INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Cuidado Centrado na Pessoa em Ambiente SAD

Discente: Adelaide Conceição Costa Sousa Fernandes

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientadora: Doutora Sara Alves

Coorientadora: Prof. Doutora Joana Guedes

Abril
2025

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional aumenta a necessidade de respostas que promovam a autonomia das pessoas idosas. Em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) desempenha um papel essencial, mas mantém um modelo assistencialista, focado na execução de tarefas, em detrimento dos Cuidados Centrados na Pessoa (CCP), focados nas necessidades individuais.

Objetivo: Analisar a perspetiva de Diretores Técnicos (DTs), Ajudantes de Ação Direta (AADs), familiares e clientes sobre a aplicação dos princípios do CCP no SAD, identificando semelhanças e divergências entre os grupos.

Metodologia: Estudo predominantemente qualitativo, com abordagem quantitativa para a caracterização da amostra. Quatro DTs, sete AADs, quatro familiares e quatro clientes participaram no estudo. Utilizaram-se questionários para recolher variáveis sociodemográficas e do contexto, e entrevistas semiestruturadas (DTs, clientes e familiares) e focus groups (AADs) para recolher as perspetivas sobre o SAD. Seguindo os pressupostos de Bardin para a análise qualitativa, os dados foram categorizados segundo os princípios do CCP: dinâmica organizacional, intervenção, foco, decisões, plano individual, perspetiva/intervenção, avaliação da qualidade, autonomia e rede de suporte social, permitindo identificar lacunas no SAD face aos CCP.

Resultados: O SAD apresenta um modelo assistencialista com pouca flexibilidade na adaptação às necessidades individuais. Além das categorias descritas, emergiram duas novas: uso da tecnologia e capacitação da equipa. Apesar de algumas práticas CCP, persistem desafios na personalização dos cuidados, participação na tomada de decisão e diversificação dos serviços.

Conclusões: A adoção dos CCP no SAD pode contribuir para um envelhecimento mais digno e autónomo, consolidando o SAD como resposta de *ageing in place*.

Palavras – chave: Análise Qualitativa; Cuidado Centrado na Pessoa; Envelhecimento; Humanização dos cuidados; SAD;

Abstract

Introduction: The ageing population increases the need for responses that promote the autonomy of older people. In Portugal, Home Care Support plays a crucial role but maintains an assistance-based model focused on task execution rather than Person-Centred Care (PCC), which prioritises individual needs.

Objective: To analyse the perspective of Residential Care Managers (RCMs), Healthcare Assistants (HCAs), family members, and clients regarding the application of PCC principles in Home Care Support, identifying similarities and differences between these groups

Methodology: A predominantly qualitative study, with a quantitative approach for sample characterisation. Four RCMs, seven HCAs, four family members, and four clients participated in this study. Questionnaires were used to collect sociodemographic and contextual variables, while semi-structured interviews (with RCMs, clients, and family members) and focus groups (with HCAs) gathered perspectives on Home Care Support. Following Bardin's qualitative analysis framework, data were categorised based on PCC principles: organisational dynamics, intervention, focus, decision-making, individual plans, perspective/intervention, quality assessment, autonomy, and social support networks, allowing for the identification of gaps in Home Care Support regarding PCC.

Results: Home Care Support follows an assistance-based model with limited flexibility in adapting to individual needs. In addition to the described categories, two new themes emerged: technology use and team training. Despite some PCC-aligned practices, challenges persist in personalising care, involving clients in decision-making, and diversifying services.

Conclusions**:** The adoption of PCC in Home Care Support can contribute to a more dignified and autonomous ageing process, strengthening Home Care Support as a key solution for ageing in place.

Keywords: Ageing; Home Care Service; Humanized Care; Person Centered Care; Qualitative analysis

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas e instituições que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Doutora Sara Alves, pela orientação, paciência, dedicação, motivação e pelos valiosos ensinamentos que me proporcionou durante este longo processo. O seu incentivo e apoio constante foram essenciais para que eu pudesse desenvolver este trabalho da melhor forma possível.

Um agradecimento especial à minha filha, Catarina, pela paciência, compreensão, motivação e força durante todo o processo de elaboração desta tese.

Agradeço também à Prof. Doutora Joana Guedes, pela contribuição na revisão do trabalho elaborado e sugestões de melhoria do mesmo.

Ao Sr. Carlos Alberto a minha sincera gratidão pelo apoio institucional, pela disponibilidade em fornecer os recursos necessários e pela infraestrutura oferecida durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu marido e à minha mãe, o meu agradecimento mais profundo pela compreensão durante os momentos de dedicação a este trabalho que foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Por fim, gostaria de agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa.

Índice

Introdução **1**

Parte I – Enquadramento Teórico **3**

1 – Envelhecimento 3

1.1 – Envelhecimento populacional 3

1.2 – Uma abordagem biopsicossocial do envelhecimento 7

2 – As pessoas mais velhas na comunidade 10

2.1 – "Ageing in Place" 10

2.2 – Serviço de Apoio ao Domicílio 12

2.2.1 – Definição e Enquadramento 12

2.2.2 – Cobertura do SAD em Portugal 14

3 – Cuidados Centrados na Pessoa 17

3.1 – Impacto do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa no Serviço de Apoio Domiciliário 19

Parte II – Estudo Empírico **22**

1 – Problema de pesquisa 22

2 – Objetivos da Investigação 23

2.1 – Objetivos específicos 23

3 – Metodologia 24

3.1 – Desenho do estudo 24

3.2 – População e amostra 24

3.3 – Técnicas de recolha de dados 25

3.4 – Instrumentos de recolha de dados 27

3.5 – Procedimentos de recolha de dados 28

3.6 – Procedimentos éticos 28

3.7 – Tratamento e análise de dados 29

Parte III – Apresentação e discussão dos dados **31**

1 – Resultados 31

1.1 – Caracterização da amostra 31

1.1.1 – Diretores Técnicos 31

1.1.2 – Ajudantes de Ação Direta 31

1.1.3 – Clientes/utentes 32

1.1.4 – Familiares 35
2 – Perspetivas e Considerações ao modelo atual de SAD 36
2.1 - Cuidados Centrados na Pessoa VS Cuidados Tradicionais Assistencialistas 36
2.1.1 – Dinâmica Organizacional 37
2.1.2 – Intervenção 39
2.1.3 – Foco 40
2.1.4 – Decisões 42
2.1.5 – Plano Individual 44
2.1.6 – Perspetiva/ intervenção 45
2.1.7 – Avaliação da qualidade 47
2.1.8 – Autonomia 47
2.1.9 – Rede de suporte social 48
2.1.10 – Capacitação da equipa 50
2.1.11 – Uso da tecnologia 51
2.2 – Análise comparativa entre os grupos 52
2.2.1 – Equipas: Estabilidade vs. Rotatividade 52
2.2.2 – Tempo disponível para a pessoa: Cuidado Humanizado vs. Gestão operacional 53
2.2.3 – Participação na definição dos Cuidados: Autonomia vs. Estruturação Predefinida 54
2.2.4 – Uso da Tecnologia: Segurança vs. Necessidade de Contacto Humano 54
2.2.5 – Apoio Psicossocial: Realidade vs. Desejos 55
2.2.6 – Dificuldade no Recrutamento e Capacitação das Equipas 55
3 – Discussão 56
Considerações finais 62
Referências bibliográficas 63
Anexos 69

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura da população por grandes grupos etários, UE-27, 2019-2100 3

Figura 2 – Comparação da evolução do índice de envelhecimento Portugal e EU 4

Figura 3 – Distribuição territorial da resposta social SAD, por concelho – 2022 16

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – População residente em Portugal por Local de residência, Sexo e Grupo Etário – 2013 5

Gráfico 2 – População residente em Portugal por Local de residência, Sexo e Grupo Etário – 2023 5

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Índice de longevidade e dependência dos idosos (2001-2021) 6

Tabela 2 – População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (por ciclos de vida) 6

Tabela 3 – Capacidade de resposta do SAD por distrito (Portugal Continental) em 2022 15

Tabela 4 – Características dos Modelos de Cuidados Centrado na Pessoa e dos Cuidados tradicionais assistencialistas 17

Tabela 5 – Descrição do grupo de DT em relação às variáveis sociodemográficas e do contexto profissional 31

Tabela 6 – Descrição do grupo de AAD em relação às variáveis sociodemográficas e do contexto profissional 32

Tabela 7 – Descrição do grupo de clientes em relação às variáveis sociodemográficas 33

Tabela 8 – Descrição do perfil de utilização do SAD no grupo de clientes/utentes 34

Tabela 9 – Descrição da amostra de familiares em relação às variáveis sociodemográficas e do contexto de prestação de cuidados 35

Índice de Quadros

Quadro 1 – Critérios Inclusão e exclusão 25

Quadro 2 – Métodos de recolha de dados de acordo com grupo de participantes 27

Quadro 3 – Tipo de dados recolhidos em cada grupo 27

Abreviaturas

AAD – Ajudantes de ação direta

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

CTA – Cuidados tradicionais assistencialistas

DT – Diretores Técnicos

PI – Pessoa Individual

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos desafios mais prementes das sociedades contemporâneas. Contudo viver mais anos (ainda) se encontra associado a uma maior prevalência de doenças crónicas (Pina, 2013) e a um aumento de dependência/incapacidade, conduzindo com frequência à necessidade de assistência em fases mais avançadas da vida, que exigem a implementação de respostas eficazes que promovam a autonomia e o bem-estar das pessoas idosas. Apesar destas dificuldades a maioria das pessoas prefere ficar em suas casas em detrimento da institucionalização. Em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) surge como uma alternativa essencial para a manutenção das pessoas idosas no seu ambiente familiar e no seu contexto, permitindo-lhes envelhecer no local de residência com o suporte necessário. No entanto, a prestação destes cuidados continua fortemente enraizada num modelo assistencialista (Martin et al., 2010), focado na execução de tarefas básicas, em detrimento de uma abordagem mais personalizada e humanizada.

Considerando cada pessoa como um ser biopsicossocial, importa (re)programar respostas que integrem estas dimensões da pessoa, respeitando a sua individualidade mesmo em situações de elevada dependência. Diante deste cenário, o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) apresenta-se como uma perspetiva que coloca as necessidades individuais dos clientes no centro da intervenção, valorizando a participação ativa, a autonomia e a dignidade das pessoas idosas. No contexto do SAD, a legislação em vigor ainda reflete a predominância de um modelo de cuidados tradicionais assistencialistas; contudo, a adoção do CCP pode representar uma abordagem mais ajustada e humanizada, embora a sua implementação neste contexto permaneça pouco explorada, sendo essencial aprofundar o conhecimento sobre as condições e desafios que podem influenciar a sua concretização na prática.

Considerando estes aspetos, no presente estudo pretende-se perceber como é percecionado o SAD à luz dos princípios do cuidado centrado na pessoa a partir de uma amostra com os principais intervenientes neste serviço: Diretores Técnicos, Ajudantes de Ação Direta, familiares e clientes beneficiários de SAD. Mais especificamente pretende-se explorar a perspetiva de cada um destes intervenientes relativamente à aplicabilidade dos princípios de cuidados centrados na pessoa no atual modelo de SAD e identificar aspetos comuns e divergentes entre os grupos.

De forma a concretizar estes objetivos, esta dissertação está organizada em três partes.

A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, onde se aprofunda o conhecimento sobre o tema com base na literatura existente, incluindo-se para o efeito três capítulos, especificamente: 1) Envelhecimento; 2) As pessoas mais velhas na comunidade; 3) Cuidados Centrados na Pessoa.

A segunda parte, refere-se ao Estudo Empírico, apresentando os objetivos deste trabalho e descrevendo a metodologia adotada, o tipo de estudo, procedimentos de recolha, tratamento e análise de dados bem como as questões éticas inerentes ao estudo.

Por fim, a terceira parte – Apresentação e discussão de resultados – faz uma apresentação dos resultados, que se subdividem em dois tópicos principais, 1) análise conjunta dos resultados e 2) comparação de perspetivas entre os diferentes intervenientes. Nesta parte, é ainda feita uma discussão dos resultados obtidos, fazendo uma análise compreensiva dos dados e integrando-os à luz da literatura existente.

Assim, a organização adotada permite não apenas estruturar a investigação de forma clara e sistemática, mas também fundamentar a reflexão sobre a aplicabilidade do Cuidado Centrado na Pessoa no Serviço de Apoio Domiciliário. A partir da análise das diferentes perspetivas dos intervenientes, esta investigação procura identificar desafios e oportunidades para a sua implementação, contribuindo para aumentar o conhecimento nesta área e para apoiar a adoção de práticas mais humanizadas e eficazes no cuidado a pessoas idosas, promovendo a sua qualidade de vida e autonomia.

Parte I – Enquadramento Teórico

1 – Envelhecimento

1.1 – Envelhecimento populacional

O envelhecimento é um processo inerente a todos as pessoas, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (WHO, 2015; Murtagh, 2017). Individualmente, o envelhecimento é um fenómeno multidimensional e complexo (Andrade, 2009). Viver mais anos está associado a mudanças significativas na vida da pessoa, especialmente em termos de saúde e participação social (Cabral, 2013), constituindo simultaneamente, uma conquista e um desafio para a sociedade. Se por um lado maior longevidade representa uma possibilidade para a realização de projetos, continuidade dos laços afetivos; por outro, está muitas vezes associada a pior saúde e maior dependência, o que se traduz em maiores exigências tanto do ponto de vista individual como também coletivo.

A realidade atual mostra-nos um acentuado envelhecimento populacional, demarcado por aumento da população mais velha e uma diminuição da população mais jovem (Azevedo, 2022). Dados de tendências da evolução da população na Europa (Figura 1) mostram que para o período entre 2019 e 2100, é esperado que a percentagem da população em idade ativa diminua, em contraste com um aumento da percentagem da população idosa. Em concreto, as projeções apontam que as pessoas com 65 anos ou mais representarão 31,3 % da população da UE-27 até 2100, em comparação com 20,2 % em 2019. Consequentemente, o índice de dependência dos idosos da UE-27 deverá quase duplicar de 31,4 % para 57,1 % entre 2019 e 2100.

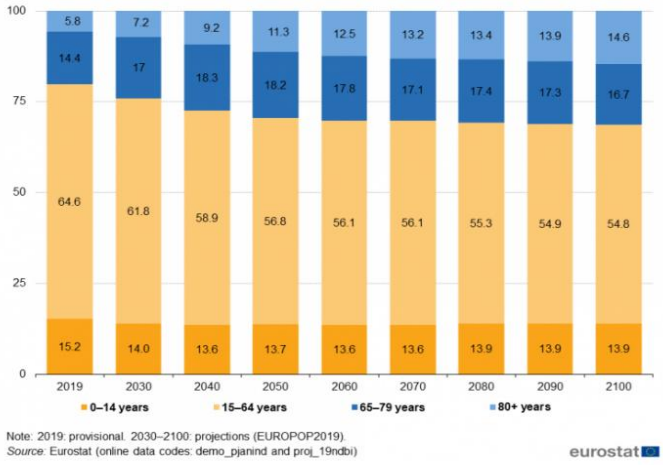

Figura 1 – Estrutura da população por grandes grupos etários, UE-27, 2019-2100 (Fonte: Eurostat)

No que respeita aos dados nacionais, Portugal não só segue a mesma tendência da Europa, como ainda apresenta um envelhecimento mais acentuado da população. Segundo os dados do Pordata, em 2021, o Índice de Envelhecimento[1] da União Europeia era de 139,8%, enquanto em Portugal esse valor era de 175,8%. (Figura 2). Portugal é um dos países europeus onde este fenómeno se destaca, com as faixas etárias mais velhas a representar uma parte considerável da população. Em concreto, salienta-se o crescimento dos grupos etários com idade mais avançada, com o número de pessoas centenárias (com 100 ou mais anos) a ultrapassarem as 3 mil pessoas em Portugal.

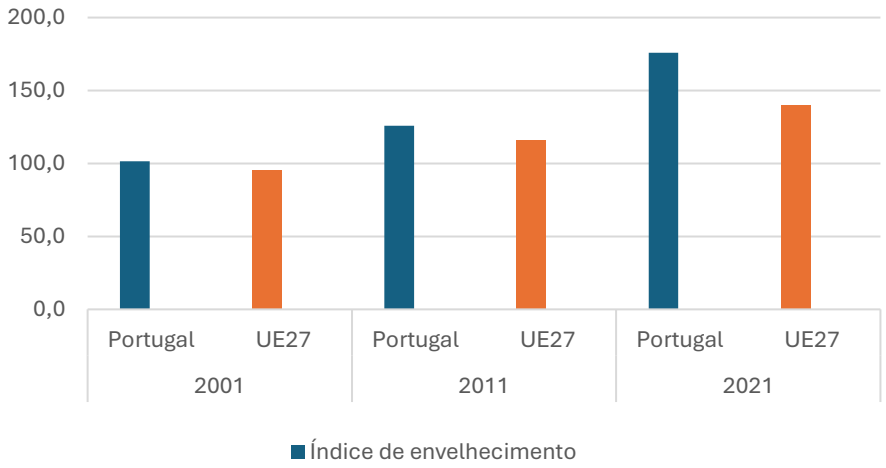

Figura 2 - Comparação da evolução do índice de envelhecimento Portugal e EU

No entanto, viver mais anos nem sempre significa viver com qualidade de vida e de forma independente. Segundo os dados de Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2030, o número de anos de vida saudável em Portugal ainda se encontra abaixo da União Europeia. Tal situação demonstra que o crescimento da esperança de vida não tem sido acompanhado de boas condições de saúde (Vidal et al., 2019).

[1] O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos.

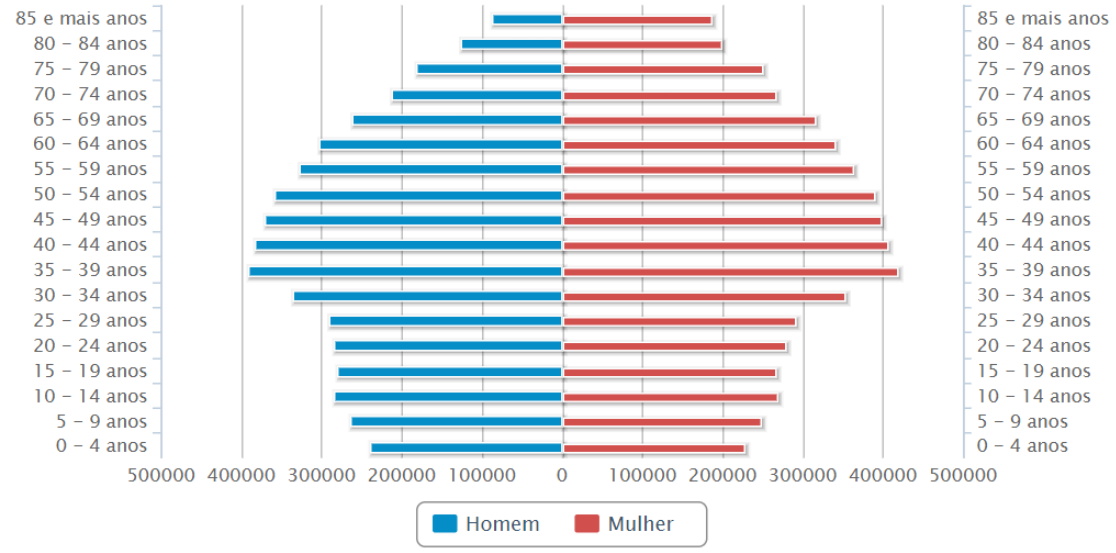

Gráfico 1 – População residente em Portugal por Local de residência, Sexo e Grupo Etário – 2013

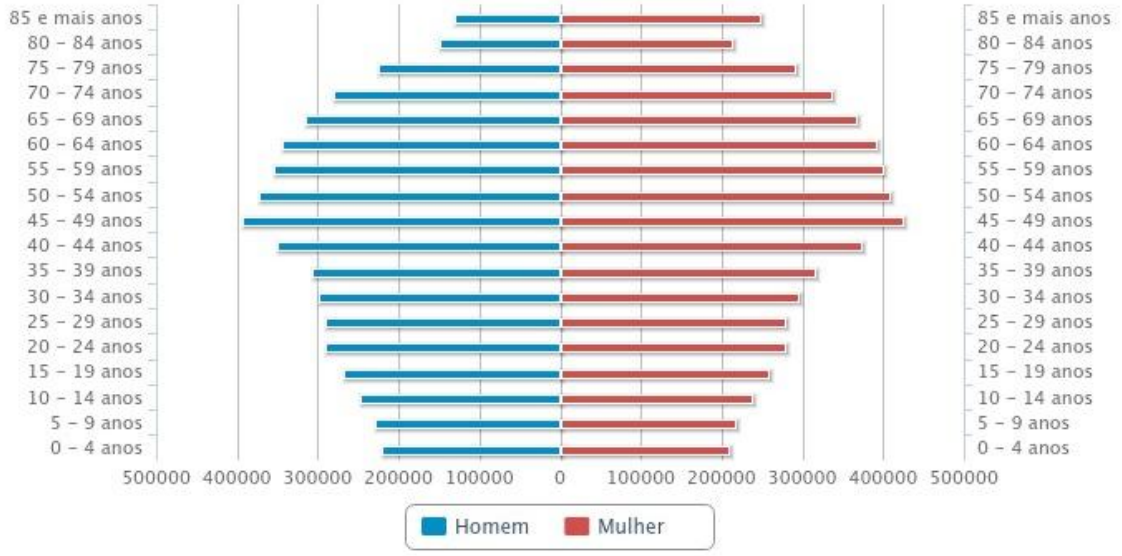

Gráfico 2 – População residente em Portugal por Local de residência, Sexo e Grupo Etário - 2023

Os dados dos Gráfico 1 e 2 também evidenciam um desequilíbrio entre os dois sexos, para as faixas etárias acima dos 65 anos. Em particular, verifica-se que o número de homens é significativamente inferior ao número de mulheres, sugerindo que as mulheres vivem mais anos. Em particular, no ano de 2023, a esperança média de vida para as mulheres é de 83.7, enquanto para os homens é de 78.4, o que significa que as mulheres vivem em média, mais 5.3 anos do que os homens (INE, 2023).

Consequentemente aumentando o nível de dependência dos idosos[2] que passou de 28.8 para 36.8 na última década. Já o índice de longevidade[3] aumentou significativamente na década 2001-2011 passando de 41.4 para 47.9 em 2011 seguindo-se um aumento pouco significativo na última década, com índice de 48.7.

Tabela 1 – Índice de longevidade e dependência dos idosos (2001-2021)

Anos	**Índice de longevidade**	**Índice de dependência**
2001	41.4	24.2
2011	47.9	28.8
2021	48.7	36.8

O envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se, situação com tendência a aumentar.

Tabela 2 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas anuais da população residente

Grupo etário	**2013**			**2023**		
Sexo	HM	H	M	HM	H	M
0 - 14 anos	1531002	784652	746350	1363768	698284	665484
15 - 24 anos	1109679	563467	546212	1098757	559767	538990
25 - 64 anos	5715710	2751134	2964576	5612626	2719430	2893196
65 e mais anos	2087701	866092	1221609	2564575	1106087	1458488
Total	**10444092**	**4965345**	**5478747**	**10639726**	**5083568**	**5556158**

[2] Índice de dependência de idosos - representa o número de pessoas de idade superior a 65 anos por cada 100 ativos

[3] Índice de longevidade - Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos

Com base nestes dados podemos concluir que se adivinha uma sociedade cada vez mais envelhecida. Este crescimento do estrato etário da população idosa representa um desafio não só em termos de saúde, mas também sociais e económicas. De acordo com Bárrios et al. (2020), o envelhecimento configura diferentes desafios globais, nacionais e locais, que requerem um planeamento inovador e a criação de políticas que respondam de forma adequada às alterações que resultam do processo de envelhecimento. É, pois, premente refletir sobre os desafios do envelhecimento demográfico, encontrando soluções que garantam um envelhecimento saudável e ativo (Barrios & Fernandes, 2015). É necessário envolver a sociedade no seu todo (a sociedade civil, o setor social e as autoridades nacionais e locais) para se proceder a uma reflexão profunda sobre os desafios e medidas de mitigação que o envelhecimento demográfico exige e que melhor se adaptam a nossa realidade socioeconómica, como forma de garantir um envelhecimento saudável e ativo.

1.2 – Uma abordagem biopsicossocial do envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial que reflete a interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo do ciclo de vida. Este processo envolve mudanças progressivas no funcionamento físico, na cognição e nas dinâmicas sociais. Assim, o envelhecimento não se limita a alterações biológicas, mas abrange também transformações emocionais, comportamentais e na forma como a pessoa se relaciona com o mundo à sua volta.

Entre os diferentes aspetos do envelhecimento, o componente biológico destaca-se por envolver mudanças graduais nos sistemas do corpo humano, decorrentes de processos genéticos e ambientais, e, portanto, com o passar dos anos, o envelhecimento biológico é inevitável. A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que reduzem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz (Fontaine, 2000). Por esta razão, com a idade, muitas capacidades físicas diminuem e surgem problemas musculares, ósseos, digestivos, metabólicos, auditivos e do sistema nervoso central, resultando numa maior propensão dos indivíduos para desenvolverem certas patologias e/ou incapacidades (Figueiredo, 2007).

Em termos biológicos, podemos diferenciar dois tipos de envelhecimento: i) envelhecimento primário ou normal; e ii) envelhecimentos secundário ou patológico. O envelhecimento primário ou normal define-se como um processo normal, mais ou menos semelhante em todos

os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível (Barreto, 2017). Aparecimento dos cabelos brancos, perda de cabelo, rugas, perda elasticidade da pele, perda de capacidade muscular, perda de visão ao perto, diminuição da capacidade de memoria a curto prazo, diminuição auditiva, modificação do tecido dentário, perda de dentes…

O envelhecimento secundário ou patológico diz respeito às alterações provocadas pelas patologias decorrentes da idade avançada (Birren e Schroots, 1996; Fuente, 2001). Berger e Mailloux-Poirier (1995) diferenciam nitidamente o envelhecimento primário, ou senescência normal, do envelhecimento secundário. De acordo com estes autores, o envelhecimento secundário caracteriza-se pelo aparecimento, com a idade, de lesões patológicas (muitas vezes múltiplas) e que devido à sua elevada prevalência nas pessoas mais velhas, são muitas vezes confundidos com as manifestações do envelhecimento normal (ex. aterosclerose, osteoporose, hipertensão arterial).

Além das mudanças físicas, o envelhecimento também traz transformações significativas no âmbito psicológico. De uma forma muita sucinta, o envelhecimento psicológico refere-se às capacidades de autorregulação para se adaptar às alterações inerentes ao processo de envelhecimento, ou seja, como elas reagem e se adaptam às mudanças e desafios que surgem durante o processo de envelhecimento. Aspetos como a personalidade, ou seja, as características individuais de cada pessoa, as capacidades cognitivas e as estratégias de adaptação irão condicionar um envelhecimento mais ou menos bem-sucedido. Nesta perspetiva, e diante das mudanças significativas a que as pessoas mais velhas podem estar sujeitas nesta fase da vida, é frequente tornarem-se mais vulneráveis. O processo de envelhecimento tende a ser uma fase particularmente exigente, caracterizada por momentos de instabilidade emocional, devido às perdas de capacidades físicas e cognitivas, prejudicando os conhecimentos adquiridos e consolidados que a vida lhes proporcionou. Algumas dificuldades relacionadas com o funcionamento da memória (p.e., alteração da velocidade de processamento, alterações na memória recente, maior dificuldade em resolver problemas e lidar com situações novas. A par disto, o aparecimento de alguns problemas pode gerar não só sofrimento físico e alterações na qualidade vida, como podem estar associados a maiores níveis de ansiedade (p.e., preocupação, alterações na rotina)

Devido à variedade de distúrbios mentais que surgem nessa idade, os idosos sentem-se mais vulneráveis e frágeis, pois não se sentem tão hábeis para realizar tarefas como as pessoas que estão com plena capacidade cognitivas. Com isso, é comum que os idosos se sintam

desvalorizados e menosprezados, o que dificulta sua integração ou reintegração no contexto social, comprometendo seu papel social. Esquecimentos e falhas de memória são frequentes nessa etapa da vida e, com o seu agravamento, esse estado pode evoluir de uma perturbação para uma patologia.

Paralelamente às dimensões biológica e psicológica, o envelhecimento social destaca-se como um componente fundamental, pois envolve as mudanças nas relações interpessoais, nos papéis sociais e na participação na comunidade. Este fenómeno abrange transformações nas interações e dinâmicas sociais que ocorrem com o avançar da idade, influenciado por fatores demográficos, como a esperança média de vida; económicos, como a reforma; e culturais, relacionados com os papéis sociais. Estas mudanças estão também interligadas com transformações biológicas e físicas resultantes do envelhecimento. À medida que os indivíduos envelhecem, podem surgir desafios significativos, entre os quais se destacam o aumento do isolamento social e da solidão. Esses problemas podem ser exacerbados pela perda de amigos e familiares, pela diminuição da mobilidade e pela falta de oportunidades de interação social.

Este fenómeno complexo que envolve várias dimensões, incluindo a reforma, a alteração de papéis sociais e a rede relacional. Com a transição para a reforma, muitos idosos enfrentam uma transição significativa, que pode resultar em uma nova fase de vida, onde a identidade profissional é substituída por novas ocupações e interesses. Essa mudança pode levar a uma reavaliação dos papéis sociais, uma vez que os idosos deixam de ser vistos principalmente como trabalhadores e começam a assumir outros papéis, como avós, voluntários ou mentores.

Além disso, a rede relacional dos idosos muitas vezes sofre alterações, com a perda de amigos e familiares, o que pode resultar em um isolamento social. Contudo, essa fase também oferece oportunidades para a criação de novas conexões e a participação em comunidades ou grupos de apoio, que ajudam a mitigar os efeitos da solidão e a promover o envolvimento social. Assim, o envelhecimento social, apesar dos desafios que apresenta, pode ser um momento de renovação e redescoberta de papéis e relacionamentos.

Para fazer face ao crescimento do envelhecimento social, nas últimas décadas foram criadas várias organizações e instituições na área do envelhecimento, visando principalmente combater o isolamento social (Ferreira, 2014). Cumulativamente, as preocupações com a qualidade de vida dos idosos resultaram na criação de serviços e equipamentos (como lares, centros de dia, universidades séniores), visando proporcionar uma adaptação mais natural e equilibrada a essa

nova fase da vida, ajudando os idosos a lidar com as mudanças e perdas inerentes ao processo de envelhecimento.

2 – As pessoas mais velhas na comunidade

2.1 – "*Ageing in Place*"

À medida que envelhecem, as pessoas necessitam de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte adequado para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, muitas vezes resultando em perda de capacidades. Criar e manter contextos favoráveis ao envelhecimento é essencial para promover o bem-estar das pessoas idosas, permitindo-lhes ser autónomas e socialmente ativas pelo maior tempo possível (Fonseca, 2021).

O local de residência de uma pessoa não se limita à sua casa, mas também inclui a comunidade onde esta está inserida. A organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes e a disponibilidade de serviços na área circundante são fatores que contribuem para um envelhecimento participativo ou, pelo contrário, para um envelhecimento socialmente excluído (Fonseca, 2021). Manter uma vida próxima da que se teve durante décadas só é viável se o ambiente construído e natural estiver preparado para acompanhar a evolução das capacidades individuais, preservando a confiança e autoestima das pessoas idosas. Não se trata apenas de facilitar a vida das pessoas, mas de lhes permitir usufruir, de forma plena e segura, do que as rodeia, desde o espaço físico até às ligações sociais.

A possibilidade de viver em casa e de estender essa vida à comunidade envolvente exige a consideração de vários níveis de intervenção, e que incluem a habitação, os serviços e os recursos e a participação social (Fonseca, 2021).

Em resultado destas considerações, emergiu o conceito de "*Ageing in Place*". Este conceito refere-se à capacidade da pessoa continuar a viver na própria casa e comunidade ao longo do tempo, de forma segura e independente. Para Martin, Santinha, Rito e Almeida (2012) um dos aspetos centrais deste conceito passa por compreender as mudanças que ocorrem durante o envelhecimento e no meio envolvente, favorecendo a permanência da pessoa tanto na sua habitação quanto na comunidade. Segundo Timmerman (2012; citado por Marques, 2018), o "*Ageing in Place*" implica que a pessoa permaneça na sua própria casa o maior tempo possível à medida que envelhece, mesmo que sofra de alguma doença funcional ou cognitiva. Já Iecovich (2014), refere que o *"Ageing in Place*" apresenta várias dimensões inter-relacionadas: física (a

casa, aldeia, bairro, cidade onde se vive), social (relacionamentos e contactos interpessoais), emocional e psicológica (sentimento de pertença e ligação a um lugar), e cultural (valores, crenças e significados atribuídos a um espaço). Assim, o "*place*" não se refere apenas a um local físico de residência, mas a todo um contexto que permite à pessoa mais velha preservar os significados da sua vida, incluindo uma identidade social que pode ser mantida mesmo em caso de incapacidade. O lugar (*place)* reflete uma extensão da identidade pessoal, permitindo a preservação da integridade do 'eu' e promovendo um sentido de continuidade entre as diferentes etapas do ciclo de vida. Esta definição é corroborada por Fonseca (2018), que enfatiza que o recurso a medidas de "*Ageing in Place*" deve ser encarado como a primeira opção para o bem-estar da pessoa, devido às vantagens de inclusão social e emocional que frequentemente proporciona.

Dispor de redes de apoios e serviços adequados e eficazes no apoio às necessidades das pessoas mais velhas quando se tornam mais frágeis e doentes, é um dos pilares do conceito de "*Ageing in Place*". O ficar em casa nesta fase da vida, com manutenção de independência, privacidade, segurança, competência e controlo sobre o meio envolvente é o objetivo a atingir, lembrando que o termo "*place*" refere-se não apenas ao local de habitação, mas também à comunidade, composta pelo ambiente físico e social (familiares, amigos, vizinhos) (Fonseca, 2021). De acordo com Fonseca (2021), a permanências das pessoas nas suas casas têm os seguintes objetivos: i) controlo sobre as suas vidas; ii) preservar e reforçar a identidade; e iii) promoção do bem-estar. Quebrar essa possibilidade pode levar à perda de relações sociais, mudanças nas rotinas diárias e estilos de vida, e frequentemente, perda de independência. Poder continuar no local onde se vive e disfrutar do conhecimento do mesmo, das memórias associadas, das referências associadas é vantajoso em termos de manutenção do sentido de vida e preservação de sentimentos de segurança e familiaridade. Numa perspetiva económica sobre as políticas de "*Ageing in Place*", existem claras vantagens deste ponto de vista uma vez que o cuidado institucional é mais caro do que a prestação de cuidados na comunidade (Fonseca, 2020). Esta evidência tem contribuído para tomadas de decisões políticas de implementação de medidas que priorizam o envelhecimento em casa, com uma oferta crescente de serviços (ex, higiene, alimentação, acompanhamento ao médico, fazer compras medicamentos e supermercado…) para aqueles que necessitam de assistência no domicílio, permitindo-lhes manter uma vida tão independente quanto possível.

No que respeita à realidade nacional, Portugal tem adotado um conjunto de boas práticas nesta matéria (organização dos espaços, tipo de edifícios, a rede de transportes). Estas iniciativas alinham-se com as recomendações da OMS sobre "*Ageing in Place*" (WHO, 2015), procurando promover ambientes favoráveis para que as pessoas mais velhas disponham de um conjunto de recursos que lhes permitam continuar inseridas no seu contexto. Todavia, Fonseca (2018) refere que no âmbito das políticas de "*Ageing in Place*" é necessário avançarmos para uma abordagem interdisciplinar, valorizando intervenções em diferentes níveis: nacional, regional, comunitário e individual.

Além das iniciativas mencionadas anteriormente que refletem essencialmente iniciativas de âmbito regional e comunitário, as respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia podem ser consideradas como iniciativas de "*Ageing in Place*" de âmbito nacional, uma vez que permitem à pessoa permanecer no seu contexto mesmo em situação de fragilidade ou incapacidade. Nos últimos anos, a disseminação destas respostas por todo o país a par de uma diversificação dos serviços prestados tem contribuído para a manutenção de um número considerável de pessoas idosas no seu ambiente habitual, retardando ou mesmo evitando a institucionalização. Na secção seguinte, é apresentado um enquadramento sobre o funcionamento, os objetivos e a importância do Serviço de Apoio Domiciliário, evidenciando o papel fundamental deste serviço na promoção da autonomia e na permanência das pessoas idosas no seu contexto habitual.

2.2 – Serviço de Apoio ao Domicílio

2.2.1 – Definição e Enquadramento

Em Portugal, os cuidados domiciliários começaram a ganhar relevância no final dos anos 70 do século XX, devido ao aumento da população com mais de 65 anos e foram se consolidando ao longo das décadas de 80 e 90, integrando-se nas políticas de apoio aos idosos (Garcia, 2009).

Segundo Bonfim e Veiga (1996), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é definido como uma resposta social que presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias que, por incapacidade, não conseguem satisfazer temporária ou permanentemente as suas necessidades básicas e/ou realizar as atividades da vida diária. Rodriguez e Sanchez (2003), acrescentam que o SAD consiste numa resposta individualizada de caráter preventivo e reabilitador que articula diversos serviços e técnicas de intervenção profissional, prestados no domicílio de pessoas idosas com algum grau de dependência. Este serviço visa satisfazer as

necessidades básicas dos idosos, permitindo-lhes permanecer em suas casas. Veiga & Correia (2009) reforçam que os cuidados domiciliários devem ser flexíveis e evolutivos, adaptando-se às necessidades do idoso e da sua família, e envolvendo a participação destes no processo. Assim e apesar de necessitar de regras e procedimentos, o SAD deve ser adaptado a cada caso específico, reconhecendo a individualidade e a situação vivenciada por cada pessoa, e promovendo a sua participação na elaboração e implementação do serviço.

Com o crescimento desta resposta, foi desenvolvida regulamentação própria para os estabelecimentos e serviços privados que prestam apoio social – Decreto-Lei nº 30/89 de 24 de janeiro, Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de maio e o Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de novembro. Em particular, neste último documento foram definidas e atualizadas as regras reguladoras para a implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário.

No que respeita a cuidados e serviços estabeleceu-se que o âmbito de atuação do SAD poderia incluir: i) Cuidados de higiene e conforto pessoal; ii) Serviços diários, incluindo, sempre que necessário, apoio ao fim de semana e feriados; iii) Higiene habitacional; iv) Fornecimento e apoio nas refeições; v) Tratamento da roupa de uso pessoal; vi) Atividades de animação e socialização; vii) Teleassistência.

Outros serviços do SAD podem ainda incluir a formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais, apoio psicossocial, confeção de alimentos, transporte, cuidados de imagem, pequenas reparações no domicílio, e atividades ocupacionais.

O Despacho Normativo nº 62/99 estipula ainda que uma das condições gerais de funcionamento do SAD é a operação contínua, idealmente por 24 horas, incluindo fins de semana e feriados. Além disso, determina a obrigatoriedade de elaboração de um plano de cuidados individualizado, definido com o idoso e a sua família, e supervisionado por técnicos qualificados, com acompanhamento e avaliação periódica. A elaboração deste plano começa com uma visita domiciliária para recolher informações sobre o idoso e o seu contexto, o que é essencial para uma compreensão global das suas necessidades, que vão além da higiene pessoal e refeições, incluindo também necessidades sociais e afetivas (Correia, 2011).

Outras regras indicadas no Despacho Normativo 62/99 incluem a criação de ficheiro atualizado do utente e um processo detalhado onde conste o plano de cuidados, os serviços prestados e a avaliação periódica. Estes elementos constituem elementos essenciais para assegurar uma prestação de cuidados adequada procurando refletir a monitorização das necessidades da pessoa ao longo do tempo. No entanto, vários autores têm sublinhado que para uma boa definição do

plano de cuidados, é de extrema importância ouvir clientes e considerar as suas necessidades emocionais, respeitando a sua identidade, privacidade, hábitos e rotinas. O profissional deve ser capaz de se colocar no lugar da pessoa, compreendendo os seus sentimentos e história de vida, sem julgamentos, de forma a poder refletir no plano de cuidados (e reavaliações) elementos que promovam não só a satisfação das necessidades básicas e instrumentais de vida diária, mas também a satisfação de necessidades psicológicas, sociais e de ocupação.

2.2.2 – Cobertura do SAD em Portugal

De acordo com os dados disponíveis na Carta Social de 2022, o SAD foi uma das respostas sociais que mais cresceu entre 2000 e 2022, tendo-se verificado um aumento de 71.2% no número de vagas disponíveis (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2022). No entanto, este crescimento não foi acompanhado pela procura na mesma medida, uma vez que, há uma discrepância entre a capacidade de resposta do SAD e o número de vagas ocupadas. Se analisarmos os dados mais recentes (Carta Social de 2022), verificamos que o número total de vagas é superior ao número de vagas ocupadas (Tabela 3). O SAD em 2022 foi a resposta com maior número de lugares (113 081) estando 63% dos utilizadores abrangidos por acordos de cooperação social[4]. No entanto, o número de utentes que recebem este apoio não cresceu, ou seja, não acompanhou o aumento do número de lugares neste serviço, apresentando uma taxa de ocupação média de 67%, verificando-se uma subutilização desta resposta.

As possíveis causas subjacentes às baixas taxas de ocupação do SAD poderão estar relacionadas com a falta de informação sobre os benefícios deste serviço, o facto do SAD nem sempre se adaptar às necessidades individuais dos utilizadores e a falta de flexibilidade do serviço em termos de horários ou modalidades de apoio também poderá ser outro fator (Segurança Social, 2017).

Adicionalmente, o processo burocrático, documentação e requisitos para obter o apoio do SAD pode ser moroso e complicado (Segurança Social, 2021), o que muitas vezes desmotiva as famílias ao procurarem este apoio, acabando por optar por procurar alternativas como cuidados

[4] Acordos de cooperação social - O Protocolo de Cooperação estabelecido bienalmente entre os ME, MTSSS e do MS e as entidades que compõem o setor social e solidário, representados pela UMP, a CNIS, a UM e a CONFECOOP - Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL, atento ao Decreto-Lei n.º 143/2017, de 29 de novembro, que define o valor de comparticipação financeira pago por utente/mês em cada uma das respostas abrangidas pelo Protocolo.

familiares ou cuidadores informais. Este apoio informal muitas vezes é visto como mais adequado às necessidades da pessoa, principalmente em zonas mais rurais.

Financeiramente, o SAD ainda é difícil de suportar para algumas famílias, embora existam subsídios e apoios financeiros para o acesso a estes serviços, muitas vezes o custo associado ao SAD continua ainda a ser elevado. A falta de orçamento público adequado para este tipo de serviços também contribui para a baixa taxa de ocupação deste serviço (Gil, 2009). Esta falta de investimento público no SAD também poderá ser um fator que justifique a limitada oferta de serviços do SAD, o que por sua vez, poderá também contribuir para a baixa taxa de utilização do SAD.

Tabela 3 – Capacidade de resposta do SAD por distrito (Portugal Continental) em 2022

Distrito	**Total de vagas**	**Número de vagas ocupadas**	**Taxa ocupação**
Aveiro	6 556	5462	83,3%
Beja	3 382	1644	48,6%
Braga	8 609	5989	69,6%
Bragança	3 503	2373	67,7%
Castelo Branco	3 914	2643	67,5%
Coimbra	6 871	4912	71,5%
Évora	3 163	1972	62,3%
Faro	3 376	1998	59,2%
Guarda	5 615	3384	60,3%
Leiria	6 614	4796	72,5%
Lisboa	20 410	12995	63,7%
Portalegre	2 723	1093	40,1%
Porto	12 370	8783	71,0%
Santarém	5 796	3562	61,5%
Setúbal	5 097	3964	77,8%
Viana do Castelo	3 217	2258	70,2%
Vila Real	4 428	3238	73,1%
Viseu	7 508	5145	68,5%
TOTAL	**113 081**	**76211**	**67,4%**

Fonte: GEP, Carta Social (2022)

Conforme se pode visualizar na Figura 3, este serviço está presente em todos os concelhos do continente, evidenciando-se uma maior concentração da oferta dos mesmos nas regiões Norte e Centro. Este serviço era predominantemente feito por entidades não lucrativas, no entanto, nos distritos de Lisboa e Porto existe uma significativa oferta da rede privada na ordem dos 20% (GEP, 2022).

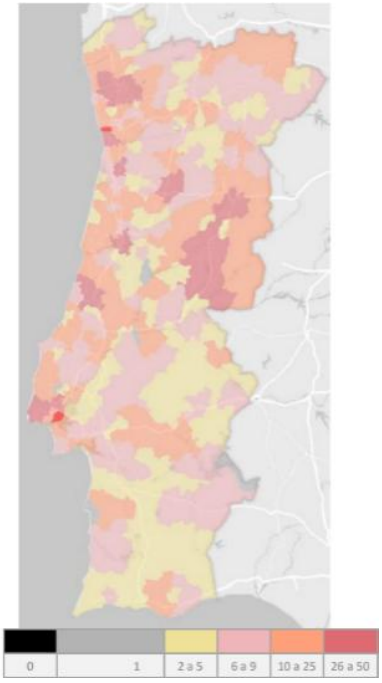

Figura 3 – Distribuição territorial da resposta social SAD, por concelho – 2022 (Fonte: GEP, Carta Social 2022)

Segundo Carvalho (2012), as políticas de cuidados em Portugal apresentam um certo atraso em relação a outros países europeus, exceto os do Leste. O Estado português depende fortemente do setor privado, financiando essas entidades para a prestação de serviços. Nota-se também que, em Portugal, a assistência a idosos recai demasiadamente sobre a família, com a intervenção estatal ocorrendo principalmente quando a pessoa já apresenta algum problema que comprometa sua independência. O desenvolvimento de apoios e serviços é realizado, em grande parte, com uma abordagem restritiva e seletiva, favorecendo as pessoas dependentes através de uma lógica de discriminação positiva (Walker, 2001, citado por Jerónimo, 2017). No entanto, ainda falta uma articulação eficaz entre as áreas social e da saúde. Portugal continua a registar um atraso considerável quando comparado com outros países, especialmente os do norte da Europa (Carvalho, 2012).

O SAD deve focar a sua atuação em duas áreas específicas. Desde logo, no que se refere à dependência, deve aliviar a deterioração ou perda funcional da pessoa idosa, auxiliando-a nas

suas dificuldades ou realizando por ela as tarefas que não consegue executar. Em simultâneo, no que respeita à autonomia, o SAD deve reforçar a autoestima da pessoa idosa e respeitar a sua vontade, permitindo-lhe, caso mantenha as suas faculdades mentais, decidir livremente sobre a sua vida, sempre considerando a sua opinião e desejos.

Proceder a uma restruturação do modelo atual do SAD deve ser encarado como uma necessidade a implementar, tendo em consideração a priorização das vontades e expectativas dos idosos. Dessa maneira, assegura-se que o plano de cuidados não seja elaborado apenas com base na racionalização dos serviços, mas sim nas necessidades reais dos idosos e das suas famílias. Torna-se, portanto, essencial adotar um modelo de cuidados centrados na pessoa, que valorize as necessidades, preferências e expectativas individuais das pessoas idosas. Na secção seguinte, será explorado este paradigma, com foco particular na sua aplicação ao Serviço de Apoio Domiciliário.

3 – Cuidados Centrados na Pessoa

Conforme foi referido anteriormente, o atual modelo de prestação de cuidados domiciliários está sobretudo centrado na tarefa. Esta constatação remete para a necessidade de explorar outros modelos de atuação que considerem outras dimensões da pessoa e que a coloquem no centro dos cuidados. Existem alguns quadros teóricos no que respeita aos cuidados centrados na pessoa, no entanto, existem alguns pontos comuns entre eles. A Tabela 4 sumaria as principais características dos modelos de cuidados centrados na pessoa (CCP) e dos cuidados tradicionais assistencialistas (CTA).

Tabela 4 – Características dos Modelos de Cuidados Centrado na Pessoa e dos Cuidados tradicionais assistencialistas

	Cuidado Centrado na Pessoa	**Cuidados tradicionais assistencialistas**
Dinâmica organizacional	Adaptação das organizações à Pessoa Idosa cuidados individualizados, havendo hipótese de escolha.	Pessoas idosas adaptam-se às organizações, práticas não personalizadas.
Intervenção	Abordagem holística facilitação de apoio necessários para promover a autonomia, a pessoa é o centro de atenção.	Vinculação a aspetos biológicos, priorização da história clínica e identificação de perfis homogéneos.

Foco	Na pessoa, nos seus direitos, bem-estar e qualidade de vida.	Nos procedimentos, tarefas, cronogramas e necessidades operacionais.
Decisões	A pessoa é o agente decisor da sua vida. Decisões partilhadas entre a pessoa e os significativos implicados nos cuidados.	Decisões centralizadas e institucionais.
Plano Individual	Plano é feito de acordo com as necessidades das pessoas.	O Plano é feito de acordo com os serviços que a instituição disponibiliza.
Perspetiva/ intervenção	Abordagem holística, que considera a pessoa individual (PI) como um todo e que facilita apoios necessários para promover autonomia, potencialidades e continuidade do plano de desenvolvimento pessoal.	Vinculação a aspetos biológicos, identificação de perfis homogéneos, de acordo com patologias e défices. Priorização da história clínica.
Autonomia	Controlo do quotidiano por parte da PI incluindo decisões que implicam riscos.	Enfâse na segurança e paternalismo.
Avaliação da qualidade	Integração dos índices de bem-estar, qualidade de vida, satisfação e respeito dos direitos.	Critérios objetivos e taxas de produção.
Rede de suporte social	Envolve-se a família/significativos no planeamento dos cuidados. Promover o vínculo.	Informa-se a família/significativos.

Fonte: Fazio et al, 2018; Martinez, 2015; Martinez et al, 2019; WHO, 2015; Moreira, 2022

Da análise desta Tabela verificamos que o CCP promove os direitos das pessoas, independentemente da sua idade ou nível de funcionalidade física e cognitiva (Martínez, 2015; Yevchak et al., 2019). Esta abordagem contrasta com o modelo tradicional de cuidados, que tem um foco mais centrado na assistência e não envolve a pessoa ou a sua família no processo de cuidados. No modelo assistencialista as decisões são tomadas exclusivamente pelos profissionais, com base em critérios institucionais. Por outro lado, o modelo de CCP foca-se na individualidade da pessoa, envolvendo-a, assim como à sua família, em todo o processo de planeamento dos cuidados, promovendo a sua autonomia e capacidades.

A dimensão do CCP não implica que a pessoa esteja doente. Os "CCP refletem acima de tudo uma atitude e não um procedimento (...) compreender o utente como alguém que desempenha um papel na sociedade, com uma experiência de vida, crenças, expectativas e necessidades próprias" (Junqueira & Quintas, 2019).

O CCP requer que a pessoa e os seus interesses sejam o centro do processo de cuidados para além dos aspetos biológicos/clínicos. Isto significa considerar fatores psicossociais também. Numa abordagem CCP cada pessoa é considerada como um ser único, dando-lhe um papel ativo como decisor, respondendo às suas necessidades e desejos e promovendo a sua autonomia e potencialidades (Martínez et al., 2019; WHO, 2015). Os CCP enfatizam a personalização do atendimento, respeitando a individualidade e promovendo a autonomia. Estes cuidados consideram a pessoa idosa como um ser ativo no seu processo de saúde e bem-estar, possibilitando a escolha informada e a participação nas decisões que afetam a sua vida. Estudos indicam que esta abordagem melhora a qualidade de vida e o bem-estar emocional, além de contribuir para a manutenção da independência funcional e a redução da hospitalização (Martínez et al., 2019; WHO, 2015).

Outro ponto relevante refere-se à avaliação da qualidade dos cuidados. Nos CCP, a qualidade é aferida com base na satisfação do utilizador, na sua qualidade de vida e na preservação dos seus direitos, enquanto nos cuidados tradicionais assistencialistas, os indicadores são frequentemente baseados na produtividade e na eficiência dos serviços prestados (Moreira, 2022). Esta abordagem resulta numa lógica de que os clientes são todos iguais, apresentam as mesmas necessidades e carecem do mesmo tipo de cuidados. Quando a intervenção se centra nos processos e a gestão das respostas sociais visa sobretudo a eficácia e a eficiência ao invés de privilegiar o indivíduo, a humanização do cuidado e o respeito pelos direitos dos clientes são colocados em causa. Estudos apontam que este modelo, embora eficaz para garantir uma cobertura alargada de serviços, pode levar à desumanização do cuidado e a uma passividade dos beneficiários (Fazio et al., 2018; Yevchak et al., 2019).

A literatura sugere que a transição dos CTA para os CCP requer mudanças estruturais nas políticas de saúde e sociais, incluindo a capacitação de profissionais, a adaptação das infraestruturas e a adoção de estratégias participativas que envolvam as pessoas idosas e as suas redes de suporte (Ventura et al., 2022). Essa mudança não é apenas uma questão ética, mas também uma resposta necessária às exigências do envelhecimento populacional e da humanização dos serviços.

3.1 – Impacto do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa no Serviço de Apoio Domiciliário

O apoio domiciliário é um serviço que se caracteriza pela diversidade de cuidados prestados e das suas intervenções, é multifacetado, estruturado, e possui uma equipa de cuidados integrados

responsável pelo planeamento até à avaliação do respetivo serviço. Conforme já foi analisado anteriormente, o que está preconizado atualmente para o SAD é um modelo de prestação de cuidados domiciliários predominantemente assistencialista, centrado na tarefa e na resposta a necessidades básicas (Lei n.º 101/2001). No entanto, atualmente emergem modelos alternativos que procuram colocar a pessoa no centro do processo de cuidados, valorizando a sua individualidade, autonomia e participação ativa nas decisões sobre a sua própria vida.

Em oposição à maioria dos países da Europa, este não se afirmou muito em Portugal. O SAD tem inúmeras vantagens, permitindo que as pessoas, especialmente os mais idosos ou pessoas com mobilidade reduzida, possam continuar a viver no conforto das suas casas, mantendo o seu ambiente familiar e as suas rotinas diárias. Simultaneamente, o SAD também parece ser um importante recurso no suporte às famílias, proporcionando-lhes a oportunidade de continuar com a sua vida pessoal e profissional e facilitando a conciliação entre a vida pessoal e as responsabilidades familiares. No entanto, é fundamental uma melhoria dos serviços prestados como, por exemplo, aumentar a panóplia de serviços disponíveis para a população uma vez que a oferta ainda é reduzida, limitando-se aos serviços mínimos convencionados pela Segurança Social e que são impostos como obrigatórios por esta aos cidadãos, caso pretendam manter uma comparticipação do estado (UMP/Gabinete de Ação Social et al., 2022).

Em muitos países europeus, por exemplo Inglaterra e Itália, verifica-se uma grande heterogeneidade de sistemas e práticas no SAD, nos quais se verifica uma descentralização por regiões, o que significa que este serviço é da responsabilidade dos organismos de âmbito local. Por isso, apresentam e disponibilizam programas de apoio regionais que permitem responder a necessidades mais específicas de uma determinada região (Gil, 2009). Em países como a Suécia e Dinamarca, o SAD é gratuito (Hammink & Mohammadi, 2024). Noutros países, os serviços prestados variam em função das necessidades, do enquadramento social e familiar no qual o montante é calculado em função do rendimento da pessoa que necessita de apoio dependendo da situação financeira do beneficiário, sendo que o valor do apoio domiciliário privado já é comparticipado pelo estado em valores que podem ultrapassar os 50% do valor mensal contratado.

Espanha é outro país com uma realidade muito interessante, dado que em algumas regiões não existe financiamento direto às instituições (Gil, 2009). São lançados anualmente concursos públicos, com caderno de encargos devidamente elaborados (para serviços de apoio pessoal, alimentação e lavandaria, etc.) aos quais podem concorrer entidades públicas e privadas e,

ainda, profissionais devidamente qualificados para a prestação destes serviços. Existe uma estreita colaboração entre o Ministério do Emprego e dos Assuntos Sociais, privilegiando grupos de risco, desempregados de longa duração, imigrantes, de forma a promover o emprego e a valorizar serviços socialmente importantes. Estas diferentes abordagens dos modelos de SAD permitem aumentar a oferta de serviços em função das necessidades identificadas, ao mesmo tempo que empoderam a pessoa e a família para decidir quais os serviços que melhor se adequam às necessidades, colocando-os como verdadeiros agentes de processo de tomada de decisão.

Tal como já foi analisado anteriormente, o SAD desempenha um papel fundamental na manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas, permitindo-lhes permanecer no seu ambiente familiar e comunitário pelo maior tempo possível, pelo que é importante trazer uma remodelação ao atual modelo de SAD no sentido de acompanhar também os novos paradigmas e a própria evolução geracional, que é mais informada e com preocupações que vão além da satisfação das necessidades básicas de vida diária. A abordagem centrada na pessoa enfatiza a importância da participação ativa da pessoa idosa e da sua rede de suporte social no planeamento e na prestação dos cuidados. Neste modelo, os planos individuais são desenvolvidos de forma colaborativa, considerando não apenas as necessidades médicas e funcionais, mas também as preferências pessoais, valores e expectativas da pessoa. Estudos demonstram que a implementação de cuidados centrados na pessoa no SAD está associada a melhores resultados em termos de bem-estar emocional, redução do isolamento social e melhoria da qualidade dos serviços prestados (Kitwood, 1997; Brooker, 2007). Em Portugal, alguns estudos relacionados com a adoção de iniciativas que promovem a autonomia e a participação ativa dos utentes têm também mostrado resultados promissores na melhoria do bem-estar e na redução da necessidade de institucionalização precoce (Moreira, 2022).

No entanto, os dados da realidade nacional sugerem que a implementação do cuidado centrado na pessoa ainda enfrenta desafios estruturais e organizacionais, sendo necessário um maior investimento e um esforço contínuo para transformar as práticas institucionais, fomentar políticas públicas, adaptar as infraestruturas e capacitar as equipas. Contudo, em Portugal a evolução do SAD pode beneficiar significativamente da experiência de outros países, adaptando boas práticas à realidade nacional e garantindo um envelhecimento mais digno e personalizado para a população idosa.

A capacitação das equipas multidisciplinares é, de facto, um eixo essencial conforme nos indica Dewing & Dijk (2016). Segundo estes autores, a capacitação dos profissionais é fulcral para garantir que os princípios da abordagem centrada na pessoa sejam efetivamente implementados já que são os atores dos cuidados à pessoa, e, portanto, com capacidade para promover uma mudança cultural na prestação dos cuidados. Além disso, a inclusão de uma abordagem tecnológica poderá ser um importante recurso na facilitação da personalização dos cuidados domiciliários. De acordo com Rajer e Bogataj (2022), sistemas de monitorização remota, inteligência artificial aplicada ao acompanhamento clínico e soluções de telemedicina têm sido incorporados em modelos de SAD inovadores, contribuindo para uma maior autonomia das pessoas idosas e uma melhor gestão dos recursos disponíveis.

Complementarmente, e em consideração aos impactos não só na pessoa e na família, mas também aos impactos na organização, a evidência científica demonstra que a transição para um modelo de cuidados centrado na pessoa no SAD não apenas melhora a experiência da pessoa idosa e a sua qualidade de vida, mas também promove a sustentabilidade dos serviços, reduzindo a sobrecarga dos sistemas de saúde e assistência social. No entanto, essa transição exige um compromisso político e institucional, além de um investimento contínuo na adaptação das infraestruturas e no fortalecimento das redes de suporte comunitário (WHO, 2017). Dessa forma, a adoção do modelo de cuidados centrados na pessoa no SAD representa uma evolução necessária na forma como os cuidados domiciliários são concebidos e implementados, e que urge pôr em prática.

Parte II – Estudo Empírico

1 – Problema de pesquisa

Conforme já foi analisado anteriormente, o aumento do número de pessoas em situação de dependência decorrentes de uma maior longevidade, conduziu à criação de algumas respostas sociais na comunidade. Entre as principais respostas sociais na área do envelhecimento, destaca-se o Serviço de Apoio Domiciliário. Apesar de algumas alterações de que tem sido alvo ao longo das últimas décadas, o Serviço de Apoio Domiciliário caracteriza-se por uma resposta social cujo objetivo é prestar cuidados individualizados e personalizados a pessoas, que por algum motivo, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária (Bonfim & Veiga, 1996).

Todavia, e apesar da definição de SAD considerar a prestação de cuidados individualizados e personalizados, os dados (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2018) ainda corroboram a ideia de que atualmente, o SAD ainda se "limita" a prestar um conjunto de serviços mais assistenciais, e, portanto, deixando um conjunto de áreas/dimensões por responder. Verifica-se um predomínio do cuidado centrado nas tarefas colocando para segundo plano o cuidado centrado na pessoa. É necessário evoluir, diversificar os serviços e as atividades para corresponder às necessidades dos clientes.

Estes aspetos colocam uma questão central: em que medida este cuidado responde às necessidades da pessoa enquanto ser humano? Qual a perspetiva que os diferentes envolvidos neste processo – Gestores e profissionais clientes, famílias/cuidadores– têm relativamente ao atual modelo SAD? Como se posicionam estes agentes relativamente à aplicabilidade de um modelo de cuidado centrado na pessoa no SAD? Torna-se, pois, emergente analisar esta resposta à luz de um paradigma de cuidado centrado na pessoa, contribuindo para gerar conhecimento que pode apoiar a transformação da visão do SAD, no sentido de promover uma resposta adequada aos diagnósticos efetuados à realidade social atual. É necessário, uma (re)definição do modelo atual do SAD atual, para que possam existir práticas que integrem as vontades e expetativas dos idosos e que, deste modo, assegurem que o plano de cuidados não seja definido em função da racionalização dos serviços, mas sim das necessidades dos idosos e suas famílias.

2 – Objetivos da Investigação

Considerando cada indivíduo como um ser biopsicossocial e considerando os aspetos anteriormente referidos, foi definido como objetivo do presente estudo, perceber como é percecionado o SAD à luz dos princípios do cuidado centrado na pessoa, a partir de uma amostra com os principais intervenientes neste serviço: profissionais – diretores técnicos e ajudantes de ação direta, familiares e clientes beneficiários do SAD, identificando aspetos comuns e divergentes entre os grupos.

2.1 – Objetivos específicos

No enquadramento do objetivo geral anteriormente descrito, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) explorar a perspetiva dos Diretores Técnicos relativamente à aplicabilidade dos princípios de cuidados centrados na pessoa no atual modelo de SAD; 2) obter a perspetiva dos ajudantes de ação direta (AAD) relativamente à aplicabilidade dos princípios

de cuidados centrados na pessoa no atual modelo de SAD; 3) conhecer a perspetiva dos familiares/cuidadores relativamente à aplicabilidade princípios dos cuidados centrados na pessoa no atual modelo de SAD; 4) perceber a perspetiva dos clientes relativamente à aplicabilidade dos princípios dos cuidados centrados na pessoa no atual modelo de SAD; e 5) identificar aspetos comuns e divergentes entre os grupos.

3 – Metodologia

3.1 – Desenho do estudo

No presente estudo foi utilizada uma metodologia predominantemente de natureza qualitativa. No entanto, foi considerada uma abordagem quantitativa para a caracterização da amostra. Dado tratar-se de um estudo de natureza exploratória, foi privilegiada a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas no sentido de apoiar à compreensão do contexto de estudo de forma mais abrangente. A combinação de ambas as metodologias tem sido frequente em estudos que analisam aspetos complexos da sociedade, permitindo por um lado recolher informações de forma complementar, e por outro, superar as limitações de uma e outra abordagem quando utilizadas de forma isolada.

Segundo Coutinho (2013, p.28), a investigação qualitativa tenta compreender a situação sem impor expetativas prévias ao fenómeno estudado", a componente teórica emerge de forma sistemática e indutiva através de dados obtidos da parte empírica da pesquisa; enquanto a investigação quantitativa consiste na recolha e análise de dados numéricos, procura medir um fenómeno, quantificar, exprimir em números os parâmetros estudados numa população, permitindo uma análise objetiva e precisa dos dados.

3.2 – População e amostra

Nesta investigação foi utilizada uma amostra não probabilística, i.e., por conveniência. A partir de uma lista de instituições da região Norte de Portugal, a quem foi enviado convite para participar no estudo, foram referenciados potenciais participantes para integrar o estudo, considerando os quatro grupos distintos de participantes que se pretendiam envolver no estudo – Diretores Técnicos, AADs, familiares/cuidadores e clientes de SAD.

Para cada grupo de participantes a envolver, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Quadro 1 – Critérios Inclusão e exclusão

Participantes	**Critérios de inclusão**	**Critérios de exclusão**
Diretores Técnicos e Ajudantes de Ação Direta	- Exercer funções num SAD a mais de um ano; - Ter no mínimo 18 anos.	- Trabalhar num SAD fora da região do Norte de Portugal; - Exercer funções num SAD de forma não permanente (ex: trabalhadores temporários).
Familiares/Cuidadores	- Ter requerido o SAD há pelo menos seis meses; - Ter no mínimo 18 anos;	-Familiares que se encontrem a viver noutro país
Clientes	- Receber apoio SAD há mais de 6 meses; - Ter capacidade cognitiva preservada e capacidade de comunicação; - Ter mais de 65 anos.	- Clientes com limitações cognitivas

No total a amostra foi constituída por 19 participantes: quatro DT, sete Ajudantes de Ação Direta do SAD, quatro familiares de beneficiários de SAD e quatro clientes com SAD.

3.3 – Técnicas de recolha de dados

Para o presente estudo foram utilizadas como três técnicas de recolha de dados, em concreto:

- O questionário:

Inquérito por questionário permite ouvir um número significativo de indivíduos face a um determinado assunto pela possibilidade de quantificar os dados recolhidos e de se proceder a inferências e a generalizações (Moreira et al., 2021). O recurso a esta técnica permite ao investigador obter "dados comparáveis, generalizáveis e passíveis [quando desejável] de análises quantitativas" (Gonçalves, 2004, p. 79). O inquérito por entrevista é muitas vezes associado á investigação de natureza qualitativa na recolha e analise de dados dado o seu carater descritivo e pormenorizado.

- O focus group:

Esta técnica de recolha de dados este consiste numa abordagem metodológica de natureza qualitativa, em que a recolha dos dados de faz através de uma conversa com um grupo de participantes sobre um determinado tema em que a ideia de um dos participantes pode ser complementada ou mesmo contrariada pelos restantes elementos do grupo, sendo esta interação entre os participantes muito vantajosa para obtenção de conteúdo (Moreira et al., 2021).

Assim, o grupo focal propicia um ambiente mais natural e holístico para a entrevista, pois os participantes levam em consideração a opinião dos outros para formular a própria.

- A entrevista semiestruturada:

As entrevistas semiestruturadas, como a própria designação indica, têm como característica um roteiro preestabelecido no qual o investigador inclui um pequeno número de perguntas abertas e deixa o entrevistado livre para falar, podendo realizar perguntas complementares para compreender o fenômeno investigado. Esse modelo conjuga características das entrevistas não estruturadas com um roteiro de controle (Duarte, 2005) e permite tanto a realização de perguntas indispensáveis à pesquisa que precisam ser respondidas, como a relativização dessas perguntas, dando liberdade ao entrevistado e possibilitando o surgimento de novas questões não previstas pelo investigador.

Este tipo de entrevista tem um objetivo específico que prima pela troca de pontos de vista sobre determinado tema. Para que esta técnica possa corresponder ao objetivo do estudo é muito importante o plano de elaboração do guião da entrevista que diversos fatores sejam tomados em consideração. Segundo (Hill, 2014) o investigador pode dispor de um conjunto de

perguntas-guia com as quis pretende orientar a recolha de informação que pretende obter do entrevistado. A partir da entrevista é possível obter informações subjetivas, perceções, que constituem uma representação da realidade sob a forma de ideias, crenças, opiniões, sentimentos, comportamentos e ações dos entrevistados.

O Quadro abaixo sumaria as técnicas utilizadas de acordo com o grupo de intervenientes neste estudo:

Quadro 2 – Métodos de recolha de dados de acordo com grupo de participantes

Grupo	Técnica utilizada
Ajudantes de Ação Direta	Questionário + Focus group
Diretores Técnicos	Questionário + Entrevista por conveniência
Familiares e Clientes	Questionário + Entrevista por conveniência

3.4 – Instrumentos de recolha de dados

De forma a sintetizar, os instrumentos de recolha de dados aplicados a cada grupo, apresenta-se abaixo o seguinte Quadro.

Quadro 3 – Tipo de dados recolhidos em cada grupo

	DT	AAD	FAMILIARES	CLIENTES
Informação sociodemográfica (ex. idade)	X	X	X	X
Dados do contexto profissional	X	X		
Grau de satisfação com o SAD			X	X
Caracterização dos serviços de SAD recebidos			X	X
Guião (tópicos gerais): atual modelo de SAD e com o modelo de SAD centrado na pessoa, o que é atualmente já feito, barreiras e potencialidades de cada um dos modelos, e necessidades não satisfeitas.	X	X	X	X

DT – Diretores Técnicos; AAD – Auxiliares de Ação Direta

3.5 – Procedimentos de recolha de dados

No âmbito do presente estudo foram adotados os seguintes procedimentos com vista à recolha de dados.

Inicialmente foi enviado um e-mail para um conjunto de instituições da região Norte (n=5) com a descrição e objetivos do estudo, e o pedido de colaboração para referenciação de potenciais participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão aplicáveis (descritos no Quadro 1). As instituições que aceitaram participar (n=4), identificaram um conjunto de potenciais participantes que foram referenciados para participação no estudo, autorizando que os seus dados, i.e., nome e contacto fossem facultados ao investigador no sentido de lhes ser fornecidas mais informações sobre o estudo e tomarem uma decisão quanto à participação no estudo.

Após ter tido acesso à lista de referenciações, o investigador contactou cada um dos potenciais participantes – prestando informações acerca do âmbito do estudo, objetivos e procedimentos de recolha de dados. Após terem sido esclarecidas as dúvidas existentes, os que aceitaram integrar o estudo foram considerados para participação e foi agendado o momento de recolha de dados de acordo com a disponibilidade de todas as partes.

Todos os momentos de recolha de dados decorreram presencialmente. Para os Diretores Técnicos e Auxiliares de Ação direta, os dados foram recolhidos na própria Instituição. Para os Familiares e Clientes, a entrevista decorreu na habitação dos participantes, mediante preferência dos envolvidos. Todos os momentos foram gravados através de áudio para facilitar o processo de transcrição verbatim dos dados,

Os dados foram recolhidos entre 21 de junho e 13 de julho de 2024 pela autora deste trabalho.

3.6 – Procedimentos éticos

Este estudo cumpriu com todos os procedimentos éticos aplicáveis a humanos, de acordo com a Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo, assim como o RGPD Europeu, onde foram salvaguardadas todas as indicações que constam no consentimento Informado, designadamente a confidencialidade e anonimato dos dados. Apenas o investigador deste estudo teve acesso à identidade dos participantes no momento da recolha dos dados. Para tratamento e análise dos dados, todos os dados foram pseudonimizados e os dados que permitem a identificação dos participantes foram arquivados num local num local distinto dos dados.

A participação neste estudo foi completamente voluntária e garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo para os participantes. Todos os contactos estabelecidos decorreram em ambientes de privacidade. Todos os participantes foram sujeitos à validação de um consentimento informado, onde estavam descritos os objetivos e os procedimentos do estudo e após terem sido prestadas todas as informações solicitadas. O consentimento informado por escrito foi feito em duplicado, uma via para o investigador e outra para o participante. Este estudo obteve parecer positivo da Comissão de Ética do ISSSP parecer nº18/2024.

3.7 – Tratamento e análise de dados

Os dados quantitativos foram analisados com recurso a estatística descritiva, utilizando medidas de dispersão (medianas e amplitude interquartil) ou frequências relativas ou absolutas de acordo com a natureza dos dados. Foi utilizado Excel (Microsoft 365) para tratamento e análise dos dados quantitativos.

Os dados qualitativos foram analisados com base na análise de conteúdo de acordo com os pressupostos de Bardin (2006). Para o presente estudo foi utilizada a análise temática, por se considerar mais apropriada para responder aos objetivos da investigação. Esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação. De acordo com Bardin (2006), a análise de conteúdo possui três fases fundamentais: (1) pré-análise; (2) exploração do material e; (3) tratamento dos resultados, ou seja, a inferência e a interpretação dos resultados. Dellagnelo e Silva (2006) concordam com esta ideia, afirmando que as etapas, mesmo que tenham diversas variações, dependendo dos autores, são similares o suficiente para que o investigador se possa guiar na sua investigação. após a determinação do texto, realizada na pré-análise, é preciso determinar os objetivos e as categorias de análise. Isto ocorre na segunda fase, quando as categorias devem estar de acordo com os objetivos da pesquisa. De acordo com Bardin (2004), cada categoria deve ter certas características, tais como: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Na terceira fase, ocorre a inferência e a interpretação, ou seja, após a recolha dos dados brutos e de serem agrupados em categorias, o investigador procura dar-lhes significado e relevância. Nesta etapa, é necessário que o investigador tenha bem presente os aspetos teóricos da pesquisa, pois este conhecimento será fundamental obtendo uma perspetiva significativa para o estudo. Neste sentido, para o presente trabalho e para comparação dos dois modelos, foram considerados os

pressupostos teóricos descritos na Tabela 4 e, por conseguinte, as 9 categorias aí apresentadas, tais como: Dinâmica organizacional, Intervenção, Foco, Decisões, Plano Individual, Perspetiva/ intervenção, Autonomia, Avaliação da qualidade e Rede de suporte social.

De forma a facilitar a compreensão dos resultados, os dados do presente estudo estão abaixo apresentados de acordo com os grupos de participantes envolvidos neste estudo, organizando-se em duas secções principais: 1) Caracterização da amostra, que faz a descrição sociodemográfica e do contexto de cada grupo; e 2) Modelo de Cuidados do SAD: Perspetivas e Considerações ao modelo atual, que detalha os resultados da análise de conteúdo de cada grupo e contrasta as diferenças e semelhanças existentes.

Parte III – Apresentação e discussão dos dados

1 – Resultados

1.1 – Caracterização da amostra

1.1.1 – Diretores Técnicos

Com base na Tabela 5, verifica-se que o grupo de Diretores Técnicos (DT) foi composto apenas por participantes do sexo feminino, apresentando uma mediana de 32 anos de idade. No que respeita à área de formação, verifica-se que predomina a formação na área da Psicologia (n=2, 50%). Quanto à experiência profissional, a amostra apresentou uma mediana de 4 anos, com um intervalo mínimo e máximo de 3 e 6 anos, respetivamente.

Tabela 5 - Descrição do grupo de DT em relação às variáveis sociodemográficas e do contexto profissional

	N (%)
Sexo	
Feminino	4 (100%)
Idade em anos, Med [AIQ]	32 (7,25)
[min-max]	[29-40]
Área de formação	
Educação Social	1 (25,0%)
Psicologia	2 (50,0%)
Gerontologia	1 (25,0%)
Anos de experiência Profissional Med [AIQ]	4 (2,25)
[min-max]	[3-6]

N = Número; Med = Mediana; AIQ = Amplitude Interquartil; min = mínimo; máx = máximo

1.1.2 – Ajudantes de Ação Direta

De acordo com a Tabela 6 verifica-se que a amostra do grupo dos AADs é composta exclusivamente por participantes do sexo feminino. Com uma mediana de 42 anos de idade e um nível de escolaridade predominante de entre 10 a 12 anos (n=5, 71%).

Relativamente ao perfil analisado todas são do sexo feminino, de acordo com a Tabela verificamos que a maioria possui vários anos de experiência, tendo o grupo uma média de 10 anos de experiência. Nenhuma das AAD tem formação especifica na área.

Tabela 6 - Descrição do grupo de AAD em relação às variáveis sociodemográficas e do contexto profissional

	N (%)
Sexo	
Feminino	7 (100%)
Idade em anos, Med [AIQ]	42 (11,5)
[min-max]	[22-49]
Nível de escolaridade	
5-6 anos	1 (14,29)
7-9 anos	1 (14,29)
10-12 anos	5 (71,43)
Anos de experiência na área, Med [AIQ]	8 (12,0)
[min-max]	[3-23]

N = Número; Med = Mediana; AIQ = Amplitude Interquartil; min = mínimo; máx = máximo

1.1.3 – Clientes/utentes

No que respeita às características sociodemográficas dos clientes (Tabela 7), pode verificar-se que amostra incluiu 50% de participantes do sexo feminino (n=2) e do sexo masculino (n=2), com uma mediana de idade de 73 anos. Os participantes são na sua maioria casados (75,0%) e o agregado familiar é composto em mediana por 2 pessoas. Os dados mostram ainda uma predominância de participantes com baixa escolaridade.

Tabela 7 - Descrição do grupo de clientes em relação às variáveis sociodemográficas

	N (%)
Sexo	
Feminino	2 (50,0%)
Masculino	2 (50,0%)
Idade em anos, Med [AIQ]	73 (8,0)
[min-max]	[70-96]
Estado Civil	
Casado	3 (75,0)
Solteiro	1 (25,0)
Nº de elementos do agregado familiar, Med [AIQ]	2 (0,25)
[min-max]	[2-3]
Nível de escolaridade	
1-4 anos	3 (75,0)
5-6 anos	0 (0)
7-9 anos	1 (25,0)

N = Número; Med = Mediana; AIQ = Amplitude Interquartil; min = mínimo; máx = máximo

No que respeita, à utilização do Serviço Domiciliário, a Tabela 8 sumaria os principais resultados obtidos. Verifica-se que o SAD era prestado em mediana há 15 meses, com uma frequência de prestação de serviços mais elevada nos dias úteis do que aos fins de semana (mediana 2x/dia vs. 0,5x/dia, respetivamente). Dentro dos serviços disponibilizados pelo SAD, o serviço de higiene pessoal foi o mais requerido pelos clientes (n=4, 100%), seguido do serviço de alimentação (n=2, 50%), a par dos serviços de saúde (n=2, 50%). A mediana total de serviços prestados pelo SAD foi de 2, oscilando entre um mínimo de 1 e um máximo de 8, correspondendo a totalidade de serviços disponibilizados pelo SAD.

Tabela 8 - Descrição do perfil de utilização do SAD no grupo de clientes/utentes

	N (%)
Tempo em meses de utilização do SAD, Med [AIQ]	15 (8,25)
[min-max]	[9-24]
Frequência de visitas do SAD/dia	
Dias úteis**,** Med [AIQ]	2 (0,25)
Fins de semana, Med [AIQ]	0,5 (1,25)
Higiene da roupa	
Sim	1 (25,0%)
Não	3 (75,0%)
Higiene da casa	
Sim	1 (25,0%)
Não	3 (75,0%)
Alimentação	
Sim	2 (50,0%)
Não	2 (50,0%)
Higiene Pessoal	
Sim	4 (100%)
Administração de medicação	
Sim	1 (25,0%)
Não	3 (75,0%)
Compra de medicação	
Sim	1 (25,0%)
Não	3 (75,0%)
Cabeleireiro ou cuidados de imagem	
Sim	1 (25,0%)
Não	3 (75,0%)
Serviços de saúde: médico, enfermeiro, fisioterapia	
Sim	2 (50,0%)
Não	2 (50,0%)
Nº de serviços prestados, Med [AIQ]	2 (1,75)
[min-max]	[1-8]

N = Número; Med = Mediana; AIQ = Amplitude Interquartil; min = mínimo; máx = máximo

Quando questionados acerca dos motivos que levaram à procura pelo SAD, os participantes apontaram a incapacidade de cuidar de si próprios de forma autónoma, devido à reduzida mobilidade e a problemas de saúde (ex. AVC) como principais razões para requerer o SAD.

1.1.4 – Familiares

Da amostra de familiares, é possível verificar que, de acordo com a Tabela 9, todos os participantes se encontram na faixa etária dos 70 anos, apresentando uma mediana de 73 anos, e que dois são do sexo feminino (50,0%) e outros dois são do sexo masculino (50,0%). Os familiares são na sua maioria casados (75,0%) e o agregado familiar é composto em mediana por 2 pessoas. Os dados mostram ainda uma predominância de participantes com baixa escolaridade – 75,0% (n=3) da amostra tem até 4 anos de escolaridade. Todos os familiares coabitam com a pessoa que recebe o SAD (n=4, 100%), facto que está relacionado com o grau de parentesco – 75,0% (n=3) da amostra corresponde a cônjuges.

Tabela 9 - Descrição da amostra de familiares em relação às variáveis sociodemográficas e do contexto de prestação de cuidados

	N (%)
Sexo	
Feminino	2 (50,0%)
Masculino	2 (50,0%)
Idade em anos, Med [AIQ]	73 (3)
[min-max]	[72-76]
Estado Civil	
Casado	3 (75,0)
Solteiro	1 (25,0)
Nº de elementos do agregado familiar, Med [AIQ]	2 (0,25)
[min-max]	[2-3]
Nível de escolaridade	
1-4 anos	3 (75,0)
10-12 anos	1 (25,0)

Parentesco com a pessoa que recebe o SAD	
Cônjuge	3 (75,0%)
Irmão	1 (25,0%)
Coabita com pessoa que recebe o SAD	
Sim	4 (100%)
Presta cuidados à pessoa que recebe o SAD	
Sim	2 (50,0%)
Não	2 (50,0%)

N = Número; Med = Mediana; AIQ = Amplitude Interquartil; min = mínimo; máx = máximo

Dado que os familiares que participaram no presente estudo correspondem a familiares dos clientes de SAD descritos anteriormente, o perfil de utilização do SAD e os motivos que conduziram à procura da resposta de SAD são os que estão apresentados na secção 1.3. (ver Tabela 8).

2 – Perspetivas e Considerações ao modelo atual de SAD

2.1 - Cuidados Centrados na Pessoa VS Cuidados Tradicionais Assistencialistas

A análise qualitativa realizada permitiu identificar diferentes perspetivas sobre a organização e prestação de cuidados no SAD. Os dados refletem a coexistência de duas abordagens contrastantes: uma estrutura mais assistencialista, centrada na execução de tarefas essenciais e na organização funcional do serviço, e uma visão de Cuidado Centrado na Pessoa, que procura adaptar os cuidados às preferências e necessidades individuais dos clientes. Embora ambas as abordagens coexistam, verifica-se uma predominância do modelo assistencialista na prática atual, evidenciada pela falta de flexibilidade organizacional, pelo limitado portefólio de serviços na prestação dos cuidados e pela dificuldade em garantir uma continuidade personalizada do serviço.

Para compreender em profundidade as implicações dessas abordagens, os resultados foram apresentados de acordo com as categorias descritas na Tabela 4 (pág. 24), i.e., dinâmica organizacional, intervenção, autonomia, planeamento de cuidados e tomada de decisão, rede de suporte social e qualidade do cuidado. Além destas, foram ainda incluídas duas categorias adicionais resultantes da análise de conteúdo: uso da tecnologia e capacitação da equipa.

2.1.1 – Dinâmica Organizacional

A análise revela que, enquanto algumas práticas procuram garantir estabilidade e adaptação às necessidades individuais, a estrutura funcional do serviço tende a ser rígida e orientada para a eficiência, resultando em desafios na personalização do cuidado. Uma das DTs descreve esse esforço para garantir um acompanhamento mais estável: *"Nós temos equipas físicas fixas (...), isso facilita a relação com os utentes"* (DT1). Essa preocupação é reforçada por outra profissional, que destaca que, mesmo em casos de substituição, há um cuidado em minimizar o impacto da mudança: *"Para manter o vínculo, nas substituições vai sempre um funcionário conhecido, sendo o utente sempre informado das substituições"* (DT4). Para os clientes, essa estabilidade é essencial para manter um sentimento de segurança e conforto dentro da sua própria casa, como reflete um dos testemunhos: *"Muito bem, porque assim posso estar em minha casa e ter as coisas à minha maneira e ser eu a mandar e ninguém mandar em mim"* (Cliente 1).

No entanto, a rotatividade das equipas é uma realidade comum, gerando insatisfação entre os clientes e familiares. Um familiar expressa essa frustração: *"Este serviço é ótimo, deveria ter menos rotatividade de colaboradores, pois não é muito agradável ter em casa várias pessoas durante o mês"* (Familiar 4). Esse sentimento é partilhado pelos próprios clientes, que demonstram preferência por um acompanhamento mais estável: *"Não gosto que sejam muitas a vir, habituei-me a duas e quando vêm outras novas tenho de lhes ensinar como quero as coisas, isto chateia-me"* (Cliente 1).

Para os técnicos, a rotatividade é justificada como uma necessidade organizacional para garantir a operacionalidade do serviço e lidar com desafios internos, como ausências ou conflitos entre equipas: *"Temos que criar alguma rotatividade nas equipas, porque às vezes há conflitos e isso acaba por ser problemático para os utentes (...) E se nós criarmos este sistema de rotatividade, há coisas que acabam por se dissipar"* (DT2). Além disso, a gestão de recursos humanos obriga a constantes adaptações, resultando na redistribuição de profissionais conforme as necessidades: *"Temos 4 colaboradoras de apoio ao domicílio. (...) Quando há férias, são substituídas por colaboradoras da ERPI"* (DT1). Essa estratégia, embora necessária do ponto de vista organizacional, nem sempre é bem recebida pelos clientes, que se queixam da dificuldade em estabelecer laços de confiança com cuidadores constantemente diferentes "*Quando não vem as mesmas meninas sinto-me mais envergonhado, embora venha sempre uma que eu conheço*" (Cliente 4).

A gestão dos horários e a rigidez do serviço são também aspetos que geram preocupações. A oferta de cuidados está frequentemente limitada a períodos diários fixos, independentemente das condições específicas do utente: *"O centro só oferece apoio duas vezes ao dia; não conseguem atender a todas as necessidades"* (Cliente 3). A falta de flexibilidade dificulta a resposta a situações que exijam ajustes nos horários, como referido um dos participantes: *"Às vezes não conseguimos. Por exemplo, nós às vezes temos uma utente às 10 da manhã que tem fisioterapia às 11h, ou seja, naquele tempo nós nunca poderemos alterar para outro utente que pretenda alterar para as 10h. Nunca podem alterar"* (DT1).

Apesar da estrutura rígida, há algumas tentativas de adaptação sempre que possível, procurando introduzir um cuidado mais centrado na pessoa. Alguns técnicos referem o esforço em ajustar às preferências do cliente, dentro das limitações do serviço: *"Sim, tentamos sempre aceder aos gostos e às preferências do utente, sempre que possível, sempre que nós conseguimos"* (DT1). Contudo, existe um reconhecimento global que a limitação do tempo disponível para cada cliente é um dos aspetos mais difíceis para os profissionais, que frequentemente referem, que não conseguem prestar um cuidado mais atencioso devido à pressão para cumprir horários: *"Sim, porque principalmente no apoio domiciliário, nós temos muito pouco tempo. Estamos ali 20 minutos com as pessoas"* (DT1); *"Temos utentes sem retaguarda que muitas vezes temos de 'fugir', porque por elas queriam que nós ficássemos lá uma ou duas horas, mas não podemos."* (AAD 4).

De acordo com os resultados, também foi possível perceber que a estrutura organizacional do serviço reflete uma priorização da eficiência sobre a personalização do cuidado, em que a distribuição das equipas é feita com base em critérios logísticos e na otimização do tempo de deslocação entre os clientes, muitas vezes sem considerar fatores emocionais ou relacionais. Uma DT explica essa realidade: *"As equipas ficam muito incomodadas. Por exemplo, se eu tiver e às vezes nós temos que fazer isto não é por mal, mas nós temos que gerir várias situações e às vezes se eu tenho uma equipa que anda mais numa zona geográfica e de repente vai para outra que é oposta. Eu quando conseguir, eu acabo por conseguir mudar aquela pessoa para outra equipa que está mais perto. Isto é uma questão de organização de equipas"* (DT2). Essa abordagem, embora eficaz do ponto de vista da gestão, pode prejudicar a qualidade do cuidado, pois impede a criação de relações de continuidade entre cuidadores e clientes.

2.1.2 – Intervenção

A prestação dos cuidados pelo SAD apresenta diferenças significativas intrínsecas que vão desde uma abordagem standard, focada na funcionalidade até ao exercício de práticas que procuram valorizar a individualidade e o bem-estar global dos clientes. O foco na execução de tarefas é um dos aspetos mais marcantes da intervenção, distanciando-se do modelo de cuidados centrado na pessoa e aproximando-se de um modelo assistencialista. A assistência prestada está, na maioria dos casos, estruturada em torno de necessidades básicas como higiene, alimentação e gestão da medicação. Um dos participantes descreve essa rotina de forma sucinta: *"São 2 vezes por dia, uma de manhã e outra à tarde. Vêm às 8:00, fazem higiene, a muda da fralda, e depois vêm por volta das 15h e pico, mudam a fralda, fazem higiene e deixam-no com 2 fraldas para aguentar até ao dia seguinte"* (Familiar 1). Esse contexto restringe a possibilidade de uma interação mais prolongada com os clientes e pode ser frustrante tanto para os profissionais, que gostariam de oferecer um acompanhamento mais próximo "*Há certos utentes que, se pudesse sugerir sair um bocadinho com eles nem que fosse só para o jardim, eles iriam gostar*" (AAD5), como para os clientes, e familiares que frequentemente expressam o desejo de maior atenção e envolvimento: *"Gostaria que houvesse uma maior atenção para promover atividades sociais"* (Familiar 4).

Apesar da estrutura rígida do serviço, algumas práticas visam estimular a participação ativa dos clientes nas suas rotinas diárias, aproximando-se de um modelo de cuidados centrados na pessoa. Pequenos gestos, como incentivar os clientes a realizarem tarefas dentro das suas capacidades, demonstram essa preocupação: *"Pedem para ela ir mexendo, nomeadamente o braço e a perna que ficaram afetados aquando do AVC, isto com o objetivo de ela ir treinando para ter alguma autonomia"* (Familiar 4). Além da estimulação física, também se verifica a introdução de dinâmica que incentivam a interação social e emocional, como nos demonstra este participante: *"Mesmo que a pessoa não consiga comunicar, nós respeitamos e promovemos a interação. Temos um exemplo de uma utente que não dizia uma palavra e agora fala pelos cotovelos"* (DT1).

Contudo, a possibilidade de adotar essa abordagem mais personalizada está frequentemente condicionada pelo tempo reduzido que cada profissional dispõe, dificultando um cuidado mais aprofundado, perpetuando um modelo de assistência essencialmente funcional: *"O tempo não dá, vou cortar ali um bocadinho a conversa de 'amanhã falamos mais um bocadinho' e sempre com o pé dentro outro pé fora da porta"* (AAD 4).

A rigidez da intervenção também se reflete na falta de flexibilidade para responder a necessidades pontuais dos clientes, onde a operacionalização dos serviços segue um padrão rígido e pouco ajustável às especificidades de cada cliente: *"Poderia haver umas equipas até com disponibilidade à parte para fazer isso. No caso dela* [referindo-se a uma cliente em particular], *precisava que alguém a retirasse de casa, isto é, alguém que fosse com ela tomar um cafezinho, dar um passeio" (AAD 6).*

Além disso, há diferenças na forma como os clientes percebem a qualidade da intervenção, dependendo do grau de personalização do serviço. Alguns clientes e familiares valorizam a atenção e o carinho demonstrados pelas auxiliares do SAD, o que contribui para uma experiência mais positiva e aproximada de um modelo de cuidados centrados na pessoa: "*Elas falam muito com a minha irmã sobre o passado, trautear músicas antigas, e incluem-na em pequenas atividades"* (Familiar 3); "*Elas sabem que eu gosto de combinar bem a roupa e todos os dias me mostram várias peças para eu escolher, quando está bom tempo acompanham-me ao jardim para eu ficar um bocadinho sentada apanhar sol"* (Cliente 1).

A necessidade maior suporte é também manifestada por alguns familiares que indicam a assistência recebida é limitada ao estritamente necessário, refletindo um modelo assistencialista: *"Gostava que ficassem mais tempo para eu poder desabafar com elas"* (Familiar 2).

A existência de diferentes práticas dentro do mesmo serviço reflete a coexistência de duas abordagens contrastantes. Enquanto há equipas que procuram humanizar a assistência e promover a participação ativa dos clientes, a estrutura geral do serviço impõe restrições que dificultam a implementação de um modelo mais flexível e personalizado. Essa dualidade é reconhecida pelos técnicos, que apontam a necessidade de repensar a organização do serviço para permitir uma intervenção mais adaptada às necessidades dos clientes: "*Disponibilizar apoio psicológico quer ao utente quer ao cuidador. Não tem de ser propriamente cuidados de higiene podem ser outros, alargar o serviço. Eu acho que apoio também à família é muito necessário, muitas vezes os cuidadores estão piores que o utente*" (AAD 6).

2.1.3 – Foco

De acordo com os resultados, o foco dos cuidados domiciliários revela aspetos quer de um modelo centrado na pessoa, que valoriza a personalização e o vínculo afetivo, quer de um modelo assistencialista, que prioriza a eficiência e a gestão dos recursos disponíveis. Os dados demonstram que os clientes e familiares destacam a importância do respeito pelas suas

preferências e a proximidade emocional estabelecida com as AADs. O reconhecimento da importância do seu papel na criação de um ambiente de conforto e segurança surge de forma recorrente nos testemunhos, enfatizando a atenção e o carinho na relação com os clientes. Como refere um familiar, *"as AADs têm muito respeito por ele e carinho".* Esta perceção é reforçada por diversos clientes, que destacam o impacto emocional positivo deste cuidado: *"Elas são muito carinhosas e meiguinhas comigo"* (Cliente 3) e *"A simpatia das meninas e a forma cuidadosa como elas me tratam… pois eu, às vezes, estou mal disposto e elas conseguem que eu fique mais bem-disposto"* (Cliente 4) ou "*e estão sempre a tentar agradar-me com miminhos*" (Cliente 1).

Esta valorização do cuidado próximo é também reconhecida pelos familiares "*Antes, quando ele andava um bocadinho, quantas e quantas vezes ao sábado ou ao domingo eu ia dar com ele na casa de banho abrir a água na banheira para estar quente quando as raparigas chegarem…"*(Familiar 1), e pelos profissionais, que enfatizam a necessidade de respeitar a individualidade de cada cliente e garantir um serviço adaptado às suas preferências sempre que possível, como destaca uma AAD, *"Porque cada pessoa é única, exatamente é verdade. Tem que ser, isto é o cuidado centrado na pessoa, quer seja no familiar, que é o cuidador, quer seja no utente, cada um é diferente"* (DT1). No mesmo sentido, uma DT reforça o compromisso da equipa em ajustar os cuidados às necessidades individuais dos utentes: *"Sim, tentamos sempre aceder aos gostos e às preferências do utente, sempre que possível, sempre que nós conseguimos"* (DT1). Além disso, há um reconhecimento da dedicação dos profissionais na relação com os clientes, como salienta uma DT: *"Existe sempre esse cuidado, um grande carinho da parte dos técnicos em relação aos utentes e uma grande preocupação com os utentes"* (DT2).

Apesar da valorização deste modelo de proximidade, os constrangimentos operacionais dos serviços limitam frequentemente a personalização do cuidado. A gestão de tempo e recursos impõe restrições à autonomia dos clientes, nomeadamente na alimentação e na organização dos horários, onde as opções disponíveis seguem uma estrutura predefinida, como é mencionado, *"Na alimentação o utente pode escolher se quer carne ou peixe ou dieta. A sobremesa, se for maçã, poderá ser cozida"* (AAD1) ou "*O que é que acontece principalmente de manhã, se elas não chegarem aqui ao meio-dia, se chegarem ao meio-dia e meia, a alimentação sairá com meia hora de atraso para entrega da comida"* (DT1). Esta limitação das escolhas reflete um desvio para um modelo mais assistencialista, no qual a organização dos cuidados é padronizada para garantir a eficiência do serviço. De igual modo, os horários das equipas são ajustados para cobrir o maior número de clientes possível, o que pode comprometer a flexibilidade na

prestação dos cuidados. Uma DT ilustra esta realidade ao afirmar: *"Hoje, por exemplo, a alimentação é muito difícil para nós conseguirmos gerir os horários, porque a equipa que faz a distribuição das refeições é uma equipa que também tem higienes."* (DT2).

A limitação de tempo e a necessidade de otimizar os recursos disponíveis fazem com que, em muitos casos, o cuidado prestado se centre essencialmente nas tarefas essenciais, reduzindo as oportunidades para uma maior interação com os clientes. Esta realidade é reconhecida pelos próprios profissionais, que admitem as dificuldades em aplicar um modelo verdadeiramente centrado na pessoa devido às exigências operacionais do serviço, *"O modelo de CCP infelizmente não está a ser aplicado, pois não há o tempo necessário para dedicar aos utentes."* (DT3) e *"Atualmente existe foco apenas nas tarefas estipuladas (alimentação e higiene) quando deveria ser mais abrangente de acordo das necessidades individuais de cada pessoa"* (DT4).

Embora exista um reconhecimento generalizado da importância de um cuidado mais humanizado, as limitações estruturais dos serviços frequentemente condicionam a sua implementação, fazendo com que o foco tenha de incluir um "equilíbrio" entre a experiência da pessoa e a viabilidade operacional dos serviços.

2.1.4 – Decisões

A forma como as decisões são tomadas no SAD têm um impacto direto na experiência dos clientes e familiares, influenciando a perceção de controlo sobre os cuidados recebidos. A análise revela uma dualidade entre abordagens mais rígidas e padronizadas, características de um modelo assistencialista, e práticas mais flexíveis e colaborativas, alinhadas com um modelo de cuidados centrado na pessoa. O grau de participação dos clientes no planeamento do seu próprio cuidado é variável, oscilando entre a ausência total de envolvimento e uma abordagem mais personalizada, onde são tidas em consideração as suas preferências e rotinas diárias.

A predominância de um planeamento estruturado e pouco flexível reflete-se na forma como os serviços são organizados. Em muitos casos, as decisões sobre os cuidados prestados são tomadas pelos familiares ou pelos técnicos, sem consulta direta ao cliente. Esta prática aproxima-se de um modelo assistencialista, no qual o foco está na organização eficiente dos recursos, e não necessariamente na adaptação às preferências individuais: "*Não, foi tudo tratado com a minha mulher e os meus filhos, eles é que decidiram tudo"* (Cliente 3).

Os técnicos justificam esta abordagem com a necessidade de manter uma estrutura organizada, garantindo que o serviço funciona sem falhas operacionais. A impossibilidade de

ajustar horários e tarefas de acordo com as preferências individuais é frequentemente apontada como uma limitação da gestão dos recursos disponíveis: *"Nós temos que decidir, porque se demorarmos muito tempo num utente, os outros podem ser prejudicados* (AAD 6). Essa lógica organizacional, embora eficiente, pode contribuir para a sensação de falta de autonomia por parte dos clientes, distanciando-se do modelo de cuidados centrado na pessoa, onde a participação ativa do cliente nas decisões é essencial.

Apesar da predominância desse modelo, há exemplos de práticas que procuram envolver os clientes e familiares na definição dos serviços prestados. Em alguns casos, são os próprios clientes (ainda que com apoio dos familiares) que determinam aspetos como os horários de atendimento, as refeições e o tipo de apoio necessário: "*Sim, participei. Disse que tipo de apoio pretendíamos, quantas vezes ao dia, como deveria ser feito e a minha irmã é que diz como e a que horas quer a higiene, o que pretende para cada uma das refeições, como devem ser confecionadas nomeadamente a sopa"* (Familiar 3)", e "Sim, fui eu e o meu irmão que dissemos o que queríamos e apresentaram-nos o valor que tínhamos a pagar" (Cliente 1).

A flexibilidade na tomada de decisões também se manifesta em casos onde os clientes são incentivados a tomar decisões diárias sobre os seus próprios cuidados, dentro das limitações impostas pelo serviço. Há relatos de situações em que os clientes podem escolher aspetos específicos da sua rotina, como a ordem dos cuidados de higiene ou as refeições: "*Sim, é ela que decide os horários para levantar/deitar, pequeno-almoço, o que quer comer, como pretende que seja feita a higiene"* (Familiar 4). Esta prática reforça um sentido de autonomia e participação ativa, contrariando a tendência para um modelo assistencialista onde as decisões são tomadas exclusivamente pelos profissionais.

Um outro aspeto, refere-se à participação da família nas tomadas de decisão. O envolvimento dos familiares pode ser tanto uma vantagem como uma limitação, dependendo do grau de participação do cliente no processo. Em algumas situações, a presença dos familiares garante que os cuidados prestados estão alinhados com as preferências e necessidades do cliente. No entanto, há casos em que as decisões são tomadas pelos familiares sem a consulta da própria pessoa, levando a que algumas escolhas não reflitam necessariamente a vontade do cliente: *"Às vezes a família quer que se faça de uma maneira, mas quando perguntamos ao utente, ele quer de outra. Temos de encontrar um equilíbrio"* (DT3). Esse desfasamento entre as expectativas dos familiares e os desejos dos clientes pode ser um desafio para as equipas técnicas, que muitas vezes têm de gerir diferentes perspetivas dentro do mesmo núcleo familiar.

A análise revela que, embora existam tentativas de promover um planeamento mais flexível e participativo, a tomada de decisão ainda parece estar, em muitos casos, concentrada

nos técnicos e familiares, sendo reduzido o papel do cliente na definição do seu próprio plano de assistência. No entanto, algumas práticas mostram um esforço para incluir a pessoa no processo de decisão, aproximando-se gradualmente de um modelo de cuidados centrado na pessoa, onde a autonomia e a autodeterminação do cliente são valorizadas.

2.1.5 – Plano Individual

O planeamento individualizado dos cuidados é um dos elementos que distingue uma abordagem mais centrada na pessoa de um modelo assistencialista, onde as decisões seguem diretrizes pré-definidas. A análise revela que, na prática, a elaboração de um plano de cuidados nem sempre reflete as necessidades e preferências dos clientes, oscilando entre um processo flexível e participativo e uma estrutura mais rígida e pouco adaptável.

A existência de um plano individual de cuidados atualizado é um indicador de um modelo mais centrado na pessoa, permitindo ajustes conforme a evolução das condições da pessoa. Alguns técnicos referem que essa prática já está implementada e que os planos são revistos regularmente: "*O plano individual é feito no início do ano, mas é avaliado e atualizado no meio do ano"* (DT2), acrescentando que existe uma monitorização permanente dos clientes "*Naturalmente, neste intervalo, sempre que é necessário haver alguma atualização, nós vamos fazendo. Portanto, vai existindo esta monitorização e sempre que necessário, também ele é alterado, ele é sempre flexível*". Da mesma forma, outros profissionais salientam que este plano deve ser construído em parceria com os vários intervenientes no cuidado, promovendo uma adaptação contínua às necessidades do cliente: *"Este plano deve ser feito sempre em parceria connosco técnicos e com os familiares e com os utentes, se tiverem capacidade para também apoiar na realização deste plano"* (DT2).

No entanto, a realidade da implementação deste plano nem sempre se traduz numa adaptação concreta dos serviços às preferências individuais. Muitos clientes relatam que as decisões sobre os cuidados prestados são feitas sem a sua participação ativa: "*Não, foi a minha mulher que tratou diretamente com o Centro*" (Cliente 4). Esta posição é também corroborada por alguns familiares que referem "*Eu não ajudei nada que eu não sabia nada, elas é que me disseram o que era preciso. Eu disse, pronto, façam o que for melhor para ele. (…) Elas melhor do que eu sabiam indicar uma melhor maneira e pronto. E então até hoje foi sempre assim*" (Familiar 1). Embora este afastamento da participação na definição do Plano Individual seja justificado pelo desconhecimento sobre o tema, reflete uma prática que se distancia do modelo

de Cuidados Centrados na Pessoa, ao reduzir a participação ativa dos clientes e familiares na definição dos serviços que lhes são prestados.

As perspetivas dos DTs e AADs reforçam que, embora o plano individual seja um documento formalmente estabelecido, a sua aplicação na prática enfrenta desafios. Um técnico reconhece que, apesar da existência de planos estruturados, muitas das decisões acabam por ser padronizadas, limitando a adaptação a cada cliente: *"Na minha opinião, deveria ser a pessoa a dizer-nos o que precisa e não sermos nós a dizer que apenas temos estes cinco serviços. Cada pessoa é única. Há muitos SADs privados que o fazem. Mas os valores são muito elevados e a maior parte das pessoas não tem capacidade para pagar"* (DT3). Além disso, há profissionais que mencionam que os planos são frequentemente ajustados apenas em função do grau de dependência do cliente e não necessariamente com base nas suas preferências: *"Conforme o estado de saúde do utente, o Plano Individual vai sendo ajustado. Por exemplo, a pessoa até tem dois banhos por semana, mas depois fica mais dependente e começa a usar fralda. Nesse caso, já começamos a introduzir a higiene parcial todos os dias"* (DT3).

Apesar destas limitações, há aspetos que mostram alguma tentativa de envolver os clientes a tomarem decisões sobre aspetos do seu dia-a-dia, como horários e tipo de assistência recebida, revelando um esforço para respeitar a sua autonomia e preferências. Alguns familiares e clientes destacam que houve diálogo e atenção às necessidades individuais: *"Tudo foi ajustado às necessidades dela, garantindo que ela se sinta confortável e ouvida."* (Familiar 3) e *"Sim, juntamente com o meu marido e os meus filhos dissemos o que pretendíamos e o que era preciso"* (Cliente 2). Assim, e embora o planeamento individualizado dos cuidados seja um princípio estruturante do modelo centrado na pessoa, a sua aplicação parece estar frequentemente condicionada por limitações institucionais e operacionais que restringem a flexibilidade e personalização dos serviços.

2.1.6 – Perspetiva/ intervenção

Alguns relatos evidenciam a tentativa de estruturar os cuidados domiciliários com um maior grau de personalização e apoio multidisciplinar. A existência de profissionais diferenciados a intervir no domicílio é valorizada pelos familiares e clientes como uma mais-valia, permitindo não apenas um acompanhamento clínico, mas também um suporte emocional e funcional mais abrangente: *"Até há um mês vinham muitas pessoas cá a casa. Agora já acabou, era a psicóloga, era da fisioterapia, era a enfermeira, era a médica e ao fim de semana vinham dois médicos"* (Familiar 1). Para além da atenção ao próprio cliente, há também um

reconhecimento do impacto positivo que este acompanhamento tem nos cuidadores familiares, permitindo-lhes apoio e orientação na prestação de cuidados diários: *"Apoio por parte dos cuidados continuados, que é também muito importante para o cuidador porque permite ter com quem desabafar e tirar dúvidas acerca de como tratar do marido."* (Familiar 2). A importância de uma abordagem mais holística e contínua é igualmente mencionada por clientes, que valorizam a assistência recebida: *"O apoio que tenho é muito bom"* (Cliente 2). Esta visão é partilhada por algumas AADs que sugerem a implementação de equipas multidisciplinares para reforçar o acompanhamento e melhorar a resposta às necessidades dos clientes: *"Ter uma equipa multidisciplinar com as várias valências: psicólogo, animador, fisioterapeuta, garantindo que passassem no mínimo quatro vezes por dia."* (AAD 6). No entanto, os próprios profissionais reconhecem que, apesar da relevância deste suporte, a sua concretização enfrenta limitações financeiras e institucionais: *"Para apoio emocional quer ao utente, eu acho que deveria haver dois profissionais, um animador e um psicólogo. Para o apoio domiciliário, mas não temos verbas para isso"* (DT1).

Ainda dentro da perspetiva centrada na pessoa, há uma valorização da participação ativa dos clientes na definição dos cuidados prestados, permitindo que tenham um papel mais autónomo na organização do seu quotidiano: *"O utente também nos pode dizer aquilo que para ele faz sentido em termos de cuidados"* (DT2). No entanto, esta abordagem contrasta com um modelo mais assistencialista, onde a prestação de serviços segue uma estrutura fixa e pouco flexível. A visão assistencialista é reforçada pelos relatos que destacam a limitação dos serviços ao apoio básico, sem contemplar outras dimensões do bem-estar dos clientes. Os profissionais reconhecem que a resposta SAD se restringe essencialmente à higiene e alimentação, não havendo grande margem para alargar o tipo de apoio prestado: *"No caso das IPSS, acaba por ser um bocadinho limitado à higiene, alimentação, e, nos casos em que querem, o tratamento de roupa é um extra"* (DT2). Além disso, há uma delimitação clara das tarefas realizadas, sem incluir aspetos mais abrangentes do domicílio, como referido por uma profissional: *"A higiene habitacional é muito limitada. A natureza dos cuidados prestados, ou seja, se nós damos o banho no leito, então naturalmente que no fim trocamos os lençóis, deixamos a cama prontinha, mas só isto. Portanto, não há o fazer higiene na habitação ou limpar o pó, desinfetar os quartos de banho, isto não"* (DT2).

A preocupação com a segurança e a monitorização do estado de saúde foi algo que também foi salientado, sobretudo aludindo que a supervisão diária tem limitações: *"Nós até podemos chegar lá e ver que a medicação de quinta-feira foi tomada.* [referindo-se à

monitorização através de soluções digitais]. *Mas o que me garante que o utente não pegou na medicação e a deitou fora?"* (DT2).

2.1.7 – Avaliação da qualidade

A perceção da qualidade do serviço prestado no SAD varia significativamente entre os diferentes intervenientes. Enquanto os clientes e familiares avaliam a qualidade do cuidado com base na relação interpessoal, na atenção recebida e na capacidade de resposta às suas necessidades, os técnicos tendem a associá-la ao cumprimento eficiente das tarefas e ao respeito pelos horários estabelecidos. Para muitos clientes a empatia e o vínculo criado com os cuidadores são fatores essenciais na perceção da qualidade do serviço, como ilustram estas afirmações "*Sim, estão sempre a perguntar se estou bem, qual o programa ou canal de televisão que mais gosto, tentam sempre fazer uma sobremesa sempre à base de fruta, mas fruta que eu gosto*" (Cliente 2); "*as AAD tratam-me muito bem fazem tudo que lhe peço*" (Cliente 1). Esta posição é também corroborada pelos familiares, conforme nos diz este participante: "*São muito profissionais educadas cuidadosas, mas obviamente tem preferência por duas, no entanto, quando não gosta de alguma ligo para a empresa para pedir que seja substituída"* (Familiar 3). Esta valorização da dimensão relacional aproxima-se de um modelo centrado na pessoa, onde a qualidade do cuidado não se resume apenas à execução de tarefas, mas também à atenção emocional e ao respeito pelas preferências individuais. No entanto, a realidade do serviço é muitas vezes marcada por uma abordagem funcional, onde a qualidade do cuidado é avaliada com base na correta execução das tarefas básicas: *"Sim temos o Anquira, as colegas do apoio domiciliário, os serviços que executarem, por exemplo, hoje, às 10 da manhã, vão a casa da Dona... tudo o que fizerem quando chegam cá fora registam no Tablet"* (DT3). Esta lógica reflete uma preocupação mais assistencialista, onde os registos são sobretudo centrados nos serviços prestados. No entanto, esta perspetiva parece ser complementada por uma abordagem mais centrada na pessoa, com uma preocupação das AADs em não se circunscreverem aos registos "*Existe muita comunicação, cuidado e responsabilidade. Todos os dias damos o feedback de cada utente"* (AAD 1).

2.1.8 – Autonomia

A análise das declarações recolhidas evidencia duas abordagens distintas no cuidado e promoção da autonomia dos clientes. A primeira abordagem, centrada na capacitação,

demonstra um esforço ativo por parte das AADs e familiares para estimular a participação dos clientes em atividades quotidianas, ainda que muito centradas em aspetos relacionados com a funcionalidade e independência. Relatos apontam para estratégias como incentivar a escolha da própria roupa e envolver na preparação de refeições, conforme referido por um dos familiares: "*Pedem para ela escolher a roupa, para ajudar a preparar a sopa, escolhendo os legumes, assim de uma forma indireta ela faz algum exercício com as mãos. Falam muito com ela sobre o passado e tentam sempre fazer algum exercício mental, perguntando a tabuada, para trautear algumas músicas antigas… recorrem também ao gato cá de casa para ajudar a escová-lo… entre outras coisas"* (Familiar 3); *"Pedem colaboração da utente, nomeadamente a movimentar os membros que ficaram afetados pelo AVC para promover mais autonomia"* (Familiar 2). Os próprios clientes reconhecem essa abordagem e, embora alguns relatem um esforço exigente, compreendem o seu propósito: *"As meninas pedem para eu ajudar, mas sei que é para meu bem."* (Cliente 1) ou "*Sim, pedem para eu lavar a cara e segurar no pincel ao desfazer a barba"* (Cliente 3).

Em contraste, a abordagem assistencialista revela um cenário onde a autonomia dos clientes é limitada devido a fatores como dificuldades motoras, cognitivas e restrições de tempo no apoio prestado pelo SAD. Uma das AAD refere: "*Muitos utentes não têm capacidade para colaborar e, por isso, acabamos por fazer tudo por eles*" (AAD 7). No entanto, este modelo de cuidados parece gerar desconforto a este grupo profissional, que refere: "(…) *se tivéssemos mais tempo pedíamos mais colaboração, porque devido às dificuldades que têm são mais lentos e não temos tempo, porque como disse a colega temos apenas meia hora para cada banho*" (AAD 4), sugerindo que a falta de tempo disponível para prestar um acompanhamento mais individualizado é, de facto, um aspeto limitador para prestação de cuidados mais centrados na pessoa. Estes dados sugerem que a promoção da autonomia está diretamente relacionada com as condições organizacionais em que os cuidados são prestados.

2.1.9 – Rede de suporte social

De acordo com os resultados, a existência de uma rede de suporte social pode fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados, ajudando a reduzir o isolamento dos clientes e a garantir um acompanhamento mais próximo e contínuo. Além disso, a partir das perspetivas dos diferentes grupos, a rede de suporte social aparece que como um elemento crucial para a permanência das pessoas no seu meio familiar. Nos diferentes relatos, a relevância do suporte dos familiares, dos técnicos, mas também dos vizinhos é destacada como fundamental para o

bem-estar dos indivíduos, permitindo que estes se mantenham no conforto das suas casas e continuem a gerir a sua rotina de acordo com as suas preferências. Um familiar expressa essa importância ao afirmar: "*É muito importante para mim a minha esposa ter este apoio, pois assim tenho a minha esposa comigo no conforto do seu lar, a ter todos os cuidados necessários"* (Familiar 4), acrescentando, que o suporte da rede mais alargada é fundamental: "*A colaboração dos meus filhos foi essencial para conseguirmos esse apoio de qualidade"* (Familiar 4). Adicionalmente, o suporte do SAD também parece ser essencial para que os familiares continuem a exercer outros papéis "*O apoio permite que eu vá ao trabalho tranquilo sabendo que minha irmã está bem cuidada.*" (Familiar 2). Do ponto de vista dos próprios clientes, a possibilidade de permanecer em casa com o apoio prestado é percebida como um fator de autonomia e bem-estar, conforme evidenciado na afirmação: "*Muito bem, porque assim posso estar em minha casa e ter as coisas à minha maneira e ser eu a mandar e ninguém mandar em mim"* (Cliente 1); "*assim posso estar aqui no meu cantinho que construí com muito esforço e com a minha mulher e os meus filhos podem vir aqui quando quiserem e puderem, a qualquer hora. É muito bem ter este apoio*" (Cliente 3).

Além do suporte familiar, a rede de vizinhança assume um papel de grande relevância, especialmente para clientes que não possuem familiares próximos. Relatos apontam para o envolvimento dos vizinhos como uma fonte essencial de apoio no dia a dia: *"Os vizinhos muitas vezes acabam por ser o maior apoio de utentes que não têm família próxima"* (AAD 3) e *"A rede de vizinhança é muito importante, muitas das vezes mais importante que a família. Temos muitos utentes, solteiros e sem filhos"* (DT1), que acrescenta nos períodos em que o SAD não presta serviços, esta rede assume o papel do SAD "*E ao fim de semana e feriados são os vizinhos".* Assim, o suporte da rede informal aparece como um complemento ao apoio formal, garantindo que as necessidades mais imediatas das pessoas são colmatadas por esta rede de vizinhança, e que simultaneamente acabam por reduzir o sentimento de isolamento.

Numa outra perspetiva, a abordagem assistencialista foca-se numa rede de suporte mais institucionalizada, baseada em serviços formais e no papel de cuidadores contratados. Os relatos evidenciam que, em alguns casos, a assistência se limita a ações específicas, como fornecer refeições ou prestar cuidados de higiene pontuais, sem um envolvimento mais abrangente no bem-estar global das pessoas. Conforme indicado por uma das DTs: *"Temos pessoas com mais limitações que, à partida, têm cuidadores de empresas privadas que vão lá e dão o almoço, ou alguma refeição, ou fazem a higiene da tarde"* (DT1). Esta visão sugere que, embora os serviços formais garantam a satisfação de necessidades básicas, podem não

proporcionar o mesmo nível de envolvimento e suporte emocional que a rede familiar ou comunitária oferece.

2.1.10 – Capacitação da equipa

A análise das declarações recolhidas sobre a capacitação da equipa revela duas perspetivas distintas, uma centrada no desenvolvimento contínuo das competências dos profissionais e outra focada nos desafios estruturais e limitações do setor. Algumas iniciativas formativas procuram desenvolver competências técnicas e humanizadas, promovendo uma abordagem mais centrada na pessoa. A introdução de metodologias como a Humanitude, que enfatiza a comunicação, o toque e a criação de um vínculo emocional, demonstra uma tentativa de humanizar os cuidados: *"Sim. E agora estão a ter uma formação sobre Humanitude. Existe trabalho em equipa e o conversar partilhar é essencial"* (DT1). Essa procura por formações que considerem a pessoa no centro dos cuidados reflete um esforço para afastar o cuidado de uma lógica puramente mecânica, reforçando a importância da empatia e do respeito pela dignidade do cliente. Adicionalmente, a formação dos técnicos é referida como uma prática comum, sendo conduzida tanto por profissionais internos como por entidades externas. Um dos participantes menciona um protocolo estabelecido com uma instituição de saúde: *"Por norma, a formação aos técnicos é dada pela enfermeira, e alguma também é dada por entidades exteriores. Elas fizeram um curso intensivo de três meses com um enfermeiro do Hospital de Santa Maria, é um protocolo que temos"* (DT3).

Outro aspeto relaciona-se com a escassez de profissionais qualificados, surgindo como um dos principais desafios enfrentados pelo setor: *"Existe muita dificuldade em recrutar para esta área. Não é fácil arranjar pessoas, e os salários são muito baixos"* (DT1). Esta limitação é reiterada por outro participante, que menciona a dificuldade em encontrar AADs, mesmo quando não é exigida formação específica: *"Muita dificuldade no recrutamento de AADs, mesmo não exigindo formação na área."* (DT3). Esta dificuldade é também corroborada pelos próprios clientes que referem estar sensíveis às exigências deste tipo de funções "*ser feito por pessoas com vocação e formação para este trabalho pois não é fácil lidar com pessoas como nós*" (Cliente 2).

Apesar dos desafios, a formação em geriatria surge como uma estratégia para mitigar algumas das lacunas na qualificação dos profissionais. Um dos depoimentos destaca a realização de um programa formativo abrangente: *"Fizemos uma formação nova em geriatria, que toda a equipa fez, e mesmo pessoas que têm curso, portanto, para ir atualizando, novas*

formas de intervenção, novos mecanismos, novas tecnologias. Sim, é importante fazermos isso" (DT2). No entanto, a necessidade de apoio psicológico para os cuidadores é também sublinhada, refletindo o impacto emocional do trabalho: *"Seria importante os cuidadores* [referindo-se às AADs] *terem também algum apoio psicológico. Tenho cuidadoras que precisavam de algum apoio porque diariamente lidam com situações muito difíceis."* (DT3).

2.1.11 – Uso da tecnologia

De acordo com os dados, a integração da tecnologia nos SAD foi vista como um elemento com o potencial de melhorar a segurança dos clientes, otimizar a gestão dos cuidados e facilitar a comunicação entre profissionais, clientes e familiares. No entanto, a análise revela que a utilização da tecnologia ainda se encontra pouco implementada e os recursos tecnológicos adotados estão sobretudo alinhados com uma lógica assistencialista, sendo maioritariamente usados ou desejados para registo de tarefas e monitorização pessoa (ex. vigilância, quedas), tendo sido praticamente inexistentes as referências ao uso de tecnologia numa perspetiva mais centrada na pessoa e nas suas necessidades/preferências (ex. contactar com familiares, ocupação do tempo). Há, no entanto, uma técnica que faz uma referência da tecnologia numa perspetiva mais centrada na pessoa "*Eles também fazem as chamadas voz amiga. À noite ligam, perguntam se está tudo bem, se precisam de alguma coisa. Todos os aniversários ligam. Todos os Natais ligam"* (DT1).

As restantes perspetivas surgem essencialmente ligadas ao seu potencial para aumentar a segurança e autonomia dos clientes, como a teleassistência e o GPS. Alguns profissionais referem: *"Teleassistência era importante, eu acho que é muito bom. Apesar de não ser suficiente, é uma mais-valia"* (DT1); "*Serviço de teleassistência 24 horas, através de uma entidade externa*" (DT3) referindo-se à teleassistência. Outros destacam o potencial dos recursos de localização de GPS essencialmente para garantir segurança e facilitar a resposta a situações de risco: *"Temos uma modalidade em pulseira com um botão e outra com GPS que pode localizar o utente"* (DT1) ou "*Era muito importante terem um GPS porque muitas vezes a pessoa pode perder-se, desorienta-se*" (DT3). Esta perspetiva é corroborada por um dos familiares que refere "*deveria de haver formas através de meios digitais de se poder vigiar as pessoas idosas com limitações/problemas nas suas próprias casas obviamente com o seu consentimento, assim não se sentiam tão sozinhas*" (Familiar 3). Embora estas ferramentas sejam essenciais, a sua utilização insere-se numa lógica de supervisão e controlo, mais alinhada

com um modelo assistencialista, desconsiderando o seu potencial para promover a autonomia e a participação ativa dos clientes nos seus próprios cuidados.

O potencial da tecnologia para facilitar a troca de informações e garantir um acompanhamento mais próximo do estado dos clientes também foi mencionado pelas AADs que referem que a implementação de meios digitais poderia melhorar a coordenação do serviço e permitir uma abordagem mais personalizada: *"Tentar dar apoio 24h através de AAD especializados em geriatria, psicólogos, animador, fisioterapeuta, dando condições ao utente para poder estar na sua casa em segurança, através de meios digitais que pudéssemos controlar remotamente se este se encontra bem"* (AAD 7). A análise demonstra que, embora existam algumas iniciativas para integrar a tecnologia de forma mais abrangente, a sua utilização ainda se encontra fortemente alinhada com uma lógica de supervisão e registo de tarefas, em vez de ser explorada como um instrumento para melhorar a qualidade do cuidado e promover uma maior autonomia dos clientes.

2.2 – Análise comparativa entre os grupos

A análise comparativa entre os diferentes grupos evidencia diferentes perspetivas acerca do modelo atual de SAD. Enquanto algumas opiniões refletem um modelo centrado na pessoa, com uma preocupação pela individualidade e autonomia do cliente, outras demonstram uma abordagem mais assistencialista, focada essencialmente nas tarefas e na gestão do tempo dos profissionais. Abaixo apresentam alguns pontos convergentes e divergentes que emergiram da análise de conteúdo:

2.2.1 – Equipas: Estabilidade vs. Rotatividade

Existe um consenso geral sobre a importância da estabilidade das equipas, sendo amplamente reconhecido que a presença de rostos familiares contribui para o bem-estar dos clientes. Tanto os familiares como os clientes expressam um forte desejo por equipas fixas, pois a familiaridade proporciona segurança e conforto emocional, tal como nos descreve alguns familiares "*Não gosto que sejam muitas a vir, prefiro que sejam sempre as mesmas"* (Cliente 4); *"O utente não gosta da rotatividade de AAD, tem mais afeição por uma, …, e se ela não vem, ele fica um bocadinho mais triste"* (Familiar 2).

Paralelamente, surge também a opinião das DTs e AADs, que reconhecem o impacto positivo da estabilidade das equipas, no entanto enfatizam que a rotatividade, apesar de

indesejada pelos clientes é muitas vezes necessária para a gestão das equipas. Esta necessidade é justificada por questões organizacionais, nomeadamente a gestão de folgas, férias e até conflitos internos entre profissionais, como nos demonstram estas perspetivas: *"Embora isso seja problemático para os utentes, porque eles gostam de equipas fixas, na minha experiência, nós temos que criar alguma rotatividade nas equipas, porque às vezes há conflitos de equipas."* (DT2) e "*Cada semana vai uma equipa diferente prestar cuidados ao utente. Como são três equipas, no final do mês, o utente já os conhece a todos e não estranha tanto no caso de ausência de algum elemento"* (DT3).

Desta forma, enquanto para os familiares e clientes a estabilidade das equipas é vista como essencial para a qualidade do cuidado, para os profissionais trata-se de um ideal difícil de garantir na prática devido à gestão dos recursos humanos.

2.2.2 – Tempo disponível para a pessoa: Cuidado Humanizado vs. Gestão operacional

Outro aspeto onde há consenso é a valorização do tempo dedicado ao cliente. Tanto familiares como clientes consideram que a duração das visitas é frequentemente insuficiente para satisfazer as necessidades e desejariam um acompanhamento mais próximo como sugerem estes testemunhos: *"Gostava que ficassem mais tempo para eu poder desabafar com elas"* (Familiar 2); *"Este é o serviço ideal, gostava de o ter também ao fim de semana e que as meninas ficassem mais tempo aqui"* (Cliente 3).

As DTs e AADs, por outro lado, reconhecem a importância da proximidade e da interação, mas salientam que a limitação de tempo é uma realidade estrutural do serviço. Os horários constituem um constrangimento e precisam de ser cumpridos para garantir que todos os clientes recebem assistência dentro do planeado conforme nos sugerem os dados: *"Temos utentes sem retaguarda que muitas vezes temos de 'fugir', porque por eles queriam que nós ficássemos lá um ou duas horas, mas não podemos"* (AAD 4); *"Nós temos muito pouco tempo. Eu acho que é um bocadinho ingrato, porque estamos ali 20 minutos com as pessoas, principalmente elas"* (DT1)

Esta tensão revela uma diferença fundamental na perceção do serviço: enquanto os clientes e familiares o veem como um suporte contínuo que deveria permitir mais tempo de acompanhamento, os profissionais lidam com um modelo estruturado para garantir a execução das tarefas.

2.2.3 – Participação na definição dos Cuidados: Autonomia vs. Estruturação Predefinida

A autonomia dos clientes na decisão sobre os seus cuidados é valorizada por todos os grupos, mas a forma como essa autonomia se traduz na prática varia. Há clientes e familiares que relatam experiências onde o cuidado é personalizado e respeita as suas preferências: *"Sim, participei. Disse que tipo de apoio pretendíamos, quantas vezes ao dia, como deveria ser feito e a minha esposa é que diz como quer a higiene"* (Familiar 4); *"Sempre tudo é feito com o meu consentimento"* (Cliente 1).

No entanto, há também relatos onde as decisões são tomadas sem grande envolvimento do cliente, sendo definidas pelos familiares ou pelos profissionais: *"Não, foi tudo tratado com a minha mulher e os meus filhos, eles é que decidiram tudo"* (Cliente 3); *"Eu não ajudei nada porque eu não sabia nada, elas é que me disseram o que era preciso"* (Familiar 1).

Do lado dos técnicos, há um reconhecimento da importância da participação do cliente, mas também limitações operacionais que nem sempre permitem uma adaptação total às suas preferências "*Nós tentamos sempre dar prioridade ao utente, mas temos aqui situações em que temos que seguir os protocolos existentes"* (DT3).

Assim, embora a personalização dos cuidados seja um princípio orientador, a sua aplicação é condicionada por fatores organizacionais e pela própria capacidade dos clientes de expressarem as suas preferências.

2.2.4 – Uso da Tecnologia: Segurança vs. Necessidade de Contacto Humano

A tecnologia é vista de forma ambivalente entre os diferentes grupos. Para alguns familiares e DTs, pode ser uma ferramenta útil para melhorar a segurança dos clientes e garantir um acompanhamento mais eficaz, como ilustram estes segmentos: *"Deveria haver formas através de meios digitais de se poder vigiar as pessoas idosas com limitações/problemas nas suas próprias casas."* (Familiar 3); *"A teleassistência era importante, eu acho que é muito bom. Apesar de não ser suficiente, já conseguimos evitar muita coisa com toda a teleassistência"* (DT1).

No entanto, há também receios de que a tecnologia possa substituir o contacto humano e comprometer a qualidade do cuidado, demonstrado por exemplo por um testemunho de uma DT: "*Nós até podemos chegar lá e ver que a medicação de quinta-feira foi tomada* [referindo-se à monitorização através de soluções digitais]. *Mas o que me garante que o utente não pegou na medicação e a deitou fora?"* (DT2)

Assim, enquanto os familiares veem a tecnologia como um complemento à segurança, os profissionais alertam para as suas limitações e para a necessidade de manter a componente humana no cuidado. Estes resultados salientam a complexidade do equilíbrio entre a personalização do serviço e a sua viabilidade operacional, destacando desafios e oportunidades para a melhoria dos cuidados domiciliários.

2.2.5 – Apoio Psicossocial: Realidade vs. Desejos

Embora não tenha sido um dos eixos principais da análise, há referências à importância do apoio emocional, tanto para os clientes como para os cuidadores. Os familiares e clientes mencionam a necessidade de um acompanhamento que vá além dos cuidados físicos e de apoio nas atividades básicas de vida diária, incluindo apoio psicológico e atividades sociais, o que também é reforçado pelas AADs: *"Poderia haver umas equipas até com disponibilidade à parte para fazer isso. No caso dela, precisava que alguém a retirasse de casa, isto é, alguém que fosse com ela tomar um cafezinho, dar um passeio"* (AAD 6). Esta perspetiva é também corroborada por uma das DTs - *"Disponibilizar apoio psicológico quer ao utente quer ao cuidador. Não tem de ser propriamente cuidados de higiene, podem ser outros, alargar o serviço. Eu acho que apoio também à família é muito necessário, muitas vezes os cuidadores estão piores que o utente"* (DT1).

Apesar dos técnicos reconhecerem esta necessidade, salientam que os serviços prestados estão limitados a cuidados básicos, sendo difícil integrar apoio emocional de forma estruturada: *"(...) não temos verbas para isso."* (DT1); *"No caso das IPSS, acaba por ser um bocadinho limitado à higiene, alimentação e, nos casos em que querem, o tratamento de roupa é um extra"* (DT2).

2.2.6 – Dificuldade no Recrutamento e Capacitação das Equipas

Os profissionais mencionam repetidamente as dificuldades em recrutar e reter AADs, um problema que pode comprometer a qualidade e estabilidade dos serviços: *"Existe muita dificuldade em recrutar para esta área. Não é fácil arranjar pessoas, e os salários são muito baixos."* (DT1); *"Muita dificuldade no recrutamento de AADs, mesmo não exigindo formação na área"* (DT3).

Os familiares e clientes não mencionam diretamente este aspeto, mas o impacto da falta de profissionais pode ser observado nas queixas sobre a rotatividade das equipas e na perceção

de que o tempo de atendimento é insuficiente e que não permite a expressão de necessidades de contacto social ou de lazer (ex. tomar um café, ir ao jardim).

3 – Discussão

Da análise dos resultados obtidos é possível verificar que a experiência dos participantes envolvidos no estudo relativamente ao SAD parece sugerir a existência de um modelo de cuidados predominantemente assistencialista, com os serviços organizados para garantir a eficiência operacional e a cobertura de um grande número de clientes. Estes dados são corroborados por um documento da União das Misericórdias Portuguesas (UMP, 2022) no qual é abordada a necessidade de uma melhoria dos serviços prestados, dado o SAD ainda se apresentar como um modelo orientado para a prestação de serviços básicos, indicando que é necessária uma otimização da resposta social, de modo a possibilitar mais e melhores prestações de serviço. De forma geral, a organização do SAD tem impacto direto na experiência dos clientes, familiares e profissionais, sendo que a gestão das equipas, a continuidade e a flexibilidade do serviço se destacam como fatores centrais que influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Apesar do reconhecimento da importância dos CCP, os resultados indicam a existência de desafios estruturais que dificultam a sua implementação. Considerando os resultados obtidos, destacam-se três pontos centrais: 1) a organização e gestão das equipas e serviços; 2) as necessidades de interação social; e 3) a capacitação das equipas com vista à implementação de cuidados mais humanizados;

Assim, relativamente à organização e gestão das equipas e serviços, dois aspetos-chave devem ser destacados: a perceção de impossibilidade na adoção de um modelo mais flexível e o impacto da rotatividade da equipa nas dimensões psicossociais da pessoa cuidada. No que respeita ao primeiro ponto, parece ser evidente que a estrutura organizacional do serviço está orientada para um modelo de cuidados predominantemente assistencialista, na qual a distribuição das equipas é feita com base em critérios logísticos e na otimização do tempo de deslocação entre os clientes, muitas vezes sem considerar fatores emocionais ou relacionais, ou restringindo as possibilidades para personalizar os cuidados. Os dados apontam para um modelo de gestão orientado para garantir eficiência e a cobertura de serviço, mas que frequentemente entra em conflito com a necessidade de personalização dos cuidados. Este aspeto decorre das limitações logísticas frequentemente reportadas, mas sobretudo da necessidade de cumprir horários/atendimentos que dificultam a implementação de um acompanhamento mais individualizado e que levam os profissionais a ter de centrar a sua atenção na prestação de

cuidados. Tanto os clientes como os profissionais referem que esta é uma área crítica a melhorar e que afeta não só a qualidade dos cuidados, mas também a sua satisfação com o serviço, expressando o desejo de um acompanhamento mais estável e adaptado às suas preferências e necessidades. Estas conclusões estão de acordo com um documento da União das Misericórdias Portuguesas (2022) que indica que a falta de flexibilidade dos serviços do SAD e a ausência de prestação de cuidados diariamente incluindo os fins-de-semana, torna mais complexa e limitada a prestação destes serviços a um conjunto de clientes muito diverso, com necessidades individuas muito diferentes.

Relativamente ao segundo ponto, a elevada rotatividade das equipas foi identificada como um problema crítico. Clientes, cuidadores/familiares e AADs sugerem que a alocação de equipas fixas favoreceria a criação de vínculos e a adaptação às rotinas dos clientes. Segundo Cappanera & Scutellà (2021), o facto de serem sempre os mesmos profissionais a prestar serviços ao mesmo cliente, torna a relação mais próxima, permitindo uma melhor comunicação, o que por sua vez contribuiu para a melhoria dos serviços prestados e para uma maior satisfação do cliente, principalmente em tarefas que requerem uma maior invasão da sua privacidade. No entanto, esta preferência parece entrar em conflito com as exigências e dinâmicas do próprio serviço, conforme já foi referido anteriormente. De acordo com Lee & Oh (2023), alguns dos fatores que estão relacionados com a rotatividade das equipas de SAD são: o salário, horas de trabalho e a intensidade de trabalho. Stone (2004) e Zimmerman et al. (2005), acrescentam que para além da elevada carga laboral destes profissionais, a reduzida valorização dos AADs por parte dos seus superiores hierárquicos, e a maior propensão destes profissionais para danos físicos e psicológicos contribuem para o elevado turnover deste grupo profissional. Estes aspetos também poderão contribuir para a dificuldade em recrutar profissionais para o SAD, um desafio mencionado ao longo deste estudo.

No que concerne à necessidade de maior interação social, este aspeto foi evocado por muitos clientes como um aspeto central ainda em falta no atual modelo de SAD. Clientes, especialmente aqueles com maior dependência ou que vivem sozinhos, destacaram que o contacto social oferecido pelo serviço é insuficiente. Os participantes reconheceram que contacto com as AAD do SAD e a dinamização de atividades de cariz socio-recreacional promovidas são um fator central para o seu bem-estar psicológico e emocional, especialmente para os que têm pouca interação com a sociedade fora do ambiente domiciliar. Vários estudos (Harden et al., 2020 e Oliveira et al., 2021) demonstram que a solidão e o isolamento social têm impactos negativos profundos na saúde mental e física das pessoas. Para muitas pessoas idosas

ou com patologias crónicas, os cuidados ao domicílio são, muitas vezes, a principal fonte de interação social. Se a interação entre o cuidador e o cliente for limitada ou rápida devido à sobrecarga de tarefas, isso pode levar a sentimentos de abandono, depressão e até mesmo a um agravamento na saúde física do cliente. A inclusão de atividades socio-recreacionais como um serviço do SAD poderia ser uma estratégia para mitigar a ausência de tempo formal para a dinamização de atividades socio-recreacionais junto dos clientes do SAD, ao mesmo tempo que permitiria responder a uma necessidade reportada pelos clientes e pelas famílias.

O último ponto refere-se à necessidade de capacitação das equipas, em concreto da necessidade de um maior investimento nesta área. Estudos indicam que a formação contínua e o desenvolvimento de competências na área dos CCP podem ter um impacto positivo na prestação dos serviços (Dewing & Dijk, 2016). Segundo Rosa (2012), a formação dos AADs favorece uma maior humanização e qualidade nos serviços prestados aos clientes. Torna-se por isso, fundamental, investir mais em formação específica das AADs, desde cuidados gerais no envelhecimento (o que parece ser já mais recorrente, dado que tem existido uma oferta crescente de cursos financiados na área de cuidados de geriatria), mas sobretudo na área dos CCP, aspeto que aparece muito enfatizado ao longo dos testemunhos, e que parece ainda persistirem dificuldades estruturais que limitam a qualificação e que pode comprometer a qualidade do serviço prestado. De acordo com Sousa (2011), alguns dos obstáculos inerentes à reduzida formação das AADs são uma escassez de funcionários face à elevada carga laboral, uma reduzida panóplia de opções formativas nesta área, assim como uma falta de incentivo e motivação para a realização deste tipo de formações num horário pós-laboral. Ainda, a reduzida promoção destas formações por parte das direções técnicas e a existência de poucos formadores com competências específicas na área. Estes fatores poderão contribuir para os baixos níveis de formação destes profissionais. No contexto nacional, a implementação de formações específicas na área dos CCP poderia ser um passo fundamental para a transição de um modelo tradicionalmente mais assistencialista para um modelo de cuidados mais humanizado e adaptado às necessidades da população idosa. De acordo com Guedes (2014), a capacitação das equipas está associada a uma melhoria da qualidade dos serviços prestados, menor absentismo por parte dos mesmos, o que em última análise beneficia não só os clientes, mas também as AADs (Guedes, 2014). Adicionalmente, a formação contínua permite aos profissionais adquirir conhecimento necessário para lidar com situações complexas e desafios emocionais (Guedes, 2014), o que é algo essencial neste grupo em particular, devido ao desgaste comumente associado à profissão.

Como conclusões finais e direções futuras, este estudo sugere a necessidade de reestruturar o modelo de SAD para alinhar a prestação de cuidados com uma abordagem mais humanizada e personalizada. A diversidade de intervenientes (DTs, AADs, clientes e familiares), cujas perspetivas se complementam, parecem sustentar uma predominância dos cuidados tradicionais assistencialistas e o desejo por uma abordagem centrada na pessoa. Para a implementação de um modelo de cuidados centrado na pessoa, poderia ser interessante explorar outros modelos de financiamento das respostas sociais que permitissem inovar o SAD, promovendo uma resposta alternativa à institucionalização verdadeiramente complementar e integrada. A opção por uma descentralização da gestão do SAD a nível nacional poderia ser uma estratégia a considerar, seguindo o exemplo de outros países europeus (ex., Suécia) e que parecem apresentar bons resultados. Em particular, esta medida poderia facilitar a identificação de necessidades específicas em cada região e disponibilizar serviços em função das respostas aí existentes ou inexistentes. Poderia também ser interessante, disponibilizar o financiamento diretamente ao próprio beneficiário e este fizesse a gestão e contratação dos serviços de acordo com as suas necessidades. Isto poderia em parte, contribuir para que os serviços procurassem mais ativamente diversificar e melhorar os serviços (evitando a tipificação de serviços atualmente em vigor) numa procura de angariação e manutenção de clientes.

Adicionalmente, as conclusões deste estudo também podem deixar algumas pistas para o futuro, tais como, 1) a necessidade do aumento do número de estudos nesta área, com amostras representativas a nível nacional e por regiões, que permitissem explorar p.e. algumas especificidades não só em termos de público-alvo, mas também no que respeita a necessidades específicas por região; 2) a implementação de intervenções piloto para avaliar o impacto deste modelo e a sua eficácia, envolvendo medidas de avaliação de satisfação dos clientes mas também dos profissionais, e ainda medidas de impacto económico de gestão dos próprios serviços; e 3) a formação profissional e valorização da setor, o que implica considerar medidas específicas de capacitação dos profissionais disponibilizando conhecimentos específicos nesta área mas também medidas de autogestão e autocuidado, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados mas também para diminuição do desgaste dos profissionais.

Embora este estudo contribua com reflexões relevantes sobre o atual modelo de SAD, é importante reconhecer algumas limitações, sobretudo no que diz respeito ao processo de recolha de dados e à amostra. Em primeiro lugar, mencionar que em algumas entrevistas aos clientes e familiares, as DTs estiveram presentes. Este aspeto pode ter influenciado as respostas, na medida em que a sua presença pode ter levado a uma potencial desejabilidade social ou inibição na expressão de opiniões críticas. Outra limitação poderá estar relacionada, com a dispersão

dos dados recolhidos. A recolha de dados em contextos com realidades distintas (ex. SADs privados ou com acordo com a Segurança Social) ou com muita dispersão geográfica dificultou a recolha de dados. No entanto, considera-se que este aspeto pode ter beneficiado os resultados, na medida em que introduzem realidades distintas, aumentando a diversidade dos dados, sustentando a ideia da dominância de um modelo de cuidados tradicionais assistencialistas no SAD. Outra limitação refere-se ao facto da amostra, deste estudo ser por conveniência, o que significa que as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas à realidade nacional. Relacionado ainda com limitações da amostra, referir o reduzido tamanho amostral, em particular, o reduzido tamanho da amostra dos clientes, que podem limitar a diversidade de experiências e perceções recolhidas. No entanto, o envolvimento dos clientes revelou-se mais exigente do que o inicialmente previsto, em grande parte relacionado com os níveis de dependência (sobretudo cognitiva) dos clientes de SAD. Este último fator, maior envolvimento de pessoas com défice cognitivo é em si mesmo, outra limitação, uma vez que impediu uma compreensão mais abrangente das suas necessidades. Este grupo representa uma proporção significativa dos utilizadores do SAD e possui características e exigências distintas, frequentemente mais complexas de interpretar. Esta complexidade exige um tempo adicional de dedicação, o que não é compatível com o modelo atual do SAD, onde a disponibilidade de tempo se revelou um dos principais constrangimentos. Este facto reforça ainda mais a necessidade premente de implementar um modelo de cuidados centrado na pessoa no SAD. Finalmente, os recursos temporais e logísticos limitados condicionaram a extensão da investigação, restringindo o aprofundamento de algumas questões levantadas durante a análise qualitativa.

Apesar destas limitações, este estudo contribui para o aumento do conhecimento relativamente ao atual modelo de SAD em Portugal e deixa pistas para o futuro. Em particular, sustenta a ideia da necessidade de reestruturar o modelo de SAD, apontando para um modelo mais humanizado na prestação de cuidados, assente nos princípios do CCP. A promoção de um serviço mais flexível, personalizado e adaptado às reais necessidades das pessoas idosas exige não apenas mudanças estruturais, mas também uma revisão das políticas públicas, um investimento na formação de profissionais e a incorporação de soluções inovadoras no suporte ao envelhecimento no domicílio. Estas ações permitiriam melhorar a qualidade dos serviços prestados e impulsionar a evolução do SAD para um modelo mais sustentável e equitativo, centrado na promoção do bem-estar e da qualidade de vida. Ao priorizar as necessidades e expectativas das pessoas à medida que envelhecem, em vez de focar exclusivamente na organização e eficiência das tarefas, é possível transformar o SAD numa solução mais adaptada

às realidades individuais (e geracionais), consolidando esta resposta social como uma medida eficaz para o *ageing in place*.

Considerações finais

Tendo em consideração os resultados obtidos, verifica-se que o SAD parece ser caracterizado por um modelo de cuidados predominantemente assistencialista, evidenciando a necessidade de explorar abordagens mais personalizadas e centradas na pessoa. Embora haja um consenso sobre a necessidade de humanização do cuidado, a sua implementação enfrenta desafios estruturais e operacionais que limitam a autonomia dos clientes e a flexibilidade dos serviços prestados. Esta abordagem mais assistencialista parece ter um elevado impacto na experiência dos clientes, familiares e profissionais, aspeto que parece contribuir para uma menor satisfação com o SAD.

Este estudo, embora apresentando algumas limitações, contribuiu para o aumento do conhecimento relativamente ao atual modelo de SAD em Portugal e destaca possíveis melhorias deste serviço que poderão ser implementadas futuramente, sobretudo relacionadas com a organização e gestão das equipas e serviços; reforço de estratégias que fomentem de interação social; e ainda, a necessidade de investimento na capacitação das equipas com vista à implementação de cuidados mais humanizados.

Adicionalmente, para além das transformações estruturais necessárias, a construção de um serviço mais adaptável, centrado na pessoa e sensível à diversidade das trajetórias do envelhecimento requer também uma atualização das políticas públicas e a adoção de abordagens transformadoras na prestação de cuidados em contexto domiciliar. Estas mudanças contribuiriam para reforçar a qualidade da resposta oferecida e promover a transição do SAD para um modelo mais flexível, orientado para a valorização do bem-estar e da qualidade de vida. Ao colocar no centro as vivências e expectativas das pessoas idosas e ao priorizar as preferências e necessidades das pessoas ao longo do processo de envelhecimento – nomeadamente ao assegurar a possibilidade de permanecerem na sua casa e na sua comunidade, de forma integrada e com respostas ajustadas – o SAD pode consolidar-se como uma resposta social eficaz de *ageing in place*, mais sensível às especificidades individuais e aos desafios e exigências sociais contemporâneas associadas ao envelhecimento populacional.

Referências bibliográficas

Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à pessoa Idosa Dependente em contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga: Universidade do Minho, Dissertação de Mestrado.

Assembleia da República. (2001). *Lei n.º 101/2001*. Diário da República n.º 197/2001, Série I-A (agosto): 5452 – 5453. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/101-2001-515636

Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). *A Influência do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa – Revisão Integrativa da Literatura*. Revista Higeia. https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n7/02_A%20INFLUeNCIA%20DO%20ENVELHECIMENTO%20ATIVO%20NA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DA%20PESSOA%20IDOSA%20%E2%80%93%20REVISaO%20INTEGRATIVA%20DA%20LITERATURA.pdf

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo.* (3rd ed.). Lisboa: Edições 70.

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

Barreto, J. (2017). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual.* Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto, 15. https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393

Bárrios, M., & Fernandes, A. (2015). *Local Promotion of Active Aging: Community Support and Well-Being for People of 65+.* The International Journal of Aging and Society, 5(4), 23–32. https://doi.org/10.18848/2160-1909/cgp/v05i04/35156

Bárrios, M., Marques, R. & Fernandes, A. (2020). *Aging with health: aging in place strategies of a Portuguese population aged 65 years old*. Revista de Saúde Pública, 3-4

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.

Birren, J., & Schroots, J. (1996). *History, concepts, and theory in the psychology of aging*. Handbook of the Psychology of Aging, 4, 3–23.

Bonfim, C., & Veiga, S. (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário.* Direção Geral de Ação Social

Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cabral, V. et al. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal. Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cappanera, P., & Scutellà, M. (2021). *Addressing consistency and demand uncertainty in the Home Care planning problem*. Flexible Services and Manufacturing Journal, 34(1), 1–39. https://doi.org/10.1007/s10696-021-09412-z

Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social*. Lisboa: Coisas de Ler

Correia, F. (2011). *Idosos: Manutenção no Domicílio e Educação Social.* Revista Trandisciplinar de Gerontologia., 4(2).

Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Almedina.

Dellagnelo, E., & Silva, R. (2006). *Análise de Conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração.* Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática (pp. 97-118). Rio de Janeiro: FGV

Dewing, J., & Dijk, S. (2016). *What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review.* Dementia, 15(1), 106–124. https://doi.org/10.1177/1471301213520172

Duarte, J., & Barros, A. (2005). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação* (pp. 62–83). Editora Atlas.

Eurostat. (2019). 2030-2100: projections (EUROPOP2019). Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography/population-projections/database

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). *The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia*. The Gerontologist, 58(1). https://doi.org/10.1093/geront/gnx122

Ferreira, R. (2014). *A criação de um serviço de apoio domiciliário no combate ao retraimento social dos mais velhos*. Dissertação de Mestrado

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editora

Fonseca, A. (2018). *Ageing in Place: Boas Práticas em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place: Envelhecer em casa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. (2020). *Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal*. Ciências E Políticas Públicas / Public Sciences & Policies, 6(2), 21–39. https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2020.vvin2/pp.21-39

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.

Fuente, C. (2001). *Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano.* Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2018). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2018.* https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2018.pdf/a15c531a-6e04-471d-b94f-1f34b08c6bd6

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2022). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2022.* https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2022.pdf/8f13f416-2d78-4ece-aff5-81ee62296043

Garcia, A. (2009). *A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado pela IPSS*. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa

Gil A. (2009) *Serviços de Apoio Domiciliário: Oferta e custos no Mercado Privado*. Instituto da Segurança Social.

Gonçalves, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação Social I - Programa, Conteúdo e Métodos de Ensino Teórico e Prático.* https://tendimag.com/wp-content/uploads/2012/09/mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-investigac3a7c3a3o-social-i.pdf

Guedes, J. (2014). *Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação.* Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (pp. 181-218). Coisas de Ler

Hammink, C., & Mohammadi, M. (2024). *Uncovering Homecare needs and challenges across Europe Outcomes of the nine quadruple helix workshops of the Interreg ACE project*. https://www.interregnorthsea.eu/sites/default/files/2024-04/Uncovering%20Homecare%20needs%20and%20challenges%20across%20Europe_April%202024_0.pdf

Harden, K., Price, D., Mason, H., & Bigelow, A. (2020). *COVID-19 Shines a Spotlight on the Age-Old Problem of Social Isolation*. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 22(6), 435–441. https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000693

Hill, M. (2014). *Desenho de questionário e análise dos dados - alguns contributos*. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais da Educação. Edições Húmus

Iecovich, E. (2014). *Aging in Place: From theory to practice*. Anthropological Notebooks, 20(1): 21-33

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *População residente por Local de residência, Sexo e Grupo Etário.* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

Jeronimo, M. (2017). A *Participação das Pessoas Idosas em Serviços de Apoio Domiciliário: A Perspetiva do Cliente Face à Intervenção Social*. Dissertação de mestrado: Universidade de Lisboa

Junqueira, H., & Quintas, P. (2019). *Cuidados centrados na pessoa: por um SNS mais humanizado*. Atlas Da Saúde. https://www.atlasdasaude.pt/artigos/cuidados-centrados-na-pessoa-por-um-sns-mais-humanizado

Kitwood, T. (1997). *The experience of dementia*. Aging and Mental Health, 1(1), 13-22.

Lee, S., & Oh, G. (2023). *Working Conditions Affecting Home Care Workers' Stress and Turnover Intention*. Journal of Applied Gerontology, 073346482211481.

Marques, R. (2018). *Ageing in Place: Estratégias para Envelhecer no Domicílio*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa

Martin, I; Santinha, G; Rito, S; Almeida, R. (2012). *Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português.* Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Martin, J., Oliveira, L., Duarte, N. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos Utentes Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia, 13(2), 245–253. https://doi.org/10.1590/s1809-98232010000200009

Martínez, T. (2015). *La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención y evaluación*. Dissertação: Universidade de Oviedo

Martínez, T., Martínez-Loredo, V., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2019). *Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals*. International Journal of Clinical and Health Psychology, *20*(1), 62–70. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (1997). *Decreto-Lei n.º 133-A/97*. Diário da República n.º 124/1997, 1º Suplemento, Série I-A (maio): 2624-(2) - 2624-(7). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/133-a-1997-158178

Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1989*). Decreto-Lei n.º 30/89*. Diário da República n.º 20/1989, Série I (janeiro): 312 – 317. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/30-1989-610898

Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (1999). *Despacho Normativo nº 62/99*. Diário da República n.º 264/1999, Série I-B (novembro): 7960 – 7965. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/62-1999-682830

Moreira, A., Sá, P., & Pedro Costa, A. (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: métodos*. UA Editora. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30770/1/Metodologias%20investigacao_Vol1_Digital.pdf

Moreira, M. (2022). *O contributo do Serviço de Apoio Domiciliário na melhoria da qualidade de vida dos idosos*. Dissertação de Mestrado: Universidade do Porto

Murtagh, B. (2017). *Ageing and the social economy.* Social Enterprise Journal, 13(3), 216–233.

Oliveira, V., Oliveira, L., Rocha, M., Leite, I., Lisboa, R., & Andrade, K. (2021*). Impacts of social isolation on the mental health of the elderly during the pandemic by Covid-19.* Brazilian Journal of Health Review, 4(1), 3718–3727. https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-294

Pina, O. (2013). *Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu*. Dissertação de Mestrado: Universidade Católica Portuguesa

PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os censos.* https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-06/Portugal_Indice_de_envelhecimento_e_outros_indicadores_de_envelhecimento_segundo_os_Censos.xlsx&ved=2ahUKEwj2yLezmvSLAxXrzgIHHW4NE2EQFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw0et4p5Mbix_sKp2vmjez1l

Rajer, C., & Bogataj, D. (2022). *Digital transformation of home care: Literature Review and Research Agenda. IFAC-PapersOnLine*, 55(39), 229–234. https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2022.12.070

Rodríguez, P., & Sanchez, C. (2003). *Los servicios de ayuda a domicilio: Planificación y gestión de casos*. Manuel de formación para auxiliares. Madrid: Editorial Médica Panamerica

Rosa, M. (2012). *Serviço de Apoio Domiciliário: Um estudo sobre a qualidade dos serviços*. Algarve: Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Segurança Social. (2017). *Guia Prático Apoios Sociais - Pessoas Idosas*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb

Segurança Social. (2021). *Manual de Processos-Chave - Serviço de Apoio Domiciliário, 2*.

Sousa, M. (2011*). Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípia

Stone, R. (2004). *The Direct Care Worker: The Third Rail of Home Care Policy.* Annual Review of Public Health, *25*(1), 521–537. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124343

Timmermann, S. (2012). *To "Age in Place" or Not… That Is the Question*. Journal of Financial Service Professionals, *66*(1), 24–26.

União das Misericórdias Portuguesas (UMP). (2022). *Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário (MA(i)SAD).* https://cdn.ump.pt/files/files/publicacoes/MAISAD.pdf

Veiga, S., & Correia, F. (2009). *O Perfil do Educador Social.* Revista S – Revista de Investigação e Intervenção Social do ISCE. 3: 55-64

Ventura, F., Moreira, I. M. P. B., Raposo, V., Queirós, P. J. P., & Mendes, A. (2022). *A prática centrada na pessoa: da idiossincrasia do cuidar à inovação em saúde.* Cadernos de Saúde Pública, 38(10). https://doi.org/10.1590/0102-311xpt278121

Vidal, D., Pontes, M., Barreira, E., Oliveira, G., & Maia, R. (2019). *Differential Mortality and Inequalities in Health Services access in Mainland Portugal*. Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia, 53(109), 53-70. https://doi.org/10.18055/Finis14118

Walker, A. (2001). *Cuidados Comunitarios en el Reino Unido.Vejez Y Protección Social a la Dependencia en Europa*. Madrid: Artegraf, S.A.

World Health Organization. (2017). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf

World Health Organization (WHO). (2015). *World Report on Ageing and health*. World Health Organization

Yevchak, A. M., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., Monroe, T., Leviere, A., & Mion, L. (2019). *Implementing nurse-facilitated person-centered care approaches for patients with delirium superimposed on dementia in the acute care setting*. Journal of Gerontological Nursing, 43(12), 21– 28. https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01

Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005*). Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents With Dementia*. The Gerontologist, 45(suppl_1), 96–105. https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética

INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Parecer da Comissão de Ética do ISSSP Nº 18/2024

Pedido da mestranda Adelaide Fernandes nº 210121011

DECISÃO FINAL: Positivo

RELATÓRIO
Fundamentação:
O projeto apresentado cumpre com todos os procedimentos que permitem salvaguardar o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos.

20 de Junho de 2024

Sara Melo

Presidente da Comissão de Ética

Anexo 2 – Modelos de consentimentos informados

Clientes SAD e Familiares:

I e II - Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em Investigação

De acordo com a declaração de Helsínquia a e Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Cuidado centrado na Pessoa em ambiente SAD

Enquadramento do estudo: Este estudo está a ser realizado no âmbito dos trabalhos conducentes ao grau de Mestre em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Tem como objetivo conhecer e aprofundar a perspetiva dos vários intervenientes do serviço de apoio domiciliário (SAD) face ao atual modelo de cuidados de SAD, explorando através da sua opinião, em que medida os princípios de cuidados centrados na pessoa estão ou poderão ser adotados no presente modelo de cuidados atualmente em vigor no SAD.

Explicação do estudo: Aplicação presencial de uma entrevista semiestruturada, com gravação de áudio, a beneficiários de SAD. A entrevista, decorrerá num único momento, numa data e local acordado entre a investigadora e o/a participante, e terá uma duração aproximada de 1h00. Serão ainda recolhidos dados sociodemográficos dos participantes (p.e idade, sexo habilitações literárias, profissão) e dados do contexto de prestação de cuidados, (p.e serviços que recebe do SAD). A seleção dos participantes foi realizada a partir de uma lista de participantes sinalizados de atores chave da comunidade (p.e IPSS) a quem foi dada autorização para serem contactados no âmbito da presente investigação, e destes serão considerados os que aceitem participar no estudo em referência.

Condições, confidencialidade e anonimato: O estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e é realizado sob a supervisão da Doutora Sara Alves e da Prof. Doutora Joana Guedes, não havendo lugar a qualquer pagamento ou contrapartida de participação. A participação neste estudo é completamente voluntária e a decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si. Todos os contactos estabelecidos decorrerão em ambientes de

privacidade e as informações fornecidas permanecerão confidenciais, e a identidade do participante será apenas do meu conhecimento. Os dados serão utilizados apenas para fins exclusivamente associados ao estudo em referência e para efeitos de divulgação científica, respeitando totalmente o caráter confidencial dos participantes. A participação em questão implica a assinatura do consentimento informado, preenchido em duplicado - uma via para mim outra para si. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do ISSSP Nº 18/2024.

Para mais informações contactar:

Adelaide Fernandes

e-mail: 210121011@isssp.pt

Telemóvel: 934258305

Assinatura ----------

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa/s que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, poder recusar ou abandonar este estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os meus dados recolhidos, sem qualquer tipo de consequências ou prejuízo na assistência que me é prestada. Desta forma aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço. Confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome ……..

Assinatura ……

Data …/…../ ……..

Se não for o próprio a assinar por incapacidade física ou por não saber ler/escrever

Nome: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura _____

Focus group:

III - Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em Investigação

De acordo com a declaração de Helsínquia a e Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Cuidado centrado na Pessoa em ambiente SAD

Enquadramento do estudo: Este estudo está a ser realizado no âmbito dos trabalhos conducentes ao grau de Mestre em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Tem como objetivo conhecer e aprofundar a perspetiva dos vários intervenientes do serviço de apoio domiciliário (SAD) face ao atual modelo de cuidados de SAD, explorando através da sua opinião, em que medida os princípios de cuidados centrados na pessoa estão ou poderão ser adotados no presente modelo de cuidados atualmente em vigor no SAD.

Explicação do estudo: Aplicação de um Focus Group, com gravação de áudio, a profissionais que exerçam funções no SAD. O Focus Group decorrerá num único momento e poderá ser realizado em formato á distancia (ex. Zoom, Google meeting) considerando as preferências dos participantes, numa data acordada entre a investigadora e os/as participantes, terá uma duração aproximada de 1h00. Serão ainda recolhidos dados sociodemográficos dos participantes (p.e idade, habilitação literária…) e dados do contexto profissional (p.e anos de serviço, função). A seleção dos participantes foi realizada a partir de uma lista de participantes sinalizados de Instituições com Serviço de Apoio ao Domicílio, a quem foi dada autorização para serem contactados no âmbito da presente investigação, e destes serão considerados os que aceitem participar no estudo em referência.

Condições, confidencialidade e anonimato: O estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e é realizado sob a supervisão da Doutora Sara Alves e da Prof. Doutora Joana Guedes, não havendo lugar a qualquer pagamento ou contrapartida de participação. A participação neste estudo é completamente voluntária e a decisão de não participar não terá

qualquer prejuízo para si. Todos os contactos estabelecidos decorrerão em ambientes de privacidade e as informações fornecidas permanecerão confidenciai, e a identidade do participante será apenas do meu conhecimento. Os dados serão utilizados apenas para fins exclusivamente associados ao estudo em referência e para efeitos de divulgação científica, respeitando totalmente o caráter confidencial dos participantes. A participação em questão implica a assinatura do consentimento informado, preenchido em duplicado- uma via para mim outra para si. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do ISSSP Nº18/2024.

Para mais informações contactar:

Adelaide Fernandes

e-mail: 210121011@isssp.pt

Telemóvel: 934258305

Assinatura ----------

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa/s que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, poder recusar ou abandonar este estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os meus dados recolhidos, sem qualquer tipo de consequências ou prejuízo na assistência que me é prestada. Desta forma aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço. Confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome ……..

Assinatura ……..

Data …/…../ ……..

Diretores Técnicos:

IV - Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em Investigação

De acordo com a declaração de Helsínquia a e Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Cuidado centrado na Pessoa em ambiente SAD

Enquadramento do estudo: Este estudo está a ser realizado no âmbito dos trabalhos conducentes ao grau de Mestre em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Tem como objetivo conhecer e aprofundar a perspetiva dos vários intervenientes do serviço de apoio domiciliário (SAD)

Explicação do estudo: Aplicação presencial de uma entrevista semiestruturada, com gravação de áudio, a Diretores Técnicos que exerçam funções no SAD. A entrevista decorrerá num único momento numa data acordada entre a investigadora e o/a participante, terá uma duração aproximada de 1h00. Serão ainda recolhidos dados sociodemográficos dos participantes (p.e idade, habilitação literária…) e dados do contexto profissional (p.e anos de serviço, função). A seleção dos participantes foi realizada a partir de uma lista de participantes sinalizados de Instituições com Serviço de Apoio ao Domicílio, a quem foi dada autorização para serem contactados no âmbito da presente investigação, e destes serão considerados os que aceitem participar no estudo em referência.

Condições, confidencialidade e anonimato: O estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e é realizado sob a supervisão da Doutora Sara Alves e da Prof. Doutora Joana Guedes, não havendo lugar a qualquer pagamento ou contrapartida de participação. A participação neste estudo é completamente voluntária e a decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si. Todos os contactos estabelecidos decorrerão em ambientes de

privacidade e as informações fornecidas permanecerão confidenciai, e a identidade do participante será apenas do meu conhecimento. Os dados serão utilizados apenas para fins exclusivamente associados ao estudo em referência e para efeitos de divulgação científica, respeitando totalmente o caráter confidencial dos participantes. A participação em questão implica a assinatura do consentimento informado, preenchido em duplicado- uma via para mim outra para si. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do ISSSP Nº18/2024.

Para mais informações contactar:

Adelaide Fernandes

e-mail: 210121011@isssp.pt

Telemóvel: 934258305

Assinatura ----------

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa/s que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, poder recusar ou abandonar este estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os meus dados recolhidos, sem qualquer tipo de consequências ou prejuízo na assistência que me é prestada. Desta forma aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço. Confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome ……..

Assinatura ……..

Data …/…../ …….

Anexo 3 – Guiões das entrevistas/focus group

Público Alvo	Tópicos
Diretores Técnicos e Auxiliares de Ação Direta	Tendo em consideração a experiência e o Know How que possuem: - O que é para vocês o Cuidado Centrado na Pessoa em ambiente SAD? - Consideram que este Modelo está a ser aplicado atualmente? Se sim, como? Se não, porquê? - Quais consideram os principais obstáculos à implementação de um SAD centrado na pessoa? - Na vossa opinião como poderíamos conciliar o atual serviço mais centrado nas tarefas, num serviço mais personalizado, no qual fosse tida em consideração as experiências de vida pessoa e que permitisse envolver o utente nas decisões do seu cuidado (por exemplo: o utente decidir a que horas que quer a visita dos técnicos, escolher o horário de almoço e jantar, horário da higiene, horário de lazer)? - Como é encorajada a participação ativa dos utentes no desenvolvimento do seu plano individual? - Existe um processo formal de revisão para garantir que os cuidados estejam sempre alinhados com as necessidades evolutivas das pessoas assistidas? - A equipa de cuidadores por norma é composta por quantos elementos? São sempre os mesmos ou há muita rotatividade? - Acham que a rotatividade poderá contribuir para que o cuidado centrado na pessoa seja de menor qualidade e apenas seja um cuidado centrado nas tarefas? - Considera a interação entre o cliente (utente) e o cuidador é um fator importante? Que mais formas lhe ocorrem para que o Cuidado Centrado na Pessoa possa estar presente durante esta interação? - A implementação de serviços de cuidados domiciliários centrados no utente deve ter por base o contexto de vida do idoso e deve ser concretizado tendo em conta mecanismos sociais como a interação, a participação, a adaptação e a confiança. Como é isso possível atualmente? - Como deve ser a comunicação entre a equipa e as pessoas que beneficiam do apoio para que seja garantida uma compreensão mútua?

	- Quando se deparam com situações em que as opiniões do idoso e dos familiares em relação ao seu plano de cuidados divergem (ex. idoso quer jantar às 19h, mas o cuidador/familiar acha que é cedo e quer que seja às 20h), como é que os Técnicos atuam? Qual opinião é tida em consideração? - A nível organizacional, como são considerados os aspetos relativos à participação, confiança, adaptação e interação. Como e de que forma isto é feito na vossa instituição? - Quais são os princípios fundamentais que orientam a abordagem de cuidado do serviço? - Na vossa opinião como poderíamos contribuir para que a pessoa se mantivesse mais tempo em sua casa, na sua zona de conforto e com qualidade de vida? - Como combater a solidão e o tédio através do SAD nas pessoas com mobilidade reduzida? - Como seria para vocês um Modelo SAD ideal tendo como prioridade o cuidado Centrado na Pessoa? Quais as vantagens e inconvenientes? - Tem mais alguma coisa acrescentar, algo que considerem importante/relevante para o tema e que ainda não tenha sido referido? Agradecimento e finalização
Familiares	- Gostava de conhecer um pouco melhor o Serviço de Apoio Domiciliário que o seu familiar recebe. O que motivou a procura de apoio ao domicílio? O que mais gosta e o que menos gosta desse serviço? - Que tipo de serviços é que são prestados ao seu familiar? - Participou na elaboração do Plano de Cuidados do seu Familiar? - Considera que recebe informação suficiente do SAD/profissionais? Que tipo de informação recebe? - Considera que a maioria dos profissionais tem em consideração os gostos e desejos do seu familiar? - Acha que o seu familiar se sente ouvido e apreciado pelos profissionais que lhe prestam apoio? Se sim, como? Se não, porquê?

	- Considera que o seu familiar é envolvido e participa nas tomadas de decisões relativamente ao cuidado que lhe é prestado? Por exemplo perguntam-lhe que prato pretende peixe ou carne? A que horas janta e almoço? - Numa perspetiva mais abrangente, considera que o serviço prestado ao seu familiar tem em consideração o cuidado centrado na pessoa (se a pessoa não responder, indicar alguns princípios)? Se sim, em que aspeto? Se não, porquê? - De que forma é que considera que o SAD poderá facilitar a participação do seu familiar em atividades sociais e comunitárias? Há algum aspeto que acreditam que poderia melhorar com uma maior integração social do seu familiar? - Para terminar gostaria de lhe perguntar como seria para si o Serviço de Apoio ao Domicílio ideal? Que características deveria ter? O que mudaria no Serviço que é prestado ao seu familiar? De que forma considera que o SAD poderá ser melhorado? -Tem mais alguma coisa acrescentar, algo que considere importante/relevante para o tema e que ainda não tenha sido referido? Agradecimento e finalização
Clientes	- Gostava de conhecer um pouco melhor o Serviço de Apoio Domiciliário que recebe. O que motivou a procura de apoio ao domicílio? O que mais gosta e o que menos gosta desse serviço? - Como se sente em poder usufruir desse apoio em sua casa? - Acha que é suficientemente envolvido nas decisões? Por exemplo, participou na elaboração do seu plano de cuidados? Sempre que é necessário tomar decisões pedem a sua opinião e participação? (caso a pessoa não explore muito pode ser útil questionar, se sim, como? De que forma?) - Considera que recebe informação suficiente do SAD/profissionais? Que tipo de informação recebe? - Sente que durante a realização de determinadas tarefas e atividades, os profissionais incentivam que o Sr. Sra. [indicar o nome da pessoa] colabore? Se sim, de que forma? - Considera que a maioria dos profissionais tem em consideração os seus gostos e desejos? Se sim, como?

	- Para terminar gostaria de lhe perguntar como seria para si o Serviço de Apoio ao Domicílio ideal? Que características deveria ter? O que mudaria no Serviço que lhe é prestado? - SR. /Sr.ª [indicar o nome], terminamos a nossa entrevista. Não sei se gostaria de acrescentar algo ao que foi referido, ou fazer alguma observação ao trabalho? - Tem mais alguma coisa acrescentar, algo que considere importante/relevante para o tema e que ainda não tenha sido referido? Agradecimento e finalização