



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

O contributo do Serviço de Apoio Domiciliário na melhoria da qualidade de vida dos idosos

Discente: Mariana Leitão Vale Moreira

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

Orientador: Professora Doutora Maria Sidalina Almeida

Outubro 2022

AGRADECIMENTOS

Durante o longo e árduo caminho que foi a elaboração da dissertação, houve um conjunto de conhecimentos e experiências que foram adquiridos e que resultaram no presente trabalho.

Para que o processo de realização desta Dissertação fosse possível de concretizar de uma forma bem-sucedida, foi indispensável o envolvimento e colaboração de várias pessoas, que me ajudaram e apoiaram das mais variadas formas.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais todo o apoio incondicional e por acreditarem em mim, por tudo aquilo que me deram, por todos os investimentos que fizeram na minha formação para que eu pudesse concretizar os meus objetivos.

Deixo ainda um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Sidalina Almeida, pela motivação e incentivo prestados, pela disponibilidade e pela partilha de conhecimentos, que me ajudaram a perceber o processo de investigação. Por tudo isto, o seu contributo foi imprescindível para que esta etapa tivesse sucesso.

Não menos importante, agradeço à Diretora Técnica da instituição onde realizei o estudo, a todos os Idosos, familiares e ajudantes familiares que participaram nesta investigação, pela sua receptividade e disponibilidade em participar neste estudo.

Finalmente agradeço aos meus amigos/as, que sempre me incentivaram e ampararam nos momentos de desânimo. Destaco, nomeadamente, dois que além de sempre me incentivarem e mostrarem que era capaz, ajudaram-me efetivamente a realizar este trabalho. A vossa ajuda foi imprescindível.

RESUMO

A presente investigação mostra a importância do Serviço de Apoio Domiciliário na melhoria da qualidade de vida dos idosos, podendo mostrar-se como uma resposta capaz de responder às necessidades dos idosos, permitindo que estes se mantenham no seu domicílio, envelhecendo no próprio lugar.

Com a intensificação do fenómeno do envelhecimento populacional é, cada vez mais, importante criar ou tornar as infraestruturas existentes e respostas sociais mais adaptadas e eficazes, para que consigam promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida dos idosos que usufruem dos serviços. Atualmente tem-se privilegiado os cuidados no domicílio, ou seja, no seu meio natural de vida, em detrimento da institucionalização do idoso.

Com um percurso teórico centrado no processo de envelhecimento, procuramos salientar o conceito de “aging in place” que nos mostra as vantagens de manter a pessoa idosa no próprio lugar, na comunidade local e no contexto habitacional, inserida na sua rede de relacionamento social para que possa envelhecer com qualidade de vida, tendo satisfeitas com qualidade as suas múltiplas necessidades.

Tendo por base uma metodologia predominantemente qualitativa, procedemos à realização de 20 entrevistas aos idosos, familiares e profissionais. Procurámos compreender as perceções destes três grupos de atores, acerca da estrutura e do atual funcionamento do serviço de apoio domiciliário.

Neste âmbito, os objetivos gerais do estudo empírico passam por perceber a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD de uma instituição situada na região Norte. Com um destaque mais específico pretendeu-se caracterizar a amostra composta por utentes idosos, ajudantes familiares, familiares e assistente social/diretora técnica da resposta social, apurar elementos analíticos da qualidade de vida geral dos idosos e elementos advindos da sua perceção acerca da qualidade de vida na sua relação com o SAD.

A metodologia dominante em termos da análise de dados foi a análise de conteúdo temática, que nos evidenciou a importância deste tipo de resposta social na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa e dos seus cuidadores informais, com vista à necessidade da complementaridade de cuidados prestados por cuidadores formais e informais.

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Idoso, Serviço de Apoio Domiciliário

ABSTRACT

The present research showcases the relevance of the Home Support Service regarding the improvement of the quality of life of the elderly, as a response to their needs, allowing them to stay and age at their home.

Given the high level of population aging, it is increasingly important to create or turn the existing infrastructures and social responses into something more adapted and effective, so that they can promote well-being, autonomy, and quality of life to the elderly who benefit from these services. Nowadays, home care in their natural environment has been privileged instead of institutionalization.

With a theoretical approach that was centered on the aging process, the goal was to emphasize the concept of aging in place, which shows the advantages of keeping the elderly in their place, local community, and social relationship networks, so that they can age with high levels of quality of life and ensure that their needs are fulfilled.

Based on a mainly qualitative methodology, 20 interviews were carried out with the elderly, their family members, and professionals. It was sought to understand the perceptions of these three groups of agents concerning the structure and current *modus operandi* of the Home Support Service.

In this context, the general objectives of the empirical study are to perceive the quality of life of the elderly who are integrated into the Home Support Service of an institution located in the Northern region of Portugal. Moreover, and with a strong focus, it was intended to characterize the sample composed of the users, family helpers, other family members, and the Technical Director of the social response team, to ascertain analytical elements around the general quality of life of the elderly, as well as other elements that arose from their perception of quality of life regarding their relationship with the Home Support Service.

The dominant methodology in terms of data analysis was the thematic content analysis, which has shown the relevance of this type of social response when it comes to promoting the quality of life of the elderly and the need for complementary care, which is provided by both formal and informal caregivers.

Keywords: Aging, Quality of life, Elderly, Home Support Services

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento teórico	3
1.1. Envelhecimento, <i>Aging in Place</i> e Suporte Social	3
1.1.1. O processo de envelhecimento: aspetos biopsicossociais	3
1.1.2. Envelhecimento Demográfico – um fenómeno em ascensão na sociedade Portuguesa.....	5
1.1.3. Aging in place – Estratégias para envelhecer no domicílio	8
1.1.3.1. Conceito	8
1.1.4. Suporte social – conceito e dimensões	12
1.1.5. Suporte social e qualidade de vida	15
1.2. Políticas Sociais para as pessoas idosas em Portugal: as especificidades do Serviço de Apoio Domiciliário no contexto português	18
1.2.1. Políticas Sociais: conceitos e evolução na sociedade portuguesa	18
1.2.2. Prestações e respostas sociais destinadas à população idosa	19
1.2.3. Serviço de Apoio Domiciliário – A Realidade Portuguesa.....	21
1.2.3.1. Conceito e serviços prestados	21
1.2.3.2. Evolução da resposta.....	27
2. Estudo Empírico.....	31
2.1. Problema de pesquisa e procedimentos metodológicos	31
2.1.1. Problema de pesquisa	31
2.1.2. Objetivos da investigação.....	31
2.1.3. Procedimentos Metodológicos	32
2.1.3.1. Tipo de metodologia	32
2.1.3.2. Participantes do estudo	35
2.1.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	35
2.1.4.1. Entrevistas semiestruturadas	36
2.1.5. Análise dos dados - Análise de Conteúdo	37
2.2. Procedimentos de colheita de dados	40
3. Apresentação e discussão dos dados	41
3.1. Perceções de idosos, familiares e profissionais sobre o contributo do SAD para a melhoria da qualidade de vida	41
3.1.1. Caracterização Sociodemográfica do Concelho de Matosinhos	41
3.1.2. Evolução da população residente	42

3.1.3. Equipamentos sociais de Serviço de Apoio Domiciliário em Matosinhos por União de Freguesias	43
3.2. Caracterização da Amostra	43
3.2.1. Perfil dos Utentes de SAD considerados no estudo	43
3.2.2. Serviços de que usufrui no Serviço de Apoio Domiciliário	47
3.3. Perceções dos idosos relativos a aspetos da sua Qualidade de Vida e na sua relação com o SAD	49
3.3.1. Domínios	51
3.3.1.1. Incapacidade Física	51
3.3.1.2. Qualidade percebida pelo sujeito	51
3.4. Perceção dos utentes acerca dos serviços prestados pelo SAD e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos	56
3.4.1. Descrição do serviço de apoio domiciliário da instituição	56
3.4.2. Satisfação com os cuidados de que usufruem	56
3.4.3. Ação das ajudantes familiares	56
3.4.4. Contribuição do Serviço de Apoio Domiciliário contribui para a melhoria da qualidade de vida	57
3.4.5. Sugestões/recomendações a fazer sobre o modo de funcionamento ou do tipo de apoio que este serviço presta	57
3.5. Perceção dos familiares acerca dos serviços prestados pelo SAD e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos	58
3.5.1. O SAD como um serviço que responde às necessidades dos utentes	58
3.5.2. Principal razão que o levou a solicitar este serviço	62
3.5.3. Melhorias na qualidade de vida dos utentes com o SAD	62
3.5.4. Tipos de apoios necessários	64
3.5.5. Alterações necessárias para melhorar a qualidade de vida dos utentes	65
3.5.6. Papel do idoso enquanto elemento da comunidade	66
3.6. Perceções das ajudantes familiares sobre a prestação de serviços e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos	66
3.6.1. Perfil das ajudantes familiares	67
3.6.2. Melhorias na qualidade de vida dos utentes com o SAD	68
3.6.4. Papel do idoso enquanto elemento da comunidade	69
3.7. Perceções da Diretora Técnica sobre os contextos da prática profissional e o seu papel para a Qualidade de Vida da população inserida em SAD	70
3.7.1. Objetivos	70
3.7.2. Processo de seleção das ajudantes familiares	70
3.7.3. Características dos utentes que usufruem do SAD	75

3.7.4.	Obstáculos e dificuldades que o SAD apresenta.....	75
3.7.5.	Perceção acerca do contributo do SAD para a melhoria da qualidade de vida dos utentes	78
Conclusão.....		86
Bibliografia.....		90
Anexos.....		95

Índice de Tabelas

Tabela 1 - População residente por grupo etário e sexo (2011 - 2021). Fonte: INE - Censos 2021 (resultados provisórios).....	6
Tabela 2 - Equipamentos sociais de Serviço de Apoio Domiciliário em Matosinhos por União de Freguesias (Carta Social).....	43
Tabela 3 - Distribuição dos idosos por faixa etária.....	44
Tabela 4 - Distribuição dos idosos por género.....	45
Tabela 5 - Distribuição dos idosos por residência.....	45
Tabela 6 - Distribuição dos idosos por estado civil.....	45
Tabela 7 - Distribuição dos idosos por escolaridade.....	46
Tabela 8- Distribuição dos idosos por agregado familiar.....	46
Tabela 9 - Distribuição dos idosos por tipo de habitação.....	46
Tabela 10 - Distribuição dos idosos por fonte de rendimento.....	47
Tabela 11 - Distribuição dos idosos por serviços que usufruem no Serviço de Apoio Domiciliário.....	48
Tabela 12 - Distribuição dos idosos pelo tempo que beneficiam do SAD.....	49
Tabela 13 - Incapacidade física.....	51
Tabela 14 - Qualidade de vida percebida pelo sujeito.....	52
Tabela 15 - Área Funcional.....	52
Tabela 16 - Mobilidade.....	53
Tabela 17 - Cuidados Pessoais.....	54
Tabela 18 - Controlo Esfincteriano.....	55
Tabela 19 - Distribuição dos idosos relativamente à Escala Geriátrica de Depressão.....	55
Tabela 20 - Dados sociodemográficos dos familiares.....	58
Tabela 21 - Razões para solicitar o SAD.....	62
Tabela 22- Dificuldades sentidas na prestação dos cuidados.....	63
Tabela 23 - Melhorias no SAD/Comunidade.....	65
Tabela 24- Perfil das ajudantes familiares.....	67
Tabela 25 - Melhorias no SAD/Comunidade.....	69
Tabela 26 - Elementos para a formação no cuidado.....	71
Tabela 27 - Principais características do Modelo de Cuidados Assistencialistas e da Atenção Centrada na Pessoa.....	73

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - População residente por grupo etário, 2001 – 2021 (%)	6
Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento, NUTS II (2011 - 2021)	7
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos utentes em SAD por serviço em 2020	27
Gráfico 4 - Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 2000-2020.....	28
Gráfico 5- Evolução da capacidade, do número de utentes e utentes participados na resposta social SAD, Continente – 2000- 2020.....	28
Gráfico 6 - População residente por grupos etários no concelho de Matosinhos (INE, 2021).	42

Introdução

A presente dissertação que se denomina “O Contributo do Serviço de Apoio Domiciliário na melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos” surge no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e tem como finalidade conhecer a perceção dos utentes, dos familiares, das ajudantes familiares e da diretora técnica da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), e o seu contributo para a promoção de autonomia, melhoria da qualidade de vida e de bem-estar dos idosos.

Carvalho e Mota (2012) alertam que o envelhecimento populacional requer medidas e iniciativas no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos, e que a medicina só pode ajudar até certo ponto – depende, e muito, da própria pessoa. Fernandes (2013) questiona se o país estará preparado para assegurar os cuidados necessários e o apoio social a estes idosos, demonstrando uma preocupação com o futuro.

Atendendo a que os idosos têm demonstrado cada vez mais vontade de permanecer nos seus domicílios, torna-se necessária uma reflexão aprofundada e detalhada, que tente perceber que estratégias as pessoas utilizam e que recursos/respostas existem na comunidade em que se inserem, que podem ser ativados ou adequados a este segmento populacional, para que tenham uma vida ativa e saudável, sem terem que sair das suas habitações.

Dentro das respostas sociais, o presente estudo centra-se na resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário que, além de pertinente, é de grande importância para a Gerontologia Social portuguesa, visto que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida e daí a necessidade de tentar encontrar uma resposta para as carências detetadas e para os diversos problemas que as famílias apresentam e, ao mesmo tempo, proporcionando soluções que permitam dar um nível de vida mais equilibrado e saudável a todos os idosos, mantendo-os nos seus lares, junto dos seus familiares mais chegados e dos pertences e espaços de uma vida.

Segundo Oliveira (2005, cit in (Toscano, 2015), é fundamental que sejam adotadas medidas que proporcionem uma velhice com mais qualidade, pelo que a realização de trabalhos sobre o envelhecimento se torna de elevada importância, na medida em que os mesmos constituem uma forma de contribuir para a desmistificação de estereótipos existentes acerca das pessoas mais velhas.

De uma forma sucinta, o objetivo principal é compreender não só a perceção dos idosos, ajudantes familiares e familiares relativamente ao Serviço de Apoio Domiciliário, mas também se o mesmo contribui, efetivamente, para o aumento da qualidade de vida dos idosos.

No que diz respeito à estrutura da dissertação, esta encontra-se dividida em três capítulos. No capítulo I apresenta-se o enquadramento teórico, nomeadamente no que diz respeito ao processo de envelhecimento e envelhecimento demográfico em Portugal. Neste capítulo será também abordado o conceito de *Aging in Place*, Suporte Social e a sua relação com o conceito de Qualidade de Vida.

No capítulo II, que se refere à metodologia de investigação, serão definidos os métodos utilizados na pesquisa bem como os objetivos da mesma; procedendo-se a uma explicação da seleção da amostra; e apresentando-se os instrumentos de recolha de dados bem como a estratégia de tratamento dos mesmos.

Por fim, no capítulo III, que corresponde à apresentação e discussão dos dados, em primeiro lugar será apresentado o concelho em estudo, que será caracterizado em termos sociodemográficos. De seguida, serão apresentados os resultados da entrevista à população, sendo esta iniciada pela caracterização da amostra e continuada através da apresentação de todas as variáveis estudadas, seguindo-se de uma discussão dos resultados. Posto isto, serão apresentadas as conclusões do estudo.

1. Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento, *Aging in Place* e Suporte Social

1.1.1. O processo de envelhecimento: aspetos biopsicossociais

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo nos últimos tempos. O conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas têm sofrido alterações e refletem “por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas” (Paúl, 2005).

Para a Direção Geral de Saúde, o envelhecimento consiste num processo de “deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente à própria vida”, igual à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação, ou seja, é um processo contínuo, ativo e diferencial. Inicia-se muito antes de alcançarmos a idade adulta e constrói-se ao longo da vida (Pina, 2013).

A idade apresenta um conceito multidimensional, por isso não é considerada uma boa medida para avaliar o desenvolvimento humano. A idade e o processo de desenvolvimento possuem dimensões e significados que ultrapassam as barreiras da idade cronológica. (Schneider & Irigaray, 2008).

Segundo os autores supra citados, a idade cronológica relativamente ao envelhecimento não apresenta um valor padrão, pois na realidade existem formas distintas de defini-la e conceptualizá-la. Uma das definições plausíveis é sugerida pela Organização Mundial de Saúde que defende que a definição da pessoa idosa se inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento.

Há diversos fatores que interferem no processo do envelhecimento. Para Paúl (2005), o processo do envelhecimento possui três elementos: a senescência, onde o processo de envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e da maior probabilidade de falecer; o envelhecimento social, referente aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade e o envelhecimento psicológico, definido pela regulação do próprio indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adequando-se ao processo de senescência e do envelhecimento. Há vários determinantes que influenciam o crescimento e o envelhecimento, contudo não são exclusivos, pois é a “base filogenética, da nossa hereditariedade, do nosso contexto sociocultural que estimula a expressão das nossas tendências genéticas” (Paúl, 2005, p. 28).

Já para Martín (2006; cit in Azevedo, 2015), o envelhecimento é um processo complicado, assíncrono, diverso, onde as diferenças surgem dentro do próprio indivíduo; de um indivíduo para o outro, de uma população para a outra e em distintas gerações. Refere ainda que o envelhecimento consiste num processo adaptativo, moroso e contínuo, que implica diversas modificações em todos os sentidos, e que intervém nos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

As pessoas idosas envelhecem de forma diferente e em ritmo diferente. Na mesma linha de pensamento, Fontaine (2000) refere que existem três tipos de idades: idade biológica; idade psicológica e idade social.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Os órgãos sofrem transformações que provocam a diminuição do seu funcionamento normal, por consequência, a capacidade de se auto regular torna-se menos eficaz. Este processo do envelhecimento não ocorre ao mesmo tempo, cada parte do organismo envelhece num determinado momento.

A idade psicológica refere-se às competências comportamentais que a pessoa idosa pode alterar em resposta às alterações ambientais, abrange ainda a inteligência, a memória e a motivação.

Quanto à idade social, esta representa a relação da pessoa idosa com os outros elementos da comunidade onde está inserida, relativamente aos papéis, rotinas e estatuto. Podemos acrescentar que as pessoas idosas podem viver em isolamento social e solidão, mesmo quando vivem acompanhadas com familiares ou outros indivíduos. O facto da pessoa idosa não contribuir produtivamente para a sociedade, leva a que seja tratada de forma diferente, o que prejudica a sua integração social e, consequentemente pode levar à marginalização.

Para Faria (2008; cit in Azevedo, 2015), o processo do envelhecimento pode ser classificado de dois modos: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. A senescência consiste nas mudanças causadas pela idade, independentes das doenças e das influências do ambiente. A senilidade consiste numa aceleração deste processo como resultado das doenças que surgem ocasionalmente, assim como dos fatores ambientais ou doenças crónicas.

Os profissionais qualificados podem ajudar as pessoas idosas a vivenciar um envelhecimento ativo. Contudo, podem surgir doenças crónicas que afetem as pessoas idosas

que as faça perder um pouco da sua autonomia e que elas sejam obrigadas a viver o envelhecimento de uma forma mais regrada.

Neste sentido, é crucial que o processo de envelhecimento seja encarado como um processo natural e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência, é necessária uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, na formação dos profissionais de saúde e de apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim comum a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004).

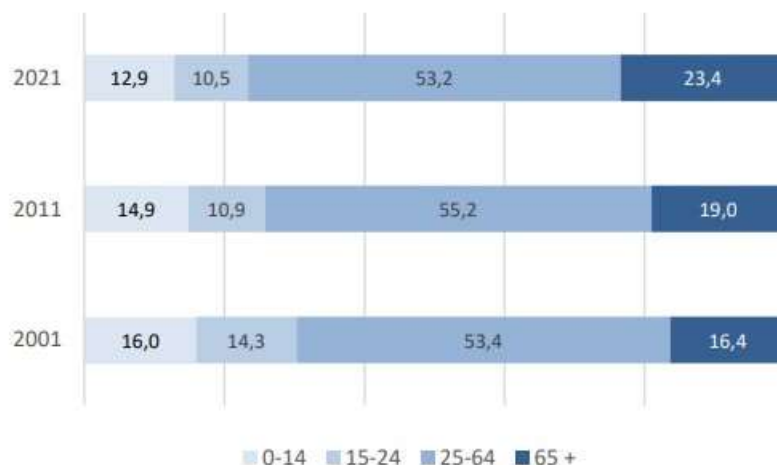
1.1.2. Envelhecimento Demográfico – um fenómeno em ascensão na sociedade Portuguesa

O envelhecimento demográfico da população na sociedade portuguesa é uma realidade, com tendência de agravamento. O aumento da população com idades mais avançadas (envelhecimento no topo) e a diminuição da população com idades mais jovens (envelhecimento na base), apresentam-se como uma evolução indiscutível da estrutura etária da população portuguesa, tal como podemos verificar no gráfico 1.

Neste gráfico é possível verificar que em Portugal, num espaço de dez anos observou-se um decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade)

Entre 2011 e 2021, houve uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos) que teve um crescimento de 20,6%. O grupo da população jovem (0-14 anos) foi o que sofreu a redução mais significativa (-15,3%). O decréscimo da população jovem em idade ativa (15-24 anos) foi de -5,1% e o da população entre os 25 e os 64 anos de -5,7%. Desta forma, agravou-se o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Em 2021, a percentagem de população idosa representa 23,4% enquanto a de jovens (0-14 anos) é de apenas 12,9%.

Gráfico 1 - População residente por grupo etário, 2001 – 2021 (%). Fonte: INE – Censos 2021 (resultados provisórios).



A tabela 1 mostra que, em 2021, a população masculina recenseada em Portugal é de 4 921 170 e a população feminina 5 423 632. A relação de masculinidade é de 90,7 homens por 100 mulheres, refletindo um maior desequilíbrio entre os volumes populacionais dos dois sexos, comparativamente com 2011, ano em que esta relação era de 91,5 homens por 100 mulheres. O número de homens é superior ao de mulheres nos grupos etários dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24 anos, sendo que no grupo com idades acima dos 65 anos o número de homens é significativamente inferior ao de mulheres, valores que resultam dos maiores níveis de mortalidade da população masculina.

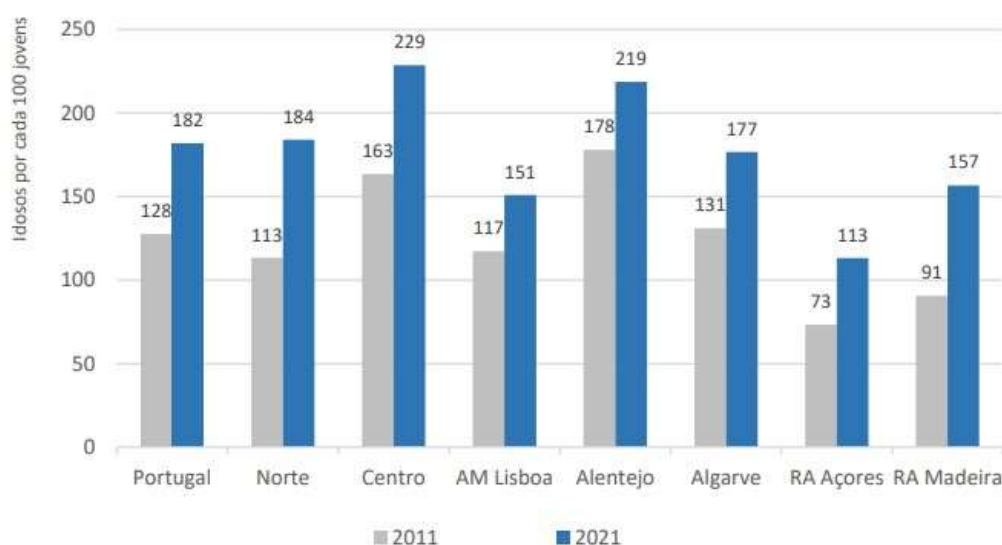
Tabela 1 - População residente por grupo etário e sexo (2011 - 2021). Fonte: INE - Censos 2021 (resultados provisórios).

Grupo etário	2021			2011		
	HM	H	M	HM	H	M
Total	10 344 802	4 921 170	5 423 632	10 562 178	5 046 600	5 515 578
0-14 anos	1 331 396	682 370	649 026	1 572 329	803 999	768 330
15-24 anos	1 088 333	556 311	532 022	1 147 315	581 548	565 767
25-64 anos	5 500 951	2 645 445	2 855 506	5 832 470	2 818 729	3 013 741
65 ou mais anos	2 424 122	1 037 044	1 387 078	2 010 064	842 324	1 167 740

O envelhecimento demográfico em Portugal continuou a acentuar-se de forma muito expressiva, salientando os desequilíbrios já evidenciados na década anterior. De acordo com os Censos 2021, dados provisórios, o índice de envelhecimento da população, indicador que compara a população com 65 e mais anos com a população dos 0 aos 14 anos, é de 182, ou seja,

existem 182 idosos por cada 100 jovens. Este índice era de 128 em 2011 e 102 em 2001. O aumento do índice de envelhecimento é comum a todas as NUTS II, com as regiões do Centro e Alentejo a apresentarem os valores mais elevados em 2021, com 229 e 219 idosos por cada 100 jovens, respetivamente. Em contrapartida, a Região Autónoma dos Açores, Área Metropolitana de Lisboa e Região Autónoma da Madeira têm os índices mais baixos com 113, 151 e 157.

Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento, NUTS II (2011 - 2021). Fonte: INE - Censos 2021 (resultados provisórios).



Com base nestes dados, é possível concluir que se antevê uma sociedade cada vez mais envelhecida, facto que tem diversas implicações económicas, sociais e de saúde.

Posto isto, é necessário refletir sobre os desafios do envelhecimento demográfico, de uma forma integrada, que considere os percursos de vida, condições de vida, trabalho e lazer; e encontrar soluções para atenuar as lacunas existentes com o intuito de garantir à população um envelhecimento com bem-estar. Importa ainda acrescentar que, em Portugal, parte dos recursos comunitários não reúnem todas as condições necessárias a um envelhecimento saudável e ativo. (Bárrios & Fernandes, 2015)

Assim sendo, torna-se cada vez mais urgente repensar a intervenção gerontológica nesta área, no sentido de criar respostas que permitam ao idoso envelhecer com qualidade e, como a maioria deseja, no seu próprio “lugar”.

1.1.3. Aging in place – Estratégias para envelhecer no domicílio

O conceito de envelhecimento ativo tem, em si, todo um conjunto de fatores que o determinam. Um desses fatores é a relação que a pessoa idosa mantém com a sua habitação e todo o contexto envolvente à mesma.

Como já foi referido, a maioria das pessoas manifesta o desejo de envelhecer na sua habitação, valorizando a sua independência e o seu conforto. À pergunta "qual o lugar ideal para envelhecer?", as pessoas mais velhas respondem: "aquele que eu já conheço!" Na realidade, envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida e onde estão as principais referências dessa vida (relacionais e materiais), constitui uma vantagem em termos de manutenção de um sentido para a vida e de preservação de sentimentos de segurança e familiaridade. Isto é alcançado tanto pela manutenção da independência e autonomia, como pelo desempenho de papéis nos locais onde se vive (Fonseca A. M., 2018)

Porém, é necessário que a casa acompanhe o processo de envelhecimento da pessoa, e, desta forma, é necessário conhecer que estratégias existem para que o envelhecimento no domicílio seja possível.

É neste sentido que surge o conceito de “aging in place” (AiP), que necessita de uma abordagem multidisciplinar, pela Gerontologia, protagonizando intervenções a diferentes escalas: nacional, regional, comunitário e individual (Fonseca A. M., 2018).

1.1.3.1. Conceito

A perspetiva que tem vindo a ser mencionada, das pessoas manifestarem o interesse de permanecerem nas suas próprias habitações vai ao encontro do conceito de Aging in Place (AiP). De acordo com Pynoos, Caraviello e Cícero (2009; cit in Bárrios, Marques & Fernandes, 2020) é defendido como uma política que foca, principalmente, entender as mudanças que

ocorrem com a idade, assim como o ambiente em que a pessoa está inserida. Já Martin, Santinha, Rito e Almeida (2012), afirmam que este conceito se centra em compreender as mudanças que ocorrem ao longo do envelhecimento e no meio envolvente, privilegiando a permanência da pessoa quer na sua habitação, quer na sua comunidade.

De acordo com Timmermann (2012; citado por Marques, 2018), o conceito “Aging in Place” consiste na pessoa permanecer na sua própria casa o maior tempo possível à medida que envelhece, mesmo que padeça de alguma doença funcional ou cognitiva. Este conceito, segundo o ponto de vista de Wiles, et al (2012), é um termo popular na política de envelhecimento atual, que se caracteriza por permanecer a viver na comunidade com algum nível de independência, ao invés de em lares residenciais

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), “Aging in place” significa viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece. Significa permitir às pessoas idosas permanecerem no seu ambiente residencial, na comunidade onde viveram toda a sua vida, com todas as condições necessárias a um envelhecimento bem-sucedido.

Este processo de envelhecer em casa trata-se de um conceito estimulado pela responsabilidade de proteger as pessoas idosas, principalmente os mais frágeis e vulneráveis, tornando-se necessária uma mudança nas políticas sociais de apoio a esta população, considerando sempre a vontade do idoso de permanecer no seu ambiente familiar com saúde e de forma independente, uma prioridade.

Este conceito constitui, igualmente, um desafio, tendo em conta as diversas necessidades do indivíduo que variam ao longo do processo de envelhecimento. Caracterizar e compreender o conceito de necessidades implica reconhecer a sua natureza multidimensional (Correia, Pereira, & Costa, 2016).

Uma das mais conhecidas classificações de necessidades foi proposta por Maslow, (1970; cit in Correia, Pereira & Costa, 2016) na sua teoria da motivação humana. Na hierarquia de necessidades o autor propôs cinco níveis de necessidades: os dois primeiros níveis foram classificados como necessidades primárias, figurando na base as necessidades fisiológicas, seguindo-se as necessidades de segurança. Os restantes três níveis foram identificados como necessidades secundárias, figurando num terceiro nível as necessidades de afeto e sentimento

de pertença a grupos na sociedade, seguidas das necessidades de autoestima e, no último nível, as necessidades de autorrealização (Maslow, 1970 , pp. 38-58).

Porém, a existência de uma hierarquia de necessidades, tal como defende Maslow tem sido refutado por outros estudos. Doyal e Gough (1991; cit in Correia, Pereira & Costa, 2016) definem necessidades básicas como objetivos universais, identificando dois tipos de necessidades – saúde física e autonomia, sem hierarquia entre si. Por sua vez, Max-Neef, Elizalde e Hopenhayn (1991) defendem que o ser humano tem múltiplas e interdependentes necessidades, devendo estas “entender-se como um sistema em que se interrelacionam e interagem. Com a única exceção da subsistência, ou seja, manter a vida humana, não existem hierarquias neste sistema” (idem, 1991, p. 17). Como é perceptível na matriz de necessidades que apresentamos de seguida, de Ferreira, et al (2013), consideramos que se deve atender a uma grande diversidade de necessidades.

Matriz de Necessidades RAP

Necessidade	Significado
Subsistência	Ser capaz de viver uma vida de duração normal e saudável e satisfazer, no dia-a-dia, as condições necessárias para o alcançar
Segurança	Ser capaz de estar e de sentir-se seguro contra riscos sociais e naturais e a violência
Afeição	Ser capaz de estabelecer, desenvolver e manter relações significativas de proximidade e intimidade, de sentir afeto e poder manifestá-lo
Compreensão	Ser capaz de usar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar sobre as pessoas e o mundo em geral de forma informada e cultivada pela educação
Participação	Ser capaz de viver de forma responsável em relação com os outros na sociedade, afiliar-se em organizações sociais e participar na vida coletiva
Lazer	Ser capaz de experimentar vivências agradáveis de repouso e distração da sua própria escolha
Criação	Ser capaz de usar a imaginação e o pensamento para desenvolver ações ou trabalhos expressivos da sua própria escolha
Transcendência	Ser capaz de experimentar, sozinho ou em comunidade, vivências de elevação espiritual, de contemplação ou outras que transcendam a natureza física das coisas
Identidade	Ser capaz de formar uma imagem positiva de si, poder sentir-se respeitado, reconhecido e valorizado pelos outros e não ser nem sentir-se excluído
Liberdade	Ser capaz de fazer escolhas livres sobre as coisas práticas da vida e as formas de realização pessoal presente e futura, num contexto de igualdade de oportunidades

Fonte: Pereira et al. (2013).

Desta forma, é importante analisar os diferentes níveis de intervenção que os objetivos do aging in place contemplam. De acordo com o relatório realizado no 2º Fórum Global da

Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (OMS, 2015), são cinco as principais áreas de intervenção no processo de aging in place: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados e políticas de apoio social.

Para Iecovich (2014), o conceito de AiP contempla diversas dimensões conectadas entre si. Destaca-se a dimensão física que se refere à casa, ao bairro ou à cidade onde vive; a dimensão social, que envolve os relacionamentos e os contactos interpessoais; a dimensão cultural, ligada aos valores e crenças que as pessoas atribuem a um determinado lugar; e uma dimensão psicológica, que diz respeito aos sentimentos de pertença e ligação a um determinado espaço.

Desta forma, quando se fala em “place”, não nos referimos apenas ao local de residência física, mas também a todos os contextos envolventes que permitam à pessoa idosa a manutenção da sua identidade social.

O conceito de aging in place pressupõe ainda que as pessoas mais velhas possam viver nas suas casas, se forem disponibilizados todo o apoio e serviços adequados, uma vez que o principal objetivo é permitir aos idosos permanecerem em casa durante o processo de envelhecimento.

Os objetivos deste conceito podem ser vistos de duas perspetivas. Em primeiro lugar, da perspetiva das pessoas idosas e das suas famílias. Como foi referido anteriormente, a maioria das pessoas idosas prefere permanecer e envelhecer em casa, porque lhes providencia o controlo sobre a sua própria vida e permite-lhes, igualmente, manter a sua identidade e bem-estar. Qualquer tentativa de deslocalização implica a perda de relações sociais, mudanças nas rotinas diárias e estilos de vida, e frequentemente perda de independência.

Em segundo lugar, da perspetiva dos decisores políticos, poupar custos referentes aos cuidados prestados, uma vez que o cuidado institucional tem custos mais elevados do que os cuidados prestados no domicílio. Isto levou os decisores políticos a implementarem políticas e medidas que priorizem o envelhecimento em casa, e desta forma, as ofertas destes serviços começaram a multiplicar-se.

Em suma, o aging in place é uma expressão comum no pensamento que existe hoje em dia sobre práticas de envelhecimento, que significa viver em casa e na comunidade com alguma independência, permitindo às pessoas mais velhas manterem autonomia e ligações sociais com amigos e familiares. Envelhecer em casa permite também que as ligações sociais com familiares

e amigos continuem. Embora a maioria das discussões sobre aging in place se concentre em casa, há reconhecimento crescente que, além da habitação, as comunidades (bairros ou aldeias, consoante estejamos a falar em ambiente urbano ou rural) são fatores cruciais na valorização que as pessoas fazem do conceito.

Nos próximos anos, o AiP irá ser uma estratégia adotada para atender às necessidades da população idosa, adaptando as respostas consoante o seu grau de dependência e desenvolvendo modelos inovadores, como por exemplo, a teleassistência ou o tele atendimento domiciliário.

Para que o envelhecimento em casa seja bem-sucedido, torna-se crucial ter em conta, não só as opções de habitação, mas também a disponibilidade e variedade de serviços envolventes, como transportes, serviços recreativos que promovam a interação social e o envolvimento cultural.

Envelhecer no “lugar”, deve ser acompanhado de medidas no âmbito da solidariedade primária, assim como das redes de suporte social, que, como se pode constatar, são cruciais para que o idoso possa envelhecer com qualidade de vida no seu domicílio.

1.1.4. Suporte social – conceito e dimensões

Ao longo da vida estabelecemos contactos com diversas pessoas que, intencionalmente ou não, influenciam a forma como vivemos e nos desenvolvemos. Neste sentido, o ser humano é um ser social, pelo que as relações sociais ocupam um lugar fundamental ao longo de todo o ciclo de vida, sendo de diferente natureza, cumprindo diferentes funções e proporcionando uma variedade de resultados.

Apesar de muitas destas relações nem sempre serem cordiais e positivas para o indivíduo, muitas delas são a origem de sentimentos de segurança, afeto, estabilidade, pertença e atenção indispensáveis à sobrevivência humana. A relação e/ou interação com os outros (como por exemplo, estar mais ligado à família, amigos e comunidade) favorece o sentimento de integração na sociedade e também mostra indicadores de saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985; cit in Lopes, 2012).

As relações interpessoais são fundamentais aos indivíduos, essencialmente para a manutenção do sentido de pertença e bem-estar. Estas relações têm, igualmente, a função de proporcionar suporte ao indivíduo.

Pinheiro (2004; cit in Lopes, 2012) refere que, quer as interações, quer as relações interpessoais são fontes primordiais de Suporte Social. Estas relações asseguram condições que permitem ao indivíduo não se sentir sozinho nem desacompanhado, depositando em algumas pessoas a confiança de que as mesmas lhe prestarão retaguarda sempre que necessário.

O Suporte Social é sem dúvida um elemento chave na vida de todos os indivíduos, proporcionando uma sensação de segurança nos indivíduos tornando-os mais confiantes e tranquilos, e ainda promovendo o sentimento de valorização e autoestima (Pinheiro, 2004).

Paúl (1999, p.82; cit in Lopes, 2012) define suporte social como “uma variável importante tanto para a existência de uma boa saúde como a recuperação, em caso de acidentes ou doenças.” O suporte social assume um papel de considerável importância na vida das pessoas.

Já segundo Sarason et al. (1983, p. 127; cit in Lopes, 2012) o suporte social é definido como “a existência ou a disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”. Ribeiro (1999) refere que o suporte social do indivíduo é composto pelos familiares, amigos e também pela própria frequência de contactos, intensidade e pela existência ou não de amigos íntimos ou redes sociais.

Dunst & Trivette (1990; cit in Ribeiro, 1999) referem dois tipos de suporte social: o formal e o informal. O suporte social formal consiste nas organizações sociais formais, isto é, nas organizações que providenciam assistência e ajuda às pessoas que necessitam. Neste tipo de suporte encontram-se os profissionais, programas governamentais, serviços de saúde e hospitais. Já o suporte informal engloba o apoio social dos familiares, amigos e vizinhos, que ajudam nas atividades do dia-a-dia.

O conceito de suporte social abrange uma diversidade de situações e formas de suporte, principalmente informacional, emocional e material (Singer & Lord, 1984; citado por Lopes, 2012), sendo estes os mais mencionados pelos autores. Wills (1985; citado por Martins, 2005) menciona quatro tipos de apoio: apoio à estima, apoio informativo, acompanhamento social e

apoio instrumental. Por sua vez, Oxford (1992; cit. in Martins, 2005) refere cinco funções: suporte emocional, suporte de estima, suporte informativo, suporte instrumental e socialização.

Dunst & Trivette (1990; citado por Ribeiro, 1999) diferenciam cinco componentes do suporte social: componente constitucional, componente relacional, componente funcional, componente estrutural e componente satisfação. A componente constitucional baseia-se nas necessidades e as suas relações com o suporte existente. A componente relacional evidencia-se pelo estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, e participação em organizações sociais. A componente funcional diz respeito ao suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte. A componente estrutural consiste na proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência. Por fim, a componente satisfação, traduz-se na utilidade e ajuda fornecida (Ribeiro, 1999).

No que diz respeito às dimensões do suporte social, os vários autores divergem na análise a esta questão, embora haja alguns pontos em comum. Weiss (1974) propõe seis dimensões do suporte social: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação. Por outro lado, Dunst e Trivette (1990; citado por Lopes, 2012) identifica outras dimensões de suporte social que, na sua perspetiva, consideram que sejam importantes para o bem-estar do indivíduo, nomeadamente: tamanho da rede social; existência de relações sociais; frequência dos contactos; necessidade de suporte; o tipo e quantidade de suporte; a congruência entre o suporte social disponível e o que o indivíduo necessita; a sua utilização; a dependência; a reciprocidade entre o suporte social recebido e fornecido; proximidade e satisfação do suporte social.

Numa abordagem mais recente, Chor et al (2001 cit in Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007) avalia o apoio social em cinco dimensões: material, que investiga a disponibilidade das pessoas para a provisão de recursos práticos e ajuda material; afetivo, que verifica a frequência de demonstrações de amor e afeto das pessoas da rede social do indivíduo; emocional, avalia a frequência de expressões de afeto positivo e sentimentos de confiança das pessoas da rede social do indivíduo; interação social do indivíduo, que avalia a disponibilidade das pessoas interagirem entre si; e informação, que identifica a disponibilidade das pessoas para obterem conselhos e orientações.

Como comprova Ribeiro (1999) a presença de amigos, familiares, rede social e a confiança demonstrada na partilha de experiências, aumentam consideravelmente a autoestima e reduzem alguns problemas de saúde. O autor mostra-nos que a investigação sobre a temática do suporte social, no que se refere às suas dimensões e componentes, tem evidenciado que o impacto difere consoante o grupo etário. Porém, são diversos os estudos que comprovam a existência de uma relação positiva entre qualidade de vida e satisfação do suporte social em pessoas que padecem de algumas patologias.

Em suma, o suporte social promove nas pessoas a capacidade de enfrentar novos desafios, aumentando a sua autoestima e atenuando o impacto das doenças.

1.1.5. Suporte social e qualidade de vida

Segundo Paschoal (2000), o conceito da Qualidade de Vida (QV) emergiu a partir da Segunda Grande Guerra Mundial quando passou a usar-se o conceito de “boa vida” para se designar a conquista de bens materiais. Em seguida, o conceito foi ampliado e passou a avaliar o quanto uma sociedade se tinha desenvolvido economicamente. A criação de indicadores económicos passou a permitir comparar a QV entre diferentes países e culturas. Depois o termo passou a designar, além do crescimento económico que é um conceito quantitativo, o desenvolvimento social que é um conceito qualitativo.

Em 1920 o conceito surgiu no contexto de trabalho e as consequências no bem-estar dos trabalhadores (Canavarro, Simões, Pereira, & Pintassilgo, 2005), mas só em 1960 é que foi formalmente reconhecido no relatório da Comissão on National Goals por Eisenhower que publicava vários indicadores sociais e ambientais da população americana de modo a promover a qualidade de vida (Ribeiro, 2007; cit in Lopes, 2012).

A designação de “qualidade de vida” foi utilizada pela primeira vez em 1964 pelo Presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, referindo que “os objetivos não podem ser medidos pelo saldo da conta bancária. Só podem ser medidos pela qualidade de vida que as pessoas têm” (Ribeiro, 2005; citado por Silva, 2009)

Este conceito não reúne consenso entre a comunidade científica, assim como os instrumentos criados para a sua validação. Umas definições centram-se no bem-estar, outras na satisfação das pessoas em diversas áreas da sua vida.

A qualidade de vida está diretamente relacionada com a percepção que o indivíduo tem de si, dos outros e do que o rodeia. Pode ser avaliada por diversas variáveis e em função da educação, formação, atividade profissional, competências adquiridas, resiliência pessoal, otimismo, necessidades pessoais e saúde (Leal, 2008).

A OMS define qualidade de vida como o conjunto de percepções pessoais que se tem perante a vida em função dos objetivos e valores (Ribeiro, 2002; cit in Lopes, 2012). Cramer (1994; cit in Ribeiro, 2007) define qualidade de vida como “um estado de bem-estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade”

No início da década de 90 a Organização Mundial de Saúde reuniu um conjunto de peritos de diversas culturas para debater a multidimensionalidade e complexidade do conceito de qualidade de vida. Neste sentido, definiu um instrumento de qualidade de vida (grupo WHOQOL – World Health Organisation Quality of Life), criado quando se iniciou o reconhecimento da importância deste conceito para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas. (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, & Prette, 2007). Embora não exista consenso a respeito do conceito de qualidade de vida (Fleck et al., 1999; citado por Toscano, 2015), muitos investigadores concordaram acerca de três características deste conceito:

1. Subjetividade (depende das percepções da pessoa);
2. Multidimensionalidade (inclui, pelo menos, três dimensões, a física, a psicológica e a social);
3. Presença de dimensões positivas e negativas;

Com isto, foi possível chegar a uma definição de Qualidade de Vida, sendo vista como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994; cit. in Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005). Esta definição abrange aspetos como a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com o meio envolvente em que o indivíduo está inserido (WHOQOL Group, 1995; cit. in Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005)

Inicialmente, o grupo WHOQOL desenvolveu um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100), porém a necessidade de instrumentos que requeressem pouco tempo fez com que o grupo desenvolvesse uma versão mais breve a

que apelidou de WHOQOL-bref, com 26 questões, duas questões gerais de qualidade de vida e as restantes representam cada uma das 24 facetas que fazem parte do instrumento original (Fleck et al., 2000).

Neste sentido, a qualidade de vida passa a ser vista como um sentimento de bem-estar pessoal, associado a determinados indicadores objetivos, principalmente biomédicos, psicológicos e sociais, e indicadores subjetivos, uma vez que tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com a sua vida.

Para Donald (1997; citado por Jacob, 2007) podemos definir o conceito de qualidade de vida através da formulação de cinco categorias e que são as seguintes:

1. Bem-estar físico - a comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança;
2. As relações interpessoais - as relações familiares, amigos e a participação na comunidade;
3. Desenvolvimento pessoal - as oportunidades de desenvolvimento intelectual e auto-expressão;
4. As atividades recreativas - a socialização e o entretenimento;
5. As atividades espirituais e transcendentais - a atividade simbólica, religiosa.

A literatura revela que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde, isto é, desempenha um papel protetor para enfrentar situações de stress (Wills, 1997; Ribeiro, 1999; Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003; Almeida & Sampaio, 2007; citado por Lopes, 2012), proporcionando uma melhor qualidade de vida. Promove, também, a autonomia do indivíduo para uma melhor adesão a tratamentos e a hábitos saudáveis.

Têm vindo a realizar-se diversos estudos sobre a qualidade de vida e o suporte social, com o objetivo de analisar a relação entre estes dois conceitos. Ribeiro (1999; citado por Lopes, 2012) menciona que a satisfação no suporte social é um dos indicadores que estão associados à satisfação com a vida. Bem como ao nível de prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas, na diminuição da gravidade da doença e na sua recuperação (Abrunheiro, s.d).

Noutro estudo desenvolvido por Silva (2003) foi possível analisar os efeitos do apoio social na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes. Este reforçou a ideia que o apoio social desempenha um apoio fulcral no controlo da glicemia e na qualidade de vida de indivíduos com diabetes.

Por fim, um outro estudo desenvolvido por Abrunheiro (2005) mostrou uma correlação positiva entre suporte social e a qualidade de vida dos doentes após transplante hepático.

Desta forma, podemos concluir que o suporte social é um indicador fundamental para a existência da qualidade de vida, sendo um fator de proteção de saúde e bem-estar.

O conceito de qualidade de vida tem um carácter dinâmico e evolutivo. Com o objetivo de avaliar e quantificar a qualidade de vida, foram surgindo diversos instrumentos, que se têm vindo a atualizar e diversificar, com o intuito de se tornarem mais completos e rigorosos na sua aplicação.

1.2. Políticas Sociais para as pessoas idosas em Portugal: as especificidades do Serviço de Apoio Domiciliário no contexto português

1.2.1. Políticas Sociais: conceitos e evolução na sociedade portuguesa

Em Portugal, as políticas sociais para as pessoas idosas possuem três níveis distintos: “Prestações de Segurança Social, Respostas Sociais e Programas de Apoio às Pessoas Idosas” (Direção-Geral da Segurança Social, 2015, p. 5). Porém, em primeiro lugar, importa referir que estas políticas não foram criadas sem que houvesse um contexto sociopolítico que o permitisse. Tais políticas são fruto de um contexto civilizacional e social específico: o Estado-providência (Carvalho, 2012, pp. 64-68).

O estado-providência surgiu no relatório «Social Insurance and Allied Services» de Lord William Beveridge. Este relatório marcou a afirmação do papel do estado como o detentor de responsabilidade social. O relatório Beveridge afirma que para alcançar os seus fins, o Estado assume a responsabilidade de manutenção e criação de sistemas como a Segurança Social, saúde, educação, assistência social, etc. (Núncio, 2010, p. 71; citado por Jerónimo, 2017). O autor afirma ainda que o estado-providência é compreendido como uma evolução resultante das primeiras políticas sociais (como as Poor Law inglesas e como os seguros sociais obrigatórios da Alemanha de Bismarck). Desse modo, as atuais políticas de proteção à pessoa idosa são fruto de um processo de evolução ideológica que remonta ao período do pós II guerra mundial. A política de velhice é para Guillemard (1986; citado por Jerónimo, 2017) como “um conjunto de intervenções públicas que estruturam de forma explícita e implícita as relações entre a velhice e a sociedade”. Por seu turno, para Carvalho (2012, p.83) “*a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas*

oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (Assembleia da República, 2005, artº 72, nº 2).

Segundo Carvalho (2012) a realidade portuguesa das políticas de cuidados regista um certo atraso quando comparada com as realidades dos outros países da Europa, à exceção dos países do leste. O estado apoia-se fortemente no setor privado, financiando tais entidades a fim de que sejam elas a prestar os serviços. Constata-se ainda que em Portugal a assistência à pessoa idosa encontra-se demasiado apoiada sobre a família. O Estado intervém essencialmente quando a pessoa já possui algum problema que reduza a sua independência. (Carvalho, 2012). O desenvolvimento da oferta dos apoios e dos serviços é realizado fundamentalmente numa visão restritiva/seletiva, onde se apoiam as pessoas dependentes (numa lógica de discriminação positiva) (Walker, 2001; citado por Jerónimo, 2017). Contudo, continua a não existir uma articulação suficientemente dinâmica entre a área social e a área da saúde.

1.2.2. Prestações e respostas sociais destinadas à população idosa

Medidas de políticas dirigidas às pessoas idosas e em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social	
Prestações Sociais	Pensão de Velhice Prestação dirigida às pessoas idosas com mais de 65 anos que tenham pago contribuições para a Segurança Social durante, pelo menos 15 anos. Pensão Social de Velhice Prestação em dinheiro, atribuída mensalmente, a partir dos 65 anos de idade, para os que não tenham direito à pensão de velhice. Complemento Solidário para Idosos (CSI) Apoio em dinheiro, pago mensalmente aos idosos, com mais de 65 anos e com baixos recursos.
Respostas Sociais	Em Serviços: • Serviço de Apoio Domiciliário; • Apoio Domiciliário Integrado; • Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas; Em Equipamentos: • Lar de Idosos; • Residência; • Centro de Dia; • Centro de Convívio; • Centro de Noite; • Unidades de Apoio Integrado;

Programas e Medidas	Transversais: • Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES); • Linha Nacional de Emergência Social; • Rede Social; • Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE); • Programa Comunitário de Ajuda Alimentar; • Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais; Específicas: • Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) • Programa de Idosos em lar (PILAR) • Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI)
----------------------------	--

Serviços e Equipamentos Sociais dirigidas à população idosa, no âmbito da Segurança Social	
Respostas Sociais	Definição
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Resposta Social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito
Centro de Convívio	Resposta social que consiste no apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade
Centro de Dia	Resposta Social que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.
Centro de Noite	Resposta Social que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de suporte e de acompanhamento durante a noite.
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas	Resposta Social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.
Estrutura Residencial para Idosos	Resposta social que consiste em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos.

De acordo com a Carta Social (n.d. a) tem ocorrido um “crescimento significativo” na quantidade de respostas sociais para as pessoas idosas. A rede tem vindo a desenvolver-se de tal modo que o número de respostas sociais para a população idosa registou, no período entre o ano de 2000 a 2014, um aumento de 49% (Carta Social, n.d. a, p. 35). Contudo, ainda se regista um atraso considerável quando comparamos a rede nacional com a de outros países, sobretudo os do norte da Europa (Carvalho, 2012).

1.2.3. Serviço de Apoio Domiciliário – A Realidade Portuguesa

Em Portugal começa-se a falar de cuidados no domicílio nos finais da década de 70 do século XX, em consequência do aumento de pessoas com mais de 65 anos. Contudo, os cuidados no domicílio ganharam expressão a partir da década de 80, mas foi na década de 90, do século XX, que se consolidaram e inscreveram no contexto das políticas de apoio aos idosos (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a).

Atualmente, há cada vez mais pessoas idosas a recorrerem às respostas sociais existentes face às suas necessidades. O serviço de apoio domiciliário é uma das respostas existentes, que muitos idosos procuram para colmatar as carências, permitindo-lhes continuar a residir em casa.

1.2.3.1. Conceito e serviços prestados

Segundo o decreto-lei nº 30/89 de 24 de janeiro, entende-se por serviços de apoio domiciliário os serviços que são prestados no âmbito dos “estabelecimentos destinados à prestação de serviços aos idosos residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu meio familiar e social”.

Estes serviços são prestados por “equipas que prestam ajuda doméstica no domicílio dos utentes quando estes, por razões de doença, deficiência ou outras, não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, as atividades da vida diária”. Estes serviços pretendem prestar um conjunto de cuidados individualizados no domicílio, que podem ir desde o fornecimento de refeições, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas. Para além destes cuidados, pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente “acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e outros artigos, acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações e contatos com o exterior” (Despacho normativo nº 62/99).

O Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de maio veio substituir o Decreto-Lei nº 30/89, de 24 de janeiro, ao estabelecer uma nova regulamentação dos estabelecimentos e serviços privados em que sejam exercidas atividades de apoio social do âmbito da segurança social. Dois anos depois foram definidas regras reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário pelo Despacho normativo nº 62/99 de 13 de novembro.

O despacho normativo referido define as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos e serviços nas diferentes valências. O serviço de apoio domiciliário é definido como uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária”.

Segundo Rodriguez & Sanchez (2003) o SAD consiste num programa individual, com carácter preventivo e reabilitador em que se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, prestados no domicílio do indivíduo idoso, com certo grau de dependência, satisfazendo as suas necessidades básicas e gerais, permitindo e facilitando a sua permanência no domicílio. É considerado um programa individual, o que permite o reconhecimento da individualidade e personalidade de cada indivíduo, assim como da situação que vivencia. Apesar da necessidade da existência de regras e procedimentos de atribuição e funcionamento do serviço, este deve ser adaptado a cada situação específica, facilitando o envolvimento e participação do indivíduo na elaboração e implementação do mesmo.

É um programa preventivo e reabilitador, porque com o serviço prestado e a intervenção dos profissionais, pretende-se evitar a ocorrência de situações passíveis de criar dependência, a criação de hábitos de higiene e alimentares e a prevenção de acidentes. É um serviço reabilitador, na medida em que, com a intervenção, pretende-se recuperar capacidades funcionais e competências perdidas, através do treino de atividades de vida diária. É um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional que contribui para a satisfação das necessidades básicas a todos os níveis, uma vez que o Homem é um ser bio/psico/social, implica a intervenção articulada e integrada de uma equipa multidisciplinar (Rodriguez & Sanchez, 2003).

No Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de novembro, estão definidos os objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), são eles:

- ❖ Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- ❖ Prevenir situações de dependência e promover autonomia;
- ❖ Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e familiares, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- ❖ Apoiar os utentes e familiares na satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária;
- ❖ Colaborar ou assegurar a prestação de cuidados de saúde.

Segundo o mesmo Despacho Normativo nº62/99 de 12 de novembro, o Apoio Domiciliário deve proporcionar um conjunto diversificado de serviços, tais como:

- ❖ Cuidados de higiene e conforto;
- ❖ Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- ❖ Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- ❖ Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do apoio;
- ❖ Acompanhamento das refeições;
- ❖ Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do apoio;
- ❖ Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O Serviço de Apoio Domiciliário pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente:

- ❖ Acompanhamento do utente ao exterior nas deslocações do mesmo;
- ❖ Aquisição de bens e serviços;
- ❖ Atividades de animação;
- ❖ Orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente;
- ❖ Apoio em situações de emergência.

Os cuidados domiciliários devem ser evolutivos, dotados de flexibilidade e, por essa razão, com possibilidade de serem reformulados de acordo com as necessidades do idoso e da sua respetiva família, considerando a participação destes (Veiga & Correia, 2009; citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011).

Uma das condições gerais de funcionamento dos serviços de apoio domiciliário diz respeito ao tempo de funcionamento. Segundo o despacho normativo 62/99 de 12 de novembro, “o SAD deve, tendencialmente, funcionar por um período ininterrupto de vinte e quatro horas, incluindo sábados, domingos e feriados”.

Outra das exigências contempladas nas condições gerais de funcionamento do SAD é a existência de um plano de cuidados individualizado a ser elaborado com o utente e a família, para o qual são necessários recursos humanos qualificados, mediante supervisão técnica, e ser sujeito a um acompanhamento e avaliação periódica.

A elaboração deste plano individualizado inicia-se com uma visita domiciliária que permite a recolha de informações sobre o idoso e o seu contexto. Este contato com a realidade do idoso é muito importante para um conhecimento global dele, uma vez que há uma tendência para reduzir as necessidades dos idosos, em situação de apoio domiciliário, à higiene pessoal e refeições, deixando para segundo plano as necessidades sociais e afetivas (Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011).

De facto, a visita domiciliária também coloca desafios ao profissional, que entra no mundo privado do idoso e participa da sua experiência. O domicílio é um ambiente com particularidades específicas daqueles que nele residem, o que requer do profissional um especial cuidado quanto ao tipo de vínculo que será estabelecido, de modo a que sejam preservados os objetivos e limites do seu trabalho (Gavião, 2000, p. 173; citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011 isto é, o profissional deverá ter cuidado para que o idoso não sinta que o seu espaço está a ser invadido.

O serviço de Apoio Domiciliário deve também constituir um ficheiro de utente atualizado, bem como um processo onde se explicita o plano de cuidados ou serviços a prestar, o registo de cada serviço prestado e respetiva data e o registo da avaliação periódica (Gil A. , 2009).

De acordo com a mesma autora, a prestação de serviços implica a celebração de um contrato por escrito, com o utente ou seus familiares, onde constem os direitos e obrigações de

ambas as partes, o período de vigência do contrato e as condições em que pode haver lugar à sua cessação. Ainda no contrato devem constar os serviços a prestar, a sua periodicidade e respetivo horário, bem como o preço praticado.

O SAD deve possuir um regulamento interno onde esteja referido as regras de funcionamento, discriminação dos serviços a prestar, os direitos e deveres, quer dos utentes, quer do pessoal, as funções do pessoal e em anexo o preçário dos serviços a prestar.

As normas reguladoras contemplam também os requisitos necessários ao exercício da direção técnica, pessoal técnico e das ajudantes familiares. Para além do aspeto humano, as condições de implantação, como os acessos, o edificado e as áreas funcionais respeitantes à área de acesso, direção e dos serviços técnicos, área de serviços e área de instalações para o pessoal, são algumas das normas estipuladas para a instalação e funcionamento do apoio domiciliário (idem).

Na base da intervenção gerontológica está, também, o estabelecimento de uma relação interpessoal e de diálogo significativa. Veiga e Correia (2009; citados em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011, p.18) referem que *“a criação de um ambiente empático e interativo, onde predomine a confiança, o respeito, capacidade de escuta e de sensibilidade para interpretar os pedidos (implícitos e explícitos) do idoso é fundamental”*.

Cardoso (2000, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011, p.18) afirma que na intervenção com idosos não se pode esquecer as suas necessidades de serem ouvidos e de partilharem os seus receios, dúvidas, expectativas e aspirações. É fundamental considerar cada idoso como um ser com identidade própria, que tem de ser respeitado na sua singularidade, na sua privacidade, nos seus hábitos e rotinas. Por este facto, o profissional tem de possuir a capacidade de colocar-se no lugar do idoso, sem julgamentos, tomando consciência dos seus sentimentos e não ignorando a sua história de vida, problemas e fragilidades.

Assim, estas respostas organizadas prestam cuidados, satisfazendo as necessidades básicas das pessoas idosas e, para que as mesmas sejam detetadas e também conhecer a satisfação dos idosos, relativamente aos serviços que lhes são prestados, é fundamental efetuar visitas domiciliárias que consistem em consultas efetuadas por membros da equipa de apoio social no domicílio do utente.

Na prossecução dos seus objetivos e na implementação das suas atividades, o SAD conta com uma equipa de profissionais, técnicos de serviço social/educadores sociais,

encarregados e ajudantes de ação direta, que se deslocam aos domicílios e desempenham tarefas, de acordo com o preconizado no plano de atuação definido para cada utente.

No âmbito do SAD, a intervenção deve compreender também o envolvimento, a formação e a informação quer à família, quer às auxiliares de ação direta, de forma a promover uma maior humanização dos serviços. Assim, a formação contínua dos cuidadores formais é fundamental para a qualidade dos serviços prestados aos idosos (Rosa M. F., 2012).

Relativamente à equipa de ajudantes de ação direta, estas desempenham um papel complementar à família na promoção da autonomia do idoso, pois são elas quem estão maioritariamente no domicílio do utente. Muitas vezes, a relação estabelecida com o idoso ultrapassa a dimensão profissional, tornando-se numa relação afetiva. Para muitos idosos, as ajudantes familiares são, de facto, o único meio de ligação com o exterior.

Segundo Rosa (2012) os profissionais de Serviço Social / Educação Social devem desempenhar três funções essenciais num SAD. Em primeiro lugar, uma função de supervisão do trabalho desenvolvido. Este acompanhamento implica não só a avaliação do que foi feito, mas também orientação e formação do que é necessário fazer e como fazer. Por outro lado, deve valorizar o desempenho profissional dos cuidadores (formais e informais). Ser cuidador não é tarefa fácil e exige um elevado custo pessoal e, por isso, o seu trabalho deve ser reconhecido e valorizado. Por fim, tem de desempenhar um papel de suporte emocional, de cuidar de quem cuida, de forma a atenuar o desgaste físico e emocional que a prestação de cuidados no domicílio implica. (Ribeirinho 2003, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011)

Em suma, o SAD deve centrar a sua atuação em duas vertentes específicas. Relativamente à dependência, deverá aliviar a deterioração ou perda funcional da pessoa idosa, ajudando-a nas suas dificuldades ou realizando por ela determinadas tarefas que lhe sejam impossíveis. No que diz respeito à autonomia, deve reforçar a autoestima e respeitar a vontade da pessoa idosa para que esta possa, se ainda não perdeu as suas faculdades mentais, decidir livremente sobre a sua vida, tendo sempre em conta a sua opinião e os seus desejos.

Porém, é necessário, uma (re)definição do modelo atual do SAD atual, para que possam existir práticas que integrem as vontades e expectativas 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.

A intervenção do SAD exige, desta forma, a presença de um profissional teórico e eticamente reflexivo que desempenhe a sua prática profissional pela proximidade e só desta forma o Serviço de Apoio Domiciliário poderá ser, realmente, promotor de autonomia, pautando-se por elevados padrões de qualidade. (Rosa M. , 2012)

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos utentes em SAD por serviço em 2020. Fonte: Carta Social



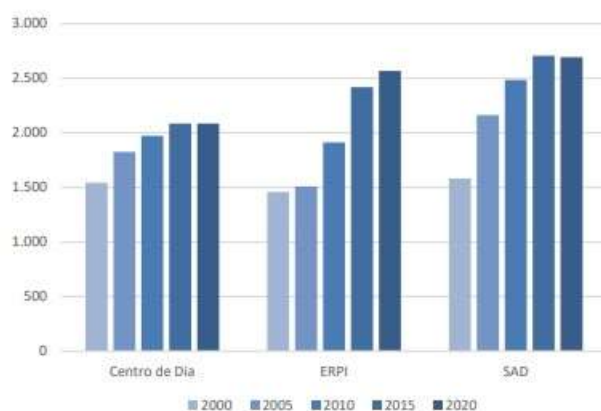
Segundo os dados mais atuais disponibilizados pela Carta Social, os serviços mais utilizados pelos clientes do serviço de apoio domiciliário são, em primeiro lugar, o serviço de alimentação, depois o serviço de higiene pessoal, seguido do serviço de higiene habitacional.

De acordo com os dados, para além dos serviços de base, também já são disponibilizados em algumas respostas serviços de animação, acompanhamento dos utentes para resolução de assuntos pessoais e obrigações legais, reparações no domicílio e teleassistência.

1.2.3.2. Evolução da resposta

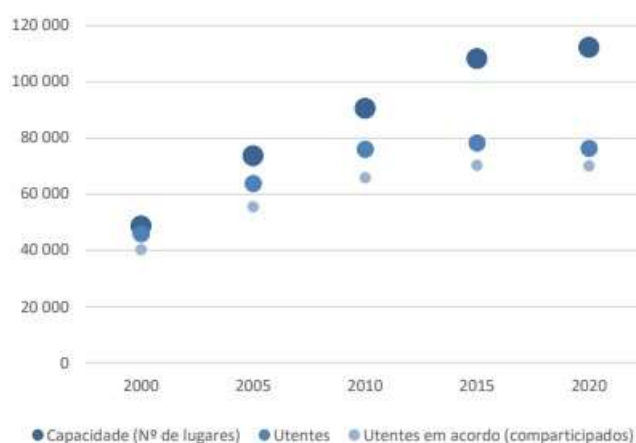
Em 1976 foram criados os primeiros centros de dia, posteriormente os centros de convívio, e os serviços de apoio domiciliário (Engenheiro, 2008, p. 24) As respostas de proteção social e de saúde para as pessoas idosas evoluíram substancialmente nos últimos anos (Pereira, 2011, p. 23). As sucessivas reformas das leis que ocorreram desde 1976 (ano da promulgação da Constituição Portuguesa revogando a Constituição de 1933), favoreceram o desenvolvimento dos equipamentos para as pessoas idosas (Montanha, 2015, pp. 7-10). O número de serviços de apoio domiciliário no território sofreu um aumento substancial na década de 80, que se viria a acentuar ainda mais na década de 90. O período posterior ao ano 2000 continua a assinalar um aumento muito significativo (Pereira, 2011, pp. 23-24).

Gráfico 4 - Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente – 2000-2020. Fonte: Carta Social – Relatório de 2020



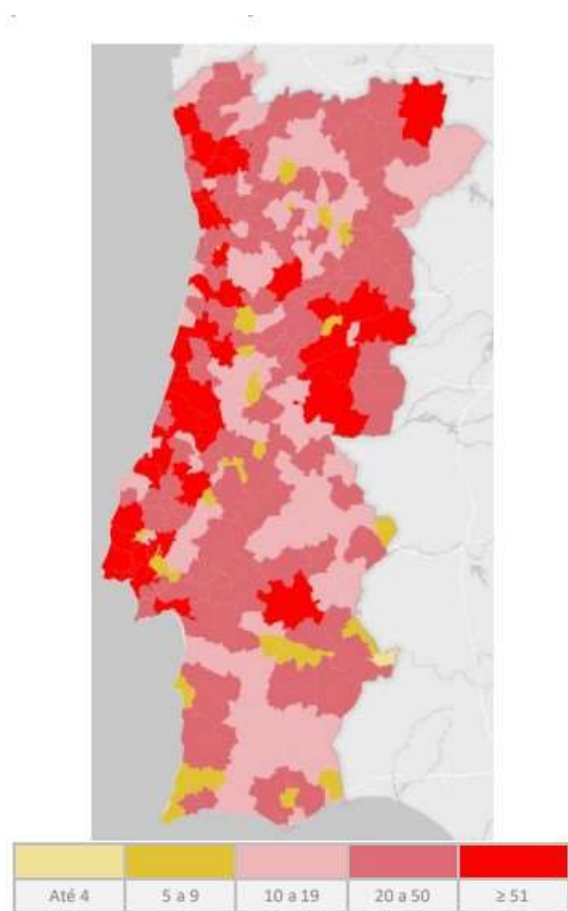
As respostas dirigidas a Pessoas Idosas registaram um crescimento de 53 %, entre 2000 e 2020, traduzindo um aumento superior a 2 700 novas respostas. As respostas ERPI e SAD foram as que, neste domínio, mais cresceram no período 2000-2020 (176 % e 170 %, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. No ano de 2020, contabilizaram-se cerca de 7 350 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondiam a SAD. (Carta Social, pp. 46)

Gráfico 5- Evolução da capacidade, do número de utentes e utentes comparticipados na resposta social SAD, Continente – 2000- 2020



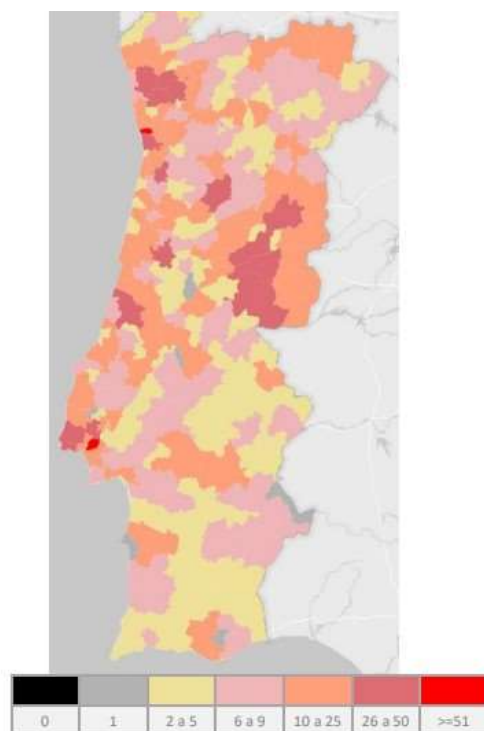
O SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a Pessoas Idosas, com maior oferta de lugares (40 % do total) totalizando 112 272 lugares em 2020. Em 2020, 63 % do número total de lugares em SAD estavam abrangidos por acordos de cooperação. (Carta Social, pp. 47)

Figura 1- Distribuição territorial das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho – 2020. Fonte: Carta Social



A totalidade dos concelhos do território continental (278) dispunha, em 2020, de respostas sociais dirigidas a esta população-alvo, todavia era notória uma oferta superior nas regiões Norte e Centro. Destaque-se, que dos 278 concelhos do Continente, 231 dispunha de 10 ou mais respostas sociais para os mais idosos.

Figura 2- Distribuição territorial da resposta social SAD, por concelho – 2020. Fonte: Carta Social



A prestação de serviços no domicílio, desenvolvida pela resposta SAD, estava disponível, em 2020, em todos os concelhos do Continente, sendo notória, contudo, uma maior concentração destes serviços encontrava-se nas regiões Norte e Centro.

Segundo Fontes (2011), o SAD deve considerar o utente em todas as fases do processo; Reconhecer especificamente cada caso individual e identificar os meios individuais disponíveis para alterar a situação; enumerar as necessidades gerais em todos os indivíduos do serviço; facultar informações considerar a opinião do utente sobre o processo de participação no plano de desenvolvimento individual, bem como das oportunidades e obstáculos de cada utente.

Assim sendo, torna-se cada vez mais imprescindível a necessidade de diversificar os serviços e atividades prestados pelo SAD, recorrendo, por exemplo, a atividades socio-culturais, uma vez que estas podem constituir uma forma de combate à inatividade física, mental e social, surge a animação dos idosos, promovendo, igualmente, as relações sociais, o aumento da atividade e incrementando de uma forma positiva a qualidade de vida da pessoa que envelhece. De igual forma, torna-se importante preencher o tempo da pessoa idosa com atividades que desenvolvam a sua autonomia e fomentem o seu bem estar.

2. Estudo Empírico

2.1. Problema de pesquisa e procedimentos metodológicos

2.1.1. Problema de pesquisa

Com o aumento da longevidade e consequente envelhecimento populacional, torna-se emergente estudar e analisar as políticas sociais e as respostas sociais atuais para a população idosa. É fundamental investigar o fenómeno do envelhecimento, para podermos ter uma resposta adaptada e eficaz aos diagnósticos efetuados à realidade social.

Tendo em conta que as redes de apoio informal em Portugal sofreram algumas transformações devido a diversos fatores, como o estilo de vida e a dificuldade das famílias em conciliar as exigências profissionais e os cuidados que são cada vez mais específicos, a que não é alheia a inserção da mulher no mercado de trabalho, compete ao Estado responder às necessidades das famílias.

Atualmente o contexto domiciliário é considerado pelas pessoas idosas como um local de eleição de permanência até ao fim de vida. Desta forma, estudar o SAD torna-se essencial, visto que privilegia o domicílio em detrimento da institucionalização. Neste contexto, importa compreender a perceção da população idosa beneficiária e dos coordenadores técnicos acerca dos serviços prestados em SAD.

De acordo com as orientações da política social, este serviço assegura a satisfação das necessidades básicas de cada utente e contribui ativamente para a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos. O estudo aqui apresentado traduz uma abordagem sobre a referida problemática, em que medida o SAD contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

2.1.2. Objetivos da investigação

Segundo Fortin (1999), “o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

O presente estudo visa, para além da caracterização dos serviços e identificação dos projetos neles existentes, compreender a perceção dos utentes, dos familiares, das ajudantes familiares e da diretora técnica da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, sobre o

serviço prestado pela organização e o seu contributo para a promoção de autonomia dos idosos e da melhoria da sua qualidade de vida e de bem-estar.

Os objetivos foram formulados com base na análise da literatura teórica acerca do tema em estudo e do conhecimento de proximidade da investigadora com o contexto de pesquisa. Sendo assim, definimos como objetivos específicos desta investigação: 1) analisar quais os serviços prestados no Serviço de Apoio Domiciliário; 2) Analisar as perceções dos familiares e das cuidadoras acerca dos serviços; 3) Averiguar a satisfação dos utentes relativamente aos serviços prestados; 4) Perceber se os serviços prestados contribuem para o aumento da qualidade de vida dos idosos; 5) Perceber o contributo do Serviço de Apoio Domiciliário para o aumento da qualidade de vida dos idosos;

2.1.3. Procedimentos Metodológicos

2.1.3.1. Tipo de metodologia

A metodologia, segundo Pardal e Correia (1995; cit in Sousa, 2016) consiste num conjunto de operações situadas a diferentes níveis, as quais têm em vista atingir determinados objetivos. Os autores acrescentam ainda, que esta corresponde ao corpo orientador da pergunta que tem como objetivo obter respostas ao problema em estudo, esboçando o caminho a seguir, detetando dificuldades e por último, auxiliando nas decisões.

No presente estudo, embora se trate de um estudo essencialmente qualitativo, são considerados dados quantitativos no que se refere à caracterização da população que constitui a amostra da pesquisa. A combinação de dados quantitativos e qualitativos permite superar os obstáculos de ambas, com o objetivo de complementar os dados obtidos, de forma a compreender melhor o contexto em estudo. Tendo em conta os requisitos da investigação e uma análise mais vasta do contexto investigado, mostra-se adequada ao estudo da complexidade dos fenómenos da sociedade. Os dados provenientes da abordagem utilizada possibilitam a complementaridade de informações.

O tipo de pesquisa que se utilizou foi de natureza exploratória, suportada em pesquisa bibliográfica, entrevistas a uma amostra de utentes que usufruem do serviço de apoio domiciliário, uma entrevista semiestruturada realizada à técnica responsável pelo mesmo, entrevistas aos familiares dos utentes e às ajudantes familiares.

Para uma breve reflexão sobre a metodologia utilizada, torna-se importante começar por esclarecer o significado de investigação qualitativa e quantitativa. Segundo Bogdan & Biklen, (1994): “Utilizamos a expressão investigação qualitativa como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis sendo, também, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural”.

A metodologia qualitativa procura explicar determinadas perceções, comportamentos e propósitos associados aos envolvidos na investigação. No que se refere à metodologia empregue nesta abordagem, assenta na tipologia indutiva, isto é, analisam-se as perceções dos participantes do estudo, de modo a compreender a problemática em estudo num contexto específico. A investigação qualitativa “tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias ao fenómeno estudado” (Coutinho, 2013, p. 28). Esta abordagem implica uma proximidade entre o responsável pela pesquisa e o contexto em análise, ou seja, a componente teórica emerge de forma sistemática e indutiva, através dos dados obtidos da parte empírica da pesquisa.

Para Almeida & Freire (2000) um estudo de natureza qualitativo “procura analisar os fenómenos a partir da perspectiva do outro ou respeitando os seus marcos de referência e o interesse em conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que também acabam por construir interactivamente”

O método qualitativo visa uma compreensão absoluta e abrangente do fenómeno em pesquisa “...observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-los”. Este método permite descrever ou interpretar, mas não avaliar. Permite a produção de dados “nas próprias palavras das pessoas, faladas ou escritas, e na conduta observada” (Fortin, 1999, p. 22). A descrição segundo Carmo e Ferreira (1998; cit in Rosa, 2012) “deve ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos que incluem transcrições de entrevistas, registos de observações, documentos escritos (pessoais e oficiais), fotografias”.

Bogdan e Biklen (1994; citados por Tuckman, 2005) apresentam cinco principais características da investigação qualitativa:

- “a situação natural constitui a fonte dos dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados; a sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisa os dados; a questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final; os dados são analisados intuitivamente, como se se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle; diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao porquê” e ao “o quê”.

Ainda que permita a compreensão de realidades complexas e subjetivas, recolhendo dados ricos e descritivos, com pouca redução na fase de recolha de dados, as metodologias qualitativas sofrem também algumas limitações. Por exemplo, impossibilita a generalização dos resultados, pois não é possível transpor diretamente os dados de uma realidade para outra.

De facto na investigação qualitativa “ a preocupação central não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (Bogdan & Biklen, 1994)

O método quantitativo caracteriza-se por ser “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) O investigador adota um processo uma série de etapas indo da definição do problema à obtenção de resultados. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (Fortin, 1999, p. 22).

O método de investigação quantitativa visa o desenvolvimento e a validação dos conhecimentos, faculta a possibilidade de generalizar os resultados e de controlar os acontecimentos.

As características fundamentais dos métodos quantitativos são: a orientação para a quantificação e a causa dos fenómenos, a ausência de preocupação com a subjetividade, a utilização de métodos controlados, a objetividade procurada através de um distanciamento em relação aos dados, a orientação para a verificação, a natureza hipotético-dedutiva, a orientação para os resultados, a replicabilidade e possibilidade de generalização, e a assunção da realidade como estática (Serapioni, 2000).

Por estes processos, procura gerar um conhecimento generalizável, ou seja, apresenta uma forte validade externa (Serapioni, 2000). A possibilidade de generalização, ainda que leve

a um afastamento da singularidade, permite que o conhecimento seja útil e valioso numa maior variedade de situações (Moreira, 2006; cit in Rosa, 2012).

2.1.3.2. Participantes do estudo

Uma população é um grupo de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. (Fortin, 1999)

A população - alvo do Serviço de Apoio Domiciliário, é constituída por pessoas de ambos os sexos, em situação de dependência, por motivos de doença, deficiência ou outros impedimentos, que necessitam de ajuda para satisfazer as suas atividades diárias.

Para este estudo, foi definida uma amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, inscritos na instituição.

Segundo Fortin (1999), a amostra “é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo. No entanto, deve ser representativa da população referida, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada”.

2.1.4. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

No estudo foram usados vários métodos de recolha de dados, de forma a garantir as diferentes perceções sobre a temática em estudo.

No momento de definir quais as técnicas de recolha de dados que se adequam à presente investigação, Marconi & Lakatos (2003) relembram que a seleção do instrumental metodológico está relacionada com o problema a ser estudado, pois essa escolha depende de vários fatores como: “a natureza dos fenómenos, o objeto da pesquisa, os recursos financeiros, a equipa que compõe a investigação, entre outros elementos que possam surgir”.

Os mesmos autores reforçam esta ideia dizendo que “tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser estudado, às hipóteses levantadas e que se queira

confinar, ao tipo de informantes com que se vai entrar em contato.” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 163)

Estes autores acrescentam ainda que, geralmente, nunca se utiliza apenas um método ou uma técnica, sendo que se devem usar todos aqueles que forem necessários ou apropriados para a investigação. Assim, na maioria das vezes, há uma combinação de vários métodos e técnicas que são usados concomitantemente.

As técnicas de recolha de dados selecionadas para a concretização da presente investigação foram as entrevistas semiestruturadas à diretora técnica, aos idosos da resposta SAD, aos familiares e às ajudantes familiares.

2.1.4.1. Entrevistas semiestruturadas

Tendo em conta a amostra e os objetivos deste estudo, aplicou-se a técnica da entrevista semiestruturada, uma vez que se revelou a mais adequada ao contexto e à abordagem utilizada.

Hanguette (1987; citado por Sousa, 2016) referencia que a entrevista consiste em “um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações, (...) do entrevistado”. A utilização da entrevista permite que o investigador se reajuste, sempre que necessário, às características da população entrevistada, redirecionada às questões, de modo a clarificar a informação. Ao efetuar este ajuste nas questões, o investigador adota uma postura flexível, permitindo ao entrevistado explicitar a sua visão acerca de determinado aspeto.

Neste sentido, as entrevistas facilitam a “compreensão das perspetivas destes sobre as suas vidas, experiências ou situações expressas com as suas próprias palavras” (Coutinho, 2013; citado por Sousa, 2016)

Segundo Bogdan & Biklen (1994; citado por Rosa, 2012) a entrevista é um diálogo que se estabelece de forma intencional, sendo “utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

Bell (1993; cit in Rosa, 2012) adverte que, quando se pretende obter uma informação específica, convém, estabelecer uma estrutura pois, caso contrário, acabará por ficar com uma quantidade imensa de informação, que pode não corresponder àquela de que se necessita.

Neste sentido, realizou-se uma entrevista semiestruturada. De acordo com esta orientação para a aplicação da entrevista semiestruturada foi elaborado um guião de entrevista onde se teve o cuidado de construir “um guião com as grandes linhas dos temas a explorar” onde as questões abertas deixam liberdade ao entrevistado para responder como entender, criando as suas respostas e exprimindo-as pelas suas próprias palavras (Fortin, 1999, p. 277).

Procurou-se criar um ambiente de confiança proporcionando à entrevistada a liberdade para expor as suas ideias e sentimentos sobre o assunto pois, tal como afirma Bell (1993), é importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é da importância central para ele.

As respostas da entrevista à diretora técnica do SAD foram recolhidas em áudio e depois transcritas integralmente, respeitando o modo de expressão das entrevistadas.

A gravação da entrevista em áudio, teve como objetivo facilitar a obtenção de pormenores e a interpretação dos dados obtidos, pois, segundo Ghiglione e Matalon (1992, p.104), “o tema pode igualmente ser escrito ou gravado, porque procuramos que não haja qualquer enviesamento induzido pelo entrevistador.”

Por seu turno, numa entrevista não estruturada o entrevistado contenta-se em colocar o tema da entrevista para introduzir a conversa. (Ghiglione & Matalon, 1992) É uma entrevista livre e que não especifica nem as questões nem as respostas requeridas. A entrevista não estruturada é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistador. (Fortin, 1996). Esta entrevista é utilizada principalmente nos estudos exploratórios, quando o entrevistador quer compreender o significado dado a um acontecimento ou a um fenómeno na perspetiva dos participantes.

Neste tipo de entrevista apresentam-se questões ou temas amplos, ou seja, pretende-se incentivar o participante a desenvolver a sua ideia sobre o tema proposto e a prosseguir com a conversa. Contudo, o entrevistador deve manifestar o seu interesse e estar atento.

2.1.5. Análise dos dados - Análise de Conteúdo

Em todas as investigações, a etapa que procede à recolha de dados é inevitavelmente a análise dos mesmos que pode ser feita através da técnica que o investigador considera mais apropriada de acordo com a sua investigação.

No presente estudo, a análise dos dados foi desenvolvida através da análise de conteúdo com base nos objetivos definidos anteriormente e na operacionalização dos conceitos.

Atualmente, a análise de conteúdo é a técnica mais comum na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Segundo Morais (1999, pp. 7-32), trata-se de um método de análise textual que se utiliza em questões abertas de questionários e (sempre) no caso de entrevistas. Utiliza-se na análise de dados qualitativos, na investigação histórica, em estudos bibliométricos ou outros em que os dados tomam a forma de texto escrito.

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação que pretende descrever as situações narradas e interpretar o sentido do que foi dito através de categorias e subcategorias (Guerra, 2006)

De acordo com Raigada (2002; cit in Reis, 2017), pode chamar-se análise de conteúdo ao “conjunto de procedimentos interpretativos de produtos comunicativos (mensagens, textos ou discursos) provenientes de processos originais de comunicação anteriormente relatados e que, com base em técnicas de medição, às vezes quantitativa (estatísticas com base na contagem de unidades), às vezes qualitativas (com base na combinação de categorias lógicas) têm como objetivo desenvolver e processar dados relevantes sobre as condições em que esses textos foram produzidos, ou em condições que podem ocorrer para aplicação subsequente.”

Coutinho (2013) define esta técnica de análise de dados como um método de interpretação de dados, recolhidos em formato escrito ou através de discurso oral. Por sua vez, Bardin (2002) refere-se a esta metodologia como uma combinação de técnicas com o propósito de analisar e interpretar “comunicações”, norteadas pelo rigor requerido. Para se restringir a diversidade do objeto da investigação, realiza-se duas partes: primeiramente a análise de conteúdo recolhido e, em segundo lugar, o tratamento desses mesmos dados. Para Coutinho (2013), a análise de conteúdo baseia-se numa interpretação metódica, que possibilita a enumeração dos dados reiterados, com vista a que se efetue uma confrontação dos resultados com suporte em estudos anteriores e na literatura teórica, resultando na atribuição de significado aos resultados.

Krippendorff (1980; cit in Simões, 2019) salienta que se caracteriza como um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens. Sendo que estas mensagens podem ser abordadas de diferentes formas e sob inúmeros ângulos. Pode haver variações na unidade de análise e pode haver variações na forma de tratar essas unidades. Alguns podem fazer a

contagem de palavras ou expressões, outros podem fazer análise da estrutura lógica de expressões e elocuições e outros podem ainda fazer análises temáticas.

Estas análises são executadas após a transcrição das entrevistas que originam o corpus da pesquisa e ajudam a organizar os dados. (Reis B. , 2017)

Segundo Lüdke & André (1986; cit in Simões, 2019) a construção de categorias culmina depois do investigador organizar os dados e proceder a inúmeras leituras e releituras de forma a examinar tudo diversas vezes para tentar detetar mais temas e temáticas.

Guba e Lincoln (1981; cit in Lüdke & André, 1986, p. 43) sugerem que as categorias devem refletir os propósitos da pesquisa e devem possuir “homogeneidade interna, heterogeneidade externa, inclusividade, coerência e plausibilidade”. Ou seja, “(...) se uma categoria abrange um único conceito, todos os itens incluídos nessa categoria devem ser homogêneos”. Além disso, “as categorias devem ser mutuamente exclusivas, de modo que as diferenças entre elas fiquem bem claras. É desejável também, de acordo com estes autores, que grande parte dos dados seja incluída em uma ou outra das categorias”.

Após a primeira categorização, o investigador deve voltar a examinar as entrevistas para aumentar o seu conhecimento, descobrir novos ângulos e aprofundar a sua visão. (Lüdke & André, 1986)

O propósito final é explorar as ligações entre os vários itens, a fim de estabelecer relações e associações de forma a combinar, separar ou reorganizar os dados tendo também por base a fundamentação teórica pré-elaborada. (Ludke & André, 1986)

Segundo Vala (1990, p. 114; cit in Simões, 2019) “uma análise de conteúdo pressupõe a definição de 3 tipos de unidades: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração”: a) a unidade de registo é “o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise e coloca-se numa dada categoria” (Vala, 1990, p. 114); b) a unidade de contexto é “o segmento mais largo de conteúdo que o investigador examina quando caracteriza uma unidade de registo” (Vala, 1990, p. 114); e c) a unidade de enumeração é “a unidade em função da qual se procede à quantificação” (Vala, 1990, p. 115).

Neste tipo de técnica, é fundamental analisar o conteúdo na sua totalidade, porém, após produzida a análise é indispensável a desfragmentação dos dados em categorias de forma a facilitar a sua interpretação. Para assegurar os critérios, como precisão e objetividade, efetuou-se a transcrição das entrevistas previamente gravadas em registo áudio.

Depois desta fase de transcrição, a investigadora codificou os dados obtidos com recurso à categorização, evidenciando-se de forma esquemática as linhas de pensamento divergentes e semelhantes de cada inquirido. Guerra (2006:80) designa uma categoria por “uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso”.

Neste estudo, optou-se por personalizar toda a recolha de dados e, para tal, a investigadora deslocou-se ao domicílio, no caso dos idosos, de forma a evitar constrangimentos no estudo. Relativamente às ajudantes familiares, a responsável da investigação em consonância com a disponibilidade das mesmas, realizou as entrevistas através da via online e à Diretora Técnica de forma presencial, agendada previamente.

2.2. Procedimentos de colheita de dados

A recolha teve início em meados de junho de 2021, terminando em meados de julho de 2021. Aos idosos de Serviço de Apoio Domiciliário realizaram-se as visitas ao seu domicílio tanto no período da manhã como no período da tarde, tendo sido realizado contacto telefónico prévio com os familiares de modo a agendar a entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora do trabalho, de forma a facilitar a compreensão e preenchimento dos dados. Desta forma, a investigadora leu as perguntas e assinalou as respostas obtidas pelo entrevistado. Tendo em conta que alguns idosos não sabiam ler e outros apresentavam alguns défices a nível visual e motor, esta pareceu ser a opção mais viável para o sucesso da recolha de dados. Por esta razão, o instrumento aplicado para recolha das variáveis independentes foi realizado em formato de formulário, para que a investigadora pudesse auxiliar o inquirido sempre que necessário.

Por outro lado, uma vez que a investigadora realizou um estágio nesta instituição e já conhecia os idosos e os seus domicílios, as visitas foram facilitadas no sentido em que não foi necessária uma apresentação prévia da investigadora nem o acompanhamento de um técnico ou funcionário durante a aplicação dos questionários.

3. Apresentação e discussão dos dados

3.1. Perceções de idosos, familiares e profissionais sobre o contributo do SAD para a melhoria da qualidade de vida

3.1.1. Caracterização Sociodemográfica do Concelho de Matosinhos

O estudo empírico foi realizado numa instituição situada no concelho de Matosinhos, sendo, desta forma, importante realizar um enquadramento demográfico do concelho.

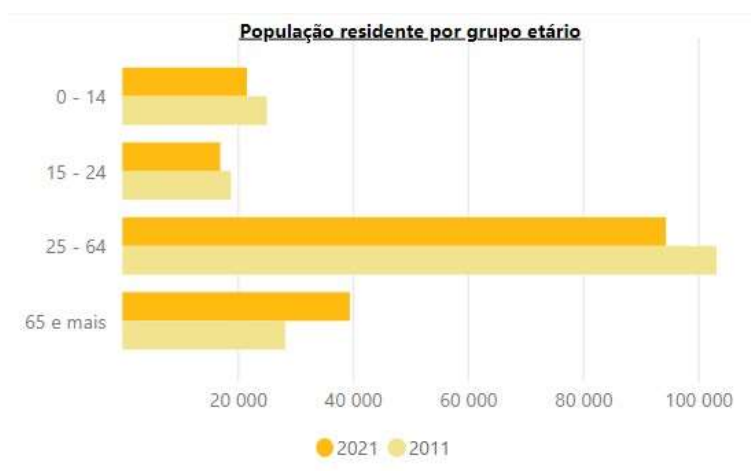


Matosinhos é um município e cidade em Portugal com 62,42 km² de área e 172 586 habitantes, de acordo com os dados estatísticos de 2021. É limitado a norte pelo município de Vila do Conde, a nordeste pelo concelho da Maia, a sul pelo Porto e a oeste pelo Oceano Atlântico. No litoral da cidade situa-se o porto de Leixões, o segundo maior porto artificial de Portugal e segundo porto marítimo da Área Metropolitana do Porto. Matosinhos, juntamente com Porto e Vila Nova de Gaia, forma a Frente Atlântica do Porto, que constitui o núcleo populacional mais urbanizado da Área Metropolitana do Porto.

Com a união de freguesias, em 2013, o concelho de Matosinhos subdivide-se em quatro uniões de freguesias: Custóias, Leça do Balio e Guifões; Matosinhos e Leça da Palmeira; Perafita, Lavra e Santa Cruz do Bispo; São Mamede de Infesta e Senhora da Hora.

3.1.2. Evolução da população residente

Gráfico 6 - População residente por grupos etários no concelho de Matosinhos (INE, 2021).



A população em Matosinhos diminuiu cerca de 1,6% no espaço de dez anos, o que representa uma perda de 2.809 habitantes, sendo que atualmente residem no concelho 172.669 pessoas, segundo os resultados dos Censos de 2021.

As freguesias de Perafita, Lavra e Santa Cruz do Bispo são as freguesias onde a população aumentou, de 29.407 para 29.678, uma variação positiva de 0,9%.

A união de freguesias de Senhora da Hora e S. Mamede de Infesta continua a ser a que tem mais residentes, 49.879, sendo que em 2011, haviam 50.869; Matosinhos e Leça da Palmeira são a segunda com uma população de 49.088, em 2011, 49.486.

Custóias, Leça do Balio e Guifões com 44.024 residentes (em 2011, 45.716), é aquela que teve a variação negativa mais forte, com menos 3,7% de população em relação a 2011.

Residem 81.230 homens e 91.439 mulheres, a maioria em São Mamede de Infesta e na Senhora da Hora. Matosinhos é o nono concelho em Portugal com mais habitantes. Considerando a evolução demográfica e a capacidade de respostas existentes no concelho, é necessário investir em respostas como as de SAD que permitam aos idosos envelhecer no próprio lugar, contrariando a sua entrada precoce em estruturas residenciais. Pelos dados apresentados no quadro, as instituições existentes têm capacidade para integrar mais idosos, sendo necessário haver um ajustamento das respostas aos interesses e expectativas das pessoas mais velhas e das suas famílias e também ao seu nível de rendimentos.

3.1.3. Equipamentos sociais de Serviço de Apoio Domiciliário em Matosinhos por União de Freguesias

Tabela 2 - Equipamentos sociais de Serviço de Apoio Domiciliário em Matosinhos por União de Freguesias (Carta Social).

União de Freguesias	Instituições	Natureza Jurídica		Capacidade	Nº utentes
		IPSS	Entidade Lucrativa		
Custóias, Leça do Balio e Guifões	5	4	1	244	134
Matosinhos e Leça da Palmeira	9	6	3	398	237
Perafita, Lavra e Santa Cruz do Bispo	2	2	0	130	118
São Mamede Infesta e Senhora da Hora	7	3	4	305	148
TOTAL	23	15	8	1077	637

3.2. Caracterização da Amostra

3.2.1. Perfil dos Utentes de SAD considerados no estudo

O SAD considerado no estudo têm dois grupos de utentes: os independentes e os dependentes, não dispondo de nenhum grupo intermédio. No geral, a Diretora Técnica indica que os utentes de SAD apresentam idades avançadas, são utentes que na sua maioria estão totalmente dependentes, acamados, não falam, já não têm forma de se exprimir. E depois existem os utentes que a nível físico são completamente independentes, com força, mas que a nível cognitivo apresentam alguma patologia, nomeadamente demências e défices cognitivos.

Os independentes geralmente usufruem essencialmente do serviço de higiene, enquanto os dependentes acumulam serviços, como o serviço de alimentação e o serviço de higiene pessoal. Esporadicamente tanto num grupo como noutro, existem utentes que solicitam o

serviço de tratamento de roupa e higiene habitacional (síntese da entrevista realizada à Diretora Técnica do SAD, 2021). As entrevistas efetuadas aos idosos abrangidos por SAD permitem-nos identificar, com maior rigor, as características da amostra considerada no estudo.

A caracterização dos utentes foi elaborada reunindo informação plurifacetada de natureza sociodemográfica focalizando indicadores relativos a: idade, sexo, naturalidade, residência, estado civil, grau de escolaridade, principal atividade profissional desempenhada na vida ativa, rendimentos, agregado familiar, rede social e de suporte, contexto habitacional e serviços solicitados para apoio.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos por faixa etária

Faixa etária	Nº
60-64 anos	0
65-69 anos	0
70-74 anos	1
75-79 anos	0
80-84 anos	3
85 ou mais	2
TOTAL	6

Da totalidade dos utentes, constatou-se que a maioria se encontra na faixa etária dos 80-84 anos, e dois apresentam idade superior a 85 anos. Pode-se constatar, igualmente, que o utente mais novo que usufrui do Serviço de Apoio Domiciliário se encontra na faixa etária dos 70-74 anos.

Analisando as faixas etárias menores, consegue-se verificar facilmente que não há utentes novos. A inexistência de utentes nas duas faixas etárias mais baixas demonstra e comprova o envelhecimento da população que recorre ao SAD.

Resgatando a definição de SAD apresentada pela Carta Social, pode-se concluir que, de facto, são os indivíduos mais idosos que mais recorrem a este serviço devido à sua vulnerabilidade e fragilidade.

Da totalidade de utentes do SAD entrevistaram-se 6 utentes, na qual 4 era do sexo feminino e 2 do sexo masculino (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos por género

Género	Nº
Feminino	4
Masculino	2
TOTAL	6

Quanto à residência, a tabela 5 mostra que a maioria dos utentes residem no concelho de Matosinhos, mais concretamente nas freguesias da Senhora da Hora, São Mamede Infesta e Custóias, com a exceção de 1, que refere que residem fora do concelho de Matosinhos.

Tabela 5- Distribuição dos idosos por residência

Residência atual	Nº
São Mamede Infesta	1
Senhora da Hora	3
Matosinhos	0
Custóias	1
Outra	1
TOTAL	6

Relativamente ao estado civil, verifica-se que predomina no estudo o estado casado, seguido pelo estado solteiro e viúvo, existindo também o estado civil de divorciado e unido de facto.

Tabela 6- Distribuição dos idosos por estado civil

Estado Civil	Nº
Solteiro/a	1
Casado/a	4
Viúvo/a	1
Divorciado/a	0
TOTAL	6

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a tabela 7 mostra que a maioria dos idosos apenas concluiu o ensino primário, no entanto há 2 utentes que possuem um curso superior.

Concluindo-se a partir destes dados que os utentes do SAD participantes no estudo não possuem um elevado nível de escolaridade, realidade esta que pode associar-se ao facto de que antigamente a escola não era uma prioridade para muitas famílias.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos por escolaridade

Escolaridade	Nº
Não sabe ler nem escrever	0
Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal)	0
Ensino Primário	4
Ensino Secundário	0
Curso Superior	2
TOTAL	6

Como se pode verificar na tabela 8, podemos constatar que a maioria dos utentes entrevistados vive acompanhado, sendo que 2 residem com o marido ou esposa e 1 com os filhos. Apenas 1 idoso refere que reside com o cônjuge e filhos em simultâneo. Os outros dois idosos afirmam residirem sozinhos.

Tabela 8- Distribuição dos idosos por agregado familiar

Com quem vive	Nº
Sozinho	2
Com os filhos	1
Com o cônjuge	2
Com o cônjuge e filhos	1
Outros parentes	0
TOTAL	6

No que diz respeito ao contexto habitacional, a tabela 9 informa que a totalidade dos utentes habita em casa própria.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos por tipo de habitação

Tipo de habitação	Nº
--------------------------	-----------

Própria	6
Arrendada	0
Cedida	0
Partilhada	0
TOTAL	6

No que diz respeito aos rendimentos dos utentes, podemos constatar que os mesmos, na sua maioria, provêm das suas reformas, com exceção de 1 idoso que indicou outra fonte de rendimento.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos por fonte de rendimento

Rendimento	Nº
Reforma	5
Pensão de sobrevivência	0
Complemento por dependência	0
Sem fonte de rendimento	0
Outra fonte de rendimento	1
TOTAL	6

3.2.2. Serviços de que usufrui no Serviço de Apoio Domiciliário

Com esta questão pretendemos averiguar quais os serviços que o idoso usufrui no Serviço de Apoio Domiciliário. No formulário sociodemográfico e contextual agrupou-se as respostas da seguinte forma:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Higiene habitacional;
- Fornecimento e apoio nas refeições;
- Tratamento de roupa.

Escolhemos agrupar desta forma uma vez que são todos os serviços que a instituição oferece. No entanto, e uma vez que existiram várias respostas por pessoa, para efeitos de análise de dados decidimos posteriormente dividir da seguinte forma:

- Higiene e conforto pessoal;
- Higiene (higiene pessoal e habitacional);
- Fornecimento e apoio nas refeições;
- Tratamento de roupa;
- Todos os serviços.

Como podemos verificar na tabela 11, dos 6 utentes entrevistados, 3 beneficiam de higiene e conforto pessoal, 2 usufruem de dois serviços em simultâneo (higiene pessoal e habitacional) e apenas 1 idoso contratualizou todos os serviços, ou seja, higiene pessoal, higiene habitacional, fornecimento e apoio nas refeições e tratamento da roupa.

De salientar que os utentes que usufruem dos serviços, podem beneficiar dos mesmos todos os dias ou apenas em dias úteis. É ainda importante referir que cada utente beneficia de mais do que um serviço em simultâneo.

Da análise da tabela abaixo, é fácil de perceber que a maioria solicita cuidados de higiene pessoal, seguindo-se a higiene habitacional, o apoio na refeição e o tratamento de roupa.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos por serviços que usufruem no Serviço de Apoio Domiciliário

Serviços	Nº
Higiene e conforto pessoal	3
Higiene (Pessoal e Habitacional)	2
Fornecimento e apoio nas refeições	0
Tratamento de roupa	0
Todos os serviços	1
TOTAL	6

No que concerne ao tempo de benefício do SAD, constata-se através da tabela 11 que a maioria dos utentes beneficia de SAD há mais de 2 anos, à exceção de um utente que beneficia deste serviço apenas há alguns meses.

Tabela 12 - Distribuição dos idosos pelo tempo que beneficiam do SAD

Tempo	Nº
Menos de ½ ano	1
½ ano a 2 anos	0
2 a 4 anos	4
4 a 6 anos	1
TOTAL	6

3.3. Perceções dos idosos relativos a aspetos da sua Qualidade de Vida e na sua relação com o SAD

A análise que se segue versa sobre os resultados obtidos em cada categoria do instrumento EasyCare utilizado para avaliar a qualidade de vida.

Trata-se de uma escala que pretende caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 ou mais anos. Tal como refere Sousa et al., (2003), trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, cujo objetivo é avaliar as necessidades dos idosos ao nível social e de saúde; avalia também a percepção dos idosos em relação às suas capacidades. Tal como é referido pelas autoras, a inovação deste instrumento de avaliação reside no facto de acumular, numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso.

As áreas/questões contempladas pelo EasyCare são as seguintes:

- **Incapacidade Física (questões 1 a 4)** – nestas questões aborda-se a acuidade visual, a acuidade auditiva, a mastigação e o discurso; referem-se essencialmente à recolha de informação sobre eventuais dificuldades que possam decorrer do uso de determinados “aparelhos” (óculos, “aparelho” auditivo, prótese dentária). A cotação é idêntica para os quatro parâmetros considerados, podendo assumir os seguintes valores: 0, 1 e 3, sendo o valor máximo desta variável igual a 12 (resultando da soma dos valores obtidos nos 4 parâmetros considerados), e os valores mais elevados indicam maior incapacidade.

- **Qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões de 5 a 7)** – referem-se à qualidade de vida tal como é percebida pelo sujeito, considerando a saúde, a solidão e a habitação. Qualquer item é cotado de 1 a 5, sendo que os valores mais elevados indicam menor

qualidade de vida. Assim, a pontuação global da qualidade de vida pode atingir um valor máximo de 15 (resultante da soma dos 3 itens anteriores).

- **Área instrumental/funcional (questões 8 a 13)** – Nestas questões deve-se ter em conta a possibilidade da pessoa idosa não realizar habitualmente uma determinada tarefa ou atividade. Como tal, deve-se averiguar se a pessoa se sente capaz de a realizar, caso venha a ser necessário (por exemplo, um homem que nunca tenha cozinhado deve-se-lhe perguntar se, havendo necessidade, o conseguiria fazer). As questões referem-se às capacidades para: fazer o trabalho doméstico, preparar as próprias refeições, ir às compras, administrar o seu próprio dinheiro, usar o telefone e tomar os medicamentos; nestas questões, bem como nas questões que se seguem (até à 24), perante a dificuldade ou mesmo incapacidade do idoso em desempenhar uma determinada tarefa, é dada ao avaliador a possibilidade de registar informação relativa à pessoa ou entidade que, eventualmente, lhe presta apoio no cumprimento dessa tarefa (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo ou vizinho, ajuda privada, ajuda pública, outra, ajuda não disponível).

- **Mobilidade (questões 14 a 19)** – estas questões remetem para a capacidade de: sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, utilizar a sanita (ou cadeira sanitária), usar a banheira ou o chuveiro. Tal como nas questões anteriores, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar uma atividade, o técnico deverá assinalar o quadro relativo à eventual entidade que lhe presta apoio.

- **Atividades de cuidados pessoais (questões 20 a 22)** – aqui, é considerada a capacidade do idoso para cuidar da sua aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se. Tal como para as questões anteriormente referidas, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar as atividades de cuidados pessoais aqui abordadas, deve-se proceder ao registo das entidades que lhe prestam ajuda.

- **Controlo esfíncteriano (questões 23 e 24)** – estas questões referem-se à incontinência urinária e fecal. Podem surgir situações em que a pessoa idosa não compreende muito bem o que se pretende avaliar com as questões ou se sinta embaraçada pela natureza das mesmas.

- **Escala Geriátrica de Depressão (questões 25 a 28)** – trata-se de um procedimento mínimo importante que poderá, eventualmente, detetar sintomas de depressão e indicar a necessidade de uma avaliação adicional mais detalhada. A depressão é um problema de saúde mental comum às pessoas idosas. Muitas vezes, encara-se a depressão como uma consequência

natural de uma idade avançada não sendo, por isso, diagnosticada. Consequentemente, esta ausência de diagnóstico pode impedir o acesso da pessoa a um tratamento que poderá melhorar a sua qualidade de vida.

3.3.1. Domínios

3.3.1.1. Incapacidade Física

Neste domínio foi possível constatar-se que os idosos não revelam grandes limitações ao nível da visão, fala e mastigação. Contudo 4 dos idosos revelou ter dificuldades na audição. Ao nível da fala, a totalidade da amostra revela não ter dificuldades em se fazer entender.

Tabela 13 - Incapacidade física

	Sem dificuldade	Com dificuldade	Incapaz/Problema frequente	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº
Visão	4	2	0	6
Audição	2	4	0	6
Fala	6	0	0	6
Mastigação	5	1	0	6

3.3.1.2. Qualidade percebida pelo sujeito

No que diz respeito à saúde, como podemos observar na tabela nº 8, a maioria dos idosos classifica-a como razoável, e apenas 1 a classificou como boa.

No que concerne à habitação, é o indicador mais positivo deste grupo, na medida em que 4 idosos a classificaram como boa, 1 vê-a como muito boa e apenas 1 a classificou como razoável.

Já no que diz respeito à solidão, quando questionados se se sentia sozinhos, 2 idosos afirmaram nunca se sentirem sozinhos, 2 afirmaram que raramente se sentem sozinhos, mas 1 idoso afirmou que se sente sozinho algumas vezes e outro que frequentemente se sente sozinho, o que indica que o fenómeno da solidão, é um fenómeno que também afeta a população idosa.

Tabela 14 - Qualidade de vida percebida pelo sujeito

	Excelente Nunca	Muito Boa Raramente	Boa Algumas vezes	Razoável Frequentemente	Fraca Sempre	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Saúde			1	5	0	6
Habitação		1	4	1	0	6
Sente-se sozinho?	2	2	1	1	0	6

Relativamente à área funcional, à exceção do uso do telefone, onde 5 idosos não necessitam de ajuda e da administração da medicação, onde 4 idosos, de igual forma, não necessitam de ajuda, a maioria dos idosos necessita de ajuda na realização da maior parte das atividades da vida diária.

Como podemos verificar na tabela nº 15, na realização do trabalho doméstico, onde a totalidade da amostra afirma se sentir completamente incapaz; na preparação das refeições, onde apenas 1 idoso afirma não necessitar de ajuda; e na realização das compras, apenas 2 idosos afirmam necessitar de alguma ajuda.

Tabela 15 - Área Funcional

	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Completamente Incapaz	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº
Trabalho doméstico (8)			6	6

Preparação das refeições (9)	1		5	6
Compras (10)		2	4	6
Administração do dinheiro (11)	1	1	4	6
Uso do telefone (12)	5		1	6
Administração da medicação (13)	4		2	6

No que concerne à mobilidade, em todas as atividades, a maioria dos idosos afirma apenas necessitar de alguma ajuda. A maior dificuldade verifica-se no uso da banheira/polivan, onde 5 idosos afirmam necessitar de alguma ajuda, seguindo-se o movimentar-se dentro de casa, em que apenas 2 idosos afirmam não necessitar de ajuda e os restantes revelam necessitar de alguma ajuda.

Quanto a sair de casa, apenas 1 idoso revelou sentir-se incapaz e 2 afirmam fazê-lo sem ajuda. No que diz respeito a subir e descer escadas e utilização da sanita, 2 idosos realizam estas atividades sem qualquer ajuda.

Na deslocação da cama para a cadeira, a maioria dos idosos necessita de ajuda para a realização desta atividade.

Tabela 16 - Mobilidade

	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Completamente Incapaz	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº
Sair de casa (14)	2	3	1	6

Movimentar-se dentro de casa (15)	2	4		6
Subir e descer escadas (16)	2	2	2	6
Deslocar-se da cama para a cadeira (17)	2	3	1	6
Utilizar a sanita (18)	2	2	2	6
Usar a banheira/polibã (19)	1	5		6

Nas atividades de cuidados pessoais, como se pode observar na tabela nº 14, a maioria dos idosos realiza-as de forma autônoma, 5 idosos conseguem alimentar-se sem ajuda, 3 conseguem vestir-se sozinhos e 3 cuidam da sua aparência sem ajuda. Apenas 2 idosos afirmam que se sentem incapazes de se vestirem sozinhos, necessitando, desta forma, de ajuda.

Tabela 17 - Cuidados Pessoais

	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Completamente Incapaz	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº
Cuidar da aparência (20)	3	3		6
Conseguir vestir-se (21)	3	1	2	6
Conseguir alimentar-se (22)	5	1		6

Na área do controlo esfinteriano, podemos observar que 3 idosos não têm problemas de incontinência urinária, e apenas 1 revela ter problemas frequentes. Relativamente à incontinência fecal, podemos observar os mesmos resultados, 3 idosos revelam não ter problemas de incontinência fecal, 2 afirmam ter problemas ocasionais e apenas 1 idoso revela ter problemas frequentes

Tabela 18 - Controlo Esfinteriano

	Sem problemas	Problemas ocasionais	Problemas frequentes	Total
	Nº	Nº	Nº	Nº
Incontinência urinária (23)	3	2	1	6
Incontinência fecal (24)	3	2	1	6

Tabela 19 - Distribuição dos idosos relativamente à Escala Geriátrica de Depressão

	Nº
Depressivo	2
Não Depressivo	4

A escala geriátrica de depressão aplicada é constituído por 4 itens, com uma pontuação máxima de 4 valores. Desta forma considerou-se até 2 valores o resultado seria não depressivo e com 3 ou mais valores de pontuação seria considerado depressivo.

Após análise dos resultados verificou-se que 4 idosos não se encontravam depressivos e 2 encontravam-se num estado depressivo.

3.4. Perceção dos utentes acerca dos serviços prestados pelo SAD e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos

3.4.1. Descrição do serviço de apoio domiciliário da instituição

Dos 6 utentes entrevistados, a maioria descreve este serviço de forma positiva, no entanto 1 descreve-o como “*normal*” e “*sem grande dificuldade*”. É de salientar, de igual forma, que 3 dos entrevistados referem que o SAD é completo e “*responde às necessidades*”.

3.4.2. Satisfação com os cuidados de que usufruem

Relativamente a esta questão, podemos constatar que a totalidade dos utentes se encontra satisfeito com os serviços de que usufruem, sendo resposta às necessidades e satisfação pessoal as principais razões apontadas para a satisfação com os cuidados usufruídos.

Esta resposta às necessidades não se prende apenas com cuidados de higiene e de alimentação, mas também a nível emocional, mencionando que se sentem ouvidas e acompanhadas.

Trigueiros e Mondragón (2002; cit in Osório & Pinto, 2007) fazem uma avaliação das funcionalidades do apoio domiciliário:

“As funções assistenciais cobrem a assistência às pessoas, famílias ou coletivos que necessitam do apoio domiciliário para poder subsistir, e ou ajuda par superar um momento de crise ou conflito. Cobre a necessidade de limpeza, preparação de alimentos e cuidados pessoais e do domicílio, melhorando a qualidade de vida, (...) o apoio domiciliário é de facto um dos pilares no apoio do idoso (...)”.

3.4.3. Ação das ajudantes familiares

Todos os entrevistados referem que o trabalho desenvolvido pelas ajudantes familiares, nomeadamente a prestação dos cuidados é dotada de grande profissionalismo, considerando que estas detêm competência para o exercício da profissão.

De uma forma geral, é perceptível que os utentes se mostram satisfeitos com o trabalho desempenhado pelas ajudantes familiares.

Saldanha et al (2004, p. 37-40; cit in Garcia, 2009) refere que: “O cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro que envolve também o autocuidado, a autoestima, a auto valorização e a cidadania do que cuida. (...) E é o cuidado que faz surgir um ser humano complexo, sensível, solidário, cordial e conectado com tudo e com todos no universo. E é aí que se pode resgatar o ser idoso como valor para a sociedade.”

3.4.4. Contribuição do Serviço de Apoio Domiciliário contribui para a melhoria da qualidade de vida

Todos os idosos afirmaram que o Serviço de Apoio Domiciliário contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, apontando a possibilidade de promover a sua autonomia, permitindo um envelhecimento ativo em sua casa, apoio nas tarefas domiciliárias e satisfação das suas necessidades físicas e emocionais, como as principais razões.

Fonseca (2018) afirma que, envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida e onde estão as principais referências dessa vida (relacionais e materiais) constitui uma vantagem em termos de manutenção de um sentido para a vida e de preservação de sentimentos de segurança e familiaridade. Isto é alcançado tanto pela manutenção da independência e autonomia, como pelo desempenho de papéis nos locais onde se vive.

3.4.5. Sugestões/recomendações a fazer sobre o modo de funcionamento ou do tipo de apoio que este serviço presta

Uma vez que todos os utentes referiram que estavam satisfeitos com os serviços prestados e de que estes contribuíam para a melhoria da sua qualidade vida, nenhum apresentou nenhuma sugestão/recomendação acerca do modo de funcionamento ou do tipo de apoio que o SAD presta.

3.5. Perceção dos familiares acerca dos serviços prestados pelo SAD e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos

Tabela 20 - Dados sociodemográficos dos familiares

Familiares	Idade	Sexo	Estado Civil	Grau de Escolaridade
F1	62	Feminino	Casada	Ensino Secundário
F2	73	Masculino	Casado	Curso Superior
F3	59	Feminino	Casada	Curso Superior
F4	77	Feminino	Casada	4º ano
F5	71	Feminino	Casada	4º ano
F6	56	Feminino	Solteira	4º ano
F7	61	Feminino	Viúva	9º ano
F8	38	Masculino	Casado	Ensino Secundário

Quanto ao perfil dos familiares entrevistados, podemos constatar, através da tabela 20, que são na maioria do género feminino, sendo apenas 2 do género masculino, com idades compreendidas entre os 38 e os 77 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos familiares são casados, apenas 1 é solteiro e 1 viúvo. Quanto ao grau de escolaridade, apenas dois detêm um curso superior, dois terminaram o ensino secundário, um possui o 9º ano de escolaridade os restantes apenas concluíram o 4º ano de escolaridade.

3.5.1. O SAD como um serviço que responde às necessidades dos utentes

Todos os familiares entrevistados afirmaram que o Serviço de Apoio Domiciliário responde a todas as necessidades dos utentes que usufruem do serviço.

Conforme foi referido no enquadramento teórico, de acordo com os estudos de Correia, Pereira & Correia, 2016), as diferentes necessidades do indivíduo variam ao longo do processo de envelhecimento.

A investigação de Pereira (2010b) realça que “a pobreza pode ser identificada com uma situação em que não são satisfeitas determinadas necessidades, ou em que não é realizado um nível de vida mínimo aceitável, por carência de recursos económicos” (Pereira, 2010b, p. 17; cit in Correia, Pereira & Correia, 2016)

A identificação das necessidades e das formas de satisfação das mesmas, fundamental para o estudo da pobreza, reveste-se, assim, de grande importância para o estudo da problemática do envelhecimento, numa perspetiva pouco aprofundada em Portugal.

As necessidades dos idosos têm especificidades próprias, resultado do próprio processo de envelhecimento humano Valente Rosa (2003), tendo que se considerar o envelhecimento biológico, que diz respeito aos constrangimentos inerentes à condição física da pessoa, o envelhecimento psicológico, que se relaciona com a maior ou menor resiliência individual e o envelhecimento social, que se refere à discriminação em razão da idade, que podem obstar a uma plena participação social do idoso.

Witkin & Altschuld (1995) definem necessidade como a discrepância ou falha entre o estado presente, e o que deveria ser, ou o que era desejável. Já Branch et al. (2005) definem necessidade como o resultado da avaliação de um profissional que conclui que um determinado serviço ou tratamento é necessário para a melhorar o estado de um indivíduo. Independentemente da idade, composição genética ou nível socioeconómico, o ser humano necessita de ver satisfeitas as diversas necessidades, designadas de básicas, como sejam a água e a alimentação, a proteção, a atividade, o sono e o descanso, a segurança, o conforto e o alívio da dor (Leahy et al., 1999).

Além das necessidades básicas, existem autores que defendem a existência de necessidades de ordem superior (sociabilidade, emocionais ...) que são tão importantes como as necessidades relativas às atividades básicas de vida diária.

Quando se pensa em projetar ambientes para idosos, o planeamento do ambiente em função das necessidades dos idosos apresenta-se particularmente pertinente, tendo em vista que o processo de envelhecimento modifica profundamente as relações do indivíduo com o seu ambiente. Estas novas relações implicam necessidades que dificilmente são contempladas pelos

ambientes construídos das cidades, os quais são quase sempre projetados tendo-se em vista a população jovem.

Para Lehr (1999, p. 24; cit in Tomasini, 2005) com a diminuição da preparação física, o meio ambiente passa a determinar o comportamento dos indivíduos. O ambiente físico pode contribuir tanto para a dependência e a restrição do espaço de vida como pode ser favorável e adaptável, estimulando atividades e aumentando as competências existentes, assim como os recursos pessoais.

Desta forma, a compreensão das novas relações que os indivíduos passam a desenvolver com os seus ambientes à medida que envelhecem é, portanto, fundamental para facilitar a identificação das necessidades dos idosos em relação ao ambiente construído.

É sabido que o processo de envelhecimento é um fenómeno de grande complexidade e que ocorre de forma multidimensional, pelo que toda a intervenção que vise aumentar a qualidade de vida dos idosos deve ter em conta essa complexidade, o que exige uma visão interdisciplinar.

De acordo com o modelo de Carp e Carp (1984; cit in Tomasini, 2005), preocupações com o carácter dos ambientes são importantes no sentido de produzir ambientes que complementem as necessidades da maioria dos idosos e, desta forma, quanto mais suporte esse ambiente oferecer, mais inclusivo ele será. Por outro lado, segundo os autores, deve-se estar atento à multidimensionalidade do processo de envelhecimento e, consequentemente, à diversidade da velhice, o que implica necessidades mais subjetivas (*higher order needs*) e muito variáveis de indivíduo para indivíduo. A compreensão dessas necessidades deve guiar na conceção de ambientes personalizados.

Conforme se pode observar na matriz das necessidades desenvolvida por Maslow, o autor agrupa as necessidades do indivíduo em três tipos, nomeadamente físicas, psicológicas e sociais, considerando que as mesmas estão sujeitas a hierarquia, ocupando lugar principal as necessidades físicas, seguida das psicológicas e, por último, as sociais (Leahy et al., 1999). Esta hierarquização feita por Maslow é atualmente muito questionada – tem de se considerar que para a pessoa idosa as necessidades de sociabilidade são tão importantes como as necessidades fisiológicas. Como já referimos atrás, partimos do entendimento que os idosos têm além das necessidades de subsistência e de segurança, necessidades de afeição, compreensão, participação, lazer, criação e transcendência, identidade e liberdade (Pereira et al, 2013)

Na atuação diária do serviço de apoio domiciliário, o objetivo central é contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e da sua família, promovendo a autonomia e apoiando nas atividades de vida diária e na satisfação das necessidades básicas e instrumentais.

De forma a efetivar os objetivos a que se propõe, o SAD disponibiliza um conjunto diversificado de serviços, que pretendem ir ao encontro das necessidades das pessoas, nomeadamente cuidados de higiene e conforto pessoal, limpeza e arrumação da habitação, tratamento de roupas, confeção e entrega no domicílio das refeições, disponibilização de informação que possibilita o acesso a serviços da comunidade que permitam a satisfação de necessidades mais específicas (Despacho Normativo nº 62/99)

Além dessas necessidades, que segundo Maslow abrangem as necessidades da subsistência e segurança, que como foi referido são as que o SAD e outras respostas sociais satisfazem pelos serviços que prestam, há todo um outro conjunto de necessidades que são precisas satisfazer porque são tão percecionadas como muito importantes pelos idosos e pelas famílias.

Na perspetiva de Gil (2009), e refletindo sobre o atual sistema de serviços de apoio domiciliário, em Portugal, associar a lógica social já implementada no SAD, à vertente de saúde e reabilitação, permitirá uma resposta mais eficaz à população alvo, nomeadamente aos idosos, que se apresentam com necessidades cada vez mais específicas. Assim pretende-se que as instituições apostem num “pacote de serviços” cada vez mais amplo que coloque à disposição serviços como “transporte, acompanhamento ao exterior, companhia, reparação de eletrodomésticos e habitacionais, cabeleireiro, atividades ocupacionais e serviços de âmbito mais especificado, como cuidados médicos, enfermagem e de reabilitação” (p.4), no sentido de melhorar a intervenção do SAD.

Face ao exposto, os familiares entrevistados consideram que o SAD satisfaz todo o tipo de necessidades que os utentes manifestam, desde as fisiológicas às afetivas.

3.5.2. Principal razão que o levou a solicitar este serviço

Tabela 21 - Razões para solicitar o SAD

Razões	Apoio			Evitar institucionalização
	Acompanhamento a consultas médicas	Falta de capacidade familiar	Aliviar tarefas	
Nº	1	4	2	1

Pelos dados da tabela, verifica-se que metade dos familiares entrevistados refere não reunir capacidades para prestar os cuidados necessários ao idoso, e por isso decidir recorrer ao Serviço de Apoio Domiciliário.

Pelo menos 1 familiar referiu que solicitou os serviços do SAD a fim de evitar a institucionalização, de forma a garantir que o idoso permaneça no seu domicílio e, desta forma, permitir que tenha um envelhecimento bem-sucedido.

Outras razões prendem-se com o acompanhamento ao médico, sendo que neste caso o familiar entrevistado relata especificidades e dificuldades relativas à doença de Alzheimer de que o utente padece, e de forma a aliviar o impacto que determinadas tarefas associadas com o cuidado ao idoso possam ter no bem-estar do familiar.

3.5.3. Melhorias na qualidade de vida dos utentes com o SAD

Todos os entrevistados consideram que a qualidade de vida dos utentes melhorou com o SAD, referindo melhorias a nível físico, mencionando que para além de perceberem que os utentes estão mais saudáveis, sentiram que os serviços de que usufruem contribuem para um atraso no processo de envelhecimento.

Para além da saúde física, foi referido uma melhoria a nível da saúde mental, nomeadamente uma alteração positiva nas atitudes dos utentes face ao envelhecimento, assim como prevalência de uma boa ligação afetiva com os outros

Tabela 22- Dificuldades sentidas na prestação dos cuidados

Dificuldades sentidas	Nenhuma	Formação técnica	Horário	Dependência do idoso
Nº	5	1	1	1

Da análise da tabela, pode-se afirmar que a maioria dos entrevistados não apresentou nenhuma dificuldade na prestação dos cuidados. Porém, as dificuldades sentidas por 3 dos familiares, prende-se com: a **formação técnica das ajudantes familiares**, realçando a importância da mesma para o exercício da profissão de modo a prestar os melhores cuidados possíveis; o **horário**, por considerarem existir tempo insuficiente para responderem a todas as necessidades da forma mais adequada; e a **dependência do idoso**, uma vez que o grau de mobilidade dificulta a realização de certas tarefas.

Relativamente à formação técnica das ajudantes familiares, Lenardt, Willing, Silva, Shimbo, Tallmann e Maruo (2006; cit in Sousa et al.; 2020) destacam a importância da formação dos cuidadores formais de idosos, referindo que, para além do afeto, é necessário perceber quem é a pessoa idosa, sem a infantilizar, atendendo a que estão numa faixa etária em que as suas necessidades são diferentes.

Segundo Davison et al. (2007; cit in Manuel, Gonçalves, Braz & Sousa, 2020), a participação dos cuidadores em formações aumenta as suas competências e o seu nível de eficácia a curto e longo prazo, melhorando a qualidade dos serviços prestados e a ter uma maior noção dos cuidados que o idoso precisa.

Desta forma, e sendo uma das principais dificuldades sentidas (por pelo menos 1 utente) é crucial apostar na formação técnica das ajudantes familiares, de modo a serem prestados serviços com maior qualidade.

Outro aspeto a ter em consideração diz respeito aos apoios financeiros concedidos às famílias. Este tipo de apoios, vão permitir que a família consiga ter um apoio mais presente e prolongado por parte das cuidadoras. É referido por um dos entrevistados a falta de condições financeiras para conseguir contratualizar mais horas de serviço, referindo que “o horário é muito curto” (F3).

No que diz respeito à dependência do idoso, um dos entrevistados referiu que o grau de dependência do idoso tem impacto na prestação dos cuidados. Pimentel (2013) defende que

lentamente os idosos assistem à diminuição das suas capacidades, obrigando à existência de cuidados cada vez mais exigentes e cada vez mais intensos, como acontece nos casos de perda de autonomia e de aumento da debilidade.

3.5.4. Tipos de apoios necessários

Como mencionado na resposta à pergunta anterior, dois dos familiares voltaram a realçar a importância da existência de um apoio a tempo inteiro, onde os horários sejam mais prolongados, para desta forma garantir um acompanhamento mais personalizado.

Outro aspeto sublinhado pelos familiares relaciona-se com a necessidade de maior apoio económico por parte do Estado, sendo que um dos entrevistados refere que “os serviços deviam ser gratuitos” (F3).

Os serviços prestados no domicílio sejam de tipo social ou de saúde, ou ambos, são mais eficazes do que os cuidados prestados no contexto institucional. Sendo um serviço que permite a redução da ocupação das camas hospitalares, torna-se, por isso, uma resposta mais benéfica em termos financeiros para o sistema de saúde e, em última análise, mais benéfica para a sociedade (Estes (2000; cit in Ferreira, 2014)

Além disso, é um serviço que permite manter os idosos em lugares que para eles são significativos, contribuindo para a manutenção das suas redes de relacionamento: família, amigos, vizinhos... (Ferreira, 2014).

Por fim, é referido a necessidade de mais acompanhamento a nível médico.

3.5.5. Alterações necessárias para melhorar a qualidade de vida dos utentes

Tabela 23 - Melhorias no SAD/Comunidade

Melhorias	Ao nível do SAD	Ao nível da comunidade
	➤ Cuidados de enfermagem/médicos ➤ Profissionalismo; ➤ Aposta no conhecimento técnico das ajudantes familiares; ➤ Apoio do Estado; ➤ Mais atenção às necessidades dos utentes;	➤ Mais respeito pelo idoso; ➤ Voluntariado por parte dos jovens; ➤ Mais apoio psicológico; ➤ Mais iniciativas de apoio; ➤ Maior intervenção no combate à solidão dos idosos; ➤ Mudança de mentalidade na forma de olhar para o idoso;

Em relação ao que os familiares consideram ser necessário fazer para melhorar, ainda mais, a qualidade de vida dos utentes, conforme podemos observar na tabela acima, são referidas melhorias quer a nível do serviço de apoio domiciliário, quer a nível da comunidade.

Ao nível do SAD, é reforçado, uma vez mais, a aposta no conhecimento técnico das ajudantes familiares, atendendo a que este irá permitir uma melhor qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, contribuir para um envelhecimento mais saudável.

Os apoios do Estado é outro dos aspetos mencionados com maior frequência, uma vez que consideram que os cuidados prestados por este serviço são mais eficazes quanto maior for o apoio financeiro. Neste sentido, é fundamental existir uma otimização e mobilização dos recursos financeiros existentes e mesmo procurar novas formas de investimento, a fim de promover mais apoios.

Ao nível da comunidade, os familiares realçam, a necessidade de uma maior intervenção no combate à solidão dos idosos. A solidão é um dos maiores flagelos da sociedade atual, afetando sobretudo os idosos, sendo considerada como uma das experiências mais penosas e problemáticas a que se torna urgente responder. Este sentimento não acontece só em casos de vivências isoladas, mas também no seio das próprias famílias e em instituições, onde há, frequentemente, falta de comunicação, participação social e afetiva. (Freitas, 2011).

Para além disso, referem, igualmente, a importância e a necessidade urgente de mudar mentalidades, sobretudo, no que diz respeito à forma de olhar para o idoso. A representação que a sociedade tem do idoso, como sendo uma pessoa doente e frágil, leva as pessoas a fazerem uma avaliação e intervenção numa perspetiva reducionista e não numa perspetiva biopsicossocial. Por isso é que se torna importante a mudança de mentalidades com o objetivo de permitir o reconhecimento deste grupo etário como heterogéneo, com necessidades individualizadas. (Neves, 2012)

3.5.6. Papel do idoso enquanto elemento da comunidade

Relativamente a esta questão, os entrevistados apresentam uma visão positiva do papel do idoso na sociedade. Consideram o idoso como um elemento fundamental na sociedade pelo seu dinamismo, competências, conhecimentos e experiências que tem para partilhar com as gerações mais jovens. Um dos familiares entrevistados recorre à expressão “*dicionário de conhecimento*”, para ilustrar a vasta experiência de vida e de sabedoria.

Para além de serem vistos como uma fonte de conhecimento, segundo os entrevistados, as pessoas idosas são igualmente percecionadas como pessoas ativas na sociedade, não indo de encontro à ideia generalizada de que estes assumem um papel passivo.

3.6. Perceções das ajudantes familiares sobre a prestação de serviços e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos

Considerou-se pertinente para alcançar os objetivos definidos nesta investigação, analisar o perfil das ajudantes familiares, perceber quais as reais tarefas que as ajudantes familiares desenvolvem na prestação dos serviços de apoio aos utentes, quais os contributos dessas tarefas para a qualidade de vida dos utentes, bem como quais as formas que consideram potenciar a qualidade de vida em cada um dos níveis.

3.6.1. Perfil das ajudantes familiares

Quanto ao perfil das ajudantes familiares entrevistadas, podemos constatar, através da tabela 27, que são todas do género feminino.

Há uma ajudante familiar com maior idade (64 anos) e uma mais nova (33 anos), sendo que as mais velhas são casadas e a mais nova é solteira. Apenas existe uma ajudante familiar que é divorciada.

A ajudante familiar mais velha possui o 9º ano de escolaridade e nenhuma formação específica. Duas ajudantes familiares possuem o ensino secundário completo e apenas uma possui um curso superior em Microbiologia.

Tabela 24- Perfil das ajudantes familiares

Familiars	Idade	Sexo	Estado Civil	Grau de Escolaridade	Formação específica
A.F. 1	64	Feminino	Casada	9º ano	-
A.F. 2	42	Feminino	Casada	Ensino Secundário	-
A.F. 3	38	Feminino	Solteira	9º ano	-
A.F. 4	48	Feminino	Divorciada	9º ano	-
A.F. 5	33	Feminino	Solteira	Ensino Secundário	-
A.F. 6	38	Feminino	Casada	Curso Superior	Microbiologia

Quando questionadas sobre se **consideram o SAD um serviço que preenche todas as necessidades dos utentes que usufruem deste serviço**, a maioria responde afirmativamente, sendo que apenas 1 ajudante familiar responde que não, considerando que o serviço não responde na totalidade às necessidades afetivas dos utentes.

Na hierarquia de necessidades, Maslow (1970), como já vimos atrás, propôs cinco níveis de necessidades: os dois primeiros níveis foram classificados como necessidades primárias, figurando na base as necessidades fisiológicas, seguindo-se as necessidades de segurança. Os

restantes três níveis foram identificados como necessidades secundárias, figurando num terceiro nível as necessidades de afeto e sentimento de pertença a grupos na sociedade.

Porém, esta lógica de hierarquização de necessidades proposta pelo autor tem sido sujeita a diversas críticas, uma vez que existem necessidades tão importantes como as necessidades fisiológicas.

Como foi referido anteriormente, o processo de envelhecimento caracteriza-se por um processo multidimensional com uma diversidade de necessidades cada vez mais subjetivas (higher order needs) e muito variáveis de indivíduo para indivíduo, para além das necessidades fisiológicas que Maslow (1970) definiu com necessidades primárias.

Além das necessidades que o SAD e outras respostas sociais satisfazem pelos serviços que prestam, há todo um outro conjunto de necessidades que são precisas satisfazer.

Neste sentido, torna-se premente que as instituições apostem em serviços cada vez mais diversificados, no sentido de melhorar a intervenção do SAD e responder a todo o conjunto de necessidades que a pessoa apresenta, como as necessidades de participação e lazer, permitindo-lhes participar na vida coletiva e experimentar vivências agradáveis de repouso e distração. Para a identificação das necessidades é necessário proceder a uma aprofundada e multidimensional avaliação diagnóstica das pessoas mais velhas.

3.6.2. Melhorias na qualidade de vida dos utentes com o SAD

Questionadas acerca se consideram que a qualidade de vida dos utentes melhorou com o SAD, todas as entrevistadas responderam afirmativamente, destacando melhorias a nível físico (através da realização de exercícios físicos) e cognitivo (através da realização de atividades de estimulação cognitiva). Referem, ainda, uma melhoria a nível emocional, uma vez que permanecem no “conforto do seu lar”, muitas vezes “com presença na vida familiar”.

Este apoio tem impacto na vida dos utentes, uma vez que, segundo as ajudantes familiares, os idosos sentem-se “mais animados” e “mais importantes”, o que contribui para o seu bem-estar.

3.6.3. Alterações necessárias para melhorar a qualidade de vida dos utentes

Tabela 25 - Melhorias no SAD/Comunidade

Melhorias	Ao nível do SAD	Ao nível da comunidade
	➤ Apoios do Estado às famílias; ➤ Mais condições e tempo para um acompanhamento personalizado aos utentes; ➤ Mais pessoas formadas e com competências na área;	➤ Campanhas de sensibilização para mudar mentalidades; ➤ Maior intervenção no combate à solidão dos idosos;

Tal como mencionado pelos familiares, as ajudantes familiares têm a mesma perceção no que diz respeito às melhorias necessárias para um bom desempenho do SAD e também o que a comunidade poderá fazer para contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

3.6.4. Papel do idoso enquanto elemento da comunidade

Neste ponto, pode-se constatar que as ajudantes familiares têm uma perceção idêntica à dos familiares entrevistados, mencionando, de igual forma, que os idosos desempenham um papel importante na sociedade, uma vez que são seres dotados de conhecimento e experiências de vida que podem partilhar com a população mais jovem.

Segundo Timbane & dos Santos Dorea (2021), é “preciso desmistificar o conceito erróneo de que idoso não serve para nada, e que só presta para dar trabalho, até porque eles carregam um baú de tesouros na cabeça, tem potencial” (...). “Os idosos poderiam ser convidados para fazer palestras em escolas com objetivo de mostrar como os adolescentes e jovens podem se comportar para serem homens e mulheres exemplares na sociedade. Não constitui verdade afirmar que os idosos não têm nada a oferecer para as novas gerações.

3.7. Perceções da Diretora Técnica sobre os contextos da prática profissional e o seu papel para a Qualidade de Vida da população inserida em SAD

3.7.1. Objetivos

Essencialmente os objetivos do SAD retirados da entrevista realizada à Diretora Técnica são os seguintes: **Tentar colmatar as necessidades dos utentes, em todas as suas vertentes, tanto na vertente física, a nível da saúde, como também a nível psicológico, a nível emocional, a nível familiar** (“Tentamos colmatar essas necessidades, tentamos ser um apoio.”); **Dar orientação às famílias e segurança e estabilidade aos utentes** (“Muitas das vezes as cuidadoras acabam por ser parte da família, porque realmente estão muito tempo com todos eles e é esse o nosso principal objetivo....é dar alguma orientação a estas famílias, dar segurança, e estabilidade aos utentes e dar também confiança de que há, sempre a possibilidade de um amanhã melhor, dar esperança e muita fé para que consiga ultrapassar todas as situações que estão a viver/vivenciar na sua vida”); **Permitir que a autonomia do utente se prolongue por mais tempo** (“Dar-lhes estratégias para aqueles que estão a perder as suas faculdades, tanto cognitivas, como físicas, dar-lhes estratégias para que a sua autonomia seja prorrogada um pouco no tempo....não haja ali uma quebra total, uma perda total de autonomia, porque isso constrange e também vai frustrar imenso o utente e parece que há uma perda de dignidade e eles sentem isso e nós temos esse cuidado, para que arranjemos estratégias no quotidiano, estratégias diárias, para conseguir facilitar a vida dos utentes e também dos seus familiares...”).

3.7.2. Processo de seleção das ajudantes familiares

No que respeita ao contributo dados pela Diretora Técnica em relação ao processo de seleção das ajudantes familiares, esta afirma que quando uma ajudante familiar é selecionada para realizar um serviço no domicílio no utente, existe sempre uma primeira apresentação da mesma à família e ao utente feita pela Diretora Técnica. “Quando alguém começa de novo, aquilo que nós fazemos sempre é a apresentação aos domicílios, aos utentes e aos familiares. Temos sempre uma apresentação pessoal, porque é importante dar essa importância e esse respeito.”

Outro ponto referido é a **formação das ajudantes familiares**. “(...) uma das coisas que nós fazemos também é dar essa formação, ou seja, o primeiro dia que a cuidadora vai, se for por exemplo um SAD que já esteja connosco, que teve de haver alteração de cuidadora, a cuidadora existente passa o trabalho para a nova cuidadora, ou seja, o primeiro dia está lá. Se for um trabalho/serviço novo, é a coordenadora que no 1º dia vai estar com a cuidadora e vai estar a orientar todo o serviço. Isto incute segurança e confiança nas cuidadoras.”

Como já foi referido, a formação dos cuidadores de idosos é importante para o desempenho das suas funções com qualidade. No entanto, a formação que estes cuidadores possuem é insuficiente para que consigam lidar com as necessidades dos idosos (Menne, Ejaz, Noelker, & Jones, 2007; cit in Manuel, Gonçalves, Braz & Sousa, 2020). Deveria existir um investimento nos recursos humanos, nomeadamente em formações que contribuíssem para o melhor relacionamento e compreensão entre cuidador e idoso (Almeida, 2008). É necessário formar os cuidadores para que desempenhem as suas funções com segurança, efetividade, eficiência e atenção centrada no idoso (Silva, Machado, Ferreira & Rodrigues, 2015; cit in Manuel, Gonçalves, Braz & Sousa, 2020).

Tabela 26 - Elementos para a formação no cuidado. Fonte: Tavares, J. P. (2019) CUIDAR DA PESSOA IDOSA: HABILIDADES FUNDAMENTAIS in Pinto, A. M. et al (2019) Manual do Cuidador

SER	SABER	FAZER
Atitudes	Conhecimento	Habilidades
Afetiva Expressiva Reflexão sobre atitudes, conhecimento sobre os afetos, que possibilita um melhor relacionamento com os outros. Formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro. A demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado, a qual envolve a demonstração de amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz.	Cognitiva Para saber e aprender lá que manter a mente aberta ao conhecimento. Implica a formação, planeamento e treino de técnicas.	Instrumental Técnica Permite passar do conhecimento do cuidado para a ação de cuidar, desenvolvendo “novas habilidades” necessárias a um cuidado de qualidade.

No cuidado à pessoa idosa são os três elementos devem ser considerados: o **SER** (atitudes), o **SABER** (conhecimento) e o **FAZER** (habilidades).

Conforme descrito na tabela acima, o **SER** reporta-se à competência afetiva-expressiva. Assenta nas características e nas capacidades pessoais para estabelecer e manter relações afetivas, permitindo ao cuidador relacionar-se bem consigo próprio, com o meio ambiente e com os outros. Expressa, ainda, autonomia, liberdade de escolha e independência, respeito e aceitação pelo valor das pessoas, responsabilidade, solidariedade e confidencialidade pelo outro (dimensão ético-moral).

O **SABER** reporta-se à competência cognitiva, englobando os modos de apropriação e integração dos saberes, no e pelo contexto de cuidar. Implica aprender “novas formas de fazer” com base no conhecimento mais atualizado e credível.

O **FAZER** reporta-se à competência instrumental/técnica do cuidar, engloba a execução de técnicas e habilidades. Exige, em alguns casos, formação específica e um conjunto de conhecimentos e técnicas adequadas que o cuidador precisa adquirir (por exemplo, alimentação por sonda nasogástrica). (Tavares, 2019)

Esta formação técnica das cuidadoras deverá, preferencialmente, consistir num modelo de cuidado centrado na pessoa e não na tarefa, adotando, desta forma uma metodologia de cuidados centrados na humanização.

Segundo Barbosa et al. (2021), a Atenção Centrada na Pessoa (ACP, também denominada como: Cuidados Centrados na Pessoa Idosa) é um paradigma de cuidados que conduz a atenção e práticas profissionais, baseada no respeito pelos direitos, requerendo que a pessoa idosa e os seus interesses sejam o centro do processo de cuidados. (Martínez, 2015; WHO, 2015).

Este paradigma reconhece o envelhecimento como um processo normativo e valioso do ciclo vital e que a pessoa é muito mais do que as suas condições e diagnósticos. Deste modo, para além dos aspetos biológicos/clínicos, considera também os fatores psicossociais e tem em consideração cada pessoa como um ser único permitindo-lhe desempenhar um papel ativo na sociedade, promovendo, desta forma, a sua autonomia e potencialidades (Martínez et al., 2019; WHO, 2015).

A ACP pretende colmatar as carências e impactos negativos do modelo convencional assistencial. A tabela abaixo sintetiza as principais diferenças entre estes modelos de cuidados.

Tabela 27 - Principais características do Modelo de Cuidados Assistencialistas e da Atenção Centrada na Pessoa.
Fonte: Fazio et al., 2018; Martínez, 2015; Martínez et al., 2019; WHO, 2015

	Cuidados tradicionais assistencialistas	Atenção Centrada na Pessoa
Foco	Procedimentos/tarefas, cronogramas e necessidades operacionais.	Pessoa, direitos, bem-estar e qualidade de vida.
Dinâmica organizacional	As PI adaptam-se às organizações, as práticas são padronizadas e despersonalizadas.	Adaptação das organizações às PI e promoção de cuidados individualizados com maximização da oportunidade de escolha (e.g., horários, refeições).
PI	PI como recetor passivo de cuidados. Os planos de cuidados são definidos pelos profissionais.	PI como referente e agente ativo envolvido nos cuidados. A PI e os seus significativos são envolvidos na planificação dos planos de cuidados.
Perspetiva/intervenção	Vinculação a aspetos biológicos, identificação de perfis homogéneos, de acordo com patologias e défices. Priorização da história clínica.	Abordagem holística, que considera a PI como um todo e que facilita apoios necessários para promover autonomia, potencialidades e continuidade do plano de desenvolvimento pessoal.
Decisões	Decisões centralizadas e institucionais considerando critérios profissionais.	A PI é empoderada e agente decisor da sua vida. Decisões partilhadas entre PI, significativos e implicados nos cuidados.
Autonomia	Ênfase na segurança e paternalismo.	Controlo do quotidiano por parte da PI incluindo decisões que implicam riscos.
Rede de suporte social	Informa-se a família/significativos.	Envolve-se a família/significativos (e.g., planificação de cuidados) promovendo vínculos.
Avaliação da qualidade	Critérios objetivos e taxas de produção.	Integração de índices de bem-estar, qualidade-de-vida, satisfação e respeito dos direitos.

Pela análise da tabela, pode-se constatar que a Atenção Centrada na Pessoa Idosa é uma abordagem promotora dos direitos das pessoas independentemente da sua idade e do seu nível de funcionalidade física e cognitiva (Martínez, 2015; Yevchak et al., 2019), ao contrário do modelo de cuidados tradicionais e assistencialistas que não envolvem a pessoa idosa nem a família no processo de cuidados. As decisões são única e exclusivamente tomadas pelos profissionais baseadas em critérios e institucionais. Por sua vez, o modelo de cuidados centrado na pessoa idosa foca os seus cuidados na pessoa, envolvendo-a a si e à sua família ao longo de todo o processo de planificação de cuidados, promovendo a sua autonomia e potencialidades.

Este foco tem demonstrado inúmeros impactos positivos nomeadamente no bem-estar, qualidade-de-vida, autoestima e participação das pessoas idosas, assim como na melhoria das condições de trabalho para os profissionais (Li & Porock, 2014; Sköldunger, Sandman, & Backman, 2020). Atualmente este modelo é reconhecido como o padrão mais alto de qualidade em termos de cuidados gerontológicos (Sköldunger et al., 2020; Yevchak et al., 2019). No entanto, a adoção do modelo ACP tem sido lenta e desafiante pois exige transformações socioeconómicas, de sistemas de práticas e de culturas organizacionais pelo que os cuidados

convencionais assistencialistas são ainda constantes. (Carvalho, 2019; Cornelison, Hermer, Syme, & Doll, 2019; Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018) cit in (Pinto, 2020)

Por sua vez, Yves Gineste e Rosette Marescotti desenvolveram uma metodologia para os cuidados a pessoas com dependência que designaram de Metodologia Gineste & Marescotti (MGM) ou Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH). O desenvolvimento desta metodologia, teve por base investigação através de observação participada das práticas cuidativas, à luz de conhecimentos da gerontologia, neurociências, psicomotricidade humana e princípios humanistas com a integração do conceito filosófico e antropológico Humanitude (Salgueiro, 2014). A literatura disponível sobre o tema dá conta dos benefícios da MCH, quer ao nível da saúde e bem-estar das pessoas cuidadas, quer dos cuidadores. (Figueiredo, Melo, & Ribeiro, 2018)

Orientada pelos princípios humanistas da filosofia Humanitude, a MCH concretiza-se em pilares relacionais (olhar, palavra e toque) e identitário (verticalidade) e técnicas de manutenção relacional, através da Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH). Vários autores defendem que a SEPCH tem evidenciado particular efetividade principalmente associada a cuidados a pessoas dependentes e/ou atingidas de demência, auxiliando os cuidadores a prevenirem os SCPD (Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência), a acamação e outras complicações (Araújo, Oliveira, Alves, 2012; Araújo, Melo & Alves, 2014; Phaneuf, 2010; cit in Pinto, 2020).

A Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos Humanitude (SEPCH) da MCH permite a criação de uma relação positiva entre a pessoa cuidada e o cuidador, possibilitando, desta forma, que o momento se transforme numa experiência de bem-estar para ambos (Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). Desenvolve-se em cinco etapas dinâmicas e sucessivas: pré-preliminares e preliminares que correspondem à preparação do cuidado e à abordagem inicial; rebouclage sensorial ou realização do cuidado em que se deve manter sempre coerência na utilização dos pilares relacionais; e a consolidação emocional que corresponde ao término do cuidado e a marcação de um novo encontro para evitar sentimentos de abandono e desprezo preparando o reencontro (Salgueiro, 2014; Simões, Salgueiro & Rodrigues, 2012; Melo, et al., 2017; cit in Pinto, 2020)

3.7.3. Características dos utentes que usufruem do SAD

No que diz respeito às características dos utentes que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário, é referido pela Diretora Técnica que na sua maioria tratam-se de utentes totalmente dependentes e acamados, *“que não falam, que já não têm forma de se exprimir”*, mas também de utentes que *“estão a nível físico completamente independentes, com força, mas que a nível cognitivo precisam de todo o apoio.”*

Tratando-se maioritariamente de um serviço que presta cuidados a idosos com patologias associadas, nomeadamente do foro cognitivo e a idosos totalmente dependentes, reforça, mais uma vez, a necessidade de uma formação cada vez mais específica que permita conhecer melhor essas patologias, por exemplo, a demência e o Alzheimer, assim como adquirir novas competências e estratégias de intervenção mais eficazes para a prestação de cuidados de qualidade a idosos acamados. *“A formação dos cuidadores relativamente aos aspetos da demência em Portugal é insuficiente.”* (Infante, 2017)

Segundo Kuske e colegas (2009), em Portugal, como em outros Países Europeus, os cuidados aos idosos com demência são prestados, por pessoas com baixa escolaridade e pouca formação específica (Kuske et al., 2007, p. 120). Torna-se, desta forma, necessário formar os cuidadores formais com capacidades que lhes possibilitem adequar os cuidados que prestam às necessidades dos idosos e, juntamente, diminuir a sobrecarga que o ato de cuidar já implica.

É, igualmente, importante a componente educativa, uma vez que permite aos cuidadores formais ter mais informação sobre a doença, ou como reduzir o stress, e como ajudar os profissionais a gerir as suas emoções e a implementar estratégias na resolução dos problemas (Sousa, Mendes & Relvas, 2007; cit in Infante, 2017).

3.7.4. Obstáculos e dificuldades que o SAD apresenta

Relativamente a esta questão, a Diretora Técnica enumera algumas dificuldades que o Serviço Domiciliário apresenta, nomeadamente:

- **Défice de audição dos utentes** *“(…) com a idade, começam a ouvir muito mal e então há más interpretações e há quezílias quando, por questões que por vezes não existem, por coisas que as cuidadoras não disseram e simplesmente o utente como não quer*

admitir que não ouviu direito, cria ali uma questão para que depois temos que resolver e depois temos essa outra situação que é....eles não ouvem bem, não admitem e portanto mesmo que não percebam não vão questionar novamente (...);

- **A nível financeiro** “(...) como há uma degeneração maior das suas faculdades, tanto mentais como físicas, vão necessitando de cada vez mais apoio e muitas das vezes as famílias deparam-se com dificuldades financeiras para conseguir manter esse apoio e nós infelizmente....o SAD privado depara-se com isso, porque o tipo de acompanhamento que nós fazemos, que é um acompanhamento diário, de várias horas, não é feito por SAD de IPSS....os SAD de IPSS fazem apenas 4 serviços (higiene, tratamento de roupa, entrega de refeições e manutenção habitacional) e isso é sempre a correr.....não há um serviço personalizado, não há um serviço em que realmente tenham o cuidado como o nosso....e depois também é complicado porque o SAD privado não tem a comparticipação da Segurança Social, as famílias podem solicitar o complemento por dependência que é um valor muitas vezes baixo para aquilo que necessitam (...);
- **Manutenção da mesma ajudante familiar** – “Outra das coisas que nós também observamos.....um dos obstáculos, uma das grandes dificuldades é mantermos sempre a mesma cuidadora ou a mesma equipa de cuidadoras, mas muitas das vezes, isso não se consegue e então agora com a pandemia é muito complicado quando alguma tem de estar em isolamento profilático, porque uma família testou positivo ou quando estão até de baixa, porque estão infetadas e isso também é um pouco complicado....conseguir dar estabilidade às famílias...”.

De forma a melhor perceber e identificar as necessidades/dificuldades dos idosos torna-se necessária a realização de uma avaliação diagnóstica multidimensional da pessoa idosa. A realização desta avaliação multidimensional tem sido debatida e defendida por especialistas, cujas características individuais e particularidades biopsicossociais são fundamentais para um correto diagnóstico, permitindo, deste modo, definir um plano de intervenção junto do utente, seja de reabilitação, prevenção ou educação (Rubenstein & Rubenstein, 1991; Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Botelho, 2005; Veríssimo, 2006; Elsayy & Higgins, 2011; Tanja, et al. 2015; cit in Siquenique, 2016).

Segundo os autores, a avaliação baseada no modelo biopsicossocial traz benefícios na intervenção geriátrica em diversas especialidades, estando já definidos os principais domínios que deverão ser considerados e dos quais se podem retirar informações relevantes para o conhecimento completo do idoso, estabelecendo e coordenando planos de intervenção que respondam às suas necessidades, problemas e incapacidades (Epstein, et all. 1990; Tanja, et all. 2015).

A avaliação multidimensional do idoso é um processo de averiguação de estados e de adequação das respostas reais às necessidades do idoso. Segundo Veríssimo (2006; cit in Siquenique, 2016) os objetivos desta avaliação enquadram-se no aumento da precisão do diagnóstico; na diminuição do risco iatrogénico e na adequação do prognóstico, assim como, a facilitação das condutas preventivas; orientação dos tipos de intervenção; seleção das medidas assistenciais e, por último, a melhoria da qualidade de vida.

Além desta avaliação diagnóstica multidimensional, fundamental para adequar as respostas às necessidades dos idosos, torna-se, igualmente, crucial a relação de cuidado entre profissional e idoso/familiar.

Atendendo ao facto de ser no contexto familiar que se realiza o cuidado à pessoa idosa, a família é considerada como um grupo primário básico, sendo, desta forma, a principal fonte de apoio para o cuidador. (Melo et al., 2014),

Assim, é essencial que haja um bom relacionamento, responsabilidade, organização, assistência ao cuidador, apoio social, evitando o seu isolamento social aquando da transição de papéis.

O envelhecimento tanto da pessoa idosa como do cuidador informal leva a que a família tenha de passar por um processo de reorganização, uma vez que todo este processo de envelhecimento envolve mudanças na rotina e dinâmica familiar. Não só existem mudanças nos espaços físicos da casa como também a nível emocional, tendo em conta as necessidades e as dificuldades que enfrentam com a prestação de cuidados (Carvalho, Castro, & Ardore, 2015; cit in Santos, 2020).

Nos dias de hoje, os familiares sentem que não têm capacidades, nem competências técnicas e recursos necessários para cuidar, por isso procuram soluções. Por se sentirem incapacitados e com receio de lidar com a dor e com o sofrimento recorrem às instituições de saúde e de apoio social.

Contudo, apesar dos familiares das pessoas idosas dependentes acreditarem que existe um melhor acompanhamento e maior qualidade de cuidado nas instituições do que em casa (Pimentel, 2013), o que se pode constatar é que muitas famílias ainda preferem manter a pessoa dependente junto delas. (Santos, 2020)

Da mesma forma é crucial, para uma melhor intervenção e adequação das respostas aos idosos, o envolvimento do cuidado informal na prestação dos cuidados do SAD.

Este envolvimento permite assumir o cuidador informal como parceiro de cuidados devendo permitir-lhe o acesso à informação, à participação no planeamento de cuidados e ao desenvolvimento das competências necessárias aos cuidados que presta, sendo que se trata, muitas vezes, do principal cuidador dos idosos.

Também segundo as narrativas analisadas por Araújo (2009; cit in Santos, 2020), “no contexto domiciliário, os cuidadores informais experienciam aspetos positivos tais como a relação de proximidade entre a família e o idoso dependente, a companhia, a gratidão e o crescimento pessoal.”

A pessoa idosa, também revela aspetos positivos pelo facto de ser cuidada no seu seio familiar tais como o bem-estar habitacional, o apoio ao idoso dependente nas atividades de vida diária, e a companhia. Constata-se, desta forma, um benefício resultante da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa idosa dependente, mas também do cuidador informal. (Santos, 2020)

Segundo Leuschner (2015; cit in Santos, 2020), relativamente ao papel dos cuidadores formais ou informais a nível da saúde e social, estes promovem o bem-estar e a satisfação da vida em comunidade, minimizam as perdas da independência e de autonomia na última etapa da vida, ou seja, têm o papel de facilitar a participação do idoso na vida ativa da comunidade.

3.7.5. Perceção acerca do contributo do SAD para a melhoria da qualidade de vida dos utentes

No que concerne à forma como o Serviço de Apoio Domiciliário contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes, a Diretora Técnica responde que este serviço oferece os mecanismos e ferramentas para que os utentes permaneçam nos seus domicílios que, por ser algo que cada vez mais eles solicitam, contribui significativamente para a sua qualidade de vida.

“nós conseguimos melhorar a qualidade de vida dos utentes porque conseguimos lhes dar uma segurança para se manterem nos seus domicílios, nas suas residências, conseguimos ajudá-los com determinados exercícios, com determinadas técnicas, com determinadas estruturas, a manterem-se com autonomia já existente (...)”.

Segundo Rosa (2012), o serviço de apoio domiciliário constitui-se como uma modalidade de intervenção mais próxima e mais flexível relativamente ao idoso e suas necessidades. Contudo, a manutenção no domicílio só será bem-sucedida se existir uma correta planificação dos cuidados por profissionais. A manutenção do idoso na rede social permite a preservação dos laços afetivos e vai ao encontro às aspirações da generalidade das pessoas idosas e respetivas famílias.

O domicílio de acordo com Garrote (2005): “é um local estratégico para prevenção, para prestar cuidados de saúde e intervenções de apoio social a idosos, no entanto, antes de mais, é o seu lar e o ambiente onde, apesar das dificuldades, se sentem bem, com mais autonomia e segurança, pela identificação e recordação dos momentos que constituem pequenas e grandes coisas das suas vidas. O domicílio será ainda, o palco privilegiado para implementar estratégias de coordenação e de integração”.

Neste sentido, o domicílio pode ser considerado como um fator de desenvolvimento humano dos idosos ao lhes permitir a continuidade da interação com as pessoas que lhes são próximas.

Tendo por base um estudo de Oliveira (2007), os utentes beneficiários do SAD mostram-se, na sua grande maioria, bastante satisfeitos com o serviço que lhes é prestado, identificando esta resposta como uma mais-valia na melhoria da sua qualidade de vida.

Cramer (1994; cit in Ribeiro, 2007), define qualidade de vida como “um estado de bem-estar mental, físico e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade”.

Os estudos realizados nesta área mostram, com certeza, de que o serviço de apoio domiciliário, por permitir que os idosos permaneçam nas suas casas, contribui para o bem-estar físico e mental destes, aumentando a sua qualidade de vida. Nas palavras de Wiles et al., “Para as pessoas idosas, o envelhecimento no seu contexto é visto como uma vantagem em termos de sentimentos de apego ou conexão, e de segurança e familiaridade em relação à casa e comunidade. Está relacionado com o sentimento de identidade, tanto pela independência quanto

pela autonomia e através de relações de cuidados e papéis que representam nos lugares onde as pessoas vivem” (Wiles et al., 2012).

É ainda referido as **melhorias significativas a nível da saúde**, em que, apesar dos utentes não admitirem as suas limitações, tanto as ajudantes familiares como a Diretora Técnica conseguem perceber e comunicar, conseguindo transmitir à família ou ao médico a situação em causa. *“(...) vamo-nos apercebendo disso e vamos falando casualmente e muitas das vezes conseguimos transmitir essa mensagem à família ou ao médico, de forma a tentar descobrir a origem de determinado problema, portanto isso é uma das situações que vai melhorar a qualidade de vida deles (...)”*

O trabalho em rede com as instituições de saúde, torna-se, desta forma, fundamental para uma melhor prestação dos cuidados à pessoa idosa. Conforme mencionado, os idosos manifestam cada vez mais a vontade de envelhecer nas suas casas, e, desta forma, é necessário reunir as condições necessárias para permitir que tal possa acontecer, nomeadamente, ao nível dos cuidados de saúde. Deste modo, o setor da Saúde é um setor com maior responsabilidade em garantir condições que permitam aos idosos envelhecerem nos seus domicílios, tal como desejam.

Torna-se, assim, uma das suas principais funções, fornecer cuidados de saúde centrados no doente, adequados e de qualidade, no seu domicílio, prestados tanto por cuidadores formais, como informais, com o uso da tecnologia apropriada, dentro de um continuum equilibrado e acessível de cuidados (Tarricone & Tsourus, 2008; cit in Lopes, 2021).

Os cuidados de saúde prestados no domicílio destinam-se às pessoas que envelhecem e, em função disso, vão perdendo alguma funcionalidade; às que, em algum momento do ciclo de vida, têm doenças crónicas que requerem uma gestão complexa, e também às que recuperam de uma doença aguda ou de uma cirurgia, ou estão de algum modo incapacitadas. Podem incluir uma gama diversificada de respostas que podem ir desde o apoio na gestão das doenças crónicas à reabilitação (quer para recuperar funções quer para retardar a sua perda), passando pelos cuidados inerentes à gestão de uma doença aguda, cuidados paliativos, entre outros. (Lopes, 2021)

Segundo o autor, os cuidados domiciliários deslocalizam os cuidados das instituições para a casa das pessoas, obrigando, desta forma, a redefinir o processo de cuidados e introduzindo no mesmo um equilíbrio diferente, razões pelas quais se torna imperioso repensar o modelo de cuidados. De acordo com Lopes (2021), este modelo deve assumir a casa das

peçoas como o local privilegiado de prestação de cuidados, facto que provoca alterações significativas a diversos níveis. “A casa das peçoas, sendo o seu reduto peçoal e privado, reconfigura a relação entre os profissionais de saúde e a peço, introduz nesta relação a figura do cuidador informal e da família, e obriga a repensar os critérios de segurança e qualidade, entre outros” (Lopes M. J., 2021, p. 36)

De igual forma, deve assumir a peço dependente e o seu cuidador como o foco dos cuidados, isto é, impor que a maioria dos cuidados sejam assumidos pelo cuidador informal e/ou pela família, pelo que a centralidade dos cuidados nestes atores é uma necessidade que se impõe para a efetividade dos cuidados; deve assumir, também, o cuidador informal também como parceiro de cuidados, permitindo-lhe o acesso à informação, à participação no planeamento de cuidados e ao desenvolvimento das competências necessárias para a prestação dos cuidados.

Por último, deve assumir o Plano Individual de Cuidados (PIC) como o instrumento privilegiado e expressão da centralidade dos cuidados, do envolvimento do doente e família e da comunicação entre todos os cuidadores (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020; cit in Lopes, 2021). O PIC deve ser um instrumento centrado na peço, constituindo um espaço de diálogo entre todos os cuidadores e que facilita a gestão dos percursos e a integração de cuidados. Isto significa que o mesmo não será o plano de qualquer profissão ou setor, mas antes o plano daquela peço, a qual é a primeira responsável pelo seu percurso de vida e de saúde, com capacidade de autocuidado e autónoma relativamente ao processo de cuidados. Estes podem ser delegados noutros cuidadores quando a peço assim o entender ou quando a exigência de os cuidados excederem as suas capacidades.

Em função desta centralidade na peço, o PIC será sempre um espaço de diálogo entre cuidadores com o único objetivo de construírem um instrumento de intervenção personalizado. Este diálogo terá de ser um exercício permanente para ser congruente com a natureza evolutiva do processo de saúde-doença e do processo inerente de cuidados. Enquanto instrumento de planeamento de cuidados, é útil quer se equacione cuidados à peço doente (com ou sem dependência), quer à peço saudável, numa perspetiva de promoção ou prevenção (Lopes M. J., 2021).

- **Melhorias a nível afetivo e emocional;** “nós sabemos que a nível afetivo e emocional, se a peço está cada vez mais estável, vai melhorar a sua qualidade de vida sem dúvida

e se sentir estabilidade vai reduzir a ansiedade, o nervosismo e vai melhorar a sua qualidade de vida, vai melhorar a sua estabilidade, muitas das vezes devido a isso acabam por melhorar a nível cognitivo, porque o maior problema das doenças neurodegenerativas é exatamente o sistema nervoso e tem a ver com a ansiedade (...)”

Um dos desafios fundamentais que as sociedades modernas enfrentam face à tendência demográfica de envelhecimento populacional, é a promoção de um envelhecimento saudável e ativo com estratégias dirigidas à prevenção do declínio que acompanha a senescência biológica. A identificação e implementação de programas de modulação positiva da função cognitiva na pessoa idosa corresponde a um eixo prioritário, face à importância da cognição no quotidiano diário do indivíduo (Pereira, 2019).

Em Portugal, tem-se observado a implementação de programas de estimulação cognitiva com vista a prevenir ou minimizar o declínio cognitivo associado a perdas sociais e psicológicas. A grande maioria dos estudos apontam para melhorias estatisticamente significativas após a exposição ao treino cognitivo em diferentes áreas: memória, cálculo, atenção entre outras (Castro 2011; Fernandes, 2014; Nunes, 2017; Santos; 2015; cit in Sousa, 2012).

A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos e das suas famílias tem contribuído para o desenvolvimento de programas de intervenção para idosos com alguma incapacidade e de programas de reabilitação (Guerreiro, 2012; cit in Pinho, 2012). Os autores referem que o interesse científico pela reabilitação nesta área é relativamente recente, sendo a maioria dos trabalhos publicados a partir dos anos 90. Roca et al. (2010; cit in Sousa, 2012) acrescentam que a melhoria substancial percebida pelo doente e familiares sugere a possibilidade intrigante de que a reabilitação cognitiva pode melhorar, pelo menos temporariamente, os problemas quotidianos causados por esta doença.

Várias intervenções têm sido testadas, com particular destaque em questões diretamente ligadas aos estilos de vida. De facto, existe a convicção, fundamentada cientificamente, de que um estilo de vida ativo e o envolvimento em determinadas atividades quotidianas pode contribuir para a prevenção do declínio cognitivo associado ao envelhecimento.

Por exemplo, o exercício físico devidamente adaptado ao indivíduo e atividades quotidianas ativas (ex: jardinagem e dança) são reconhecidas como benéficas para a cognição,

tal como a participação em atividades intelectualmente estimulantes, como o xadrez, puzzles, a leitura, prática musical, entre outros.

Estes aspetos modulam a reserva cognitiva do indivíduo através de uma otimização da plasticidade neural, de tal forma que o nível de função cognitiva do indivíduo reflete o balanço entre a magnitude das alterações cerebrais decorrentes do envelhecimento e a capacidade deste mesmo cérebro de compensar estas alterações através desta reserva cognitiva. (Pereira, 2019)

Estas estratégias de manutenção da função cognitiva dos idosos vão melhorar, significativamente, a sua qualidade de vida e, desta forma, mais uma vez, promover um envelhecimento ativo e saudável.

No seu modo de atuação, o SAD conjuga serviços e técnicas profissionais, devendo contar para isso com uma equipa multidisciplinar que dirija a sua atuação, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida ao utente, nomeadamente ao idoso.

Esta equipa é normalmente composta pelo Coordenador ou Diretor Técnico, ajudantes familiares e em alguns casos por um enfermeiro e um médico. Contudo, e tendo em conta os resultados obtidos no estudo realizado por Cunha (2007), não existe na generalidade das instituições equipas multidisciplinares com intervenção no SAD, verificando-se ainda falhas ao nível da animação social, da nutrição e do acompanhamento psicológico. Ainda assim, e para que resultem níveis elevados de qualidade e satisfação na atuação do SAD, é fundamental que haja coordenação e comunicação entre os elementos da equipa, assim como que cada um interiorize e assuma o seu papel na mesma (Anderson, et al., 2001, cit in. Oliveira, 2007)

Desta forma, os profissionais que desempenham funções no SAD, devem possuir determinados requisitos designadamente formação necessária e adequada à realização das funções que desempenham; conhecimentos que lhes permitam uma intervenção adequada, particularmente em situações específicas como o envelhecimento e a dependência; capacidade de comunicação e de relacionamento de forma a conseguirem mais facilmente, ter uma perceção exata das necessidades dos utentes; capacidade de fornecer as informações necessárias à avaliação e adequação do plano de cuidados; e ter um elevado sentido de responsabilidade e capacidade de autoavaliação (Despacho Normativo n.º62/99).

Para além dos requisitos enunciados, os profissionais do SAD devem orientar a sua conduta sob determinados parâmetros, no sentido de garantir uma intervenção articulada e eficaz. Assim, é fundamental garantir a confidencialidade de toda a informação que diz respeito

ao utente; documentar toda a intervenção; manter atualizado o processo individual do utente, procurar apoio e articulação com outras entidades, caso se mostre necessário para o melhor tratamento do utente; fomentar a coordenação da equipa e a intervenção de todos os membros, tendo em conta a especificidade de cada um; respeitar o utente, e o envolvimento deste na definição de objetivos, planificação e execução do seu próprio plano de cuidados; e não menos importante, apostar na formação contínua e permanente dos profissionais (Anderson, et al., 2001; cit in. Oliveira, 2007).

Mais especificamente, e no que respeita ao pessoal técnico, estes devem assegurar a qualidade e exequibilidade do plano e dos serviços prestados, nomeadamente através da avaliação inicial da situação, do acompanhamento e da avaliação periódica, readaptando, sempre que se mostre necessário, o plano de cuidados inicialmente estabelecido. As ajudantes familiares são, na maioria das vezes, as profissionais mais próximas do utente pelo tipo de funções que desempenham, designadamente a prestação de cuidados de higiene e de conforto, acompanhamento das refeições, tratamento de roupas, apoio na toma da medicação, prestação de pequenos recados no exterior, de acordo com as necessidades dos utentes, etc. (Despacho Normativo n.º62/99).

A atuação da equipa de profissionais, de uma forma geral, deve conseguir proporcionar ao idoso, bem-estar físico, psíquico e social, assim como uma maior autonomia e independência. Como em todas as respostas sociais, no Serviço de Apoio Domiciliário torna-se necessário acionar uma modelo de coordenação que permita que os profissionais da equipa de cuidados analisem e reflitam sobre o processo de trabalho que a realização das tarefas que estão associadas às suas funções, implicam. Será crucial que essa coordenação permita envolver os profissionais na discussão das práticas profissionais e planificar os processos de formação para os elementos da equipa, promovendo o estímulo à partilha, entre eles, de conhecimentos e experiências, com vista a promover o seu eficaz funcionamento.

A integração na equipa que a coordenação pode promover, traz vantagens para a sua organização e operacionalização do trabalho de prestação de cuidados às pessoas mais velhas garantindo que ele se centra na avaliação multidimensional das pessoas mais velhas. O coordenador da equipa deve promover a comunicação garantindo progressos nas atitudes e nos processos de comunicação entre todos os seus membros.

Sendo este processo de comunicação e todo o trabalho realizado pela equipa importante para a avaliação e progresso do trabalho tendo por referência os objetivos e planos de intervenção a desenvolver.

Neste trabalho de equipa deve privilegiar-se a realização de reuniões de trabalho com análise de casos concretos de intervenção e definição de futuras intervenções, tendo sempre em conta a promoção da qualidade do serviço prestado, numa lógica de dotar a organização dos meios necessários para o trabalho e de promover o desempenho de qualidade dos serviços.

Conclusão

Esta investigação aborda um tema, pertinente e atual, que tem merecido grande preocupação e destaque nas últimas décadas devido à evolução do índice de envelhecimento que se tem registado, que nem sempre é acompanhado de qualidade de vida, pois este prolongamento da vida potencia o surgimento de situações de dependência e vulnerabilidades.

As sociedades atuais enfrentam fortes desafios relacionados com o envelhecimento populacional e com as respostas essenciais de forma a possibilitar que as pessoas vivam com as condições necessárias para manter uma qualidade de vida digna e satisfatória, admitindo-se mesmo que este é um fenómeno com o qual as sociedades não estavam habituadas a lidar, não estando conseqüentemente preparadas para lidar com as novas necessidades associadas a essas fases do ciclo de vida, como por exemplo questões ligadas especificamente aos cuidados de saúde e ao envelhecimento com dependência.

Desta forma, e não obstante a notória evolução demonstrada nas respostas sociais, ainda existe um longo trabalho para se dar resposta às necessidades existentes, visto que importa ter em linha de conta que as necessidades mudaram e que as respostas que outrora eram adequadas, atualmente podem não ser as mais ajustadas.

Entende-se neste estudo que o conceito de dependência não foca exclusivamente as capacidades físicas, cognitivas e intelectuais, mas também a perda de rendimentos, o baixo nível de escolaridade e de participação social, a escassez de contactos familiares e de vizinhança e que a inexistência de recursos sociais e de saúde adequados contribuem para a incapacidade de viver de forma autónoma, tal como Carvalho (2009) também sublinha. Neste sentido, a qualidade de vida pode ser potenciada através do conceito de envelhecimento ativo e saudável, ou seja, proporcionando oportunidades aos idosos a nível da saúde, participação e segurança. (OMS, 2002)

O SAD é uma resposta que cada vez mais é procurada, devido à vontade expressa pelos idosos de permanecer o máximo de tempo possível nos seus domicílios e contextos e, devido à incapacidade dos familiares poderem satisfazer o desejo dos seus idosos sem auxílio, pois estes, muitas vezes, trabalham, sendo impossível dedicarem o tempo necessário para cuidar a tempo inteiro dos mais velhos.

No geral, esta resposta ainda se centra um pouco nas atividades de subsistência como por exemplo o banho, o vestir, alimentar-se, porém assiste-se já a um elevado esforço e um trabalho contínuo vocacionado para dar atenção a atividades que promovam a autoestima e a qualidade de vida e, até mesmo, à preservação das capacidades cognitivas dos idosos, como por exemplo o treino cognitivo.

O reconhecimento da velhice como um fenómeno heterogéneo é fundamental para perceber que cada indivíduo é único e tem as suas próprias necessidades e expectativas, sendo que também cada um percebe a qualidade de vida de forma diferente, impondo-se aqui estratégias de atuação diferentes para cada contexto.

Devido a todas estas alterações, e sendo o SAD uma resposta de carácter preventivo e reabilitador que permite ao utente a permanência no seu meio habitual de vida visando a sua autonomia, considerou-se oportuno apurar qual a percepção que os idosos têm relativamente à sua qualidade de vida, bem como o papel do SAD nesse âmbito, para se poder contribuir para uma maior compreensão das eventuais necessidades relativas aos cuidados prestados.

Neste sentido, os resultados obtidos permitiram concluir relativamente aos elementos analíticos da qualidade de vida dos idosos que o domínio da saúde e funcionalidade é o que mais afeta negativamente a qualidade de vida, pois, apesar da memória não limitar o quotidiano, a visão e a audição exercem alguma limitação e a locomoção tem ainda mais influência nas atividades do dia-a-dia, e esta realidade leva a que a maioria dos utentes auscultados possua um estado de saúde frágil que contribui para maiores níveis de dependência.

De igual forma apurou-se a percepção dos familiares acerca dos serviços prestados pelo SAD da instituição que, apesar de referirem algumas melhorias que são precisas realizar no serviço, consideram que a qualidade de vida dos utentes melhorou com o SAD, referindo melhorias a nível físico, mencionando que para além de percecionarem que os utentes estão mais saudáveis, sentiram que os serviços de que usufruem contribuem para um atraso no processo de envelhecimento.

A razão apontada por todos os auscultados para solicitar o SAD tem a ver com a incapacidade dos próprios e dos cuidadores informais para fazer face às necessidades apresentadas, pois eram estes que prestavam os serviços antes deste apoio e é neste sentido que a influência do SAD para a qualidade de vida dos idosos é percecionada como decisiva para a satisfação de necessidades básicas, designadamente, alimentação, limpeza do domicílio, higiene pessoal e vestuário, tendo sido sugeridas como melhorias com influência na qualidade

de vida, a flexibilidade dos horários, a formação das ajudantes familiares e mais apoios por parte do Estado.

Relativamente ao papel do SAD na qualidade de vida dos utentes, conclui-se que os vários serviços prestados pelas ajudantes familiares têm um forte impacto positivo, sendo perceptível que os utentes se mostram satisfeitos com o trabalho desempenhado pelas mesmas, referindo que são dotadas de grande profissionalismo e competências para o exercício da função.

Focando o papel que o Trabalho Social tem na qualidade de vida dos idosos conclui-se que o direito à autodeterminação, o respeito pela dignidade humana, o respeito pela privacidade e o incentivo à autonomia e participação são princípios que estão sempre presentes na prática dos interventores sociais e também do gerontólogo social, sendo que os focos centrais da intervenção passam por integrar o idoso, incentivar a sua autodeterminação, colmatar necessidades, motivar os profissionais e reger-se pela política de qualidade. Assim, personalizar os serviços no sentido de ir ao encontro das reais necessidades de cada utente, numa lógica de gestão de caso, é o maior desafio apontado atualmente.

No entender da profissional auscultada, o contributo do SAD para a qualidade de vida decorre dos serviços individualizados e personalizados no domicílio, sendo que o desafio que se coloca aos trabalhadores sociais neste âmbito surge da necessidade de se conseguir corresponder às exigências crescentes a nível da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, a qualidade de vida dos idosos do SAD da instituição onde se desenvolveu o estudo, poderá ser incrementada através do acréscimo de cuidados de primeira linha, dos serviços de saúde e da flexibilidade dos horários, tal como foi sugerido também pelos utentes.

Pode-se concluir, a partir destes resultados, que o SAD contribui de forma assertiva para a qualidade de vida dos utentes, existindo vários aspetos relativos a necessidades e a outros domínios que importa considerar e, como ao longo deste estudo foram enumerados, com o objetivo de corresponder às exigências crescentes destes públicos em termos da qualidade dos cuidados.

Em termos de pistas para investigação futura, seria interessante avaliar a qualidade de vida dos idosos que integram o SAD em contexto rural e em contexto urbano, numa visão comparativa, de forma a distinguir-se aspetos de vulnerabilidade associados a vivências em

contextos geográficos distintos e necessidades e expetativas que acompanham estes públicos à medida que envelhecem.

Para finalizar, importa referir que esta investigação foi muito enriquecedora quer a nível pessoal como profissional e pode constituir um auxiliar para a instituição incrementar o conhecimento relativamente à área do SAD e fundamentar eventuais estratégias de intervenção.

Bibliografia

- Abrunheiro, L. M. (2005). *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. Psicologia, 1-15.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Investigação*. Braga: Psiquíbrios.
- Andrade, M. M. (2010). *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas.
- Azevedo, M. S. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa*.
- Barbosa, M. M., Guimarães, P., Afonso, R. M., Yanguas, J., & Paúl, C. (2021). Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos. Em J. Pinheiro, *Olhares sobre o envelhecimento* (pp. 23-35). Estudos interdisciplinares, vol. I.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2015). *Local Promotion of Active Aging: Community Support and Well-Being of People 65+*. The International Journal of Aging and Society, 5 (4) pp: 23-32.
- Bárrios, M. J., Marques, R., & Fernandes, A. A. (2020). Aging with health: aging in place strategies of a Portuguese population aged 65 years old. *Revista de Saúde Pública*, 3-4.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação - uma introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL) de Portugal: Apresentação de um projeto*.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). *Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais*. Psicologia: Reflexão e Crítica.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. S., & Sacadura, M. J. (2012). *Perceção do papel dos idosos pela sociedade - Diálogo intergeracional*.
- Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Correia, A. F., Pereira, E., & Costa, D. (2016). De que necessitam as pessoas idosas para viver com dignidade em Portugal. *Análise Social*, 366-401.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2 ed.)*. Almedina.
- Engenheiro, S. (2008). *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um estudo de caso*. Tese de Mestrado (ISCSP).

- Estevão, S. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviço de Apoio Domiciliário*. Dissertação de Mestrado (UAlg).
- Ferreira, R. (2014). *A criação de um Serviço de Apoio Domiciliário no combate ao retraimento social dos mais velhos*. Dissertação de Mestrado.
- Figueiredo, A. M., Melo, R., & Ribeiro, O. (2018). *Metodologia de cuidados humanidade: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática*. Revista de Enfermagem Referência, 4(17), 53-62.
- Fonseca, A. M. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, J. J. (2002). *Metodologia de pesquisa científica*. Fortaleza: Apostila.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi .
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Garcia, A. M. (2009). *A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por uma IPSS*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.
- Gerontologia, R. T. (2011). *Volume IV. Número 2*. Porto: Universidade Sénior Contemporânea: 1-73.
- Gil, A. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário – oferta e custos de mercado privado*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* . São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Gliglione, R., & Matalon, B. (1992). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*. Lucerna.
- Hanguette, T. (1987). *Metodologias qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Iecovich, E. (2014). *Aging in Place: From theory to practice*. Anthropological Notebooks, 20 (1): 21-33.
- Infante, M. A. (2017). *Ajudantes de ação direta: Necessidades em contexto institucional*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Jacob, L. (2007). *“Animação de Idosos”*. Lisboa: Âmbar.
- Jerónimo, 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 .
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores.
- Lopes, L. M. (2012). *Suporte social e qualidade de vida: A satisfação do suporte social e a qualidade de vida nos doentes da Unidade Hospitalar de Bragança*.

- Lopes, M. J. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Universidade de Évora: Évora, Portugal.
- Ludke, M., & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Em Aberto, 5(31).
- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. *Envelhecimento ativo e Educação*, 87-100.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Marques, R. A. (2018). *Ageing in Place: Estratégias para Envelhecer no Domicílio*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Martins, C. (2005). *Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus*. Psicologia.com.pt: o portal dos psicólogos.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality* . Londres: Harper and Row Publishers.
- Neves, C. (2012). *Estereótipos sobre o idoso: representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade*. Dissertação de Mestrado.
- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Em C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira Educação Física e Esporte*, 26, 241-250.
- Pina, O. (2013). *Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu*. Dissertação de Mestrado.
- Pinheiro, M. D. (2004). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. (Doctoral dissertation).
- Pinto, M. G. (2020). *Metodologia de cuidado humanidade: Impacto na Redução do Burnout dos Cuidadores Formais numa ERPI* . Dissertação de Mestrado.
- Reis, B. (2017). *O conteúdo em análise: teoria e práticas da análise de conteúdo*. Metodologias de investigação em Ciências Sociais, 205-236.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Análise Psicológica: pp. 547-558.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da saúde*. Quarteto Editora.

- Rodriguez, P., & Sanchez, C. (2003). *Los servicios de ayuda a domicilio: Palnificación y gestión de casos. Manuel de formación para auxiliares*. Madrid: Editorial Médica Panamerica.
- Rosa, M. F. (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.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: um imperativo do nosso tempo: introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti*. Coimbra: IGM Portugal-Humanidade.
- Santos, A. G. (2020). *Cuidadores informais, e agora!-o papel da mediação no cuidado prestado aos cuidadores informais*. Dissertação de Mestrado.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Estudos de Psicologia (Campinas), 25, 585-593.
- Serapioni, M. (2000). *Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração*. Ciência & saúde coletiva, 5, 187-192.
- Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- Silva, I. R. (2003). *Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes*. Psicologia, saúde e doenças, 4(1), 21-32.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado.
- Simões, M. F. (2019). *Qualidade de Vida da população idosa, intervenção do serviço de apoio domiciliário e do Serviço Social na Santa Casa da Misericórdia de Anadia*. Monografia de Estágio do Mestrado em Serviço Social apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). *Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados*.
- Siquenique, S. (2016). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo: domínios e Instrumentos de Avaliação*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.
- Sousa, A. C. (2016). *Na senda de resposta inovadoras: Percepções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Sousa, L. R. (2012). *Programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro*. Dissertação de Mestrado.
- Tavares, J. P. (2019). Cuidar da pessoa idosa: Habilidades Fundamentais. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo, & J. Malva, *Manual do Cuidador* (pp. 17-34). Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Timbane, A. A., & Dorea, J. S. (2021). *A valorização de conhecimentos do idoso na família e na sociedade brasileira: tradição e cultura em debate*. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, 13(4), 389-404.
- Tomasini, S. L. (2005). *Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar*. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.
- Toscano, A. L. (2015). *O Contributo do Serviço de Apoio Domiciliário em meio rural e em meio urbano*. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Tuckman, B. W. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2012). *The meaning of "aging in place" to older people*. The gerontologist, 52(3), 357-366.

Anexos

CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DOS UTENTES SAD DA +ASSIST- ASSISTÊNCIA PESSOAL

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐
2. **Faixa etária:** 60 - 64 anos ☐ 65 - 69 ano ☐ 70 - 74 anos ☐
75 - 79 anos ☐ 80 – 84 ano ☐ 85 ou mais ☐
3. **Naturalidade :** _____
4. **Residência atual**
- São Mamede Infesta ☐
- Senhora da Hora ☐
- Matosinhos ☐
- Outra ☐
5. **Estado Civil:**
- Solteiro ☐
- Casado ☐
- Divorciado/Separado ☐
- Viúvo ☐

6. Agregado Familiar

Sozinho ☐

Vive com os filhos ☐

Com o cônjuge ☐

Outros parentes ☐

7. Portadores de deficiência: Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual?

Visual ☐

Auditiva ☐

Motora ☐

8. Condições habitacionais

Tipo de habitação:

Própria ☐

Arrendada ☐

Cedida ☐

Partilhada ☐

9. Nível de instrução

☐

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e escrever (sem grau de instrução formal) ☐

Ensino primário ☐

Ensino secundário ☐

Curso superior ☐

10. Situação económica

Rendimentos:

Reforma ☐

Pensão de sobrevivência ☐

Complemento por dependência ☐

Sem fonte de rendimento ☐

11. Quem solicitou o SAD

Cônjuge ☐

Filho(a) ☐

Outros _____

12. Contacto em caso de emergência

Cônjuge ☐

Filho(a) ☐

Outros _____

13. Cuidados de que usufrui

Cuidados de higiene e conforto pessoal ☐

Higiene habitacional ☐

Fornecimento e apoio nas refeições ☐

Tratamento da roupa do uso pessoal do utente ☐

CAPACIDADE FUNCIONAL – ÍNDICE DE BARTHEL

Atividade	Pontuação
Higiene Pessoal 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar 0 = Incontinente (ou necessita que lhe coloque clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Continente (por mais de 7 dias)	
Urinar 0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Continente (por mais de 7 dias)	
Ir à casa de banho (uso de sanitário) 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
Alimentar-se 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc 10 = Independente (a comida é providenciada)	
Transferências (cadeira/cama) 0 = Incapaz (não tem equilíbrio ao sentar-se) 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc 10 = Anda com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex: bengala)	
Vestir-se 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal ou física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex: moletas ou bengala)	
Banho 0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/banho de imersão/usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	

Total (0 – 100) : _____

INQUÉRITO POR ENTREVISTA AOS UTENTES SAD DA +ASSIST – ASSISTÊNCIA PESSOAL

APLICAÇÃO DO EASYCARE 2001 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

1. Vê bem? (se usar óculos, com eles colocados)

- sim ☐ 0
 com dificuldade ☐ 1
 não consegue ver nada ☐ 3

Comentários:

2. Ouve bem? (se usar "aparelho" auditivo, com ele colocado)

- sim ☐ 0
 com dificuldade ☐ 1
 não consegue ouvir nada ☐ 3

Comentários:

3. Tem dificuldade em mastigar a comida? (se usar dentadura, com ela colocada)

- sem dificuldade ☐ 0
 alguma dificuldade ☐ 1
 incapaz de mastigar ☐ 3

Comentários:

4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo(a), devido a problemas que possa ter com a fala/linguagem?

- sem dificuldade ☐ 0
 dificuldade com algumas pessoas ☐ 1
 dificuldade considerável com toda a gente ☐ 3

Comentários:

PONTUAÇÃO de incapacidade física (questões 1 a 4) _____ (máximo 12)

5. Considera que a sua saúde é:

- excelente ☐ 1
 muito boa ☐ 2
 boa ☐ 3
 razoável ☐ 4
 fraca ☐ 5

Comentários:

6. Sente-se sozinho?

- nunca ☐ 1
 raramente ☐ 2
 algumas vezes ☐ 3
 frequentemente ☐ 4
 sempre ☐ 5

Comentários:

7. Em geral, diria que a sua habitação é

- excelente ☐ 1
 muito boa ☐ 2
 boa ☐ 3
 razoável ☐ 4
 fraca ☐ 5

Comentários:

PONTUAÇÃO da qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) _____ (máximo 15)

8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?

- sem ajuda (limpar o chão, etc.) ☐ 0
- com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) ☐ 1
- completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico ☐ 3

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:***9. Consegue preparar as suas próprias refeições?**

- sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) ☐ 0
- com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de ele(a) próprio(a) cozinhar refeições completas) ☐ 2
- completamente incapaz de preparar as refeições ☐ 5

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:***10. Consegue ir às compras?**

- sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) ☐ 0
- com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) ☐ 2
- completamente incapaz de fazer qualquer compra ☐ 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:***11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro? (ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)**

- sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) ☐ 0
- com alguma ajuda ☐ 2
- ou é completamente incapaz de administrar o seu dinheiro ☐ 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:***12. Consegue usar o telefone?**

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar ☐ 0
- com alguma ajuda ☐ 1
- completamente incapaz de usar o telefone ☐ 3

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:***13. Consegue tomar os seus medicamentos?**

- sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) ☐ 0
- com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar para si e/ou o(a) lembrar de os tomar) ☐ 2
- completamente incapaz de tomar os seus medicamentos ☐ 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
- ☐ membro da família
- ☐ amigo ou vizinho
- ☐ ajuda privada (ex: empregada)
- ☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- ☐ outra
- ☐ ajuda não disponível

*Comentários:***PONTUAÇÃO da área EUNCIONAL (questões 8 a 13) _____ (máximo 23)**

14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?

- sem ajuda ☐ 0
com alguma ajuda ☐ 4
completamente incapaz de andar fora da
sua casa ☐ 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma
instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

15. Consegue movimentar-se dentro de casa?

- sem ajuda ☐ 0
numa cadeira de rodas sem ajuda ☐ 4
com alguma ajuda ☐ 6
acamado ☐ 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma
instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

16. Consegue subir e descer escadas?

- sem ajuda (e sem qualquer apoio –
ex: corrimão, pegas) ☐ 0
com alguma ajuda ☐ 2
incapaz de subir ou descer escadas ☐ 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma
instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

**17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira,
se estiverem próximas uma da outra?**

- sem ajuda ☐ 0
com alguma ajuda ☐ 5
completamente incapaz de se deslocar da
cama para a cadeira ☐ 7

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma
instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

**18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira-
sanitária)?**

- sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira-sanitária,
despir o necessário, lavar-se e ir embora) ☐ 0
com alguma ajuda (consegue fazer algumas
coisas incluindo limpar-se) ☐ 5
completamente incapaz de usar a sanita ou a
cadeira-sanitária ☐ 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma
instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

**19. Consegue usar a banheira ou o
chuveiro/polivan?**

- sem ajuda ☐ 0
necessita de alguma ajuda para utilizar
a banheira ou o chuveiro ☐ 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma
instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

PONTUAÇÃO da MOBILIDADE (questões 14 a 19) _____ (máximo 41)

20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (ex. pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc.)

- sem ajuda ☐ 0
com ajuda ☐ 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

21. Consegue vestir-se?

- sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.) ☐ 0
com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) ☐ 3
completamente incapaz de se vestir ☐ 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

22. Consegue alimentar-se?

- sem ajuda ☐ 0
com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.) ☐ 5
completamente incapaz de alimentar-se ☐ 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

PONTUAÇÃO das actividades de CUIDADOS PESSOAIS (questões 20 a 22) _____ (máximo 19)

23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga? (incontinência urinária)

- sem problemas ☐ 0
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ 6
tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de algália ☐ 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos? (incontinência fecal)

- sem problemas ☐ 0
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ 6
tem frequentemente problemas ☐ 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- ☐ Cônjuge ou companheiro(a)
☐ membro da família
☐ amigo ou vizinho
☐ ajuda privada (ex: empregada)
☐ ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
☐ outra
☐ ajuda não disponível

PONTUAÇÃO do CONTROLO ESFINCTERIANO (questões 23 a 24) _____ (máximo 17)

PONTUAÇÃO de INCAPACIDADE (questões 8 a 24) _____ (máximo 100)

Escala Geriátrica de Depressão (4 itens)

25. Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? ☐ Sim ☐ NÃO

26. Sente que a sua vida é vazia? ☐ SIM ☐ Não

27. Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? ☐ SIM ☐ Não

28. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? ☐ Sim ☐ NÃO

Atribua 1 ponto a cada sintoma de depressão.

Uma pontuação total de 1 ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.

PONTUAÇÃO de DEPRESSÃO (questões 25 a 28) _____ (máximo 4)

REDES DE SOCIABILIDADE – ESCALA DE LUBEN

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adopção, etc...

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?

0 ☐ 1 ☐ ☐ 3 o ☐ 5 ☐ 9 e ☐s

2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?

0 ☐ ☐ ☐ 3 o ☐ ☐8 9 e ☐s

3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

0 ☐ ☐ ☐ 3 ou ☐ 5 ☐ 9 e ☐
mais

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?

0 ☐ ☐ ☐ 3 ou ☐ 5 ☐ 9 e ☐ mais

2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?

0 ☐ ☐ ☐ 3 ou ☐ 5 ☐ 9 e ☐ mais

3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ou 4 ☐ 5 a 8 ☐ 9 e mais ☐

Recurso ao SAD

1. Há quanto tempo é utente do Serviço de Apoio Domiciliário?

2. Como descreve o Serviço de Apoio Domiciliário da Mais Assist?

3. Está satisfeito com os cuidados que usufrui? Porquê?

4. Quanto à ação das ajudantes familiares, como a descreve?

5. Considera que o Serviço de Apoio Domiciliário contribui para a melhoria da sua qualidade de vida?

Sim ☐

Não ☐

Porquê?

6. Tem alguma sugestão/ recomendação a fazer sobre o modo de funcionamento ou do tipo de apoio que este serviço lhe presta?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, qual?

ENTREVISTA AOS FAMILIARES DOS UTENTES DO SAD DA + ASSIST – ASSISTÊNCIA PESSOAL

Nr. _____

1. Idade:

2. Estado Civil:

Solteiro/a ☐

Casado/a ☐

Divorciado/a ☐

Viúva ☐

3. Habilitações literárias:

- 4ª classe ☐
- Escolaridade obrigatória (9º ano) ☐
- Secundário completo ☐
- Curso superior, qual _____

4. Residência atual

- São Mamede Infesta ☐
- Senhora da Hora ☐
- Matosinhos ☐
- Outra ☐

5. Condição perante o trabalho

6. Profissão e situação na profissão:

- Trabalhador por conta própria ☐
- Trabalhador por conta de outrem ☐
- Empregador ☐

7. Considera o S.A.D um serviço que responde a todas as necessidades dos utentes que usufruem deste serviço?

Sim ☐ Não ☐

7.1. Se **não**, na sua opinião, quais são os tipos de necessidades que o SAD não consegue satisfazer?

8. Qual foi a principal razão que o levou a solicitar este serviço?

9. Considera que a qualidade de vida dos utentes melhorou com o S.A.D?

Sim ☐ Não ☐

9.1. O que melhorou?

10. Além dos serviços prestados pelo SAD, quais os cuidados que presta à pessoa idosa?

11. Quais as dificuldades sentidas na prestação dos cuidados?

12. Que tipo de apoios sente que sejam necessários?

13. Quem é que ajuda na prestação de cuidados e em quê?

14. O que pensa ser necessário fazer mais para melhorar a qualidade de vida dos utentes?

14.1. Ao nível do S.A.D

14.2. Ao nível da comunidade

15. Para si, qual é o papel dos idosos, enquanto elemento da comunidade?

**Inquérito por entrevista às ajudantes familiares do S.A.D da
+Assist – Assistência Pessoal**

Nr. _____

1. Idade:

2. Estado Civil:

Solteira ☐

Casada ☐

Divorciada ☐

Viúva ☐

3. Habilitações literárias:

4ª classe ☐

Escolaridade obrigatória (9º ano) ☐

Secundário completo ☐

Curso superior, qual _____

4. Tem curso de ajudante familiar? Sim ☐ Não ☐ Está a t ☐

4.1. Se não, gostaria de tirar? Sim ☐ Não ☐

Porquê _____

5. Qual foi a motivação que a levou à escolha deste trabalho?

6. Qual é a parte do trabalho que mais gosta?

7. Quais são as dificuldades que se apresentam como ajudante familiar?

8. Considera o S.A.D um serviço que preenche todas as necessidades dos utentes que usufruem deste serviço?

Sim ☐ Não ☐

8.1. Se **não**, na sua opinião, quais são os tipos de necessidades que o SAD não consegue satisfazer?

9. Considera que a qualidade de vida dos utentes melhorou com o S.A.D?

Sim ☐ Não ☐

9.1. Se sim, em que medida é testemunha dessa melhoria?

10. O que pensa ser necessário fazer mais para melhorar a qualidade de vida dos utentes?

10.1. Ao nível do S.A.D

10.2. Ao nível da comunidade

11. Para si, qual é o papel dos idosos, enquanto elemento da comunidade?

ENTREVISTA À DIRETORA TÉCNICA

- Função exercida;
- Descrição do SAD (Objetivos; Seleção e formação das ajudantes familiares; Funcionamento; Características dos utentes);
- Principais problemas com que os utentes se deparam;
- Obstáculos/Dificuldades que o SAD apresenta;
- Em que medida considera que o SAD contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes?