais do âmbito do envelhecimento. A autora acrescenta ainda que, o contínuo desenvolvimento da Gerontologia Social envolva o conhecimento da investigação produzida no domínio do envelhecimento humano, minimizando assim a distância entre os avanços científicos e a prática profissional em Gerontologia Social. Uma prática *baseada na evidência* poderá contribuir para que os cuidados sejam prestados mediante evidência científica válida e relevante, o que poderá levar a uma avaliação e intervenção mais eficaz.

Falcão, Pereira, Pimentel, Teixeira e Rodrigues (2017) realizaram um estudo sobre os antecedentes académicos dos gerontólogos e a satisfação de clientes em estruturas residenciais para idosos (ERPI), com o objetivo de avaliar o desempenho dos gerontólogos enquanto diretores técnicos, comparativamente a profissionais licenciados noutras áreas de conhecimento. Para tal, avaliaram 160 pessoas idosas residentes em ERPI e cognitivamente aptos. Os participantes foram questionados sobre a sua satisfação em relação à eficácia da organização, fatores ambientais/estruturais, empatia com funcionários, atividades ocupacionais e participação no processo de tomada de decisão. A

recolha de dados recorreu a um protocolo de avaliação que avalia as seguintes dimensões: (a) características sociodemográficas e clínicas; (b) funcionalidade nas atividades básicas da vida diária com o índice Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963); (c) qualidade de vida com recurso ao WHOQOL-BREF (Organização Mundial da Saúde, 2004); (d) circunstâncias das pessoas idosas como residente da ERPI, e (e) satisfação com os serviços avaliada com o Questionário de Satisfação dos Clientes residentes em ERPI. As pessoas idosas foram classificadas como menos satisfeitas ou mais satisfeitas, de acordo com o valor médio da escala. As ERPIs administradas por um gerontólogo são mais propensas a um nível de satisfação superior com os cuidados fornecidos. Esta associação não foi explicada pelas características dos residentes, nem por circunstâncias das pessoas idosas como residentes. Estes resultados parecem evidenciar a adequação das capacidades do gerontólogo para a gestão de ERPIs.

2. Satisfação com os Serviços em equipamentos sociais

Maslow (1970) desenvolveu uma teoria baseada nas necessidades humanas que estabeleceu uma hierarquia de necessidades que se distribuem por cinco níveis. Estes cinco níveis vão das necessidades mais básicas até às mais complexas, e geralmente o indivíduo precisa de assegurar razoavelmente a satisfação de um nível mais básico de necessidades para procurar satisfazer as necessidades do nível mais complexo imediatamente a seguir. Os cinco níveis compreendem primeiramente as necessidades fisiológicas (alimentos, ar, água, temperatura, eliminação, descanso e ausência de dor), necessidades de segurança (segurança, estabilidade, proteção e ausência de medo, entre outros), necessidades sociais, necessidades de auto-estima e, por fim, necessidades de realização pessoal.

Fazendo a associação entre as necessidades humanas e o envelhecimento, surge um obstáculo, a heterogeneidade. É fundamental a adequação dos serviços, no sentido de satisfazer todas as necessidades sentidas por esta população.

O envelhecimento progressivo da população portuguesa levou à necessidade de a sociedade civil e o Estado se organizarem e criarem condições para responder às necessidades de um número crescente de idosos. O apoio aos idosos pode dividir-se em dois grandes grupos: (1) os apoios financeiros do Estado e (2) apoios ao nível de infraestruturas e serviços. Estes, por sua vez, também se dividem em duas áreas: (1) os

equipamentos de saúde (hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e apoio domiciliário integrado) e (2) os equipamentos sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário e centros de convívio) (Medina, 2013).

Para Conrad, Hughes, Hanrahan e Wang (1993), os serviços comunitários são direcionados a adultos idosos que apresentem incapacidades aos níveis funcional, psíquico e social e fornecem, igualmente, apoio aos cuidadores informais. Pretende-se que ambos tenham acesso a uma adequada integração na comunidade, um maior nível de autonomia do adulto idoso e uma melhoria da QdV.

De acordo com Carvalho (2013), é importante investir na investigação como ferramenta indispensável no desenvolvimento e aperfeiçoamento das respostas sociais de retaguarda aos idosos, no sentido de traçar um plano gerontológico integral, de modo a favorecer-se a qualidade e promoção do bem-estar dos idosos. Contudo, cabe também à sociedade a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais diversificados, seguros e acessíveis aos mais velhos e garantir e fomentar a participação cívica de todos os níveis de decisão. Ainda segundo a mesma fonte, a promoção da vida social em contexto institucional, solidária e voluntária, e o exercício da cidadania é uma responsabilidade coletiva e um dever e direito individual. A rede de suporte social de cada um e, sobretudo, a existência de relações significativas, deve corresponder a um investimento efetivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento. À semelhança do que se passa com indivíduos de outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social e recursos sociais e comunitários são um importante elemento para o bem-estar e a saúde física e mental dos idosos.

Para responder às necessidades da população idosa, o Instituto da Segurança Social (2017) define um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas cujo objetivo é privilegiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família. Em função das necessidades e do grau de autonomia das pessoas idosas, existem respostas diferenciadas.

O Serviço de Apoio Domiciliário é um equipamento social que presta cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. O acolhimento familiar é uma resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, de pessoas idosas em famílias idóneas, capazes de lhes proporcionar um

ambiente estável e seguro. O Centro de Convívio é um equipamento social onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade. O Centro de Noite visa o acolhimento noturno, dirigido prioritariamente a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que, por se sentirem sozinhas, isoladas ou inseguras, necessitam de acompanhamento durante a noite. A Estrutura Residencial para pessoas idosas refere-se ao alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Relativamente ao Centro de Dia, funciona durante o dia e presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar (Instituto Segurança Social, 2017).

A resposta social Centro de Dia tem vindo a evoluir ao longo dos anos, de forma a acompanhar as problemáticas do envelhecimento da sociedade e as necessidades das pessoas mais velhas e das suas famílias.

De acordo com Barbosa (2017), o Centro de Dia tem-se adaptado às realidades, particularmente no que se refere à sua conceção e aos serviços prestados, constituindo, assim, em muitos casos um polo dinamizador e ponto de partida para a prestação e desenvolvimento de atividades na comunidade.

Os anos de 1960 terão sido o período em que os Centros de Dia para adultos aumentaram substancialmente nos Estados Unidos e passaram a assumir a função de cuidados a longo prazo (Conrad, Hughes, Hanrahan & Wang, 1993).

O Centro de Dia permite, por um lado, adiar a institucionalização permanente e, por outro lado, dar resposta a necessidades inerentes ao envelhecimento individual. A solidão e o isolamento com que alguns idosos se deparam e as dificuldades dos familiares em conseguirem cuidar destes fazem com que muitos idosos e as suas famílias procurem a institucionalização parcial. Existem várias perspetivas quando falamos nesta resposta social que pretende responder às necessidades impostas pelo envelhecimento.

De acordo com Teixeira (2008, p. 11), os “Centros de Dia são estruturas de apoio formal que emergiram num contexto de crise tanto a nível estrutural como a nível familiar. Se, por um lado, as instituições de apoio a idosos se encontravam massificadas, superlotadas e eram dispendiosas, por outro as famílias detinham menos tempo e espaço para cuidar dos seus velhos”. Ainda na perspetiva deste autor, o principal objetivo dos Centros de Dia é proporcionar aos idosos a melhoria das suas condições físicas e mentais, condições de higiene, de alimentação e de relações sociais, sem os retirar do seu meio habitacional e para que possam seguir com as suas rotinas, sabendo que terão um apoio e

se sentirão mais seguros, pois são espaços que se encontram abertos durante o dia e que podem evitar um internamento precoce.

Já na perspetiva de Tajfel (1982), as relações presentes no Centro de Dia são fulcrais e têm impacto na vida do idoso. O ser humano precisa de se relacionar com os outros, sendo muito importante a interação entre as pessoas. As relações que se estabelecem são marcadas por uma multiplicidade de formas de comunicação, que podem ser verbais, através de movimentos corporais ou até mesmo através do toque e dos cheiros, na medida em que o ser humano é atraído por uma pessoa e pelas características que a englobam, sejam estas físicas ou sensoriais. As relações num Centro de Dia baseiam-se na interação entre os idosos, entre a equipa técnica e entre uns e outros pois, sendo um espaço onde todos se encontram e convivem, é inevitável que se criem relações de amizade, cumplicidade ou até mesmo de conflito.

O conceito de Centro de Dia é bastante complexo pois são diversos os modelos de intervenção apresentados para este tipo de medida. Misturam-se modelos de intervenção individual e grupal com modelos de saúde e psicossociais, cuja predominância varia consoante o tipo de população a que se dirigem (Arrazola, 2003).

Num estudo realizado por Benet (2003), são elencadas as principais motivações que levam os idosos a procurarem este tipo de resposta. Este estudo é de natureza descritiva, com recurso a um questionário aplicado a 80 idosos inscritos em Centro de Dia. Do ponto de vista dos resultados e no que se refere às motivações, primeiramente encontram-se as motivações ligadas à saúde, uma vez que os Centros de Dia disponibilizam acompanhamento e atenção para os idosos que apresentem problemas ao nível da saúde, fornecendo cobertura neste âmbito em regime diurno e a um preço mais baixo do que a prestação de cuidados ao domicílio ou o internamento. Em segundo lugar as motivações emocionais, ou seja, os resultados permitiram aferir que inúmeras pessoas idosas, que vivem sozinhas, não conseguem encontrar um sentido para esta nova etapa do seu ciclo de vida, precisando de um projeto de vida motivador, sendo que a inserção neste tipo de estrutura abre possibilidades de contactos sociais e integração. Em terceiro lugar, destacam-se as motivações familiares, onde as dificuldades dos familiares para cuidar do idoso poderão ser diversas e englobam quer razões de saúde, quer de trabalho, quer de sobrecarga. Para Benet (2003), a família serve-se, muitas vezes, do Centro de Dia como passo prévio à institucionalização do idoso. Esta preparação tenderá a desempenhar a função de mentalização da necessidade de internamento do familiar. Em quarto lugar, o autor destaca as motivações económicas, sendo que a assistência fornecida pelo Centro de

Dia cobre as necessidades básicas diárias dos utilizadores que vivem dependentes dos serviços sociais de atenção primária a um baixo custo. Segundo o mesmo autor, os principais utilizadores deste tipo de estrutura são os idosos com problemas de autonomia funcional e/ou psicossocial.

Quando se fala na utilização de algum serviço é necessário ter em consideração a qualidade do mesmo e a satisfação do cliente.

Segundo Johnston, Clark, Brandão e Corrêa (2002), a qualidade do serviço é usada, por vezes, com o mesmo significado de satisfação, sendo a satisfação entendida como o resultado da avaliação de um serviço por parte do cliente, baseada na comparação entre as expectativas que tinha antes de experimentar o serviço e as percepções com que ficou depois de vivenciar a prestação do serviço propriamente dito.

Costa (2007) defende que a qualidade de serviços consiste nas características dos serviços prestados que vão ao encontro das necessidades do cliente e, dessa forma, proporcionam a satisfação em relação ao serviço. O cliente, neste contexto, é a pessoa que sofre o impacto do serviço ou atendimento e ficará satisfeito se a experiência e as percepções que experimentou, ao recorrer ao serviço, excederem as suas expectativas iniciais. Perceber o nível de satisfação do cliente torna-se relevante na medida em que permite perceber se a organização está ajustada às suas necessidades e expectativas.

O conceito de satisfação, segundo Ribeiro (2005), surge como uma atitude do sujeito face a um objeto. Quer isto dizer que é o próprio sujeito que atribui o sentido da satisfação em função da realização/satisfação das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Pressupõe elementos afetivos e cognitivos individuais, uma vez que é um aspeto determinado por cada pessoa.

Na mesma linha de entendimento, Alves (2003) afirma que a satisfação está associada à obtenção de certos resultados. No caso de um indivíduo doente, o resultado único que este objetiva é a melhoria da sua saúde, no caso do idoso com dependência o resultado esperado é o apoiar e suprir as áreas de dependência. A natural ambição humana traduz isso mesmo, para cada pormenor dos mais diferentes aspetos da vida estabelecemos objetivos, que quando alcançados, e tendo em conta os esforços desenvolvidos para os alcançar, vão produzir satisfação.

Antunes e Pires (2006) afirmam que nenhuma organização pode aspirar a obter a total satisfação dos seus clientes e o reconhecimento dos seus parceiros e da comunidade que serve, se não tiver atingido, pelo menos, requisitos mínimos da qualidade pretendida. A competência técnica, as normas de boa prática técnico-profissional são um bom

princípio, mas por si só podem não garantir a qualidade organizacional e a conformidade do serviço.

No estudo realizado por Weiss (1988, como citado em Vaz, 2008) são listados quatro grupos principais de determinantes da satisfação dos clientes: as suas características, incluindo as sociodemográficas; o estado de saúde e as expectativas relativamente à intervenção/serviço; as características dos profissionais, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado; e os aspetos da relação profissional-cliente, tais como estilo de comunicação, resultado do encontro e, por último, fatores estruturais e ambientais, entre outros. Os indicadores mais valorizados na avaliação da satisfação são a informação proporcionada, a segurança e as medidas preventivas, a humanidade, a disponibilidade e o respeito dos profissionais, a continuidade da intervenção ou prestação do serviço, a acessibilidade e forma de financiamento dos cuidados.

Silva (2016) realizou um estudo sobre o envelhecimento e políticas sociais, no sentido de avaliar a satisfação dos clientes (recetores) e dos colaboradores (prestadores) de um Serviço de Apoio Domiciliário, para assim compreender os aspetos que podem tornar este serviço mais eficiente. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com por sete colaboradores/prestadores e 29 clientes do Serviço de Apoio Domiciliário. Foram avaliados as características sociodemográfica e a satisfação com o serviço nos dois grupos de participantes. A recolha de dados foi realizada com recurso a protocolo de avaliação que recolheu informação sobre a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (Índice de Barthel e índice de Lawton), e a satisfação com o Serviço de Apoio Domiciliário, no caso dos clientes/idosos. Os resultados deste estudo permitiram perceber que, relativamente ao grau de satisfação dos clientes/idosos, a média foi de 4,6 (dp=0,51), numa escala de 1 a 5 pontos, manifestando maior satisfação com as Instalações do SAD e menor satisfação com a Fiabilidade/credibilidade do serviço. No que se refere ao grau de satisfação dos colaboradores, a média foi de 3,8 (dp= 0,38) numa escala de 1 a 5 pontos, correspondendo o valor de 5 ao valor máximo de satisfação. Assim, quer os clientes/idosos quer os colaboradores parecem muito satisfeitos com o serviço, sendo o nível médio de satisfação dos clientes/idosos superior ao dos colaboradores.

A Qualidade é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo um caminho a percorrer para todo o tipo de organizações, incluindo sociais. “As áreas sociais pretendem acompanhar este movimento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes. As Instituições de Apoio a Idosos, de modo idêntico à maioria das

organizações, evidenciaram, nos últimos tempos, uma grande atenção com a qualidade nas áreas de gestão interna” (Antunes & Pires, 2006, p. 2).

3. Qualidade de Vida: propostas conceptuais e evidências empíricas

3.1. Conceito e modelos de Qualidade de Vida

Canavarro (2010) afirma que o interesse generalizado no tema da QdV resulta da multidimensionalidade do conceito. Este interesse pela área da QdV contribuiu para a produção de inúmeras definições, modelos conceptuais, metodologias de avaliação e aplicações práticas, o que acabou por não proporcionar a clarificação e o aprofundamento do conceito da QdV e das suas implicações.

Até à primeira metade do século XX, de acordo com Canavarro (2010), a avaliação da QdV era feita através de indicadores económicos. Porém, após a 2ª Guerra Mundial, esta visão economicista foi colocada em causa. Durante os anos 60, os Estados Unidos da América consideraram indicadores sociais na avaliação da QdV. A abordagem à QdV baseada nos indicadores sociais contempla, adicionalmente aos níveis de rendimento económico, tópicos como as correntes de força laboral e de emprego, o estado de desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, a natureza e o grau de envolvimento nas atividades políticas do governo e dos cidadãos, o acesso a serviços de saúde e de educação, as mudanças na vida familiar e na estratificação social (Oliver e colaboradores, 1996, como citado em Canavarro, 2010).

A partir da década de 1980, a adequação da avaliação da QdV foi questionada por dois motivos. “Em primeiro lugar, a constatação de que as mudanças ao nível do bem-estar material, das desigualdades na distribuição económica e dos aspetos da vida social não correspondiam a uma mudança significativa na forma como as pessoas percecionavam a sua vida. Em segundo lugar, o confronto com a fraca associação existente entre as condições materiais ou objetivas de vida e a forma como as pessoas se sentem em relação às suas vidas, patente no facto de países com elevados índices de desenvolvimento socioeconómico apresentarem, paradoxalmente, índices elevados de abuso no consumo de substâncias e de taxas de suicídio” (Canavarro, 2010, p. 5).

Em 1948, na constituição da OMS, a ligação do termo QdV ao estado de saúde terá decorrido da clássica definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico,

mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença” (OMS, 2002, p. 30). Esta definição permitiu que as iniciativas de promoção de saúde passassem a incluir, além do controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida, também o bem-estar e a QdV dos indivíduos (Canavarro, 2010).

A QdV é usualmente entendida como um conceito vasto que “incorpora tanto os aspetos da existência individual, como também o sucesso do individuo e alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e satisfação experienciado pelas pessoas na situação atual das suas vidas” (Canavarro, 2010, p. 9).

De acordo com Canavarro (2010), no início da década de 1990, a OMS criou um grupo de peritos pertencentes a diferentes culturas (*WHOQOL Group*), com o objetivo de debater o conceito da QdV de forma a construir um instrumento de avaliação. Posto isto, este grupo considerou ser necessário o conceito da QdV se basear em três aspetos principais: subjetividade (a sua definição deveria depender do ponto de vista do próprio individuo); multidimensionalidade (a sua definição deveria conter diferentes aspetos ou dimensões); e presença de dimensões positivas e negativas.

Tendo em consideração o desenvolvimento e a conjunção destes elementos, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) definiu QdV como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No processo de envelhecimento, são analisados e avaliados seis domínios propostos pelo *Grupo WHOQOL*: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais). Portanto, a definição de QdV é difícil, por se tratar de um constructo subjetivo e determinado por inúmeras variáveis interligadas ao longo da vida (life-span), inclusive no processo de envelhecimento humano. Compreender o envelhecimento como um processo sócio-vital multifacetado e consciencializar-se de que se trata de um fenómeno irreversível, é bastante relevante para que todos os profissionais, governo, sociedade em geral e os próprios idosos, vejam a velhice não como um fim, mas como um momento do ciclo da vida que requer cuidados específicos, o qual pode e deve ser desfrutado com qualidade.

A QdV, bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação com a vida, entre outros, segundo Ribeiro (2009), são termos usados de forma equivalente, para referir a boa vida em geral. Parece, portanto, claro que a boa vida é um objetivo fundamental para as sociedades modernas.

Ribeiro (2009) defende que a QdV tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta. Todos e cada um sabem o que é a QdV. Deste modo é fácil estar-se a discutir sobre QdV, chegando ou não a acordo, sem que de facto se esteja a discutir um mesmo conceito. Esta popularidade do conceito é, de facto, um dos principais obstáculos à sua discussão científica.

A OMS (1998) afirma que a QdV é um conceito alargado, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características salientes do respetivo meio.

Esta definição deixa implícita a ideia de um conceito subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos. Também reflete a subjetividade do construto inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente.

Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) defendem que conceitos como "padrão de vida" e "Qualidade de Vida" tiveram interesse inicialmente para cientistas sociais, filósofos e políticos. Com a progressiva desumanização da Medicina e ciências afins, surgiu a preocupação com o conceito de "Qualidade de Vida" como um movimento no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida.

Segundo Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), as medidas de QdV podem fornecer informações sobre aspetos pessoais e sociais, bem como medidas de incapacidade e bem-estar psicológico, incorporando o ponto de vista do paciente e focalizando a avaliação e tratamento no paciente mais do que na doença. O recente interesse no conceito de QdV de investigadores das ciências sociais e médicas e entre políticos tem-se concentrado no debate sobre definição e medidas da QdV.

Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009) acrescentam ainda que a avaliação da QdV é um tema complexo, e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicometricamente válidos é um grande desafio. Além disso, a perceção da QdV varia entre indivíduos e é dinâmica para cada pessoa. Apesar das dificuldades, as avaliações podem proporcionar uma melhor compreensão sobre as reais necessidades das pessoas, tanto na sociedade em geral, como na área da saúde. Para isso, muitos questionários ou instrumentos têm sido desenvolvidos e usados numa grande variedade de circunstâncias.

Hunt (1997) explica que a ausência de definição de QdV tem sido defendida de duas maneiras opostas: há concordância geral acerca da definição e dos componentes da QdV

ou não há uma definição e medida “*gold standard*”, pelo que fica a liberdade para utilizar qualquer definição e medida, ou seja, todas as definições e medidas seriam boas.

Os instrumentos de avaliação de QdV, segundo Kluthcovsky e Kluthcovsky (2009), podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos avaliam vários aspetos da QdV e estado de saúde, podendo ser utilizados para pessoas independentemente da doença ou condição e também para pessoas saudáveis. Permitem comparar a QdV de portadores da mesma doença, de doenças diferentes, ou da população em geral. Contudo, podem falhar na sensibilidade para detetar aspetos particulares e específicos da QdV de determinada doença. Os instrumentos específicos podem detetar particularidades da QdV em determinadas doenças e em relação a efeitos de tratamentos, podendo fornecer informações relevantes para a gestão dos pacientes, mas podem apresentar dificuldade no processo de validação psicométrica do instrumento pelo reduzido número de itens, além da falha na capacidade para comparar QdV em diferentes condições clínicas.

Segundo Orley, Saxena, e Herrman (1998), se o objetivo é avaliar a influência da doença ou dos seus sintomas na QdV, a inclusão desses itens serve somente para confundir as variáveis dependente e independente. Por esta razão, há fortes argumentos a favor do uso de instrumentos genéricos em avaliações de QdV, embora medidas específicas possam ocasionalmente ser usadas como complementares.

Fleck e colaboradores (2000) afirmam que apesar do aumento da importância da avaliação da QdV em diferentes áreas da medicina, não havia nenhum instrumento desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional. Posto isto, foi desenvolvido um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100). A necessidade de instrumentos mais rápidos que procurem despende pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF.

O WHOQOL-BREF compõe-se por 26 questões, sendo que duas são gerais de qualidade de vida e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes.

3.2. Resultados da investigação sobre a Qualidade de Vida em pessoas idosas

Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) realizaram um estudo sobre os construtos de bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, assumidos como indicadores da QdV. A amostra foi composta por 3032 participantes, sendo 48,5% homens e 51,5% mulheres. Os resultados revelaram uma correlação estatisticamente significativa para a idade e o nível de escolaridade. Adultos com baixo bem-estar subjetivo e elevado bem-estar psicológico tendem a ter maior grau de escolaridade do que adultos com a combinação de baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Em contraste, adultos e idosos com elevado bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico tendem, moderadamente, a apresentar um menor grau de escolaridade do que adultos com a combinação de baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Adultos e idosos com elevado bem-estar subjetivo e elevado bem-estar psicológico tendem a ter um nível mais alto de escolaridade do que adultos com a combinação de baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Os autores concluíram que as variáveis idade e nível de escolaridade exercem influência nas combinações de bem-estar, no qual se torna nítido que a idade que o indivíduo possui e o nível de escolaridade estão relacionados de acordo com valores de cada grupo social. Neste estudo, um elevado bem-estar é claramente vinculado à escolaridade e à idade: pessoas de meia-idade e idosos que possuem alto nível de escolaridade são provavelmente mais prósperas na vida e têm melhor percepção da qualidade de sua vida.

O estudo de Gabriel e Bowling (2004) resulta de uma investigação nacional da QdV, baseada em 999 pessoas com 65 ou mais anos a residirem na comunidade na Grã-Bretanha. Os dados foram recolhidos através de entrevistas qualitativas e quantitativas. Os principais temas de QdV apurados foram: ter boas relações sociais; morar numa casa com boa vizinhança, com acesso a instalações e serviços locais, incluindo transporte; envolver-se em atividades de lazer, bem como manter atividades sociais e manter um papel ativo na sociedade; ter boa saúde e mobilidade; ter dinheiro suficiente para atender às necessidades básicas; e manter a independência e o controlo sobre a própria vida.

Borowtak e Kostka (2004) realizaram um estudo sobre os preditores da QdV em idosos que vivem em casa ou em instituições, com o objetivo de descrever a QdV em idosos que residem nas suas próprias casas e idosos institucionalizados. O estudo apresenta uma amostra de 152 idosos, residentes em instituições de longa permanência e 160 idosos residentes na comunidade. A avaliação incluiu variáveis demográficas e sociais, estado de saúde, estado nutricional, capacidade física e cognitiva. Os autores concluíram

que a contribuição relativa de comorbilidades funcionais e médicas, bem como comportamentos promotores de saúde para a QdV, podem ter resultados diferentes em idosos residentes na comunidade e institucionalizados. Défices de função física e cognitiva, obesidade e falta de atividade cognitiva regular estão entre os principais preditores de diminuição da QdV em idosos residentes em comunidades. Relativamente aos idosos institucionalizados, é percebido que estes preditores parecem ser de menor importância, tornando-se mais relevante neste grupo o papel das doenças.

Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) realizaram um estudo sobre a QdV na terceira idade, com o objetivo de conhecerem a opinião dos idosos de um município do Brasil sobre o que entendem por QdV, através de uma pergunta aberta que foi incluída como parte de um inquérito populacional sobre estilo e qualidade de vida. Os resultados revelaram a existência de três grupos de idosos, segundo a definição de qualidade de vida. O primeiro grupo valorizou a questão afetiva e a família, enquanto o segundo priorizou a obtenção do prazer e conforto. Já o terceiro grupo de idosos mencionou a espiritualidade, o trabalho, retidão e caridade. Posto isto, os autores sugerem que, na implementação de ações, se objetive melhorar a QdV do idoso, levando-se em conta as magnitudes e as diferenças de cada grupo.

Figueira, Figueira, Mello e Dantas (2008), no seu estudo “Quality of life throughout ageing”, pretendiam avaliar a QdV de idosos do Programa de Saúde Familiar, implementado pelo Governo Federal no Brasil. O estudo incluiu três grupos de indivíduos entre os 60 e 69 anos, entre os 70 e 79 anos e acima dos 80 anos, representando respetivamente: 11%, 10,6% e 28% do total dos participantes. Os resultados da comparação da QdV relativamente às diferentes faixas etárias, revelam que o envelhecimento progressivo apresenta dados estatisticamente significativos ($p = 0,0001 < 0,01$) em relação à QdV. Os autores concluíram que à medida que o envelhecimento avança a QdV diminui, explicada por perdas de autonomia nas atividades passadas, presentes e futuras, mais a participação social.

Melo e colaboradores (2009), a partir de uma revisão da literatura sobre a educação em saúde como agente promotor de QdV para o idoso, verificaram que o trabalho educacional tem como desafio a integração de conhecimentos dispersos das áreas humanas e biológicas aos saberes populares, pressupondo novas interfaces de atuação no modelo de assistência à saúde. A educação em saúde desponta como um elo entre os desejos e expectativas dessa população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes em oferecer programas de saúde mais eficientes. Os autores consideram

que defender a presença do idoso na família e na sociedade de forma participativa e construtiva é fundamental para que este veja respeitado seu direito à saúde com QdV. Uma comunidade saudável seria aquela capaz de identificar e entender os determinantes e condicionantes das desigualdades, construindo meios para superá-los de modo a promover a integração dos idosos com toda a sociedade. Diante da necessidade de programas de saúde mais eficientes para a terceira idade, o meio de superação encontra-se na educação para a saúde.

Irigaray e Trentini (2009) realizaram um estudo com o objetivo de investigar o conceito de QdV para mulheres idosas, centrando-se assim sobre a importância da dimensão subjetiva na QdV em idosas. Participaram 103 idosas que foram avaliadas com recurso a um questionário sociodemográfico e um questionário composto por quatro questões abertas sobre a sua percepção da QdV. Os autores utilizaram uma amostra de conveniência e os dados foram categorizados mediante análise de conteúdo. Os resultados demonstraram uma associação entre QdV e afetos positivos, saúde e independência. Os fatores apontados como importantes para QdV foram afetos positivos, saúde e boas condições financeiras. Os autores concluíram que o conceito de QdV na velhice é composto por critérios tanto subjetivos quanto objetivos, sendo influenciado pelos valores do indivíduo e da sociedade em que vive. A ideia de que qualidade de vida é um constructo multidimensional ficou evidente. Os autores observaram que os afetos positivos foram as variáveis mais citadas e associadas como determinantes importantes da QdV na velhice. Os aspetos evidenciados como mais prejudiciais à QdV foram a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. As idosas também salientaram a saúde como o aspeto mais importante para a QdV.

Oliveira, Oliveira, Arantes e Alencar (2010) realizaram uma revisão sistemática sobre a QdV em idosos que praticam atividade física, com o objetivo de perceber o impacto da prática regular de atividade física na QdV dos idosos. Para tal, realizaram uma revisão sistemática de estudos publicados até setembro de 2008, nas bases de dados Medline, LILACS e SciELO. Foram excluídos os estudos transversais ou de casos que avaliavam a QdV associada a alguma doença específica. Os resultados sugeriram que a QdV aumenta com a prática de atividade física, principalmente se for realizada duas vezes por semana ao invés de somente uma vez. Os benefícios do treino de resistência muscular na QdV foram limitados e não foi encontrado benefício do exercício funcional. Os autores concluíram que o número limitado de artigos encontrados limita as conclusões da revisão a respeito da eficácia dessas intervenções. Assim, concluíram que há evidência limitada a respeito dos

benefícios da prática de atividade física na QdV de idosos. Sugerem que mais estudos longitudinais sejam realizados para que as conclusões a respeito da eficácia destas intervenções sejam mais robustas.

Valada (2011) realizou um estudo no sentido de explorar a influência da resiliência na QdV nos idosos. Este estudo investigou a contribuição de cada domínio da QdV (físico, social, psicológico e ambiente) na faceta geral da QdV e em que extensão esses domínios explicam a faceta geral da QdV dos idosos. A amostra, de conveniência, foi constituída por 97 idosos residentes no distrito de Santarém, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos e com uma idade média de 73 anos. Os resultados revelaram uma correlação direta e significativa entre a resiliência e a QdV, sendo que quanto mais altos são os resultados na resiliência mais elevada é a QdV dos idosos. Foi também percebido que existe uma relação entre a QdV e algumas variáveis demográficas. O género e a idade são importantes na avaliação que os participantes fizeram da QdV, sendo que as mulheres e os mais novos apresentam mais QdV. Os idosos deste estudo que têm mais escolaridade apresentam vantagens em relação aos que têm menos instrução académica. Finalmente, a autora percebeu também que a forma como os idosos percebem o seu estado de saúde interfere de forma significativa e preponderante na avaliação que fazem da qualidade de vida, sendo que a ausência de doença é indicador de maior QdV. Na perspetiva da autora, não existindo doença, os idosos não se sentem ameaçados na sua independência e autonomia e mostraram possuir recursos de resiliência que contribuem para que tenham uma maior QdV.

Nicolussi e colaboradores (2012) realizaram uma revisão da literatura, no sentido de avaliar o conhecimento científico produzido relacionado com a QdV do idoso que sofreu quedas. Em termos de metodologia, os autores selecionaram artigos publicados nas bases de dados Lilacs, CINAHL e Medline, com os seguintes descritores: QdV, idoso e acidentes por quedas entre 1999 e 2009. Como resultados obtiveram nove artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Os autores afirmam que as quedas são frequentes nos idosos, sendo que aqueles com mais fatores de risco intrínsecos e que já caíram apresentaram mais medo e possuem mais probabilidade de caírem novamente. Também relataram défice na função física, mental/emocional, dor corporal e relacionados ao meio ambiente e que programas de prevenção de quedas podem melhorar a QdV com o tempo. Os autores consideram que se evidenciaram como lacunas, nomeadamente: escassa produção científica nacional, e predomínio de estudos descritivos e com nível de evidência considerado fraco. Por fim, os autores sugerem a atuação dos profissionais em

intervenções para prevenção de quedas as quais possam ser aplicadas na prática clínica e que possibilitem melhorar a QdV dos idosos.

Dawalibi, Goulart e Prearo (2014) realizaram um estudo para analisar a influência de possíveis fatores intervenientes sobre a QdV de idosos. Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, descritivo-exploratório, que inclui 182 participantes idosos, de ambos os gêneros, com 60 ou mais anos, inscritos em programas para a terceira idade de três universidades localizadas em municípios brasileiros. Para avaliar a percepção subjetiva da qualidade de vida utilizou-se o World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Os resultados revelaram que a ausência de doenças influenciou positivamente a QdV nos quatro domínios avaliados pelo instrumento. Aspectos como domínio ambiental, possuir ensino superior completo e idade avançada, ausência de doenças e a residência influenciaram positivamente a QdV dos idosos estudados. Os fatores associados à melhor QdV foram o ensino superior completo, idade avançada, ausência de doenças e residência.

Castro (2014) realizou um estudo sobre a QdV e solidão em idosos residentes em lar, com o objetivo de analisar da relação entre aspectos sociodemográficos e variáveis relacionadas com a institucionalização e a Solidão e a QdV em idosos institucionalizados. O estudo é descritivo-correlacional com uma amostra de 47 idosos residentes em lar, utilizando uma recolha de dados através de um protocolo estabelecido por um questionário sociodemográfico e variáveis relacionadas com a institucionalização, Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF (Serra et al., 2006) e a Escala da Solidão da UCLA (Neto, 1989). Os resultados revelarem que o grupo de idosos estudados é maioritariamente mulheres, viúvas, com idades compreendidas entre os 72 e 96 anos, com escolaridade do ensino básico, reformadas. Os autores concluíram que a Solidão e a QdV estão negativa e fortemente correlacionadas. No que diz respeito aos fatores relacionados com a situação de institucionalização, apenas nas visitas em lar, frequências de saídas, relações no lar e períodos de saída é que se encontram diferenças significativas entre grupos.

Concluindo, o envelhecimento e o aumento do número de pessoas idosas é uma realidade que obriga ao desenvolvimento de recursos, serviços e profissionais diferenciados. O Centro de Dia surge como uma resposta face às necessidades existentes. A formação em Gerontologia é fundamental para que o profissional obtenha conhecimento adequado para compreender o processo de envelhecimento e intervir mais eficazmente com esta população. Quanto maior o conhecimento das especificidades do

envelhecimento, maior é a probabilidade de intervir de forma a satisfazer as necessidades das pessoas mais velhas e promover a sua qualidade de vida. Tal como foi abordado anteriormente, para uma melhor qualidade de vida é necessário ter em consideração uma diversidade de fatores associados.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivos geral comparar a o grau de satisfação dos clientes relativamente aos serviços e a QdV em idosos clientes de Centros de Dia geridos por gerontólogos e por não gerontólogos. Mais especificamente, pretende-se (1) caracterizar as pessoas que são apoiadas por Centro de Dia em termos sociodemográficos, Satisfação com os serviços e qualidade de vida; (2) descrever os Centros de Dia em termos de recursos humanos e atividades desenvolvidas; (3) analisar diferenças na Satisfação com os serviços em função da formação (gerontólogo e não gerontólogo) e prática profissional (operacionalizada em anos de experiência profissional) do diretor técnico, e em função do género e idade dos idosos que frequentam a resposta social Centro de Dia; (4) analisar diferenças na qualidade de vida em função da formação (gerontólogo e não gerontólogo) e prática profissional (operacionalizada em anos de experiência profissional) do diretor técnico, e em função do género e idade dos idosos que frequentam a resposta social Centro de Dia.

Este capítulo apresenta a metodologia adotada para desenvolver os estudos do tipo transversal e descritivo, tendo como base os objetivos de investigação definidos.

1. Participantes

Participam neste estudo 86 clientes de Centros de Dia da região norte do país, 29 do género masculino e 57 do género feminino. Como critérios de inclusão definiu-se: indivíduos integrados na resposta Centro de Dia e aceitar participar no estudo.

Para além dos clientes, foram também avaliados os diretores técnicos dos Centros de Dia que participaram no estudo no sentido de obter informações relativas à sua formação e experiência profissional, bem como às características dos Centros de Dia.

2. Instrumentos de recolha de dados

Para a realização do estudo foi utilizado um protocolo de recolha de dados junto dos idosos/clientes dos Centros de Dia, no sentido de recolher informação relativa a aspetos sociodemográficos, perceção da QV, e grau de satisfação com os serviços de Centro de Dia. Para tal o protocolo de recolha de dados incluía os seguintes instrumentos de avaliação: (1) Questionário Sociodemográfico; (2) WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref*; versão portuguesa de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006); 3) Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação do Cliente (Modelo de Avaliação da Qualidade, Segurança Social IP, 2010).

O questionário sociodemográfico, composto por questões de resposta aberta e fechada, permite caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico, nomeadamente em aspetos como idade, género, escolaridade, estado civil e motivo de integração em Centro de Dia.

O WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref*; versão portuguesa de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006) é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da QdV, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis.

Fleck e colaboradores (2000) afirmam que o critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-BREF foi tanto psicométrico como conceitual. Ao nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. Ao nível psicométrico foi selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o resultado total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio Meio Ambiente foram substituídos por se correlacionarem muito com o domínio Psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão. Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-BREF é composto por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

Assim, a estrutura do instrumento integra quatro domínios de QdV: *Físico* (com 7 itens), *Psicológico* (com 6 itens), *Relações Sociais* (com 3 itens) e *Ambiente* (com 8 itens). Cada um destes domínios é composto por facetas da QdV que sumarizam o domínio particular de QdV em que se inserem. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de QdV. A primeira questão refere-se à QdV de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões estão organizadas em função dos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente.

O domínio *Físico* refere-se a um conjunto de facetas que integram mobilidade, sono, e repouso, energia e fadiga, dor e desconforto, dependência de medicação e capacidade de trabalho. Já o domínio *Psicológico* refere-se a facetas relacionadas com sentimentos, pensamentos, memória, autoestima espiritualidade e crenças pessoais. No domínio *Relações Sociais* são consideradas facetas relacionadas com atividade sexual, apoio social e relações sociais. Finalmente, o domínio *Ambiente* integra a segurança física, ambiente em casa, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte (Canavarro & Serra, 2010). Além disso, a Escala permite o cálculo de um indicador global – faceta geral da QdV.

O WHOQOL-BREF é constituído por 26 questões numa escala tipo Likert de cinco pontos, sendo que 1 corresponde a Nunca/Muito insatisfeito/Muito má/Nada e 5

corresponde a Sempre/Muito satisfeito/Muito boa/Completamente/Muitíssimo conforme a formulação dos itens.

A adaptação para a população portuguesa do WHOQOL-BREF desenvolvida por Serra e colaboradores em 2006 mostrou indicadores de consistência interna muito adequados com um Alpha de Cronbach de 0,92, variando entre 0,64 e 0,87 para os domínios Social e Físico respetivamente (Canavarro & Serra, 2010).

O Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes (QASC) utilizado foi o desenvolvido pela Segurança Social, IP, tendo como referência o Modelo de Avaliação da Qualidade. Trata-se de um questionário constituído por 66 questões/itens numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, em que para os itens P1 a P62 varia entre “discordo totalmente” (1 ponto) a “concordo totalmente” (5 pontos). A este grupo de 62 perguntas estão organizadas de acordo com as seguintes variáveis: *Instalações, Equipamentos e Sinalética* (Pergunta 1 à Pergunta 17); *Fiabilidade/Credibilidade* (Pergunta 18 à Pergunta 38); *Competência Técnica* (Pergunta 39 à Pergunta 42); *Responsabilidade e Recetividade* (Pergunta 43 à Pergunta 54) e *Atendimento e Comunicação* (Pergunta 55 à Pergunta 62). Os itens P63, P64 e P65 são avaliados numa escala dicotómica, sendo que a P63 se refere à *Satisfação com o serviço em geral* e as P64-65 se referem à *Fidelidade ao Centro de Dia*. Para o item P66, acerca do *Motivo de inscrição no Centro de Dia*, existe a possibilidade de escolha entre quatro alternativas de resposta.

O grau de fidelidade do questionário (P1 a P62) aponta para a consistência interna elevada, com um Alpha de Cronbach de 0,97.

3. Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi apresentado à Comissão Científica do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Após a sua aprovação, foram iniciados os procedimentos de recolha de dados.

Os diretores técnicos das respostas sociais Centro de Dia foram contactados, no sentido de solicitar a participação dos idosos e dos próprios profissionais no estudo.

Após a obtenção da aprovação, o estudo foi apresentado aos clientes do Centro de Dia, que cumpriam os critérios de inclusão, sendo solicitada a sua participação. Foi obtido o consentimento informado, por escrito, garantindo aos participantes o anonimato e a

confidencialidade dos dados. Foi explicado aos clientes que a sua participação era de carácter voluntário e que poderiam desistir da participação a qualquer momento.

Na aplicação do protocolo de avaliação aos clientes do Centro de Dia recorreu-se a procedimentos de auto e heteroadministração, conforme as características dos participantes, nomeadamente em termos de literacia.

4. Estratégias de análise de dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS- Versão 20.0), recorrendo a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor mínimo de significância estabelecido foi de 0,05.

Na análise descritiva foi tida em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) no caso das variáveis contínuas e frequências, absolutas (n) e relativas (%), no caso das variáveis categoriais.

Na estatística inferencial, foram utilizados testes de diferenças para analisar as diferenças entre grupos e coeficientes de correlação para analisar as relações entre as variáveis.

CAPITULO III - RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados decorrentes das análises descritivas e inferenciais conduzidas. Especificamente, num primeiro momento são apresentados os resultados relativos à caracterização dos participantes e dos Centros de Dia, seguidos dos resultados relativos à Satisfação com o Centro de Dia e por fim os resultados sobre a QdV.

1. Caracterização dos participantes

De acordo com a tabela 1, a idade média dos participantes é de 77,0 anos (dp= 11,3), correspondendo 47,7% (n= 41) ao grupo dos mais novos (até 79 anos) e 52,3% (n=45) aos mais velhos (80 ou mais anos). O género feminino destaca-se com 66,3% (n=57) face ao género masculino com 33,7% (n=29). Relativamente ao estado civil, mais de metade é viúvo, representado por 53,5% (n=46) dos clientes. No que se refere à escolaridade, a média de anos frequentados é de 3,7 (dp= 2,8), sendo que a maioria, ou seja, 67,4% (n=58), frequentou a escola entre 1 a 4 anos.

A média dos anos de reforma é de 21,8 (dp=12,4), sendo que 43,0% (n=37) está reformado entre os 2 a 20 anos. No que se refere à profissão, em média os participantes trabalharam 30,2 anos (dp=15,0), sendo que 37,2% (n=32) trabalharam entre 26 a 50 anos.

A percentagem de participantes com filhos é de 80,2% (n=69) e sem filhos é de 19,8% (n=17). O número médio de filhos é de 2,6 (dp=2,3), sendo que 71,0% (n=61) tem entre 1 a 5 filhos e 10,4% (n=9) tem entre 6 a 10 filhos. Analisando a tabela 1, percebe-se que 29,1% (n=25) dos participantes vive só, 36,0% (n=31) com os filhos, 18,6% (n=16) com outros e 14,0% (n=12) com o cônjuge.

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos clientes

	<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 86	
	COM		SEM		TOTAL	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade M (dp)	75,4 (12,2)		78,7 (10,3)		77,0 (11,3)	
min-máx	45-96		46-95		45-96	
Grupo Etário						
Mais novos (até 79 anos)	23	53,5	18	41,9	41	47,7
Mais velhos (80 + anos)	20	46,5	25	58,1	45	52,3
Género						
Feminino	30	69,8	17	62,8	57	66,3
Masculino	13	30,2	16	37,2	29	33,7
Estado civil						
Casado(a)/União de facto	7	39,5	8	18,6	15	17,4
Solteiro(a)	10	23,3	7	16,3	17	19,8
Viúvo(a)	22	51,2	24	55,8	46	53,5
Divorciado(a)	4	9,3	4	9,3	8	9,3
Escolaridade M (dp)	3,6 (2,6)		3,8 (3,0)		3,7 (2,8)	
min-máx	0-12		0-12		0-12	
Analfabeto	6	14,0	8	18,6	14	16,3
1 a 4 anos	12	27,9	9	20,9	58	67,4
4 a 12 anos	25	58,1	26	60,5	14	16,3
Reformado						
Sim	42	9,7	43	100,0	85	98,8
Não	1	2,3	0	0,0	1	1,2
Nº Anos Reformado M (dp)	19,9 (12,2)		23,51 (12,4)		21,8 (12,4)	
min-máx	2-50		4-55		2-55	
2- 20	19	44,2	18	41,9	37	43,0
21-40	12	27,9	17	40,0	29	33,7
41-55	2	4,7	4	4,7	6	7,0
Nº Anos Profissão M (dp)	26,5 (15,1)		33,5 (14,25)		30,2 (15,0)	
min-máx	1-60		8-70		1-70	
1- 25	17	39,5	8	18,6	25	29,1
26-50	12	28,0	23	53,5	32	37,2
51-70	1	3,3	2	4,6	6	7,0
Descendentes						
Com Filhos	34	79,1	35	81,4	69	80,2
Sem Filhos	9	20,9	8	18,6	17	19,8
Nº de Filhos M (dp)	2,3 (2,2)		2,8 (2,4)		2,6 (2,3)	
min-máx			0-9		0-10	
0	9	20,9	8	16,0	17	18,6
1 a 5	31	72,1	30	70,0	61	71,0
6 a 10	3	7,0	6	14,0	9	10,4
Com quem vive						
Sozinho	13	30,2	12	27,9	25	29,1
Filhos	14	32,6	17	39,5	31	36,0
Netos	1	2,3	1	2,3	2	2,3
Cônjuge	5	11,6	7	16,3	12	14,0
Outros	10	23,3	6	14,0	16	18,6

De acordo com a tabela 2, a maioria dos participantes (67,4%) frequenta o Centro de Dia até três anos e 12,8% (n=11) há mais de 6 anos.

Relativamente à decisão de integrar o Centro de Dia, 65,1% (n=56) dos participantes refere que a decisão foi da responsabilidade de outra pessoa, enquanto 34,9% (n=30) assume que foi por decisão própria. No que se refere aos motivos de integração no Centro de Dia, isolamento e problemas de saúde são os motivos mais frequentes (47,7% e 17,4%, respetivamente). De referir ainda que dificuldades decorrentes do processo de envelhecimento e problemas sociais são os motivos menos apontados pelos participantes para recorrer o Centro de Dia.

Na perspetiva dos participantes, o que mais lhes agrada no Centro é a dimensão sócio-relacional (36,0%) e o tipo de atividades (23,6%). De referir também que cerca de 30% parece agradado com todos os aspetos do Centro de Dia. Já no que se refere aos aspetos do Centro de Dia que menos agradam aos participantes, destaca-se a ocorrência de conflitos e a alimentação (11,6% e 5,8%, respetivamente). Importa também salientar que, aproximadamente, 70,0% dos participantes não referiu qualquer motivo de desagrado com o Centro de Dia.

Tabela 2. Relação com o Centro de Dia

	<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 86	
	COM		SEM		TOTAL	
	GERONTÓLOGO	GERONTÓLOGO	GERONTÓLOGO	GERONTÓLOGO	TOTAL	TOTAL
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Tempo em Centro de Dia</i>						
Menos de 1 anos	16	37,2	8	18,6	24	27,9
1 a 3 anos	18	41,9	16	37,2	34	39,5
3 a 6 anos	2	4,7	15	34,9	17	19,8
Mais de 6 anos	7	16,3	4	9,3	11	12,8
<i>Decisão integração em Centro de Dia</i>						
Próprio	13	30,2	17	39,5	30	34,9
Outro	30	69,8	26	60,5	56	65,1
<i>Motivo de integração em Centro de Dia</i>						
Problemas de saúde	5	11,6	10	23,3	15	17,4
Falta de retaguarda familiar	4	9,3	3	7,0	7	8,1
Problemas sociais	2	4,7	0	0,0	2	2,3
Indicação de terceiros	6	14,0	3	7,0	9	10,5
Isolamento	21	48,8	20	46,5	41	47,7
Dificuldades decorrentes do envelhecimento	1	2,3	2	4,7	3	3,5
Companhia/Ocupação	4	9,3	4	9,3	8	9,3
<i>O que mais agrada no Centro</i>						
Dimensão sociorrelacional	14	32,6	17	39,5	31	36,0
Atividades	8	18,6	12	27,9	20	23,6
Outros services	4	9,3	5	11,6	9	10,5
Tudo	17	39,5	8	18,6	25	29,1
Nada	0	0,0	1	2,3	1	1,2

	<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 86	
	COM		SEM		TOTAL	
	GERONTÓLOGO	GERONTÓLOGO	GERONTÓLOGO	GERONTÓLOGO	<i>n</i>	%
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>O que menos agrada no Centro</i>						
Alimentação	4	9,3	1	2,3	5	5,8
Conflitos	3	7,0	7	16,3	10	11,6
Condições físicas do Centro	0	0,0	1	2,3	1	1,2
Atividades	1	2,3	0	0,0	1	1,2
Nada	30	69,8	29	67,4	59	68,6
Outros	4	9,3	5	11,6	9	10,5

2. Caracterização dos Centros de Dia

Na tabela 3 são apresentados resultados relativos às características do Centro de Dia, nomeadamente características do diretor técnico, recursos humanos e atividades.

No que se refere aos diretores técnicos, a idade média é de 35,8 anos (dp=9,6) e são todos do género feminino. Relativamente às habilitações literárias, 66,7% (n=4) possuem licenciatura e 33,3% (n=2) mestrado, sendo que 50% possuiu formação em gerontologia e os restantes 50% noutras áreas de formação, nomeadamente Educação Social, Serviço Social e Sociologia (16, 7% respetivamente). Quanto à experiência profissional, verifica-se que metade dos diretores técnicos possui até oito anos de experiência e os restantes mais de oito anos.

Tabela 3. Caracterização dos diretores técnicos

	<i>n</i> = 6	
	<i>n</i>	%
<i>Idade M (dp)</i>	35,8 (9,6)	
min-máx	26-50	
<i>Género</i>		
Feminino	6	100,0
Masculino	0	0,0
<i>Habilitações Literárias</i>		
Licenciatura	3	50,0
Pós-Graduação	1	16,7
Mestrado	2	33,3
<i>Área de Formação</i>		
Educação Social	1	16,7
Serviço Social	1	16,7
Sociologia	1	16,7
Gerontologia/Gerontologia Social	3	50,0
<i>Experiência Profissional M (dp)</i>	12,2 (9,2)	
Até 8 anos	3	50,0
Mais de 8 anos	3	50,0

A maioria dos Centros de Dia (83,3%) são de natureza não lucrativa, sendo que 50% (n=3) encontra-se em funcionamento há 20 ou mais anos e 33,3% (n=2) há três anos. Relativamente à localização, a maioria (66,7%) está situado em zona urbana. Quanto à capacidade, um (16,7%) Centro de Dia tem capacidade até 25 clientes e os restantes têm capacidade para 26 a 50 clientes, no entanto em termos de ocupação 50,0% dos Centros de Dia tinham no momento da recolha de dados até 25 clientes e os restantes de 26 a 50 clientes (tabela 4).

No que concerne aos colaboradores, verifica-se que 33,3% dos Centros de Dia contam nos seus recursos humanos com até dois colaboradores com formação superior (colaboradores técnicos), 50,0% possuem de três a quatro colaboradores técnicos e apenas 16,7% possui cinco colaboradores técnicos. Quanto aos colaboradores não técnicos, 66,7% tem até dez colaboradores e 16,7% possui dez ou mais colaboradores (tabela 4).

Tabela 4. Características dos equipamentos sociais Centros de Dia

	<i>n= 6</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Natureza		
Não-lucrativa	5	83,3
Lucrativa	1	16,7
Anos de funcionamento - M (dp)		13,8 (9,9)
3 anos	2	33,3
10 anos	1	16,7
20 anos ou mais	3	50,0
Localização		
Urbano	4	66,7
Semi-urbano	1	16,7
Rural	1	16,7
Capacidade máxima - M (dp)		33,7 (9,5)
Até 29 clientes	2	33,3
30 a 39 clientes	2	33,3
40 a 50 clientes	2	33,3
Número de Clientes - M (dp)		27,5 (7,9)
Até 29 clientes	4	66,7
30 a 39 clientes	1	16,7
40 a 50 clientes	1	16,7
Colaboradores Técnicos		3,3 (1,5)
Até 2 técnicos	2	33,3
4 técnicos	3	50,0
5 técnicos	1	16,7
Colaboradores Não-Técnicos		9,4 (10,0)
Até 10	4	66,7
Mais de 10	1	16,7

A tabela 5 descreve as atividades desenvolvidas nas respostas sociais. Pode-se verificar que todos os Centros de Dias desenvolvem atividades de estimulação cognitiva, com a periodicidade semanal. Relativamente à atividade física, apenas 16,7% não disponibiliza este tipo de atividade, ao contrário dos restantes Centros de Dia. No que se refere às atividades lúdico-recreativas, apenas 16,7% desenvolve este tipo de atividade quinzenalmente, sendo que os restantes Centros de Dia desenvolvem-nas semanalmente. As atividades de cultura e lazer são desenvolvidas semanal, quinzenal e mensalmente por 33,3% dos Centros de Dia, respetivamente. Relativamente às atividades religiosas, 16,7% dos Centros de Dia desenvolvem diariamente esta atividade, 50,0% semanalmente e 33,3% quinzenalmente. Por último, 50,0% das instituições desenvolve ainda outro tipo de atividades, nomeadamente *mindfulness*, estética e terapêutica.

Do ponto de vista da frequência, a frequência da realização das atividades é muito variável, podendo ter atividades com frequência de 20 vezes/mês (ex.: atividades espirituais) até atividades com frequência de 2 vezes/mês (lúdico-recreativa).

Tabela 5. Caracterização das atividades desenvolvidas nos Centros de Dia

		<i>n</i> = 6	
		TOTAL	
	<i>n</i>		%
Tipo de Atividade			
<i>Estimulação Cognitiva</i>	6		100,0
<i>Atividade Física *</i>	5		83,3
<i>Lúdico-Recreativa</i>	6		100,0
Cultura e Lazer **	6		100,0
Espiritual	6		100,0
Outras	3		50,0
Periodicidade			
<i>Estimulação Cognitiva</i>			
Semanal	6		100,0
<i>Atividade Física</i>			
Semanal	5		83,3
<i>Lúdico-Recreativa</i>			
Semanal	5		83,3
Quinzenal	1		16,7
<i>Cultura e Lazer</i>			
Semanal	2		33,3
Quinzenal	2		33,3
Mensal	2		33,3
<i>Espiritual</i>			
<i>Diária</i>	1		16,7
<i>Semanal</i>	3		50,0
Frequência			
<i>Estimulação Cognitiva</i>			
4 vezes/mês	1		16,7
8 vezes/mês	3		50,0
12 vezes/mês	2		33,3

		n= 6	
		TOTAL	
Frequência			
Estimulação Cognitiva			
4 vezes/mês	1	16,7	
8 vezes/mês	3	50,0	
12 vezes/mês	2	33,3	
Atividade Física			
8 vezes/mês	3	50,0	
12 vezes/mês	2	33,3	
Lúdico-Recreativa			
2 vezes/mês	1	16,7	
4 vezes/mês	1	16,7	
8 vezes/mês	2	33,3	
12 vezes/mês	2	33,3	
Cultura e Lazer			
1 vez/mês	2	33,3	
2 vezes/mês	2	33,3	
4 vezes/mês	2	33,3	
Espiritual			
1 vez/mês	2	33,3	
4 vezes/mês	3	50,0	
20 vezes/mês	1	16,7	

Legenda: * 1 Centro de Dia não desenvolve este tipo de atividade; ** Realizadas no exterior

3. Satisfação com os serviços nos participantes de Centro de Dia

Na tabela 6 são apresentados os valores médios das variáveis do QASC, bem como as diferenças de médias entre os dois grupos em análise (com e sem gerontólogo na direção técnica). Apenas a variável *Fiabilidade e Credibilidade* apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(84)=2,111$; $p=0,038$) entre os dois grupos, sendo que os clientes dos Centros de Dia cujo diretor técnico não é gerontólogo apresentam valores médios superiores de satisfação com a *Fiabilidade e Credibilidade* do serviço comparativamente aos clientes dos Centros de Dia com gerontólogo como diretor técnico.

Tabela 6. Valores médios e diferenças de grupos na Satisfação

	Sem Gerontólogo n= 43 M (DP)	Com Gerontólogo n=43 M (DP)	TOTAL n=86 M (DP)	t (84)	p
Instalações, Equipamentos e Sinaléticas	80,0 (9,0)	78,1 (6,0)	79,0 (7,7)	1,182	0,241
Fiabilidade e Credibilidade	100,6 (9,7)	96,3 (8,8)	98,4 (9,5)	2,111	0,038 *
Competência Técnica	19,0 (2,1)	19,0 (2,3)	19,0 (2,1)	0,000	1,000
Responsabilidade e Recetividade	58,4 (4,0)	57,1 (5,8)	58,0 (5,0)	1,178	0,242
Atendimento e Comunicação	38,2 (5,0)	37,7 (4,0)	38,0 (4,3)	0,581	0,563
Satisfação Geral	4,7 (0,6)	4,7 (0,4)	4,7 (0,5)	0,000	1,000

* $p<0,05$

Ainda no que se refere à satisfação dos participantes com o Centro de Dia, especificamente à *Fidelidade ao serviço*, pode-se verificar que a grande maioria dos clientes é fiel ao serviço, uma vez que quase a totalidade recomendaria o serviço a outra pessoa (97,7% sem gerontólogo e 100,0% com gerontólogo) e não mudaria de serviço (88,4% sem gerontólogo e 95,3% com gerontólogo), no entanto, não existe qualquer associação estatisticamente significativa entre a *Fidelidade ao serviço* e a formação do diretor técnico ($\chi^2(1)=1,012$; $p=0,314$; $\chi^2(1)=1,400$; $p=0,237$, respetivamente) (tabela 7).

Tabela 7. Associação entre *Fidelidade ao serviço* e formação do diretor técnico

	Sem Gerontólogo n= 43		Com Gerontólogo n= 43		χ^2	p
	n	%	N	%		
<i>Fidelidade: recomenda o serviço</i>					1,012	0,314
Sim	42	97,7%	43	100,0%		
Não	1	2,3%	0	0,0%		
<i>Fidelidade: mudaria de serviço</i>					1,400	0,237
Sim	5	11,6%	2	4,7%		
Não	38	88,4%	41	95,3%		

A tabela 8, relativa aos resultados sobre o *Motivo de escolha* do Centro de Dia, revela que o facto de ser recomendado e apresentar um conjunto de serviços que responde às necessidades dos participantes são as principais razões que levaram os participantes a escolher os Centros de Dia geridos por não gerontólogos (48,8% e 39,5% respetivamente) ao passo que nos Centros de Dia geridos por gerontólogos os motivos mais frequentes são ser recomendado, apresentar um conjunto de serviços que responder às necessidades dos participantes e situar-se próximo da residência (48,8% e 25,6% respetivamente). Assim, verifica-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre os motivos de escolha e a formação do diretor técnico ($\chi^2(3)=10,516$; $p=0,015$). Enquanto nos Centros de Dia sem gerontólogo na direção técnica há mais participantes a recorrer ao serviço por considerar que o mesmo responde às suas necessidades ou por não ter alternativa, já nos Centros de Dia com gerontólogo como diretor técnico há mais participantes a recorrer ao serviço por este se situar próximo da residência.

Tabela 8. Associação entre *Motivos de escolha* do serviço e formação do diretor técnico

	Sem Gerontólogo		Com Gerontólogo		χ^2	P
	n= 43		n= 43			
	n	%	N	%		
<i>Motivos de escolha</i>					10,516	0,015*
Foi recomendado	21	48,8%	21	48,8%		
O conjunto de serviços corresponde às necessidades	17	39,5%	11	25,6%		
Não tinha alternativa de opção	3	7,0%	0	0,0%		
É próximo do local onde habita	2	4,7%	11	25,6%		

* p<0,05

No que se refere à relação entre Satisfação com o Centro de Dia e o género dos participantes, os resultados revelam que apenas na *Competência técnica* se encontram diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos ($t(84)=1,957$; $p=0,054$). Mais concretamente, a análise revela que os participantes do género feminino apresentam valores médios de satisfação com a *Competência técnica* superiores aos participantes do género masculino (tabela 9).

Tabela 9. Valores médios e diferenças de género na Satisfação

	Feminino M (DP) n= 57	Masculino M (DP) n= 29	TOTAL M (DP) n=86	t (84)	P
<i>Instalações, Equipamentos e Sinaléticas</i>	78,3 (7,1)	80,4 (8,7)	79,0 (7,7)	1,200	0,233
<i>Fiabilidade e Credibilidade</i>	99,2 (9,9)	96,9 (9,0)	98,4 (9,5)	1,054	0,295
<i>Competência Técnica</i>	19,35 (2,0)	18,4 (2,5)	19,0 (2,1)	1,957	0,054
<i>Responsabilidade e Recetividade</i>	58,3 (4,9)	56,6 (5,0)	58,0 (5,0)	1,479	0,143
<i>Atendimento e Comunicação</i>	38,1 (4,3)	37,6 (4,2)	38,0 (4,3)	0,515	0,608
<i>Satisfação Geral</i>	4,8 (0,5)	4,7 (0,5)	4,7 (0,5)	0,701	0,485

No que se refere à relação entre *Fidelidade ao serviço* e género dos participantes não foram encontradas associações estatisticamente significativas (tabela 10).

Tabela 10. Associação entre *Fidelidade ao serviço* e género

	Feminino n= 57		Masculino n= 29		χ^2	P
	n	%	n	%		
<i>Fidelidade: recomenda o serviço</i>					0,515	0,473
Sim	56	98,2%	29	100%		
Não	1	1,8%	0	0,0%		
<i>Fidelidade: mudaria de serviço</i>					0,090	0,764
Sim	5	8,8%	2	6,9%		
Não	52	91,2%	27	93,1%		

No que concerne ao *Motivo de escolha* do Centro de Dia, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre os motivos de escolha e o género dos participantes (tabela 11).

Tabela 11. Associação entre *Motivos de escolha* do serviço e género

	Feminino n= 57		Masculino n= 29		χ^2	P
	n	%	n	%		
<i>Motivos de escolha</i>					5,541	0,136
Foi recomendado	24	42,1%	18	62,1%		
O conjunto de serviços corresponde às necessidades	19	33,3%	9	31,0%		
Não tinha alternativa de opção	2	3,5%	1	3,4%		
É próximo do local onde habita	12	21,1%	1	3,4%		

Observa-se na tabela 12 não foram encontradas diferentes estatisticamente significativas nos níveis de Satisfação dos participantes em função de idade (mais novos *versus* mais velhos), no entanto ao nível da *Satisfação geral* foram encontradas diferenças marginalmente significativas ($t(84)=-1,929$; $p=0,057$), com os participantes mais velhos a apresentar níveis médios de Satisfação superiores aos mais novos.

Tabela 12. Valores médios e diferenças de idade na Satisfação

	Mais novos M (DP) n= 41	Mais velhos M (DP) n= 45	TOTAL M (DP) n=86	t (84)	P
<i>Instalações, Equipamentos e Sinaléticas</i>	79,2 (9,1)	78,9 (6,3)	79,0 (7,7)	0,253	0,801
<i>Fiabilidade e Credibilidade</i>	97,4 (8,6)	99,4 (10,3)	98,4 (9,5)	- 0,935	0,352
<i>Competência Técnica</i>	18,7 (2,7)	19,4 (1,6)	19,0 (2,1)	-1,469	0,145
<i>Responsabilidade e Recetividade</i>	56,9 (5,3)	58,5 (4,6)	58,0 (5,0)	- 1,517	0,133
<i>Atendimento e Comunicação</i>	37,6 (4,3)	38,2 (4,2)	38,0 (4,3)	- 0,640	0,524
<i>Satisfação Geral</i>	4,6 (0,6)	4,8 (0,4)	4,7 (0,5)	- 1,929	0,057

No que se refere à relação entre satisfação e idade não foram encontradas relações estatisticamente significativas (tabela 13).

Tabela 13. Associação entre *Fidelidade ao serviço* e idade

	Mais novos n= 41		Mais velhos n= 45		χ^2	P
	n	%	n	%		
<i>Fidelidade: recomenda o serviço</i>					0,922	0,337
Sim	41	100,0%	44	97,8%		
Não	0	0,0%	1	2,2%		
<i>Fidelidade: mudaria de serviço</i>					0,071	0,790
Sim	3	7,3%	4	8,9%		
Não	38	92,7%	41	91,1%		

Também ao nível dos *Motivos de escolha* do Centro de Dia não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os motivos e a idade (tabela 14).

Tabela 14. Associação entre *Motivos de escolha* do serviço e idade

	Mais novos n= 41		Mais velhos n= 45		χ^2	P
	n	%	n	%		
<i>Motivos de escolha</i>					0,893	0,827
Foi recomendado	22	53,7%	20	44,4%		
O conjunto de serviços corresponde às necessidades	12	29,3%	16	35,6%		
Não tinha alternativa de opção	1	2,4%	2	4,4%		
É próximo do local onde habita	6	14,6%	7	15,6%		

Na tabela 15 são apresentados os resultados relativos à análise entre a Satisfação dos participantes com o Centro de Dia em função dos anos de experiência dos diretores técnicos, tendo para tal sido criados dois grupos – um em que os diretores técnicos possuem até 8 anos de experiência profissional e outro em que os diretores técnicos possuem mais de 8 anos de experiência. Assim, foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis da Satisfação com os serviços (*Instalações, Equipamentos e Sinalética* - $t(84)=2,352$, $p=0,021$; *Fiabilidade e Credibilidade* - $t(84)=2,933$, $p=0,004$; *Competência Técnica* - $t(84)=2,415$, $p=0,018$; *Responsabilidade e Recetividade* - $t(84)=3,280$, $p=0,002$; *Atendimento e Comunicação* - $t(84)=4,686$, $p=0,000$; e *Satisfação Geral* - $t(84)= 3,391$, $p=0,001$). Mais concretamente, são os participantes dos Centros de Dia cujos diretores técnicos têm até 8 anos de experiência os que apresentam níveis médios superiores de Satisfação com os serviços.

Tabela 15. Valores médios e diferenças de grupos na Satisfação em função da experiência profissional

	Até 8 anos n= 49 M (DP)	Mais de 8 anos n=37 M (DP)	t (84)	P
<i>Instalações, Equipamentos e Sinaléticas</i>	80,7 (7,1)	76,8 (7,9)	2,352	0,021*
<i>Fiabilidade e Credibilidade</i>	100,9 (8,1)	95,1 (10,2)	2,933	0,004**
<i>Competência Técnica</i>	19,5 (2,1)	18,4 (2,3)	2,415	0,018*
<i>Responsabilidade e Recetividade</i>	59,2 (3,6)	55,8 (5,9)	3,280	0,002**
<i>Atendimento e Comunicação</i>	39,6 (3,3)	35,7 (4,4)	4,686	0,000***
<i>Satisfação Geral</i>	4,9 (0,4)	4,5 (0,6)	3,391	0,001***

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

No que se refere à relação entre fidelidade ao serviço e anos de experiência do diretor técnico, não foram encontradas associações estatisticamente significativas (tabela 16).

Tabela 16. Associação entre *Fidelidade ao serviço* e anos de experiência do diretor técnico

	Até 8 anos n= 49		Mais de 8 anos n= 37		χ^2	p
	N	%	n	%		
<i>Fidelidade: recomenda o serviço</i>					1,340	0,247
Sim	49	100,0	36	97,3		
Não	0	0,0	1	2,7		
<i>Fidelidade: mudaria de serviço</i>					2,508	0,113
Sim	2	4,1	5	5,8		
Não	47	95,9	32	86,5		

No que se refere à relação entre *Motivos de escolha do serviço* e aos de experiência profissional do diretor técnico, os resultados, apresentados na tabela 17, demonstram a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($\chi^2(3)=7,852$; $p=0,049$), sendo que nos Centros de Dia com diretores técnicos com mais de 8 anos de experiência profissional há mais participantes a identificar como motivo o conjunto de serviços corresponder às necessidades dos participantes (45,9%), ao passo que nos Centros de Dia com diretores técnicos com 8 ou menos anos de experiência profissional há mais participantes a indicar os motivos proximidade ao local de residência (22,4%), ter sido recomendado (51,0%) e ausência de alternativa de opção (4,1%).

Tabela 17. Associação entre *Motivos de escolha* do serviço e anos de experiência do diretor técnico

	Até 8 anos n= 49		Mais de 8 anos n= 37		χ^2	p
	n	%	n	%		
<i>Motivos de escolha</i>					7,852	0,049*
Foi recomendado	25	51,0	17	45,9		
O conjunto de serviços corresponde às necessidades	11	22,4	17	45,9		
Não tinha alternativa de opção	2	4,1	1	2,7		
É próximo do local onde habita	11	22,4	2	5,4		

* p<0,05

4. Qualidade de vida dos participantes de Centro de Dia

No que se refere à QdV dos participantes do estudo é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas em função do Centro de Dia possuir ou não na direção técnica um gerontólogo (tabela 18). No entanto, verifica-se que, com exceção da QdV geral, são os participantes dos Centros de Dia cujo diretor técnico é gerontólogo aqueles que apresentam valores médios superiores em todos os domínios da QdV.

Tabela 18. Valores médios e diferenças de grupos na Qualidade de Vida

	Sem Gerontólogo M (DP) n= 43	Com Gerontólogo M (DP) n=43	TOTAL M (DP) n=86	t (84)	p
<i>Qualidade de Vida Geral</i>	62,8 (19,2)	61,6 (19,0)	62,2 (19,0)	0,283	0,778
<i>Domínio Físico</i>	56,6 (13,4)	57,0 (13,0)	57,0 (13,2)	-0,145	0,885
<i>Domínio Psicológico</i>	66,6 (13,4)	67,5 (15,0)	67,1 (14,0)	-0,321	0,749
<i>Relações Sociais</i>	61,0 (14,0)	66,1 (17,0)	64,0 (15,4)	-1,530	0,130
<i>Ambiente</i>	67,7 (12,4)	72,3 (16,7)	70,0 (14,8)	-1,469	0,145

No que se refere à relação entre QdV e género (tabela 19) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 19. Valores médios e diferenças de género na Qualidade de Vida

	Feminino M (DP) n= 57	Masculino M (DP) n= 29	TOTAL M (DP) n=86	t (84)	p
<i>Qualidade de Vida Geral</i>	61,6 (19,6)	63,4 (18,0)	62,2 (19,0)	-0,400	0,690
<i>Domínio Físico</i>	56,1 (14,4)	58,1 (10,4)	57,0 (13,2)	-0,681	0,498
<i>Domínio Psicológico</i>	66,0 (15,7)	69,1 (9,4)	67,1 (14,0)	-0,976	0,332
<i>Relações Sociais</i>	65,1 (14,1)	60,6 (17,5)	64,0 (15,4)	1,265	0,209
<i>Ambiente</i>	70,0 (15,9)	70,0 (12,6)	70,0 (14,8)	-0,026	0,980

Também no que se refere à comparação entre grupos de idade na QdV, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (tabela 20).

Tabela 20. Valores médios e diferenças de idade na Qualidade de Vida

	Mais novos M (DP) n= 41	Mais velhos M (DP) n= 45	TOTAL M (DP) n= 86	t (84)	p
<i>Qualidade de Vida Geral</i>	59,8 (21,0)	64,4 (16,8)	62,2 (19,0)	-1,146	0,255
<i>Domínio Físico</i>	59,2 (12,8)	55,0 (13,2)	57,0 (13,2)	1,675	0,098
<i>Domínio Psicológico</i>	67,3 (13,8)	66,9 (14,2)	67,1 (14,0)	0,140	0,889
<i>Relações Sociais</i>	60,6 (16,7)	66,3 (13,8)	64,0 (15,4)	-1,744	0,085
<i>Ambiente</i>	68,9 (15,6)	71,0 (14,1)	70,0 (14,8)	-0,644	0,520

Por fim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na QdV dos participantes em função dos anos de experiência profissional dos diretores técnicos (tabela 21).

Tabela 21. Valores médios e diferenças na QdV em função da experiência profissional

	Até 8 anos M (DP) n= 49	Mais de 8 anos M (DP) n= 37	t (84)	p
<i>Qualidade de Vida Geral</i>	61,9 (21,6)	62,5 (15,0)	- 0,123	0,903
<i>Domínio Físico</i>	58,2 (16,2)	61,8 (17,8)	- 0,961	0,339
<i>Domínio Psicológico</i>	67,0 (15,3)	66,8 (12,7)	0,074	0,942
<i>Relações Sociais</i>	64,5 (15,6)	62,4 (15,3)	0,615	0,540
<i>Ambiente</i>	71,3 (16,5)	68,2 (12,1)	0,950	0,345

CAPITULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

Face aos resultados apresentados e considerando o objetivo geral do estudo, importa agora discutir os resultados mais relevantes. Esta discussão seguirá a ordem de apresentação de resultados no capítulo anterior.

Globalmente, os resultados revelam que os participantes são maioritariamente do género feminino (66,3%), com idade média de 77 anos (Min.=45; Max.= 96), mais de metade viúvos (53,5%) e a maioria tem em média 3,7 anos (dp=2,8) de escolaridade, ou seja, baixo nível de escolaridade. Dos participantes, 80,2% revelam ter filhos. Relativamente à decisão de integração no Centro de Dia, a maioria (65,1%) refere que não foi por decisão própria e os principais motivos de integração foram o isolamento social (47,7%) e problemas de saúde (17,4%). Quando questionados sobre o que mais lhes agrada no Centro de Dia, os participantes apontam a dimensão social que esta resposta possibilita (36,0%) e as atividades desenvolvidas (23,6%). De um modo geral, o agrado com o Centro de Dia é elevado, visto que 68,6% revelam não haver qualquer aspeto que lhes provoque desagrado. No entanto, é importante salientar que a alimentação e os conflitos foram alguns dos aspetos como fonte de desagrado (5,8% e 11,6%, respetivamente).

Os diretores técnicos têm em média 35,8 (dp= 9,6) anos e são todos do género feminino. Mais de metade possui apenas licenciatura (66,7%) e as restantes possuem mestrado (33,3%). Ao nível da área de formação, 50,0% têm formação em Gerontologia e as restantes têm formação noutras áreas (Educação Social, Serviço Social e Sociologia). Verifica-se que metade das diretoras técnicas tem até oito anos de experiência e a outra metade mais de oito anos de experiência profissional.

Relativamente aos Centros de Dia, a maioria (83,3%) é de natureza não lucrativa e mais de metade (66,7%) está situado em zona urbana. Verifica-se que metade dos Centros de Dia possui de três a quatro técnicos superiores nos seus recursos humanos. Quanto aos colaboradores não técnicos, mais de metade (66,7%) possui até dez colaboradores.

Todas as respostas sociais desenvolvem atividades de estimulação cognitiva, lúdico-recreativas, espirituais, e de cultura e lazer. Quanto à atividade física, os resultados revelam que todas as instituições apostam neste tipo de atividade exceto uma.

Ao nível da Satisfação com os serviços do Centro de Dia, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(84)=2,111$; $p=0,038$) na variável *Fiabilidade e Credibilidade*, ou seja, os clientes dos Centros de Dia cujo diretor técnico não é gerontólogo apresentam valores médios de satisfação com a *Fiabilidade e Credibilidade* deste serviço superiores aos clientes dos Centros de Dia geridos por gerontólogos.

Relativamente ao *Motivo de escolha* do Centro de Dia, os resultados revelam que o facto de o Centro de Dia possuir um conjunto de serviços que corresponde às necessidades dos participantes foi a razão mais apontada pelos participantes de instituições geridas por não gerontólogos, ao passo que o facto de se situar próximo do local de residência foi o motivo mais identificado pelos participantes de instituições geridas por gerontólogos, sendo que se verificou uma associação estatisticamente significativa ($\chi^2(3)=10,516$; $p=0,015$) entre motivo de escolha do Centro de Dia e área de formação do diretor técnico. Os resultados apontam também para diferenças estatisticamente significativas ao nível da Satisfação com os Serviços em função dos anos de experiência do diretor técnico. Assim, os níveis médios de Satisfação são superiores em todas as variáveis da Satisfação, com exceção de *Fidelidade* e *Motivo de escolha*, nos Centros de Dia cujos diretores técnicos têm até 8 anos de experiência profissional, (*Instalações, Equipamentos e Sinalética* - $t(84)=2,352$, $p=0,021$; *Fiabilidade e Credibilidade* - $t(84)=2,933$, $p=0,004$; *Competência Técnica* - $t(84)=2,415$, $p=0,018$); *Responsabilidade e Recetividade* - $t(84)=3,280$, $p=0,002$; *Atendimento e Comunicação* - $t(84)=4,686$, $p=0,000$; e *Satisfação Geral* - $t(84)= 3,391$, $p=0,001$).

Os resultados da QdV não revelaram diferenças significativas em função da área de formação dos diretores técnicos (gerontólogo *versus* não gerontólogo), no entanto, quando verificados os valores médios verifica-se que estes são superiores em todos os domínios da QdV nos participantes dos Centros de Dia geridos por gerontólogos.

Como tivemos oportunidade de evidenciar, em termos e características sociodemográficas os nossos resultados encontram-se no mesmo alinhamento das evidências prévias da investigação. Assim, temos o predomínio do género feminino, confirmando a feminização da velhice. Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos mais do que os homens. No entender de Fernandes (2007), a grande diferença de sobrevivência relacionada com o género remete para aspetos diferenciais de aspetos biológicos e sociais. Os homens morrem mais cedo do que as mulheres, ou seja, as mulheres têm maior capacidade de sobrevivência. Entre os determinantes desta diferença entre os homens e as mulheres está, em primeiro lugar, uma vantagem biológica (Fernandes, 2007), apesar de muitas vezes em piores condições.

O motivo principal de integração em Centro de Dia foi o isolamento. Este motivo pode ser explicado pela percentagem elevada de viúvos (53,5%). Ussel (2001) apresenta no seu estudo uma relação forte entre a viuvez e a solidão na população idosa. Porém, é difícil

definir se o sentimento de solidão é causado pela morte do cônjuge ou simplesmente reforçado por este fator, uma vez que o sentimento de solidão pode já existir, sendo apenas potenciado pela viuvez. Fernandes (2007) afirma que a viuvez reflete várias mudanças, nomeadamente a nível pessoal, familiar e social. Surge assim a necessidade de adaptação a uma nova realidade, sendo necessário um processo de adaptação e compensação por parte do idoso viúvo.

Se tivermos em consideração que o motivo principal para a integração em Centro de Dia é o isolamento, não é surpreendente que o que mais agrada aos participantes no Centro de Dia seja precisamente a dimensão relacional. Como é do conhecimento no domínio, o isolamento social é uma problemática presente no envelhecimento. Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques (2013) afirmam que o isolamento social provocado por falta de contactos e de reconhecimento social está associado à solidão, à depressão e até a doenças do foro mental. O prolongamento das redes sociais proporcionado pela vida ativa ajudaria a combater o isolamento à medida que o indivíduo envelhece e, possivelmente, graças a uma maior estimulação relacional, contribuiria também para contrariar ou retardar os estados de dependência ou mesmo de demência que uma parte significativa dos indivíduos acabará, mais cedo ou mais tarde, por desenvolver. Nesta perspetiva, as redes sociais afiguram-se como uma espécie de “profilaxia” do próprio processo de envelhecimento, sendo que no nosso estudo o Centro de Dia poderá reunir potencial para melhorar a vida das pessoas mais velhas que recorrem a este serviço pelas oportunidades e/ou reforço desta dimensão do funcionamento humano.

No que se refere à satisfação com os serviços, importa destacar que, globalmente, os valores médios de Satisfação são elevados em todas as variáveis. Estes resultados vão no mesmo sentido de outros no domínio (ex., Silva, 2016; Falcão *et al.*, 2017), sendo que habitualmente os níveis de satisfação das pessoas mais velhas com os equipamentos sociais tende a ser elevado, fruto, muito provavelmente, de um nível de expectativas não muito elevado, pois muitas vezes as pessoas mais velhas perspetivam os serviços prestados por estes equipamentos como um benefício e não como um direito, muitas vezes em resultado ainda de um modelo assistencialista que durante décadas dominou na organização e funcionamento deste tipo de equipamentos sociais. Além disso, muito frequentemente a integração num equipamento social representa uma melhoria de vida para as pessoas mais velhas pois, a grande maioria viveu vidas difíceis, pautadas por dificuldades (económicas, sociais, etc.), trabalho contínuo e precário e privações. Assim, ao passarem a receber os serviços proporcionados por estes equipamentos a sua vida tende a

melhorar pois podem contar regularmente com alimentação, cuidados de higiene, proteção, descanso e até novas e diferenciadas experiências.

Por outro lado, a análise de diferenças de grupos em função da área de formação do diretor técnico (gerontólogo *versus* não gerontólogo) mostrou diferenças estatisticamente significativas na Satisfação apenas na variável *Fiabilidade e Credibilidade*, com os participantes dos Centros de Dia cujos diretores técnicos não eram gerontólogos a apresentar valores de Satisfação com os serviços mais altos. Dentro do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a analisar diferenças na Satisfação com os serviços de pessoas mais velhas em Centro de Dia considerando a formação dos diretores técnicos em gerontologia. O único estudo que se aproxima do nosso é o Falcão e colaboradores (2017) em lares para idosos, cujos resultados revelaram que as pessoas idosas residentes nos Lares geridos por gerontólogos eram mais propensas a um maior nível de satisfação com os cuidados fornecidos, sendo que esta associação não foi explicada pelas características dos residentes. Assim, considerando os resultados do estudo de Falcão e colaboradores e a literatura no domínio da prática gerontológica, seria exetável encontrar valores de satisfação significativamente mais elevados nos participantes de Centros de Dia geridos por gerontólogos comparativamente aos de Centros de Dia geridos por não gerontólogos. A ausência destas diferenças na satisfação pode dever-se a uma diversidade de fatores. Assim, por um lado no nosso estudo os diretores técnicos com formação em gerontologia apresentavam alguma heterogeneidade ao nível da formação, ou seja, uns tinham formação de base (entenda-se primeiro ciclo de estudos/licenciatura) em gerontologia e outros tinham obtido essa formação ao nível do segundo ciclo de formação (ou seja, mestrado). Parece-nos que esta diferença ao nível da formação pode ser relevante no modo como estes profissionais organizam os serviços para responder aos desafios e complexidades inerentes ao processo de envelhecimento. Por outro lado, importa salientar que o estudo de Falcão e colaboradores (2017) foi conduzido em contexto de lar de idosos ao passo que o nosso foi em Centro de Dia. Parece-nos que a tipologia de serviços analisados pode também contribuir para os resultados encontrados na Satisfação com os serviços. Isto é, no caso de idosos que vivem em lares de idosos importa destacar que o lar é o seu único contexto de vida, estes idosos vivem 24 horas sobre 24 horas neste contexto (Faria & Peixoto, 2015), portanto o modo como os serviços estão organizados, o seu funcionamento, a qualidade dos mesmos muito provavelmente terá um impacto muito relevante na vida destas pessoas (o facto de os idosos viverem no Lar pode ter um impacto maior na satisfação com os serviços). Já os idosos que

frequentam Centro de Dia não vivem apenas neste contexto, continuam a regressar às suas casas ao fim do dia, poderão usufruir de maior diversidade de contextos de vida e ambientes pelo que o modo como os serviços estão organizados, o seu funcionamento, a qualidade dos mesmos poderá não ser tão determinante para estas pessoas. A este propósito, importa referir os contributos da gerontologia ambiental para a compreensão de vários aspetos do envelhecimento humano, nomeadamente a satisfação. Assim, o Modelo de Efeitos Diretos e Indiretos do Ambiente de Carp e Carp (1984, citado por Paúl, 2005) considera que o meio ambiente objetivo onde os idosos residem tem um efeito direto e indireto no seu funcionamento que se manifesta através da perceção da satisfação com o meio. Os resultados podem ser modificados por características interpessoais dos utilizadores, situações extrínsecas e acontecimentos de vida recente. Por fim, um outro aspeto a ter em consideração na análise destes resultados tem a ver com a similaridade existente nos vários Centros de Dia que os participantes do nosso estudo frequentam. Como foi possível verificar pelos resultados relativos às características dos Centros de Dia, o seu funcionamento é muito similar, sendo que todos realizam aproximadamente o mesmo tipo de atividades, possuem o mesmo tipo de recursos humanos e materiais. Neste contexto, é expectável que não existam grandes motivos ou fatores diferenciadores da Satisfação nos Centros de Dia com e sem gerontólogos na direção técnica. Especificamente, ao analisar o tipo de atividades desenvolvidas nas instituições, é percebido que existe um padrão pré-definido, sendo que todas as instituições desenvolvem os mesmos tipos de atividades. Este aspeto pode também explicar os níveis positivos de Satisfação da maioria dos clientes, de forma geral.

Quando comparados os níveis de Satisfação dos participantes em função dos anos de experiência do diretor técnico foram apurados valores estatisticamente significativos em todas as variáveis da Satisfação com os serviços, apresentando valores médios de Satisfação superior os idosos de Centros de Dia cujos diretores técnicos têm menos de oito anos de experiência profissional. Estes resultados podem sugerir que os diretores técnicos com menos anos de prática profissional apresentam maior investimento na prática profissional, maior envolvimento emocional, maior realização pessoal e mais energia e entusiasmo no desempenhar das suas funções. Neste sentido, Batista e colaboradores (2010) no estudo sobre a Síndrome de *Burnout* verificaram que os profissionais com menos anos de experiência profissional apresentavam níveis inferiores de *Burnout* e consideravam a profissão mais interessante. Além disso, os resultados deste estudo revelaram que o distanciamento e a desmotivação no trabalho associaram-se a

profissionais com mais de 40 anos, estabilidade no emprego e com mais de 20 anos de trabalho. Assim, é possível que os diretores técnicos com menos anos de experiência profissional estejam mais positivamente envolvidos com a sua atividade profissional e, portanto, tal se reflita na qualidade dos serviços proporcionados e, conseqüentemente, em níveis mais elevados de satisfação dos idosos.

Relativamente aos resultados obtidos na QdV importa destacar os valores médios obtidos que são similares aos encontrados em outros estudos com pessoas mais velhas (ex., Castro, 2014; Soares, 2015). Além disso, no nosso estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função de área de formação e anos de experiência do diretor técnico (gerontólogo *versus* não gerontólogo), do género e do grupo etário dos participantes.

No que se refere às características dos diretores técnicos (área de formação e anos de experiência profissional) parece-nos que muito provavelmente estes aspetos poderão não ser os que, mais diretamente, se relacionam com a QdV percebida pelos idosos. Ou seja, a área de formação dos diretores técnicos, por exemplo, poderá influenciar a promoção de um conjunto de aspetos ou condições da organização e funcionamento dos Centros de Dia que por sua vez poderão contribuir para a QdV dos idosos.

Já no que se refere às características dos participantes (género e idade), a ausência de diferenças de grupo na QdV também se verificaram em outros estudos com pessoas mais velhas apoiadas por serviços de retaguarda à velhice (ex., Silva & Esteves, 2009), particularmente em estudos em que a dimensão da amostra é similar à do nosso estudo (ex., Castro, 2014; Soares, 2015). No entanto, a maioria dos estudos a nível internacional evidenciam diferenças de género, com as mulheres a apresentar níveis de QdV percebida inferiores aos homens (ex., Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010; Mwanyangala *et al.*, 2010; Lima, Lima & Ribeiro, 2010; Braga *et al.*, 2011). Importa ainda referir que, apesar de não serem estatisticamente significativas, os valores médios nos domínios físico e psicológico da QdV e na faceta geral são superiores no género masculino. Thomé Dykes e Hallberg (2004) afirmam que os idosos do género masculino apresentaram melhores resultados no domínio físico da QdV do que os do feminino. E segundo Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004), as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais, o que poderia explicar menores escores no domínio psicológico. Também Avis, Assmann, Kravitz, Ganz e Ory (2004) verificaram que o esquecimento e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes foram associados a pior QdV. Além disso, estes autores concluíram que a atividade física, o

stress, e a percepção e aceitação em relação ao envelhecimento estavam fortemente associados à QdV nas mulheres. Em termos de idade, globalmente a investigação tem reunido evidências que apontam para a redução da QdV à medida que a idade avança (ex., Lima *et al.*, 2010; Mwanyangala *et al.*, 2010; Andrade & Martins, 2011; Braga *et al.*, 2011; García, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera, & Rodriguez-Artalejo, 2005; Spranger *et al.*, 2000), mas alguns estudos também não têm encontrado diferenças ao nível da idade (ex., Castro, 2014; Soares, 2015). Assim, os nossos resultados podem também dever-se a aspetos específicos em termos culturais. Tal como referido pela OMS (1998), a QdV define-se como a percepção do indivíduo sobre o seu posicionamento na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em conformidade com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Por fim, um resultado que nos parece relevante analisar prende-se com as características dos Centros de Dia onde os dados foram recolhidos. Assim, a dominância do género feminino ao nível da direção técnica não é surpreendente pois a literatura documenta uma maior adesão do género feminino a formações superiores na área das ciências sociais. Por exemplo, Almeida, Guisande, Soares e Saavedra (2006), no seu estudo sobre o acesso e sucesso no ensino superior em Portugal, concluíram que os estudantes do género feminino são mais oriundos das classes socioculturais mais desfavorecidas, encontrando-se mais representadas nos cursos de ciências sociais e económicas. Os autores verificaram que apenas 13,3% dos estudantes do género masculino frequentam cursos de ciências sociais. Inversamente, os estudantes do género feminino predominam nos cursos da área ciências sociais (42,9%).

Além disso, a similaridade já referida ao nível das atividades proporcionadas aos idosos também seria exetável uma vez que este tipo de serviço é altamente regulado pela tutela (Instituto de Segurança Social, IP), verificando-se uma regulamentação altamente definida por um padrão geral, o qual condiciona amplamente a atuação dos responsáveis na organização dos serviços e na sua inovação, conduzindo a uma maior diferenciação. Por este motivo, podemos também compreender as diferenças pouco significativas entre Centros de Dia geridas por gerontólogos ou outros profissionais ao nível da satisfação com os serviços.

Embora tenha sido possível alcançar os objetivos de investigação definidos, o presente estudo, tal como acontece em qualquer outra investigação, apresenta limitações que importa analisar e no âmbito das quais os nossos resultados devem ser

contextualizados. Uma das limitações decorre de termos recorrido a uma amostra de conveniência, o que não permite a generalização dos resultados à população relacionada com o contexto do estudo. A par disto, a dimensão amostral pode também representar uma limitação, na medida em que, tendo em conta a dimensão do protocolo de recolha de dados condicionou a natureza das análises estatísticas realizadas e muito provavelmente a expressão ou dimensão dos resultados obtidos.

Outra limitação incide sobre a natureza dos instrumentos de recolha de dados utilizados. O recurso a instrumentos de autorrelato pode enviesar os dados recolhidos uma vez que este tipo de instrumento está sujeito ao efeito da desabilidade social (Oliveira, 2004).

Como referido previamente, outra limitação do estudo refere-se à heterogeneidade ao nível da formação em gerontologia diretores técnicos, ou seja, no estudo participaram diretores técnicos com formação ao nível do primeiro ciclo de estudos em gerontologia e outros com formação em gerontologia apenas ao nível do segundo ciclo de estudos.

Assim, face às limitações apresentadas será importante em estudos futuros alargar a dimensão da amostra, seleccionar serviços em que a formação em gerontologia dos diretores técnicos seja similar, preferencialmente desde o primeiro ciclo de estudos e incluir outras formas de recolha de dados para além dos questionários de autorrelato.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA GERONTOLÓGICA

O número significativo de pessoas idosas em Portugal é uma realidade inegável e a tendência é a aumentar cada vez mais, sendo por isso fundamental o investimento em respostas ajustadas às necessidades desta população, de forma a potenciar o envelhecimento bem-sucedido pautado por qualidade de vida e satisfação face aos serviços e recursos disponibilizados.

Tendo em consideração o objetivo geral do presente estudo, analisar o grau de Satisfação com os serviços e a QdV de pessoas mais velhas clientes de Centro de Dia, e face aos resultados obtidos, podemos afirmar que o mesmo foi atingido. Ou seja, com o presente estudo foi possível reunir evidências relativas ao nível de satisfação com os Serviços dos Centros de Dia e aos níveis de QdV de pessoas mais velhas que recorrem a este tipo de equipamento social, assim como analisar a variação destas duas variáveis (Satisfação com serviços e QdV) em função de características dos diretores técnicos, especificamente área de formação e anos de prática profissional.

Ao nível da Satisfação com os serviços, globalmente, os valores médios de Satisfação são elevados em todas as variáveis. Mais concretamente, podemos apurar que as pessoas mais velhas de Centros de Dia cujo diretor técnico não é gerontólogo apenas se diferenciam das pessoas de Centros de Dia cujo diretor técnico é gerontólogo na variável da *Fiabilidade e Credibilidade*, com os primeiros a apresentar valores médios superiores.

É de salientar também que, esta investigação permitiu ainda perceber que as variáveis da Satisfação, com exceção de *Fidelidade* e *Motivo de escolha*, nos diretores técnicos que têm até 8 anos de experiência profissional, são superiores, em comparação com os diretores técnicos com mais de 8 anos de experiência profissional. Este resultado pode ser explicado pelo maior investimento na prática profissional, maior envolvimento emocional, maior realização pessoal e mais energia e entusiasmo no desempenhar das suas funções dos profissionais que estão a iniciar a sua carreira profissional.

Assim, no caso dos participantes deste estudo o que aparece ser relevante ao nível das características do diretor técnico para os níveis de Satisfação com os serviços é a experiência profissional, aferida por anos de prática profissional e não tanto a área de formação. Assim, no caso do nosso estudo, menos anos de experiência profissional estão associados a maior Satisfação com os serviços. Este é um aspeto a considerar do ponto de vista do exercício profissional dos responsáveis técnicos dos equipamentos sociais, num contexto onde se tem discutido o lugar/papel de profissões emergentes como é o caso do

gerontólogo. A este propósito importa salientar uma salvaguarda que se prende com a, já referida heterogeneidade da formação dos profissionais com formação em gerontologia responsáveis pelos equipamentos que servem os participantes deste estudo: estes profissionais tanto apresentam formação em gerontologia ao nível do 1º ciclo de estudos (licenciatura) como do 2º ciclo de estudos (mestrado) e neste caso a sua formação de base (licenciatura) situa-se em áreas diversas como Educação Social, Serviço Social entre outras.

A gerontologia enquanto ciência também recente e emergente constitui um quadro e referência nuclear para “ler” e orientar a intervenção com pessoas em processo de envelhecimento e, nesse sentido, também essencial para desenhar e operacionalizar o funcionamento dos serviços dirigidos aos mais velhos. Razão pela qual seria exetável que os idosos que beneficiam de serviços geridos por profissionais com formação nesta área apresentassem maior satisfação com os mesmos. A ausência desta evidência não obsta, na nossa opinião, à relevância da formação superior em gerontologia e dos profissionais em gerontologia – gerontólogos, particularmente perante as profundas transformações sociais decorrentes do aumento exponencial do envelhecimento demográfico e face a uma das maiores conquistas da humanidade – o aumento da longevidade. Como tivemos oportunidade de referir aquando da discussão de resultados, muito provavelmente a acentuada uniformização da organização e funcionamento deste tipo de equipamento social decorrente da regulamentação produzida pela tutela e reforçada por um modelo de gestão assente ainda num paradigma assistencialista condicionam a diferenciação positiva e a conseqüente variação dos níveis de satisfação dos mais velhos com os serviços proporcionados.

No que se refere à QdV, os nossos resultados apontam para a ausência de diferenças estatisticamente significativas atendendo às caraterísticas dos diretores técnicos (área de formação e anos de experiência profissional) e dos participantes (género e idade). Globalmente, os níveis médios de QdV são elevados e similares a outros encontrados na investigação no domínio como tivemos já oportunidade de analisar. Se a ausência de diferenças na QdV considerando as caraterísticas dos diretores técnicos não são surpreendentes, o mesmo já não podemos dizer no que se refere às caraterísticas dos participantes, pois as evidências da literatura tendem a apontar para diferenças em função da idade e do género. Apesar de se verificar a ausência de diferenças significativas em função da área de formação dos diretores técnicos, quando verificados os valores médios, verifica-se que estes são superiores em todos os domínios da QdV nos participantes dos Centros de Dia geridos por gerontólogos. Este aspeto poderá representar uma tendência

que poderá ganhar expressão caso a dimensão amostral fosse superior, razão pela qual importa em estudos futuros considerar amostras mais alargadas. Além disso, é possível que a área de formação dos diretores técnicos não se “reflita” diretamente na perceção de QdV dos participantes, mas opere de modo “indireto”. Ou seja, é provável que os diretores técnicos com formação em gerontologia proporcionem ambientes (físico, social, emocional) “amigos” das pessoas mais velhas, que por sua vez contribuam para melhor QdV.

Ao nível das características dos participantes importa ainda referir que, embora também não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, os valores médios nos domínios Físico e Psicológico da QdV e na faceta geral da QdV são superiores no género masculino, o que pode sugerir uma tendência em termos de resultados. Além disso, muito provavelmente o facto de serem apoiados pelos serviços do Centro de Dia poderá criar condições para a melhoria da QdV, independentemente da idade e do género.

Uma outra evidência do presente estudo que nos parece relevante tem a ver com os motivos que levaram os participantes a procurar o Centro de Dia – o isolamento. Face ao aumento do envelhecimento demográfico e da longevidade os Centros de Dia podem constituir-se como estruturas da comunidade com capacidade para responder às necessidades e exigências das pessoas mais velhas e das suas famílias. Para tal é fundamental que este tipo de equipamento social disponha de recursos (humanos, materiais), modelos de gestão e dispositivos legais que permitam desenvolver uma intervenção que vá de encontro às necessidades específicas das pessoas mais velhas como é o caso do isolamento. A este propósito, importa salientar que as atividades desenvolvidas pelos Centros de Dia são muito semelhantes do ponto de vista da natureza, assim como em termos de frequência de realização. Este é um dado relevante uma vez que pode representar uma melhoria no funcionamento e na qualidade dos serviços prestados por este tipo de resposta social, mas ao mesmo tempo preocupante pois denota uma ausência de especificação e individualização dos serviços face à natureza das características e necessidades das pessoas mais velhas que os procuram.

Por fim importa referir também que, apesar do evidente aumento da população idosa em Portugal, os estudos sobre a prática gerontológica são ainda escassos, dificultando a comparação de resultados. Parece-nos que o nosso poderá constituir um contributo no sentido de reunir e sistematizar evidências que permitam sustentar o contributo dos

gerontólogos para a organização, funcionamento e qualidade dos serviços proporcionados aos mais velhos e, conseqüentemente, para a melhoria da QdV destas pessoas.

O trabalho profissional do gerontólogo, segundo Pereira e Caria (2014), é construído na interação cuidador e pessoa cuidada. É complexo quanto à natureza do conhecimento, competências e princípios que mobiliza. É impulsionador de confiança, de autoeficácia e de empoderamento. É também um referencial de identidade e de uma cultura profissional. É emancipador, gerando inovação e promovendo a excelência do serviço. A prática profissional gerontológica constitui o essencial do processo de cuidado gerontológico. O cuidado gerontológico, enquanto elemento central da identidade profissional e da cultura profissional do gerontólogo, permite distinguir o trabalho profissional deste novo profissional do trabalho de outras profissões também envolvidas na prestação de cuidados às pessoas mais velhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. S., Guisande, M. A., Soares, A. P., & Saavedra, L. (2006). Acesso e sucesso no ensino superior em Portugal: Questões de género, origem sócio-cultural e percurso académico dos alunos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 507-514.
- Alves, C. (2003). *Satisfação do Consumidor*. Lisboa: Escolar Editora.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 185-199.
- Antunes, M., & Pires, A. (2006). A qualidade em organizações de serviços na área social – experiências e reflexões. *Cadernos de Sociomuseologia*, 25, 135-160
- Arrazola, F., Méndez, A., Lezaun, J. (2003). *Centros de Día - Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo*. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales.
- Associação Nacional de Gerontólogos (2017). Perfil do Gerontólogo. Disponível em www.angerontologos.pt. Acedido em 22 de Junho de 2018.
- Avis, N., Assmann, S., Kravitz, H., Ganz, P., & Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13(5), 933-946.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes e M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barbosa, T. (2017). *Envelhecimento e fragilidade: Um estudo em Centro de Dia*. Dissertação de Mestrado não publicada, Ensino Superior de Educação, Instituto Politécnico Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined?. *Quality of life research*, 21(4), 625-631.
- Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188-196.
- Bass, S. (2009) Toward and integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D.Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 347-374). New York: Springer.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida. *Exedra*, 11-28.
- Batista, J., Carlotto, M., Coutinho, A., & Augusto, L. (2010). Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13, 502-512.

- Benet, A. (2003). *Los centros de día para personas mayores*. Madrid: Edicions de la Universitat de Lleida.
- Bengston, V., Rice, C., & Johnson, L. (1999). Are Theories of aging important? Models and explanation in gerontology at the turn of the century in V. Bengston e K. Shaie (Eds) *Handbook of Theories of Aging* (pp. 3-20). NY: Springer Publishing Company.
- Birren, J., & Schroots, J., (1996). History, concepts and theory in the psychology of aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of aging* (pp. 3 - 23), 4ª Edition. San Diego: Academic Press.
- Braga, S. F. M., Peixoto, S. V., Gomes, I. C., Acúrcio, F. D. A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Revista de saúde pública*, 45(6), 1127-1136.
- Bravo, J. M. (2014). Reconfiguração dos Sistemas de Pensões em Portugal. *Cadernos de Economia*, 108, 9-20.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, E. (2013). *A animação sociocultural em contexto de centro de dia: projeto de intervenção*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Castro, M (2014). *Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Ensino Superior de Educação, Instituto Politécnico Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Conrad, K.J., Hughes, S., Hanrahan, P., & Wang, S. (1993). Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 3, 112-122.
- Costa, M. (2007). *A qualidade profissional do recém-licenciado em gerontologia*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Dawalibi, N., Goulart, R., & Prearo, L. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3505-3512.
- Falcão, A., Pereira, F., Pimentel, H., Teixeira, C., & Rodrigues, V. (2017). The academic background of gerontologists and client satisfaction in long-term residential care for older persons. *Educational Gerontology*, 43(2), 62-72.
- Farenzena, W. P., Argimon, I. L. Moriguchi, E., & Portuguese, M. W. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós*, 10(2) 225-243.

- Faria, C., & Peixoto, M. C. (2015). Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 435-442.
- Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, (183), 419-443.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fernández-Ballesteros (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Envejecimiento Activo: contribuciones de la psicología* (pp. 58-99). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Figueira, H., Figueira, J., Mello, D., & Dantas, E. (2008). Quality of life throughout ageing. *Acta medica lituanica*, 15(3), 169–172.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de saúde pública*, 34, 178-183.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24(5), 675-691.
- García, E., Banegas, J., Perez-Regadera, A., Cabrera, R., & Rodriguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14(2), 511-520.
- Guedes, S. (2000). A concepção sobre a família na Geriatria e na Gerontologia brasileiras: ecos dos dilemas da multidisciplinaridade. *Revista brasileira de ciências sociais*, 15(43), 69-82.
- Hunt, S. (1997). Defining quality of life: The practical Importance of conceptual Clarity – Technical, Ethical, and Interpretative Issues. *Monitor MOT*, 2 (2), 9-12.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). Guia Prático de Apoios Sociais para Pessoas Idosas (N35J –V4.11).
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Censos 2011 - Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de psicologia*, 26(3), 297-304.
- Irwin, S. (1999). Late, life, inequality and sociological theory. *Ageing and Society*, 19(6), 691-715.
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of life Research*, 13(1), 125-136.

- Johnston, R., Clark, G., Brandão, A., & Corrêa, H. (2002). *Administração de operações de serviço*. São Paulo: Atlas.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. Wykle, P. Whitehouse, & D. Morris (Eds.), *Successful Aging Through the Life Span: Intergenerational Issues in Health*, (pp. 101-126). NY: Springer.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Kluthcovsky, A. C. G., & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 31(3, supl. 0), 0-0.
- Lima, D. L., de Lima, M. A. V. D., & Ribeiro, C. G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(3), 346-356.
- Litvoc, J., & Brito, F. (2004). Envelhecimento prevenção e promoção da saúde. *Envelhecimento prevenção e promoção da saúde*, 226-226.
- Lourenço, H. (2015). *Envelhecimento e prática profissional em gerontologia social: Contributo para a prática gerontológica integrada baseada na evidência*. Dissertação de Mestrado não publicada, Ensino Superior de Educação, Instituto Politécnico Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Manual de Processos-chave (2010). Centro de Dia. Instituto da Segurança Social, IP.
- Medina, A. (2013). *A satisfação dos idosos com a prestação de serviços institucionais*. Projeto de Graduação não publicado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Melo, M., Souza, A., Leandro, E., Mauricio, H., Silva, I., & Oliveira, J. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & saúde coletiva*, 14, 1579-1586.
- Melo, R., Silva, T., & Cachioni, M. (2015). Desafios da formação em Gerontologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, 123-147.
- Meyer, M. (2003). The Current state and Developments in Gerontology in European Higher Education. *Educational Gerontology*, 29, 55-69.
- Millán Calenti, J.S. (2006). *Terapias alternativas*. In Millán Calenti, *Princípios de geriatria y gerontologia*, (p. 339-349). Madrid: McGRAW- HILL.
- Mwanyangala, M., Mayombana, C., Urassa, H., Charles, J., Mahutanga, C., Abdullah, S., & Nathan, R. (2010). Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global health action*, 3(1), 2142.

- Nicodemo, D., & Godoi, M. P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*, 6(1), 40-53.
- Nicolussi, A. C., Fhon, J. R. S., Santos, C. A. V., Kusumota, L., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 723-730.
- Oliveira, A., Oliveira, N., Arantes, P., & Alencar, M. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física-uma revisão sistemática. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 13(2), 301-312.
- Oliveira, J. (2004). Desejabilidade Social: Um construto de difícil avaliação. *Psychologica*, 35, 233-247.
- Orley J., Saxena S., & Herrman H., (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry*, 172, 291-3.
- Paúl, C. (2001). *A construção de um modelo de envelhecimento humano: O grande desafio da saúde e das ciências sociais no século XXI*. Aula de Agregação (Manuscrito não publicado).
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Socza (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C. (2012). Tendências Actuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 1-20). Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*. 15 (2005) 275-287.
- Paúl, M. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In M. C Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*, (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, F., & Caria, T. (2014). Saberes profissionais e trabalho profissional do gerontólogo. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 2, 81-89.
- Pereira, F., (2008). Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde. In VI Congresso Português de Sociologia, *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Lisboa (Portugal).
- Pereira, F., Mata, M. , & Pimentel, M. (2012). A emergência da gerontologia como profissão e o seu reconhecimento social em Portugal. *Atas do V Encontro do CIED – Escola e Comunidade*, 179-184.
- Pereira, F., Mata, M. A., & Pimentel, M. H. (2012). A emergência da gerontologia como profissão e o seu reconhecimento social em Portugal. *Atas do V Encontro do CIED – Escola e Comunidade*, 179-184.
- Ramalho, A., & Ramalho, J. (2014). A relevância da formação em gerontologia social na implementação das políticas sociais em Portugal. In H. Luz, & I. Miguel (Coord.),

- Gerontologia social: perspectivas de análise e intervenção (pp- 39-50). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional.
- Ribeiro, A. (2005). O Percurso da Construção e a Avaliação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Utentes em Relação aos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 33-65.
- Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. N. Cruz, S. N. Jesus & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Richardson, V., & Barusch, A. (2006). *Gerontological practice for the twenty-first century*. New York: Columbia University Press.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful (physiological changes associated with aging). *Science*, 237, 143-147.
- Silva, J. N. (2016). *Envelhecimento e políticas sociais: Um estudo sobre o serviço de apoio domiciliário*. Ensino Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Portugal.
- Soares, A. (2015). *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Ensino Superior de Educação, Instituto Politécnico Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Teixeira, M. (2008). *Centro de dia na perspectiva do utente: uma visão global*. Soares, A. (2015). *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Thomé, B., Dykes, A., & Hallberg, I., (2004). Quality of life in old people with and without cancer. *Quality of life Research*, 13(6), 1067-1080.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of exercise*, 6(2), 13-28.
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Valada, M. (2011). *A arte da vida: caminhar pelo envelhecimento com resiliência e com qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa, Portugal.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8, 246-252.

Veríssimo, M. (2014). *Geriatría Fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

World Health Organization (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.