



FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO  
INSTITUTO SUPERIOR BISSAYA BARRETO

*SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: PRÁTICAS E DINÂMICAS NA ÓTICA  
DO UTENTE*

Helena Isabel Rodrigues Marinho

Dissertação apresentada ao Instituto Superior Bissaya Barreto para a obtenção do grau de  
Mestre em Gerontologia Social

Orientação Científica da Professora  
Doutora Helena Reis Amaro da Luz

Abril de 2013



FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO  
INSTITUTO SUPERIOR BISSAYA BARRETO

*SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: PRÁTICAS E DINÂMICAS NA ÓTICA  
DO UTENTE*

Helena Isabel Rodrigues Marinho

Dissertação apresentada ao Instituto Superior Bissaya Barreto para a obtenção do grau de  
Mestre em Gerontologia Social

Orientação Científica da Professora  
Doutora Helena Reis Amaro da Luz

Abril de 2013

## AGRADECIMENTOS

**Um trabalho deste âmbito é uma longa caminhada impossível de percorrer sozinha, por isso**

À Professora Doutora Helena Reis um agradecimento especial pela sua capacidade crítica, apoio e sugestões pertinentes no decorrer da sua orientação.

Aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional e pelo incentivo nos momentos de menos ânimo.

Aos idosos beneficiários do SAD que se disponibilizaram para responder aos inquéritos, assim como aos profissionais das respectivas Instituições, pela simpatia e disponibilidade.

Aos meus amigos pelo apoio e carinho, e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

A todos um obrigado muito especial.

## RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o apoio ao idoso surge como um problema prioritário, o SAD é, cada vez mais, visto como uma verdadeira alternativa à institucionalização do idoso, em determinados casos.

Assim, o presente estudo tem como objectivo geral caracterizar os utentes do SAD, tendo subjacentes, o seu nível de funcionalidade, a tipologia de apoio recebida através do SAD, assim como o seu grau de satisfação relativamente à intervenção deste serviço. Para a efetivação dos objetivos propostos, optou-se por um estudo exploratório de natureza quantitativa e descritiva, selecionando para amostra 48 idosos beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário. A amostra caracteriza-se por ser maioritariamente do sexo feminino (56,3%), e a média de idades ronda os 80 anos de idade. Os níveis de escolaridade são baixos (81,3% possui o 1º ciclo do ensino básico), pelo que as profissões que desempenharam na vida ativa dizem respeito essencialmente ao setor primário, justificando assim os baixos valores de pensão/reforma, auferidos pelos idosos da amostra.

Para a recolha de dados, os instrumentos utilizados foram: (i) Questionário Sócio Demográfico; (ii) Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody; (iii) ProSAD v.1 (parcial).

Analisados os principais resultados do estudo, percebe-se que os idosos que compõem a amostra apresentam um nível de funcionalidade que não lhes permite realizar todas as atividades diárias de forma independente. Desta forma, o SAD surge como um apoio indispensável na vida dos idosos, na medida que lhes permite a manutenção no domicílio, assegurando a realização das principais tarefas, sendo as mais usufruídas o serviço de refeição (85,4%; N=41) e os cuidados de higiene (39,6%:N=19 – banho completo e 22,9%; N=11 – higiene íntima) em termos de ABVD e limpeza da habitação (10,4%; N=5) e tratamento de roupa (10,4%; N=5) no que respeita às AIVD. Tendo em conta a avaliação da satisfação dos idosos em relação ao SAD, designadamente em termos de tarefas prestadas, características funcionais e desempenho dos profissionais, o resultado é bastante positivo, evidenciando-se na generalidade, níveis elevados de satisfação. Em suma, os resultados obtidos neste estudo, traduzem a importância do SAD na vida dos idosos, promovendo-lhes uma maior autonomia e independência no seu meio habitual de vida, e conseqüentemente um envelhecimento mais saudável. Contudo verificam-se algumas limitações, também referidas pelos idosos, designadamente no que respeita às restrições do horário de funcionamento do SAD (não garantem cuidados 24 horas por dia, nem 7 dias por semana); ao reduzido tempo dispendido

nas tarefas prestadas; à falta de investimento em serviços como o telealarme e serviços de saúde.

**Palavras-chave:** envelhecimento, autonomia, funcionalidade, Serviço de Apoio Domiciliário.

## ABSTRACT

In an increasingly aging society, where support for the elderly as a priority problem arises, the SAD is increasingly seen as a real alternative to the institutionalization of the elderly in certain cases.

Thus, this study aims to characterize the general users of SAD, with underlying its level of functionality, the type of support received through the SAD, as well as their degree of satisfaction with the intervention of this service. For the accomplishment of the proposed objectives, we chose an exploratory quantitative and descriptive for selecting sample of 48 elderly beneficiaries Home Support Service. The sample is characterized by being mostly female (56.3%), and the average age is around 80 years old. Education levels are low (81.3% hold the 1st cycle of basic education), so the professions they played in active life relate essentially to the primary sector, thus justifying the low values of pension / retirement, received by the elderly sample.

For data collection, the instruments used were: (i) Socio Demographic Survey, (ii) Scale of Activities of Daily Living Lawton and Brody (iii) PROSAD v.1 (partial).

Analyzed the main results of the study, one notices that the elderly in the sample exhibit a level of functionality that does not allow them to perform all daily activities independently. Thus, the SAD appears as an essential life supporting the elderly, as that allows them to maintain the home, ensuring the completion of key tasks, being most enjoyed the meal service (85.4% N = 41) and hygiene care (39.6%: N = 19 - full bath and 22.9%, N = 11 - intimate hygiene) in terms of ABVD and cleaning of housing (10.4%, N = 5) and treatment clothing (10.4%, N = 5) in respect of the AIVD.

Given the satisfaction evaluation of elderly in relation to SAD, particularly in terms of jobs provided, functional characteristics and the professionals performance, the result is quite positive, demonstrating the generally high levels of satisfaction. In short, the results obtained in this study reflect the importance of the SAD in the lives of elderly by promoting them greater autonomy and independence in their usual way of life, and consequently a healthier aging. However there are some limitations, also referred to by the elderly, particularly with regard to the restrictions of operating hours of the SAD (not guarantee care 24 hours a day, 7 days a week) reduced the time spent on tasks provided; lack investment in services like tele-alarm and health services.

**Keywords:** aging, autonomy, functionality, Home Support Service.

## ÍNDICE

<b>Introdução .....</b>	<b>14</b>
<b>PARTE I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>17</b>
<b>1.Envelhecimento: Abordagem Multidimensional .....</b>	<b>17</b>
1.1 Perspetiva Macro do Envelhecimento: Envelhecimento Demográfico.....	17
1.2 Perspetiva Micro do Envelhecimento: Envelhecimento Individual .....	26
1.2.1 Envelhecimento Biológico .....	28
1.2.2 Envelhecimento Psicológico .....	30
1.2.3 Envelhecimento Social .....	32
1.3 Novos paradigmas do Envelhecimento .....	34
1.3.1 Envelhecimento Bem Sucedido.....	35
1.3.2 Envelhecimento Ativo .....	39
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>43</b>
<b>2.Capacidade Funcional na Terceira Idade .....</b>	<b>43</b>
2.1 Avaliação da Funcionalidade .....	46
2.2 Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade.....	46
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>51</b>
<b>3.Estratégias de Intervenção na Terceira Idade .....</b>	<b>51</b>
3.1 Orientações no que concerne ao apoio social.....	51
3.2 Políticas Sociais para a População Idosa.....	52
3.3 Respostas Sociais no Apoio à Velhice .....	59
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>66</b>
<b>4. Serviço de Apoio Domiciliário – Resposta Social das “Sociedades Modernas”</b>	<b>66</b>
4.1 Evolução e Conceito do SAD.....	66
4.2 Objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário .....	69
4.3 Estrutura do SAD: Funcionamento e Equipa Multidisciplinar.....	71

4.4 Atividades/Tarefas prestadas pelo SAD.....	73
4.5 Satisfação do Utente .....	74
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>77</b>
<b>5. Metodologia.....</b>	<b>77</b>
5.1 Objetivos.....	77
5.2 Instrumentos .....	78
5.3 Procedimentos de recolha e Tratamento de dados .....	79
5.4 Caracterização da Amostra.....	80
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>85</b>
<b>6. Apresentação de Resultados – análise descritiva.....</b>	<b>85</b>
6.1 Resultados relativos às Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody) .....	85
6.1.1 Cuidados Pessoais .....	85
6.1.2 Cuidados Domésticos .....	88
6.1.3 Trabalho, Recreação/Lazer.....	90
6.1.4 Compras e Gestão do dinheiro .....	92
6.1.5 Locomoção .....	93
6.1.6 Comunicação .....	95
6.1.7 Relações Sociais .....	98
6.1.8 Avaliação global das ABVD e AIVD .....	99
6.2 Resultados relativos ao Serviço de Apoio Domiciliário usufruído (Prosad)....	102
6.2.1 Características Gerais do SAD .....	102
6.2.2 Caracterização das Tarefas prestadas/usufruidas: periodicidade e tempo dispendido .....	104
6.2.3 Caracterização dos Serviços de Saúde e Outros Serviços usufruídos .....	108
6.3 Resultados relativos à Satisfação dos Idosos com o SAD.....	110

6.3.1 Tarefas prestadas/usufruidas pelo SAD –ABVD e AIVD .....	111
6.3.2 Características funcionais do SAD.....	112
6.3.3 Desempenho dos Profissionais da Equipa do SAD.....	113
6.3.4 Satisfação Global do SAD.....	115
6.4 Vantagens por usufruir do SAD .....	117
6.5 Aspetos a melhorar no SAD.....	117
<b>Capítulo VII .....</b>	<b>119</b>
<b>7. Análise dos resultados .....</b>	<b>119</b>
7.1 Perfil da Amostra.....	119
7.2 Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos .....	121
7.3 Contributo do SAD na vida diária dos idosos .....	124
7.4 Satisfação dos utentes (idosos) do SAD.....	127
<b>Conclusões .....</b>	<b>129</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>131</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>138</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – População Residente (%) em Portugal, por grupo etário, 1981-2011 .....	19
<b>Tabela 2</b> – População com 65 ou mais anos, a residir só ou com outros idosos, em Portugal, 2011 .....	24
<b>Tabela 3</b> – Apoio Domiciliário (nº), 2000-2011 .....	67
<b>Tabela 4</b> – Apoio Domiciliário (capacidade), 2000-2011 .....	67
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Género .....	81
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Média de Idades .....	81
<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Idades .....	81
<b>Tabela 8</b> – Distribuição dos utentes do SAD por estado Civil .....	82
<b>Tabela 9</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Situação Familiar .....	82
<b>Tabela 10</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Nível de Escolaridade .....	82
<b>Tabela 11</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Atividade Profissional .....	83
<b>Tabela 12</b> – Distribuição dos utentes do SAD em função do Valor de Pensão/Reforma .....	84
<b>Tabela 13</b> – Distribuição dos utentes do SAD por Local de Residência .....	84
<b>Tabela 14</b> – Nível de dependência dos idosos em relação à Alimentação .....	85
<b>Tabela 15</b> – Nível de dependência dos idosos em relação ao Vestir-se .....	86
<b>Tabela 16</b> – Nível de dependência dos idosos em relação ao Banho .....	86
<b>Tabela 17</b> – Nível de dependência dos idosos em relação às Eliminações Fisiológicas .....	87
<b>Tabela 18</b> – Nível de dependência dos idosos em relação à Medicação .....	87
<b>Tabela 19</b> – Interesse dos idosos em relação à sua Aparência Pessoal .....	88
<b>Tabela 20</b> – Nível de dependência dos idosos em relação à Preparação das Refeições .....	88
<b>Tabela 21</b> – Nível de dependência dos idosos em relação à Arrumação da Mesa .....	89
<b>Tabela 22</b> – Nível de dependência dos idosos em relação a Trabalhos Domésticos .....	89
<b>Tabela 23</b> – Nível de dependência dos idosos em relação às Tarefas Domésticas .....	90
<b>Tabela 24</b> – Nível de dependência dos idosos em relação ao Tratamento da Roupa .....	90
<b>Tabela 25</b> – Nível de dependência dos idosos em relação ao Trabalho .....	91

<b>Tabela 26</b> – Participação dos idosos em Atividades Recreativas .....	91
<b>Tabela 27</b> – Participação dos idosos em Convívios/Organizações .....	91
<b>Tabela 28</b> – Nível de dependência dos idosos em relação a Viagens .....	92
<b>Tabela 29</b> – Nível de dependência dos idosos em relação a Compras .....	92
<b>Tabela 30</b> – Nível de dependência dos idosos em relação à Gestão do Dinheiro .....	93
<b>Tabela 31</b> – Nível de dependência dos idosos em relação à Administração de Finanças .....	93
<b>Tabela 32</b> – Utilização dos Transportes Públicos por parte dos idosos .....	94
<b>Tabela 33</b> – Capacidade de Condução de Veículos por parte dos idosos .....	94
<b>Tabela 34</b> – Capacidade de Mobilidade dos idosos pela vizinhança .....	95
<b>Tabela 35</b> – Capacidade de Locomoção dos idosos fora de locais familiares .....	95
<b>Tabela 36</b> – Capacidade de Uso do Telefone por parte dos idosos .....	96
<b>Tabela 37</b> – Capacidade de Comunicação dos idosos – Conversa .....	96
<b>Tabela 38</b> – Capacidade de Compreensão dos idosos .....	97
<b>Tabela 39</b> – Hábitos de Leitura dos idosos .....	97
<b>Tabela 40</b> – Capacidade de Escrita dos idosos .....	98
<b>Tabela 41</b> – Tipo de Relações Familiares dos idosos .....	98
<b>Tabela 42</b> – Tipo de Relações Familiares dos idosos com Crianças .....	99
<b>Tabela 43</b> – Tipo de relacionamento dos idosos com os Amigos .....	99
<b>Tabela 44</b> – Avaliação global das ABVD e das AIVD .....	101
<b>Tabela 45</b> – Tempo de Vinculação dos idosos do SAD .....	102
<b>Tabela 46</b> – Motivos que levam os idosos a recorrer ao SAD .....	103
<b>Tabela 47</b> – Quem ajudou a decidir pelo SAD .....	103
<b>Tabela 48</b> – Atividades Básicas de Vida Diária:Tarefas prestadas/usufruídas-Periodicidade..	105
<b>Tabela 49</b> – Tempo dispendido nas tarefas prestadas/usufruídas – ABVD .....	106
<b>Tabela 50</b> – Atividades Instrumentais de Vida Diária: Tarefas prestadas/usufruídas – Periodicidade .....	107
<b>Tabela 51</b> – Tempo dispendido nas tarefas prestadas/usufruídas – AIVD .....	108

<b>Tabela 52</b> – Disponibilização de Serviços de Saúde através do SAD .....	109
<b>Tabela 53</b> – Disponibilização de Serviço de Telealarme .....	109
<b>Tabela 54</b> – Disponibilização de Serviços de Adaptação da Habitação .....	109
<b>Tabela 55</b> – Programação de Formação para Cuidadores Informais .....	110
<b>Tabela 56</b> – Disponibilização de Ajudas Técnicas por parte do SAD .....	110
<b>Tabela 57</b> – Grau de Satisfação dos idosos em relação às Tarefas prestadas/usufruídas – ABVD e AIVD.....	111
<b>Tabela 58</b> – Grau de Satisfação dos idosos em relação às Caraterísticas Funcionais do SAD.....	113
<b>Tabela 59</b> – Grau de Satisfação dos idosos em relação à Atuação das Ajudantes Familiares.....	113
<b>Tabela 60</b> – Grau de Satisfação dos idosos em relação à Atuação do Coordenador Técnico.....	114
<b>Tabela 61</b> – Grau de Satisfação dos idosos em relação à Atuação do Enfermeiro .....	115
<b>Tabela 62</b> – Grau de Satisfação dos idosos em relação à Atuação do Médico .....	115
<b>Tabela 63</b> – Nível de Satisfação global do SAD.....	116
<b>Tabela 64</b> – Grau de satisfação do SAD a nível global .....	117
<b>Tabela 65</b> – Vantagens por usufruir do SAD .....	117
<b>Tabela 66</b> – Aspetos a melhorar no SAD .....	118

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Pirâmide etária, Portugal (1991 e 2001) .....	20
<b>Figura 2</b> – Pirâmides da população Portuguesa em 2000, 2025 e 2050 .....	20
<b>Figura 3</b> – Esperança média de vida à nascença (anos), Portugal – 2001-2009 .....	21
<b>Figura 4</b> – Capacidade das Respostas Sociais (2000-2011) .....	63

## SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

GNR – Guarda Nacional Republicana

UE – União Europeia

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

ABVD – Atividades básicas de vida diária

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de vida diária

MDA – Mini Dependence Assessment

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PILAR – Programa de Idosos em Lar

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ADI – Apoio Domiciliário Integrado

UAI – Unidade de Apoio Integrado

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PROSAD – Protocolo de Serviço de Apoio Domiciliário

## SÍMBOLOS

% – Percentagem

= – Igual

> – Maior

< – Menor

≥ – Maior ou Igual

≤ – Menor ou Igual

μ – Média

S – Desvio Padrão

## Introdução

O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos mais preocupantes nas sociedades modernas. Em Portugal, o agravamento do envelhecimento populacional tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território, deixando de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país (INE, 2011a).

As causas do envelhecimento demográfico assentam numa combinação de diversos fatores, nomeadamente nos evidentes progressos da medicina, na melhoria das condições sócio-económicas das populações, essencialmente ao nível da alimentação e condições de higiene, associadas à diminuição da taxa da natalidade (Zimerman,2000).

Assim a tendência que se tem manifestado de forma crescente, é para um desequilíbrio considerável entre as gerações, ou seja, o aumento dos mais velhos é relativamente empolado pela redução dos mais novos, contribuindo, desse modo, para o agravamento do desequilíbrio intergeracional (Fernandes, 2008, p.73). Para além de um desequilíbrio entre as gerações, o impacto do envelhecimento marcará, sem dúvida, o processo de desenvolvimento económico e social, representando um manifesto desafio em termos de sustentabilidade, quer do sistema da segurança social, quer do próprio modelo produtivo (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009).

Deste modo, e perante o envelhecimento progressivo da população, e consequente aumento da longevidade, a sociedade civil e o Estado consideraram urgente organizar e criar condições para acolher o crescente número de idosos, no sentido de combater o isolamento individual e social, promover autonomia, bem como assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a este grupo etário.

Neste sentido, no início da década de 70, começam a surgir alterações não só na forma de encarar a velhice, como na forma de atuar junto da população idosa. As primeiras transformações surgem assim, ao nível da protecção social, nomeadamente a generalização das reformas, seguindo-se as reestruturações ao nível das respostas sociais para idosos, destacando-se neste domínio a transformação dos asilos em lares, assim como o surgimento de novas respostas de apoio à população idosa, designadamente os centros de dia, centros de convívio e o serviço de apoio domiciliário (Fernandes, 1997; Veloso, 2008). Neste contexto evidencia-se a política de manutenção dos idosos no domicílio, divulgada e introduzida em Portugal através da criação destas novas respostas sociais, resultante do aumento da esperança média de vida, aliado à mudança de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, ao longo do seu percurso de vida.

O SAD apresenta-se assim, como uma resposta social de proximidade, com o objetivo de proporcionar o bem estar e o desenvolvimento individual do idoso, designadamente no que diz respeito à sua autonomia e funcionalidade, através de uma intervenção individualizada e personalizada, sendo esta realizada no próprio domicílio, evitando assim a rutura com o meio familiar e/ou social. O SAD confere portanto, um maior respeito pela dignidade das pessoas idosas e pode significar, para muitas delas, a solução no combate às situações de isolamento e solidão.

Apesar da evolução do Serviço de Apoio Domiciliário, em Portugal, este tema, nomeadamente em relação à perspetiva do utente, não tem sido alvo de muitas investigações. Desta forma com a elaboração deste estudo, pretende-se analisar em que medida as práticas e dinâmicas adotadas pelo SAD, contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos utentes, na ótica dos próprios.

O desenvolvimento deste trabalho divide-se em duas partes distintas, em que a primeira diz respeito ao enquadramento teórico e a segunda à apresentação do estudo empírico.

A primeira parte divide-se em quatro capítulos onde são abordados os temas fundamentais para a construção deste trabalho. Assim, no primeiro capítulo é feita uma abordagem multidimensional do envelhecimento considerando a sua perspectiva macro (envelhecimento demográfico) e micro (envelhecimento individual), assim como os novos paradigmas que este fenómeno adquiriu, designadamente o envelhecimento bem sucedido e o envelhecimento ativo. No segundo capítulo, aborda-se a questão da funcionalidade na terceira idade, tendo em conta a importância da sua avaliação, assim como a caracterização dos instrumentos que permitem avaliar a capacidade funcional. O terceiro capítulo incide nas estratégias de intervenção na terceira idade, dando ênfase às políticas sociais para a população idosa e às respostas sociais desenvolvidas para esta população. No último capítulo da primeira parte, ou seja no quarto capítulo, é feita a caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário, nomeadamente no que diz respeito ao conceito, objetivos, estrutura, tipologia das tarefas prestadas e satisfação do idoso face à intervenção do SAD.

O quinto capítulo, faz parte da segunda parte e refere-se à metodologia utilizada no estudo empírico, aos objetivos propostos, aos instrumentos utilizados para a recolha de dados e à caracterização da amostra. No sexto capítulo são apresentados os resultados obtidos, e por fim, o último capítulo reporta-se à discussão dos resultados. O trabalho é finalizado com as conclusões, retiradas deste estudo.

## PARTE I – Enquadramento Teórico

## CAPÍTULO I

### 1. Envelhecimento: Abordagem Multidimensional

O envelhecimento da população é um fenómeno presente em todas as sociedades e para além de ser um fenómeno coletivo é também um fenómeno individualizado, ou seja inerente a cada ser vivo e que se inicia desde a sua concepção.

Ao abordarmos o conceito de envelhecimento podemos analisá-lo sob duas perspetivas distintas: a demográfica que diz respeito ao aumento da proporção de pessoas idosas, em detrimento da população jovem e/ou população em idade ativa, no conjunto da população total (INE, 2002) e a individual ou biológica, caracterizada por uma diversidade de alterações a nível fisiológico, psicológico/comportamental e social, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, propiciando uma maior vulnerabilidade e maior predisposição para ocorrência de patologias que podem levar à morte.

#### *1.1 Perspetiva Macro do Envelhecimento: Envelhecimento Demográfico*

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e que tem produzido nas últimas décadas, implicações na esfera socio-económica e social, conduzindo a modificações que se refletem a nível individual e em novos estilos de vida.

O envelhecimento demográfico adquiriu um maior impacto nas sociedades desenvolvidas europeias, quando as gerações mais numerosas do baby-boom do pós-guerra, começaram a atingir a idade da reforma, aumentando assim os efetivos de pessoas idosas, e, simultaneamente, as gerações posteriores, em número bem mais reduzido, foram entrando na idade ativa, situação que se começou a fazer sentir no início do século passado (INE, 1999).

Segundo a OMS (2006), entre 1970 e 2025, prevê-se, essencialmente nos países em desenvolvimento, um crescimento de cerca 223%, no número de idosos; em 2025 estima-se que existirá um total aproximado de 1,2 mil milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, podendo em 2050 este grupo etário atingir os 2 mil milhões.

Estamos portanto perante um fenómeno recente que distingue o mundo atual de épocas históricas anteriores, onde as sociedades eram essencialmente jovens. Este fenómeno de longevidade e envelhecimento da população começa a sobressair essencialmente no pós II Guerra Mundial. Neste sentido, Fernandes (1997) refere que “ O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações, das sociedades industrializadas e as projecções indicam, com alguma certeza que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada” (p.34).

O aumento da população idosa emerge da transição demográfica, ou seja a passagem de um modelo demográfico caracterizado por elevados índices de fecundidade e mortalidade, para um modelo em que os dois fenómenos reduzem drasticamente. Este perfil demográfico caracterizado pelo aumento da população idosa e diminuição da população jovem, assenta numa conjugação de diversos fatores, nomeadamente da constante diminuição da taxa de natalidade, (provocada pela redução da taxa nupcial; casamento tardio; emancipação da mulher e a sua entrada no mercado de trabalho; generalização dos métodos contraceptivos; encargos sociais acrescidos); e do aumento da esperança média de vida (e conseqüente diminuição da taxa de mortalidade), resultante dos evidentes progressos na medicina; da melhoria das condições socio-económicas (essencialmente alimentação e higiene); e da melhoria das condições de vida no geral (Zimerman, 2000). Outro aspeto relacionado com a oscilação da população idosa, contudo de forma menos relevante, diz respeito aos movimentos migratórios, ou seja, os países que apresentam uma maior emigração são tendencialmente mais envelhecidos (Nazareth,1994).

Em Portugal, e considerando os dados provisórios dos Censos de 2011, a população sofreu um aumento de cerca de 2% desde 2001, contando com 10 561 614 habitantes em 2011. Este aumento pode ser constatado na Tabela 1, tendo em conta os diferentes grupos etários (INE, 2011a).

As atuais características demográficas da população, indiciam o agravamento do envelhecimento populacional nesta última década, e tendo em conta a Tabela 1, podemos constatar exatamente esta tendência. Observamos que houve na última década, um aumento considerável, da população com 65 ou mais anos, contrapondo com uma, também considerável diminuição da população mais jovem (0-14 anos), assim como da população ativa.

Tendo em conta a realidade em que vivemos, e de acordo com os dados apresentados na Tabela 1, podemos afirmar que Portugal, é um país duplamente envelhecido, ou seja, a proporção de pessoas jovens está a diminuir com o passar dos anos, e em contrapartida a

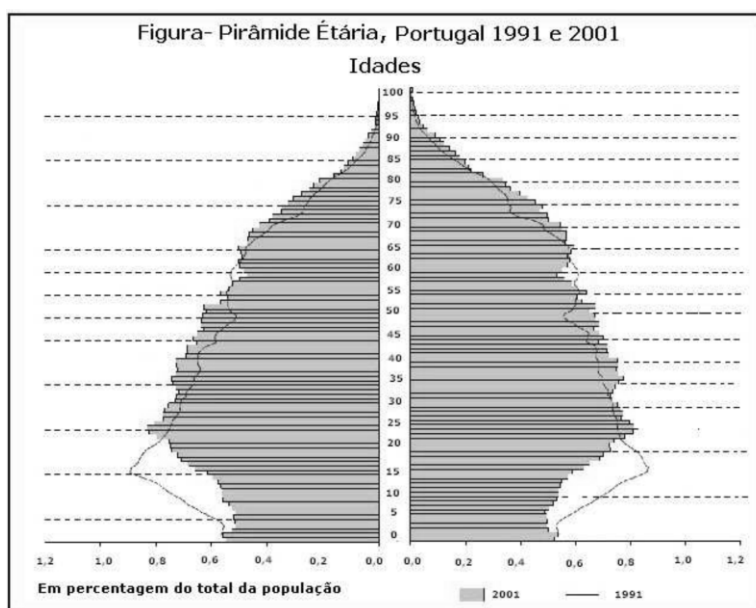
proporção de pessoas idosas é cada vez maior. Em 1981 o grupo etário mais jovem (0-14 anos) representava cerca de ¼ da população, enquanto o grupo etário dos mais idosos (65 ou mais anos) não ultrapassava 11,4% da população. Em 2011, Portugal apresenta uma significativa diminuição do grupo etário mais jovem (0-14 anos), passando para os 15%, e por outro lado um considerável aumento da população mais idosa (65 ou mais anos), atingindo os 19,1% (ibidem). Estima-se que em 2050, a faixa etária superior a 65 anos de idade deverá representar 32% da população do país (INE, 2002).

Tabela 1  
**População Residente (%) em Portugal, por grupo etário, 1981-2011**

<b>Grupo Etário</b>	<b>0-14</b>	<b>15-24</b>	<b>25-64</b>	<b>65 ou +</b>
<b>Ano</b>				
<b>1981</b>	<b>25,5%</b>	16,6%	46,5%	<b>11,4%</b>
<b>1991</b>	20,0%	16,3%	50,1%	13,6%
<b>2001</b>	16,0%	14,3%	53,4%	16,4%
<b>2011</b>	<b>14,9%</b>	10,8%	55,1%	<b>19,1%</b>

Fonte: Adaptado do INE (2011) – Resultados provisórios, Censos 2011.

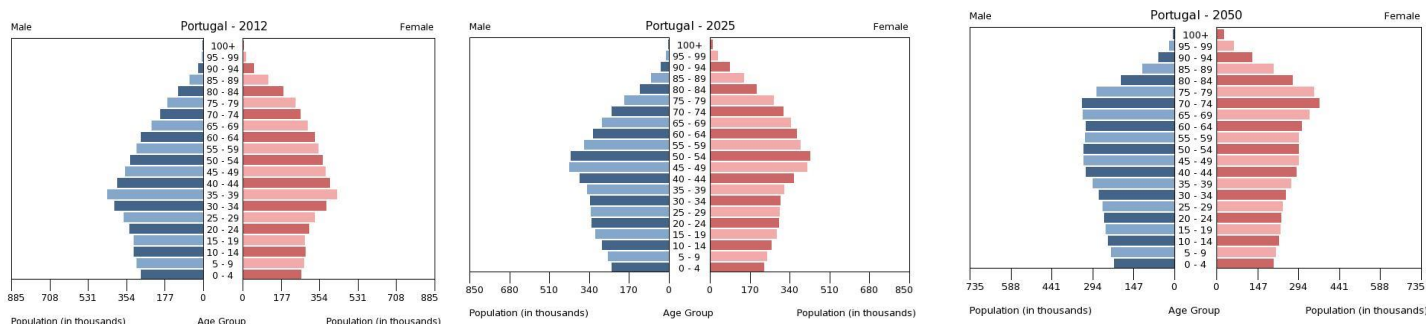
O grande desequilíbrio existente entre a proporção de jovens e idosos, está bem evidente na alteração do perfil que as pirâmides etárias (Figura 1) apresentam nos últimos anos, quer na base da pirâmide etária, onde se evidencia um estreitamento (envelhecimento na base), resultado da redução dos efectivos populacionais jovens (baixa natalidade), quer no topo da mesma pirâmide, caracterizado pelo seu alargamento (envelhecimento no topo), que corresponde ao acréscimo da população idosa (aumento da esperança média de vida), e tem vindo a contribuir para o agravamento do desequilíbrio intergeracional – “o aumento do número de idosos, (...) e que, tendencialmente, perderão a sua autonomia e tornar-se-ão dependentes de apoio de terceiros, tem desencadeado uma onda de preocupação” (Pimentel, 2005, p.33).



**Figura 1 – Pirâmide Etária, Portugal (1991 e 2001)**

Fonte: INE (2002)

Segundo Fernandes (2008), e tendo em conta as pirâmides etárias (Figura 2), a tendência futura mantém-se, reflectindo-se “no envelhecimento da população activa, com o acentuar das tendências de envelhecimento da base e topo” (p.93).



**Figura 2 – Pirâmides da população Portuguesa em 2000, 2025 e 2050**

Fonte: Fonte: US Census Bureau, International Data Base<sup>1</sup>

As consecutivas alterações na estrutura etária, traduzem-se pelo Índice de Envelhecimento<sup>2</sup>, que passou de 45 idosos por 100 jovens em 1981, para 103 idosos por 100 jovens em 2001 (INE, 2002). Este índice é mais elevado no caso das mulheres, devido à sua maior longevidade, passando o indicador de 124 idosas por 100 jovens mulheres em 2001, para 141 idosas por 100 jovens mulheres em 2009. Desde 1995, tem-se verificado que o

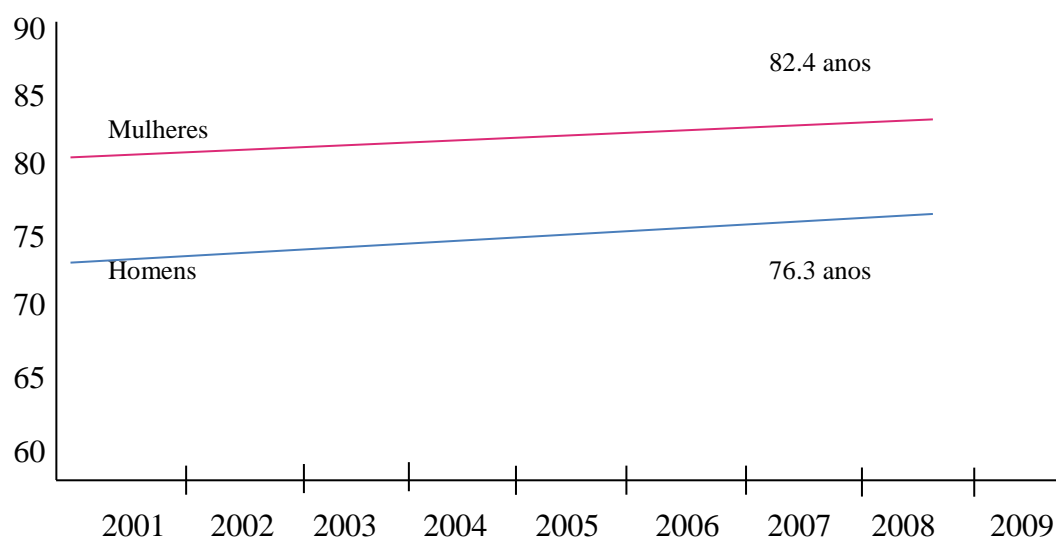
<sup>1</sup> <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>

<sup>2</sup> “Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 jovens.” (INE, 2011)

número de mulheres idosas a residir em Portugal é superior ao número de mulheres jovens (INE, 2010). Em 2011, os resultados provisórios dos Censos apontam para um índice de envelhecimento de 129, ou seja “ Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem” (INE, 2011a).

Os Censos de 2011 indicam-nos ainda, um aumento do índice de dependência total<sup>3</sup>, na última década. Este resultado do índice de dependência total é consequência do aumento do índice de dependência de idosos (aumentou cerca de 21% na última década) e da diminuição do índice de dependência dos jovens (diminuição de cerca de 6%) (ibidem).

O aumento da longevidade, presente nas sociedades modernas, está indiscutivelmente ligado ao aumento da esperança média de vida, que tem vindo a crescer ao longo das últimas décadas. Entre 2000 e 2009 a esperança de vida à nascença, aumentou no nosso país 2,9 anos no caso dos homens e 2,1 anos no caso das mulheres, situando-se em 76,3 e 82,4 anos de idade respetivamente, valores estes que se encontram acima da média europeia (74,7 anos para os homens e 81,5 anos para as mulheres em 2007), e que colocam Portugal num lugar intermédio tanto no que respeita aos homens como às mulheres (INE, 2010) (Figura 3).



**Figura 3 – Esperança média de vida à nascença (anos), Portugal, 2001-2009**

Fonte: INE, 2010 (Adaptada pela investigadora)

Desta forma, constata-se que as mulheres sobrevivem mais do que os homens, ou seja, assiste-se a uma velhice no feminino. Em 1998, 17,3% das mulheres tinham mais de 65 anos enquanto que apenas 12,9% dos homens tinham ultrapassado essa idade (Fernandes, 2001).

<sup>3</sup> “Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 0-14 anos conjuntamente com a população com 65 ou mais anos e a população com 15-64 anos” (INE, 2011).

Atualmente, prevê-se que os homens que cheguem aos 65 anos de vida, vivam em média mais 17 anos, e que as mulheres que atinjam esta mesma idade, ultrapassem esta média chegando aos 20 anos mais (ibidem).

A evidente desigualdade de sobrevivência entre sexos (feminino e masculino), resulta quer de questões biológicas quer sociais. Neste sentido, e segundo Fernandes (2007), a maior esperança de vida associada às mulheres, advém, por um lado da melhoria das condições de saúde reprodutiva das mulheres (gravidez e parto). As mulheres, na componente biológica estão em vantagem em relação aos homens, devido à proteção hormonal que estas possuem até à fase da menopausa. Por outro lado, o facto de as mulheres sobreviverem mais anos, deve-se a uma maior “habilidade das mulheres para tirarem proveito do progresso sanitário” (Vallin, 2002, cit. in Fernandes, 2008, p.52), e à sociabilidade feminina, particularmente nas idades mais avançadas. “A sociabilidade feminina é emocionalmente mais intensa e diversificada e esse factor pode proporcionar melhores condições de adaptabilidade a situações traumáticas que ocorrem ao longo da vida, como é o caso da viuvez” (Fernandes, 2008, p.52).

No que respeita aos homens, estes continuam mais expostos a riscos (consumo de álcool, drogas, promiscuidade nas relações sexuais, utilização de veículos a motor, etc.), conduzindo a uma mortalidade mais violenta e prematura, verificando-se assim, uma sobremortalidade masculina (Fernandes, 2008), que justifica também a maior proporção de mulheres que atingem idades mais avançadas (Figura 3).

O ritmo de crescimento da população idosa é mais acelerado do que o da população total, sobretudo nas idades mais avançadas. Neste sentido, podemos afirmar que o envelhecimento da população está bem visível no aumento da proporção da população mais idosa, ou seja, com mais de 75 anos, tendo entre 2001 e 2009 apresentado um crescimento de 1,5 % (passou de 6,9% em 2001 para 8,4% em 2009). Neste grupo etário, a evolução foi também mais acentuada nas mulheres do que nos homens, pois passaram de 8,3 em 2001 para 10,0% em 2009. A população desta faixa etária passa, desta forma, a representar praticamente metade da população idosa. O número de idosos com 80 ou mais anos, evidencia neste período também um aumento, passando de 3,5% em 2001 para 4,5 em 2009, retratando assim o envelhecimento da própria população idosa (INE, 2010).

Segundo Rosa (1993), este aumento do número de indivíduos de idades mais avançadas corresponde desta forma a “um agravamento do peso de uma fase da vida: a velhice” (p.685).

Geograficamente, e tendo em conta que o envelhecimento populacional não acontece de forma homogénea, as regiões do Alentejo e Centro evidenciam os maiores índices de envelhecimento, 179 e 164 respetivamente, contrariamente às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira que apresentam os menores índices de envelhecimento, 74 e 91 (INE, 2011a). De uma forma geral, em todas as regiões, o envelhecimento feminino é mais notório, justificado também pela maior esperança de vida das mulheres.

O facto de os indivíduos viverem cada vez mais anos, desencadeou reestruturações a vários níveis, nomeadamente a nível familiar. Observa-se assim, uma reestruturação não só a nível da própria dinâmica familiar, por exemplo no que diz respeito à prestação de cuidados, sendo estes, muitas das vezes, prestados por pessoas mais velhas, ou seja, os idosos a cuidarem de idosos; como também a nível económico, pois a família de hoje não têm suporte económico para sustentar três ou quatro gerações (Rosa, 2000). A redução da mortalidade acompanhada de uma também redução da fecundidade, interferiu seriamente na estrutura das famílias, sendo que na realidade atual, da maioria dos países desenvolvidos, “os mais velhos sobrevivem até muito tarde e os descendentes tendem a ser cada vez em menor número.” (Fernandes, 2008, p.137)

Resultado destas transformações, não só familiares como demográficas, temos hoje 60% da população idosa a viver só, ou na companhia exclusiva de outros idosos (INE, 2011a).

Segundo dados do INE (2011a), nos últimos dez anos o número de idosos que vivem só ou com outros idosos (com + de 65 anos), aumentou cerca de 28%, passando assim de 94.295 em 2001 para 1.205,541 em 2011. Relativamente aos idosos que vivem na companhia de outros idosos, verificou-se que em 2011 existia um número bastante elevado de idosos nesta situação (396,887), com maior incidência na zona norte e centro do país, sendo que na zona sul, este fenómeno apresenta números mínimos (98) (Tabela 2).

Dados apresentados pela GNR, resultantes da “Operação Censos Sénior 2012”<sup>4</sup>, vêm corroborar esta realidade, evidenciando que este fenómeno tem vindo a aumentar. Foram contabilizados, pela GNR, mais 7405 casos em 2012, face ao ano anterior, em que foram registados 15596 idosos a viverem sós e/ou isolados.<sup>5</sup>

Este é assim um fenómeno cuja dimensão tem vindo a aumentar, agudizando-se sobretudo nas grandes cidades onde as redes de apoio familiar e de vizinhança são mais frágeis.

---

<sup>4</sup> A “Operação Censos Sénior 2012” decorreu entre 15 de Janeiro e 29 de Fevereiro e destinou-se ao registo de todos os idosos que vivem isolados e sozinhos na área de responsabilidade da GNR, que corresponde a cerca de 94% do território nacional e a 54% da população residente.

<sup>5</sup> Informação retirada do site <http://expresso.sapo.pt/este-ano-ha-mais-7400-idosos-a-viver-sozinhos=f709487> (consultado a 02-07-2012)

Tabela 2

**População com 65 ou mais anos, a residir só ou com outros idosos, em Portugal, 2011**

Área geográfica	População com 65 ou mais anos de idade		Alojamentos familiares de residência habitual nos quais todos os residentes têm 65 ou mais anos		
	Total	A residir em alojamentos familiares sem outras pessoas	Total	Com 1 pessoa com 65 ou mais anos	Com 2 ou mais pessoas com 65 ou mais anos
<b>Portugal</b>	2.022,504	<b>1.205,541</b>	797,851	<b>400,964</b>	<b>396,887</b>
<b>Continente</b>	1.949,557	1.171,634	774,492	387,715	386,777
<b>Norte</b>	634,756	<b>343,359</b>	224,166	<b>108,612</b>	<b>115,554</b>
<b>Centro</b>	524,452	329,988	216,150	105,175	110,975
<b>Sul</b>	444	<b>310</b>	205	<b>107</b>	<b>98</b>
<b>R. A. dos Açores</b>	32.723	15.400	10.400	5.557	4.843
<b>R. A. da Madeira</b>	40.224	18.507	12.959	7.692	5.267

Fonte: INE, Censos Provisórios 2011 (adaptado).

O fenómeno do envelhecimento populacional é também uma realidade da União Europeia, e resulta da interação de tendências demográficas, que se manifestam a ritmos diferentes, tendo em conta o país ou região. Por um lado regista-se um baixo número médio de filhos por mulher (1,5 filhos/por mulher), não garantindo assim a substituição de gerações; paralela a esta situação verifica-se, nas últimas décadas, um declínio da fecundidade, e uma diminuição da mortalidade (nomeadamente infantil); e por outro lado a esperança média de vida à nascença continua a aumentar ao longo dos anos, o que resulta num aumento progressivo da população muito idosa, ou seja, população com mais de 80 e 90 anos.<sup>6</sup>

Em consequência destas alterações demográficas, e tendo em conta as projecções da Comissão Europeia, teremos uma ligeira diminuição da população total da UE, contudo esta será mais envelhecida. Prevê-se assim que o número de europeus em idade de trabalhar (dos 15 aos 64 anos) na UE diminuirá 48 milhões entre 2006 e 2050 e a taxa de dependência sofrerá um aumento que chegará aos 51% em 2050.<sup>7</sup>

O impacto das mudanças demográficas que se têm vindo a sentir ao longo das últimas décadas, têm produzido sérias perturbações no contexto económico, cultural e social, nomeadamente na protecção social, trabalho e alojamento. Neste sentido, a nível mundial, existe uma necessidade premente de desenvolver um conjunto de reformas que enfrentem as

<sup>6</sup>Informação consultada no site <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52006DC0571:PT:NOT>, a 29-05-2012.

<sup>7</sup> Informação consultada no site <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52006DC0571:PT:NOT>, a 29-05-2012.

consequências do envelhecimento populacional, uma vez que este parece ser um fenómeno de difícil controlo, e que exige uma abordagem integrada por parte das entidades governamentais.

Corroborando a Comissão das Comunidades Europeias, é fundamental promover uma estratégia global, não só ao nível dos países europeus como no plano nacional, por forma a reavaliar as políticas atuais, e perceber alguns reajustes que sejam necessários, decorrentes das alterações demográficas. “Caminhamos seguramente para uma sociedade diferente da que conhecemos até agora e onde os padrões institucionais de actuação terão que se adequar às mudanças indeléveis proporcionadas pela revolução silenciosa do sistema demográfico” (Fernandes, 2001, p.4).

Estas alterações demográficas que se têm propagado pela maioria dos países em desenvolvimento, têm impactos em vários setores da vida social e económica. Desta forma, o que se tem verificado, de forma crescente “é um desequilíbrio considerável entre as gerações, ou seja, o aumento dos mais velhos é relativamente empolado pela redução dos mais novos, contribuindo, desse modo, para o agravamento do desequilíbrio intergeracional” (Fernandes, 2008, p.73).

Em termos políticos, este desequilíbrio intergeracional, traduz-se no aumento de idosos em condições de passarem à reforma, com probabilidade de viverem ainda vários anos (aumento da esperança média de vida à nascença), e diminuição da população ativa, ou seja redução dos quotizantes.<sup>8</sup>

O declínio da população ativa e conseqüente envelhecimento da mão-de-obra, representa assim um grande desafio para a sustentabilidade das finanças públicas, não só pelo aumento de procura dos serviços de saúde pública (resultado do aumento da população idosa), acarretando um inevitável crescimento também dos recursos humanos e financeiros alocados a esta população (Fernandes & Botelho, 2007); como também pela tendência crescente de diminuição do número de população ativa (trabalhadores) e conseqüentemente dos quotizantes e contribuintes para a segurança social. Surge assim, um grupo de indivíduos em evidente ascensão, que cessam a sua atividade profissional, na idade legal considerada para a reforma, mas que não se enquadram ainda na categoria pré definida de idoso reformado, em muitos casos com um grau de dependência significativo, para o qual é necessário encontrar estratégias de intervenção, no sentido de potenciar a manutenção das suas capacidades (Pimentel, 2000).

---

<sup>8</sup> São estes que “alimentam o sistema-quando baseado no princípio de repartição, como é o nosso, são as quotizações resultantes do trabalho da população activa que garantem o pagamento das reformas” (Fernandes, 2008, p.91)

Deste modo, e tendo em conta as pressões sentidas pelo Estado, resultantes da demografia atual, emerge a necessidade de aliar uma melhor forma de tratar os idosos, apostando em alternativas à institucionalização, a uma redução dos custos por parte do Estado, com este grupo etário – os idosos. A política de manutenção dos idosos no seu domicílio, desencadeada no período de 1976-1985, surge assim, com o intuito não apenas de proporcionar um novo modo de vida aos idosos, estando mais inseridos na comunidade, mas também de reduzir as despesas do Estado neste setor (Velo, 2008). Esta política, surge em Portugal, através da criação de novos equipamentos destinados à população idosa, como os Centros de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário e os Centros de Convívio; e da transformação dos asilos em lares.

Uma outra preocupação que emerge das pressões resultantes das alterações demográficas, diz respeito à necessidade de institucionalizar o menos possível e o mais tarde possível, essencialmente aqueles idosos que encontrem ao nível da rede formal (família e amigos) e/ou da comunidade, apoios que lhes permitam assegurar a satisfação das suas necessidades, contando também com o apoio dos serviços locais existentes (INE, 1999).

Estes novos equipamentos, nomeadamente o Serviço de Apoio Domiciliário, representam assim uma alternativa à institucionalização do idoso, na medida que promovem a sua autonomia, mantendo-o no seu meio habitual, ao mesmo tempo que vão de encontro às suas necessidades, que na maioria das vezes não passam pela institucionalização. Para além disso promovem um novo estilo de vida para o idoso, que se pretende que seja participativo, autónomo e independente, retardando o envelhecimento e consequentemente institucionalização.

Deste modo, e com a criação de novas respostas sociais, está a sociedade a contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso, promovendo a sua participação ativa na sociedade, assim como um estilo de vida mais saudável que contribuirá para uma velhice mais autónoma e integrada

## 1.2 Perspetiva Micro do Envelhecimento: Envelhecimento Individual

Para além da perspetiva demográfica ou macro, o envelhecimento traduz impactos numa perspetiva micro/individual, que se relaciona com a forma como entendemos o envelhecimento enquanto processo.

Na perspetiva de Fontaine (2000), o envelhecimento caracteriza-se por um conjunto de processos dinâmicos que surgem em consequência da fase de desenvolvimento do organismo de natureza biológica ou psicológica.

Fonseca (2005a), por seu lado, refere o envelhecimento como um fenómeno normal que faz parte do desenvolvimento humano, caracteriza-se pela ocorrência de transformações adaptativas e é influenciado por fatores genéticos e fatores extrínsecos a que cada um está sujeito, no contexto onde está inserido. De acordo com esta perspetiva, podemos encarar o envelhecimento como um modelo biopsicossocial, pois permite-nos avaliar as alterações características desta fase da vida, tendo em conta os vários domínios: biológico, psicológico e social.

O envelhecimento está portanto, associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que não é fácil, nem consensual, determinar a idade a partir da qual se possam considerar as pessoas como idosas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, e numa tentativa de uniformização de critérios, considera-se idosa qualquer pessoa com 65 ou mais anos, independentemente do género e estado de saúde. No entanto, o processo de envelhecimento, sendo um processo multidimensional (onde está inerente a base biológica, psicológica e social), apresenta-se sob o ponto de vista diferencial, uma vez que ocorre de forma diferente de indivíduo para indivíduo, podendo iniciar-se prematuramente e conduzir rapidamente à senilidade precoce, ou então produzir-se de uma forma lenta e levar a uma vida saudável por muito mais tempo. Na realidade, até no próprio indivíduo pode acontecer esta variabilidade, dado que algumas dimensões podem envelhecer mais rapidamente que outras (por exemplo, a dimensão biológica pode deteriorar-se a um ritmo mais acelerado comparativamente à dimensão psicológica ou social). Estas diferenças estão associadas a fatores externos como a raça, o estilo de vida, a informação genética, o estado de saúde, entre outros.

Perante esta mutabilidade no processo de envelhecimento, Fontaine (2000) considera necessário identificar três tipos de idade, que podem não coincidir com a idade cronológica. Para este autor, pode-se falar em idade biológica, idade psicológica e idade social.

- Idade biológica, está relacionada com o envelhecimento orgânico, ou seja, diz respeito ao estado funcional dos órgãos e das funções vitais que vão sofrendo modificações, diminuindo o seu funcionamento, uma vez que a capacidade de auto-regulação tende a ser menos eficaz, com o passar do tempo.

A diminuição da condição física, torna o indivíduo mais suscetível à doença e mortalidade, contudo o seu envelhecimento biológico pode retardar ou

acelerar, na medida que adote ou não hábitos de vida saudáveis. Isto é, um indivíduo que pratique exercício regularmente pode ser biologicamente mais novo que um indivíduo da mesma idade que não o faça. Os hábitos de vida assumidos pelo indivíduo ao longo da vida, revestem-se de uma elevada importância na medida em que os seus comportamentos influenciam também a sua longevidade (Botelho, 2000).

- Idade psicológica, diz respeito à personalidade e emoções do sujeito, assim como às competências comportamentais de cada um, para responder e se adaptar às mudanças, nomeadamente ambientais e outras. Com o passar dos anos, algumas funções cognitivas e emocionais do ser humano diminuem, enquanto que outras estabilizam ou podem até aumentar, incluem-se aqui a memória, a inteligência, as motivações, as percepções, os sentimentos, a auto-estima e o nível de autonomia e controlo. A idade psicológica traduz a forma como o indivíduo percebe o “tempo” (os anos passados) e como o viveu.
- Idade social, refere-se aos papéis, aos estatutos e aos hábitos de cada pessoa no seio da sociedade, podendo ser avaliada através dos padrões de comportamento, como por exemplo, o desempenho das funções sociais. Esta idade é muito influenciada pela cultura e história do país.

Nesta lógica, o envelhecimento não pode ser visto apenas como um marco cronológico, mas sim segundo uma visão holística, privilegiando toda a sua complementaridade (condição física, funcional, mental e de saúde). Tal significa que o envelhecimento deve ser interpretado numa perspectiva biológica, psicológica e social.

### 1.2.1 Envelhecimento Biológico

“O envelhecimento como etapa da vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais” (Sequeira, 2010, p.19). Assim há uma interação contínua das dimensões biológica, social e psicológica, influenciada pela vivência humana, interagindo entre si.

O envelhecimento biológico, a que também se pode chamar senescência, é considerado o envelhecimento natural, ou seja, diz respeito à perda progressiva de funcionalidade e adaptação do organismo, própria do avançar da idade e que tem repercussões ao nível da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático (Novoa et al., 2001).

Neste sentido, pode-se dizer que o envelhecimento biológico do ser humano, se dá ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células, e que as alterações nos diversos aparelhos e sistemas não apresentam a mesma velocidade de declínio, e o padrão de declínio é bastante heterogéneo entre os diferentes órgãos (Teixeira, 2006). Estas alterações biológicas que acontecem no processo de envelhecimento refletem-se nos problemas de saúde dos idosos, principalmente numa maior predisposição para certas doenças, como por exemplo, a ocorrência de doenças crónicas<sup>9</sup>, que tendem a aumentar com a idade (Direcção Geral de Saúde, 2004) e podem precipitar a dependência ou o fim da vida.

O envelhecimento começa a fazer-se notar com as mudanças no aspeto exterior: aparecimento de cabelos brancos, perda progressiva de agilidade e capacidade de reação reflexa, alterações no equilíbrio, diminuição da força e elasticidade muscular, alterações emocionais e alterações cognitivas (Sequeira, 2010).

Deste modo, as alterações fisiológicas que ocorrem, influenciam tanto a componente estrutural relativa ao aspeto geral do corpo, como o seu funcionamento orgânico. Spar e la Rue (2005), referem como principais alterações anatómicas e funcionais do organismo as relacionadas com os vários sistemas nomeadamente, o sistema cardiovascular<sup>10</sup>, o sistema respiratório<sup>11</sup>, o sistema gastrointestinal<sup>12</sup>, o sistema renal e urinário<sup>13</sup>, o sistema músculo-esquelético ou orgânico<sup>14</sup> e o sistema nervoso<sup>15</sup>.

Ao nível da audição e visão verificam-se também, com o avançar dos anos, algumas alterações, nomeadamente um atrofio do nervo auditivo, diminuindo a capacidade de audição, assim como uma diminuição visual, aumento da sensibilidade no contato com a luz, e perda da capacidade noturna e ainda possibilidade de cataratas senis e/ou glaucomas. Estes défices sensoriais são considerados como causas importantes do declínio geral do funcionamento de atividades intelectuais, podendo também contribuir para a diminuição dos contatos sociais (Fontaine, 2000; Vaz Serra, 2006).

Ao nível dos ritmos biológicos e do sono, surgem alterações nas fases do sono com períodos mais frequentes de sono ligeiro, e uma diferente repartição das horas de sono (Berger, 1995).

---

<sup>9</sup> Doença Crónica é “ (...) a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada” (Ministério da Saúde, e do Trabalho e da Solidariedade, 2006:3857).

<sup>10</sup> Perda de fibra elástica das grandes artérias, aumento de rigidez e estreitamento das artérias, menor rendimento cardíaco (Sequeira, 2010).

<sup>11</sup> Diminuição da caixa torácica, diminuindo a capacidade de ventilação. Atrofia e rigidez pulmonar.

<sup>12</sup> Menor capacidade de absorção de nutrientes, diminuição das vilosidades intestinais prejudicando a eficiência da eliminação.

<sup>13</sup> Dificuldade na eliminação de toxinas e outras substâncias. Possibilidade de incontinência, micções mais frequentes e menos abundantes.

<sup>14</sup> Alteração na postura (tronco e pernas), enfraquecimento do tónus muscular, rigidez nas articulações Filho, 1996, Garcia 1999).

<sup>15</sup> Perda de neurónios e de neurotransmissores. Declínio gradual da condução nervosa e uma demora no tempo de reação.

Todas estas alterações corporais vão ter repercussões ao nível psicológico, visíveis nas mudanças de comportamentos e de atitudes do idoso, pois representam, para este, um desafio, implicando a aceitação da sua “nova” condição física e imagem corporal (Silva, 2005).

Sayer et al (2002), consideram que as condições externas a que cada um está sujeito “ (...) desde que nascem e a sua maior ou menor plasticidade desenvolvimental ao longo de todo o ciclo de vida (que deriva, em parte, da exposição a essas mesmas condições), acabam por influenciar o próprio envelhecimento (Fonseca, 2004, cit. in Santos, 2008, p.31).

### 1.2.2 Envelhecimento Psicológico

O envelhecimento psicológico emerge de uma série de ajustamentos individuais, decorrentes das alterações que se vão evidenciando ao longo deste processo, como são as alterações corporais, cognitivas e emocionais, as expectativas sociais, as relações sociais e familiares, no contexto sociocultural em que se encontra inserido; e da forma como o próprio indivíduo vivencia todas estas alterações, assim como da sua capacidade de aceitação/adaptação à sua condição de idoso.

Este implica alterações ao nível da memória, inteligência, e está igualmente associado a efeitos de perdas. Assim, no que respeita às alterações psicológicas no idoso, estas estão associadas ao aspeto intelectual e à sua história de vida, assim como à adaptação da sua capacidade de auto-regulação psicológica, em relação à componente biológica. O domínio psicológico engloba assim uma variedade de fenómenos, como as emoções, a personalidade, o controlo, a auto-estima, as estratégias de coping<sup>16</sup>, as ações, entre outros. (Fonseca, 2005a). Na perspectiva de José et al (2002, cit. in Santos, 2008), os indivíduos mais saudáveis e com uma atitude mais positiva, conseguem uma melhor e mais fácil adaptação ao processo psicológico de envelhecimento.

A dificuldade de memória é uma das queixas mais referidas pela maioria dos idosos (Vaz Serra, 2006). No entanto, esta falha de memória não tem, na maioria das vezes implicações na realização das atividades diárias do idoso, ou seja, não é uma perda significativa. Segundo Fontaine (2000), a memória remota ou memória a longo prazo tende a manter as funções preservadas, e em alguns casos pode até evoluir com a idade, já a memória imediata (ou memória a curto prazo que inclui a memória de trabalho) apresenta alguns

---

<sup>16</sup> Usualmente definidas como “estratégias de confronto”, ou seja, formas de “lidar com” ou ainda “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes de stress” (Ramos & Carvalho, 2007, p. 7).

declínios, nomeadamente uma diminuição da capacidade de reter informação e manipular a informação retida.

No que respeita à inteligência dos idosos, Horn e Cattell (1967, cit. in Figueiredo, 2007) referem “...a existência de um declínio na inteligência fluída e estabilidade ou até incremento da inteligência cristalizada durante o período da vida adulta” (p.41).

Na perspetiva de Barros (2008), embora haja uma diminuição de rendimento intelectual com o avançar da idade, em particular nos mais idosos, pode dizer-se que não há um declínio generalizado, mas pelo contrário existe alguma estabilidade, havendo aspetos específicos, nomeadamente a sabedoria que podem até crescer. Contudo, e segundo Paúl (2005) a variabilidade existente entre indivíduos advém das suas características individuais, nomeadamente a capacidade cognitiva a priori e a estimulação cognitiva a que são sujeitos ao longo da vida, incluindo na velhice.

Para além das alterações características desta fase da vida, existem determinadas circunstâncias no percurso existencial da pessoa, como por exemplo, a perda do cônjuge, de estatutos e actividades significativas, que podem não só, precipitar o declínio físico e psicológico, como também agravar uma doença em qualquer fase da vida (Aiken, 1989, cit. in Agostinho, 2004).

Neste sentido, o ajustamento saudável às mudanças internas ou externas impostas pelo envelhecimento, depende do desenvolvimento ao longo da vida, ou seja, de um conjunto de atitudes e estratégias adquiridas pelo indivíduo, como por exemplo, a aceitação de si e dos outros, as experiências vividas, a resistência à frustração e ao stress, por forma a encontrar um sentido para a vida.

A qualidade de vida, o bem-estar e a satisfação pessoal no geral, estão portanto dependentes, da manutenção das relações sociais, da interacção social e da prática de actividades produtivas (Fontaine, 2000).

O desafio desta última fase da vida, passa deste modo, por saber negociar o inevitável declínio fisiológico, aliado à acumulação das perdas ao longo da vida, bem como valorizar a imagem de si próprio mantendo a capacidade de independência (Gaudet, 1992, cit. in Agostinho, 2004).

### 1.2.3 Envelhecimento Social

Da mesma forma que o envelhecimento humano acarreta modificações biológicas e psicológicas, também trás consigo um conjunto de modificações na vida das pessoas, ao nível do seu papel na sociedade, ao que comumente se chama de envelhecimento social.

O Homem, enquanto ser vivo é portanto um ser social, na medida em que durante o seu trajeto de vida interage com o meio, desenvolvendo relações interpessoais (família, amigos, trabalho, etc.). Paúl (2005), afirma que a criação de relações sociais é fundamental para a saúde mental dos indivíduos, destacando a classe dos idosos, pois constituem um grupo de grande vulnerabilidade neste campo.

Contudo, a velhice nem sempre foi vista e tratada como é nos dias de hoje. Entre o século XIX, período da Revolução Industrial, e meados do século XX, assistia-se a uma velhice denominada de “velhice invisível” (Guillemard 1980, cit. in Fernandes, 1997), ou seja, o apoio às pessoas idosas era remetido para o espaço doméstico, no seio familiar e em contexto privado, visto que a solidariedade para com os idosos era tida na generalidade dos casos, como uma solidariedade familiar. Quando não existia suporte familiar, esta solidariedade tinha lugar em contexto público, isto é, através de instituições de caridade onde o idoso era incluído na categoria de pobre e indigente. Ser-se apoiado institucionalmente significava então, ser-se pobre, indigente ou doente. Neste sentido, a valorização do indivíduo estava dependente da sua condição social, isto porque a velhice não existia como uma categoria social autónoma, nem havia um apoio público dirigido diretamente para os idosos (Veloso, 2007; Fernandes, 1997).

Posteriormente, no Estado Novo, a velhice começou a ser encarada de outra forma, e uma das principais alterações que veio contribuir para esta mudança teve a ver com “a constituição e generalização dos sistemas de reforma” (Veloso, 2007, p. 235).

Com a identificação desta etapa da vida – a reforma, surge assim um novo conceito, o de “velhice identificada”, ou seja a velhice passa a estar associada à reforma, entendida como uma “inatividade pensionada” deixando de ser sinónimo de incapacidade para trabalhar. Isto é, “ a generalização dos sistemas de reforma contribuiu para que todas as pessoas, a partir de uma determinada idade, ficassem dispensadas de trabalhar, independentemente da sua capacidade para realizar trabalho” (Veloso, 2007, p. 235).

A velhice, passa assim a ser uma velhice identificada na medida em que é caracterizada por um modo de vida comum, o de reformado (Guilemard, 1980, cit. in Veloso, 2007). Assim,

ao contrário da anterior, a velhice identificada transmite uma definição homogênea da velhice. Neste sentido e com a progressiva generalização dos sistemas de reforma, a segurança na velhice deixa de estar dependente da situação económica, isto é, ao contrário do que acontecia anteriormente em que a “velhice segura era a que assentava no conforto material do proprietário”, gradualmente essa segurança começa a ser atribuída através do acesso ao trabalho remunerado e à posição social (Fernandes, 1997, p. 23).

A intervenção social junto da população idosa, tanto a nível de pensões de reforma, como ao nível da ação social, foi-se também alterando ao longo do tempo, perspetivando-se assim, uma nova forma de encarar e tratar a velhice.

Referindo-nos então ao envelhecimento social, podemos dizer que este se encontra marcado pela cultura e história da sociedade e refere-se ao desempenho de papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade em que a pessoa se insere. Caracteriza-se essencialmente pela mudança de papéis, implicando a perda de alguns em função da idade (por exemplo o papel profissional), e o ganho de outros (papel de avô), (Teixeira, 2006).

A idade reveste-se assim, de uma natureza social, na medida que influencia o modo de vida e os padrões de interação do indivíduo com os outros e com o meio. As normas conferidas pela idade têm impactos em diferentes áreas da vida do indivíduo, nomeadamente familiar, profissional e comunitária (Cabanas, 1999), e acarretam transformações nos papéis familiares, entrada na reforma, participação social exercida de modo diferente e/ou com menor frequência, e desenvolvimento de novas relações sociais.

A reforma surge assim no processo de envelhecimento, como marco na vida das pessoas, constituído de grande importância na nossa sociedade, pois é normalmente nesta fase que se passa à categoria de idoso. Por um lado, é uma fase estereotipada como a passagem de socialmente útil para socialmente inútil e não produtivo, levando a um sentimento de perda resultante da progressiva “desvalorização” do seu estatuto social. Por outro lado, é comum uma diminuição de rendimentos económicos, assim como uma diminuição de oportunidade de contatos sociais, ficando estes mais centrados na família (Figueiredo, 2007). A reforma impõe assim uma perda significativa da identidade, originada pela rutura de laços sociais criados no trabalho, principalmente para aquelas pessoas que não mantinham muitos contatos para além dos existentes no local de trabalho (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 1996).

A inadaptação do idoso a estes padrões sociais, impostos pela sociedade, assim como as inúmeras perdas (papel profissional, papel familiar como chefe de família, cônjuge, etc.) a que o indivíduo está sujeito ao longo da vida, sobretudo na velhice, podem, muitas vezes, contribuir para um estado progressivo de isolamento do idoso (apontado como um dos

principais problemas durante o envelhecimento), enfraquecendo as suas relações com a sociedade e com aqueles que o rodeiam, perdendo o interesse pela vida (de uma forma geral), podendo mesmo levar a uma perda de autonomia e independência (Pimentel, 2002). Esta visão negativa da sua própria velhice, pode levar a que o idoso sofra uma crise de identidade e consequente diminuição da sua auto-estima (na medida que acha que já não tem nada para fazer), e em casos mais graves levar a estados patológicos e/ou depressivos.

O envelhecimento na perspetiva social, impõe portanto diversas alterações no quotidiano do indivíduo. Contudo, é importante ter presente que cada indivíduo envelhece de forma diferente, ao seu ritmo, pelo que a condição de reformado (no sentido de não ter emprego) é entendida de forma diferente por cada indivíduo e por isso tem influências diferentes em cada um. A forma, mais ou menos positiva, como cada indivíduo percebe e vive todas estas mudanças inerentes ao processo de envelhecimento é fulcral para a sua adaptação e promoção do seu bem-estar.

Neste sentido, as questões relacionadas com o processo de ajustamento e adaptação do indivíduo, revestem-se de elevada importância ao longo deste processo que é o envelhecimento, na medida em que são essenciais para a saúde mental. Contudo, muitas das adaptações que os idosos necessitam vivenciar representam para si verdadeiras crises, sendo que Berger & Mailloux-Poirier (1995) consideram mesmo a velhice como uma situação de crise, ou seja, um momento de várias mudanças para quais os mecanismos habituais do indivíduo nem sempre estão preparados. As dificuldades em adaptar-se resultam muitas vezes da sua história de vida, das perdas que foram sofrendo ao longo da vida, das situações de stress, das patologias, da fadiga, do desenraizamento, entre outras (ibidem).

Na perspetiva de Pimentel (2002), é nestas idades mais avançadas que as perdas se aceleram e as crises se tornam por isso, cada vez mais constantes e difíceis de ultrapassar.

### 1.3 Novos paradigmas do Envelhecimento

As perspetivas biológica, psicológica e social, são hoje complementadas com outras abordagens sobre o envelhecimento ou novos paradigmas. Tal significa que não só o processo de envelhecimento está em mudança, como também a forma como ele é perspectivado tem sofrido alterações nos últimos anos. Os idosos de hoje ambicionam viver mais tempo que os idosos das gerações anteriores, com melhores condições económicas e de saúde, impondo uma melhor qualidade de vida, com produtos e serviços inovadores e com maior qualidade,

assim como profissionais com formação mais específica (Dennis,2004; Nummelin,2005). Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje um desafio a nível não só individual, mas também coletivo, com repercussões no desenvolvimento económico dos países (Ministério da Saúde, 2004).

A preocupação crescente das sociedades em torno do envelhecimento e das suas repercussões a nível individual, económico e social, tem proporcionado um conjunto de novas práticas junto da população idosa, contribuindo assim para novos paradigmas do envelhecimento, pois se no passado este estava associado à doença, ao declínio, à rutura com o mercado de trabalho e a sentimentos de tristeza e solidão, atualmente, e apesar de ainda ser necessário continuar apostar na mudança de mentalidades, a realidade é que cada vez mais o envelhecimento está associado a momentos de lazer, à possibilidade de maior participação social, e à capacidade do idoso se manter ativo após a entrada na reforma.

### 1.3.1 Envelhecimento Bem Sucedido

Perante o surgimento dos novos paradigmas do envelhecimento, tem surgido uma variedade imensa de literatura sobre estes temas, cruzando-se também conceitos que visam articular as diferentes dimensões do envelhecimento, numa perspetiva positiva e pró-ativa. Contudo e no caso concreto do envelhecimento bem sucedido, não há ainda uma definição ou critérios consensuais sobre o que de fato representará um envelhecimento bem sucedido.

O termo de “Envelhecimento Positivo”, “Envelhecimento com Sucesso” ou “Envelhecimento Bem Sucedido” surgiu nos anos 60 e dizia respeito não só à adaptação do indivíduo, às condições específicas da velhice, como também à necessidade do indivíduo encontrar um equilíbrio entre as suas capacidades individuais e as exigências do exterior (Fonseca, 2005b).

Durante muitos anos, a diferença que se fazia no processo de envelhecimento, centrava-se apenas na diferença entre saúde e doença, que proporcionaria um envelhecimento bem sucedido ou um envelhecimento mal sucedido, respetivamente. Havia nesta altura, apenas uma preocupação por parte dos gerontologistas, que consistia em distinguir estados patológicos de estados não patológicos, não considerando o indivíduo no seu todo (Rowe & Kahn, 1999, cit. in Fonseca, 2005b).

Face a esta visão sobre o envelhecimento e na perspetiva de Rowe & Kahn (cit. in Fonseca, 2005b), era necessário encarar o envelhecimento numa perspetiva mais global,

valorizando os aspetos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, afastando assim o conceito de envelhecimento de termos como doença e incapacidade.

Neste sentido, e com o objetivo de perspetivar numa ótica diferente a natureza da velhice e das imagens negativas que dela advêm, P. Baltes e M. Baltes (1990) apresentam uma teoria sobre o envelhecimento bem sucedido, baseada na perspetiva psicológica, assente na estratégia de “otimização seletiva com compensação”. Este é um processo dinâmico que prevê um equilíbrio entre ganhos e perdas, através da interação de três processos:

**1) seleção** – fazer restrições, estabelecer prioridades (tarefas, metas, etc.) e delinear objetivos/metras;

**2) otimização** – maximizar os recursos disponíveis para alcançar as metas estabelecidas;

**3) compensação** – capacidade de recorrer a recursos alternativos quando os existentes não são suficientes para alcançar as metas estabelecidas (Almeida, 2007).

Este processo corresponde assim, a uma estratégia de adaptação universal, inerente ao desenvolvimento humano, contudo, o resultado fenótipo é variável não só em função dos domínios de análise a que se aplica, como também de fatores pessoais e do contexto cultural onde o indivíduo está inserido. Desta forma, Baltes e Baltes (1990) consideram o envelhecimento bem sucedido como um processo adaptativo, que através de um equilíbrio entre uma otimização seletiva e compensação, permite ao indivíduo gerir de forma mais positiva as suas perdas e ganhos, facilitando assim o alcance das suas metas, procurando sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas, apesar da inevitável redução de capacidades (ibidem).

Para Fontaine (2000) “as perdas inerentes às influências dos factores associados à idade (age-graded) e aos acontecimentos pessoais (non normative) podem também ser equilibradas por ganhos ligados a estratégias de vida (em especial a manutenção dos laços sociais). O resultado final entre estes três tipos de processos pode ser a manutenção de um elevado nível de funcionamento nalgumas actividades, a conservação de um sentimento de eficácia pessoal e de um sentimento geral de velhice bem sucedida” (p.157).

Esta teoria do envelhecimento bem sucedido defendida por Baltes e Baltes (1990), tem a vantagem de “evitar uma visão tendencialmente unilateral do envelhecimento, pela negativa ou pela positiva” (Almeida, 2007, p.19), realçando o balanço entre os ganhos e perdas, em vez de acentuar o declínio ou o crescimento (Baltes & Carstensen, 1996, cit. in Almeida, 2007). Além disso, salienta a importância do envelhecimento como um processo dinâmico ao longo das diferentes fases da vida.

Baltes e Baltes (1990, cit.in Fonseca, 2005a), enunciaram um conjunto de estratégias capazes de promover um envelhecimento bem sucedido, nomeadamente:

- **Adotar um estilo de vida saudável:** com o objetivo de evitar ou retardar o aparecimento de patologias características da fase de envelhecimento;
- **Adotar uma visão otimista da vida:** facilitando assim, a perceção dos aspetos positivos do dia-a-dia, amenizando a dor das perdas que inevitavelmente vão sucedendo;
- **Realizar atividades enriquecedoras do ponto de vista cognitivo e social:** de forma a atenuar os défices próprios desta fase da vida;
- **Saber lidar com a perda:** isto é, ter a capacidade de encontrar alternativas que reorientem a vida em termos de aspirações e objetivos;
- **Adotar comportamentos realistas:** ou seja, agir tendo em conta as capacidades individuais, os desejos e ambições pessoais.

O envelhecimento bem sucedido está assim dependente, não só de estratégias como as anteriormente referidas, mas também da capacidade de adotar estratégias de coping que permitam ao idoso, e apesar das suas vulnerabilidades, permanecer autónomo, produtivo e manter-se um membro ativo na sociedade, o mais tempo possível (Fonseca, 2005a).

Na perspetiva de diversos autores, nomeadamente Fontaine, Rowe & Kahn, e corroborando as estratégias definidas por Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem sucedido está associado à reunião de três grandes condições. A primeira diz respeito à reduzida probabilidade de doenças, principalmente as que causam perda de autonomia. Simões (2005) refere que muitas das doenças características da velhice se podem prevenir, sendo que a saúde é parte integrante do que se entende como envelhecimento bem sucedido. A segunda consiste na preservação de um elevado nível funcional tanto físico como cognitivo (velhice ótima), sendo que para isso é importante a atividade física nesta fase da vida, assim como a manutenção da atividade intelectual e uma crença positiva perante as várias situações diárias. A terceira assenta na continuidade da participação/interação social e promoção do bem estar. Para Fontaine (2000), a participação social contempla não só a manutenção de relações sociais como também a realização de atividades produtivas. Assim, na perspetiva de Simões (2005), as pessoas que mantêm, mesmo na velhice, uma maior e melhor interação social, tendem a viver mais anos, com uma menor probabilidade de contraírem determinadas doenças, nomeadamente as do foro mental. Continuar a atividade produtiva (seja remunerada

ou não), contribui também para o processo de envelhecimento bem sucedido, na medida em que implica um compromisso com a vida (Simões, 2005; Fontaine, 2000).

Estes três tipos de condições associam-se em proporções variáveis, de acordo com as diversas influências a que cada indivíduo está sujeito ao longo da vida (Fontaine, 2000).

Ao conceito de envelhecimento bem sucedido, associa-se também e inevitavelmente o conceito de qualidade de vida. Neste sentido e tendo em conta a perspetiva de Victor et al (cit.in Sousa, Galante & Figueiredo, 2003), pode afirmar-se que a qualidade de vida abrange um leque alargado de áreas da vida, englobando não só a satisfação com a vida, ou o bem-estar social, como também a independência, o controle, as competências sociais e cognitivas. É portanto um conceito abrangente e subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (OMS, 1999, cit. in Sequeira 2010).

Assim, e sendo o envelhecimento um processo complexo e heterogéneo, torna-se fundamental estimular um envelhecimento bem sucedido durante os vários estádios do desenvolvimento humano. Ou seja, é fulcral incutir no indivíduo, e principalmente no indivíduo idoso, a importância de adotar comportamentos que permitam reduzir o risco de doença e/ou de determinadas limitações, preservar um elevado funcionamento físico e mental e sobretudo estabelecer e manter um compromisso ativo com a vida. Desta forma é possível minorar a tendência para um envelhecimento patológico, promovendo a saúde e um envelhecimento ativo e bem sucedido (Marciel, 2008). Esta postura perante o envelhecimento traduz uma importante mudança ideológica, uma vez que ao considerar que o envelhecimento não é sinónimo de perda, doença, limitações e défices, consegue-se perceber os aspetos positivos desta fase e o seu potencial e contributo para o desenvolvimento (Sé, 2009).

Tendo em conta o que foi referido, as teorias do envelhecimento bem sucedido definem, de uma forma geral, o sujeito como pró-ativo, ou seja, capaz de gerir a sua qualidade de vida através da delimitação de objetivos e de estratégias para os alcançar, acumulando recursos que lhe permitam uma fácil adaptação à mudança e desta forma contribuir ativamente para a manutenção do seu próprio bem-estar. Nesta ótica, o envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser estimulado ao longo da vida e não apenas na velhice (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Contudo, Fonseca defende que conquistar um envelhecimento bem sucedido é uma tarefa essencialmente individual, dada a já referida, heterogeneidade e variabilidade do processo de envelhecimento. “Devendo a sociedade proporcionar a cada indivíduo os recursos

necessários que lhe permitam concretizar a sua expressão pessoal de envelhecimento” (Fonseca, 2005a, p.216).

### 1.3.2 Envelhecimento Ativo

O termo “envelhecimento ativo” foi adoptado pela Organização Mundial de Saúde em finais dos anos 90 e pretende transmitir uma mensagem mais ampla que a designação de “envelhecimento saudável”, admitindo assim que existem outros fatores que influenciam a forma como os indivíduos envelhecem, para além dos cuidados com a saúde (Kalache & Kickbusch, 1997 cit. in OMS, 2005). Pressupõe também a participação contínua do indivíduo nos diversos assuntos da vida, nomeadamente nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não exclusivamente a capacidade deste estar fisicamente ativo, nomeadamente como força de trabalho (OMS, 2005). É essencial manter o idoso ativo socialmente, participando na sociedade de forma autónoma, pois é fundamental que este se sinta parte dela e que reconheça o seu contributo para o seu desenvolvimento (Torres, 2008).

Assim, e segundo a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo “é um processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13). A lógica de ativação pressupõe a consideração de uma variedade de fatores decisivos, individuais e externos que influenciam o processo de envelhecimento:

- **Transversais:** cultura e género: a cultura onde o idoso está inserido ao longo da vida, vai influenciar a forma como a velhice e o envelhecimento são encarados por este. Em relação ao género diz respeito às diferenças existentes na forma de envelhecer entre homens e mulheres.
- **Pessoais:** onde englobamos a genética, a biologia e fatores psicológicos (inteligência e capacidade cognitiva);
- **Comportamentais:** que dizem respeito às atitudes e comportamentos adotados ao longo da vida (atividade física, alimentação saudável, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, etc);
- **Relacionados com o espaço físico:** podemos referir a habitação (espaço físico, acessibilidades, segurança, etc);

- **Relacionados com o ambiente social:** estão associados aos apoios sociais, às oportunidades de aprendizagem e educação, à proteção contra violência e maus tratos.
- **Económicos:** estão relacionados com o rendimento, o trabalho e a proteção social;
- **Relacionados com o sistema de saúde e serviços sociais:** dizem respeito à perspectiva de promoção da saúde a longo prazo, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidados de saúde;

Na perspetiva da OMS, o envelhecimento ativo aplica-se não só a indivíduos mas também a grupos populacionais. Permite que os indivíduos se dêem conta das suas capacidades para promover o seu próprio bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, incentivando-os a participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, ambições e capacidades. Paralelamente a isto, desencadeia segurança, proteção e cuidados adequados quando necessários (OMS, 2005), destacando a capacitação (manter a atividade e alargar a participação dos idosos) e não a incapacidade (as necessidades resultantes da idade e o risco de dependência).

Assim, o envelhecimento ativo combina conceitos como qualidade de vida e bem-estar físico, social e mental, isto é, está relacionado com saúde<sup>17</sup>, autonomia<sup>18</sup>, independência<sup>19</sup> e produtividade dos indivíduos, conforme vão envelhecendo (OMS, 2005).

O idoso saudável mostra-se assim uma pessoa ativa e envolvida nos seus interesses, assemelhando-se, neste sentido, ao adulto de meia-idade, podendo o envelhecimento transformar-se numa fase em que se conhecem novos aspectos da vida e em que os acontecimentos são interpretados de uma forma mais equilibrada (Vaz Serra, 2006). Assim, conclui-se que “o envelhecimento saudável é resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica” (Ramos, 2003, cit. in Soares, 2006, p.4) e fomenta o envelhecimento ativo, no sentido de uma participação ativa na comunidade e no seu próprio processo de envelhecimento.

O objetivo fulcral do envelhecimento ativo centra-se na conquista de qualidade de vida na velhice e na concretização de um envelhecimento saudável/bem sucedido, inclusive para aquelas pessoas que estão frágeis, fisicamente incapacitadas e requerem cuidados. A OMS

---

<sup>17</sup> Saúde – referida pela Organização Mundial de Saúde como o bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

<sup>18</sup> Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais de como se deve viver diariamente, de acordo com as suas próprias convicções e gostos pessoais (OMS, 2005).

<sup>19</sup> A independência é a capacidade de executar tarefas relacionadas com o quotidiano, isto é, conseguir viver independentemente na comunidade com algum ou nenhum apoio por parte de outros (ibidem).

chama a assim a atenção para a forte ligação entre a atividade e a saúde, enfatizando a importância de se melhorar a qualidade de vida no período da velhice, mediante a preservação do bem-estar mental e físico ao longo de todo o ciclo de vida (Hessel, 2008).

Por entre as diferentes iniciativas que têm contribuído para elevar a importância das pessoas mais idosas, numa lógica de participação e autonomia, destaca-se o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações” (2012), o qual visa contribuir para a promoção de medidas que criem melhores oportunidades para esta geração se manter ativa, e ao mesmo tempo sensibilizar e chamar a atenção da comunidade em geral, para a importância do contributo das pessoas mais velhas na sociedade (Direção Geral de Saúde<sup>20</sup>).

Neste sentido, são três os domínios que se destacam na promoção do envelhecimento ativo:

- **O envelhecimento ativo no emprego:** passa por incentivar os trabalhadores mais velhos a permanecerem no mercado de trabalho. Esta política implica melhores condições de trabalho, adaptadas às necessidades e condições de saúde desses trabalhadores. A par disto, será necessário garantir um melhor acesso à aprendizagem ao longo da vida, e rever os sistemas fiscais e de prestações sociais, a fim de garantir a existência de incentivos capazes de manter os indivíduos ativos (no emprego) por mais tempo.
- **Participação na sociedade:** proporcionando mais e melhores oportunidades para a população idosa interagir com a sociedade, nomeadamente em projetos de voluntariado ou como cuidadores informais (a familiares), evitando assim sentimentos de solidão e exclusão social e muitos dos riscos que lhe estão associados.
- **Vida independente:** passa pela promoção da saúde e dos cuidados de saúde preventiva, através de medidas que contribuam para uma vida saudável (diminuição da dependência), e pela manutenção do ambiente físico (edifícios públicos, infra-estruturas, transportes públicos) tornando-o mais acessível, permitindo assim prolongar a independência dos mais idosos. Desta forma, promove-se também a melhoria dos cuidados à população idosa, nomeadamente ao nível do serviço de apoio domiciliário, no sentido de prolongar a autonomia e independência dos indivíduos.

---

<sup>20</sup> www.dgs.pt

O ano Europeu pretende assim, encorajar todos os decisores políticos e partes interessadas, a implementarem medidas/políticas específicas em matéria do envelhecimento ativo e trabalhar no sentido de as concretizar<sup>21</sup>.

Todas estas políticas e programas direcionados para o paradigma do envelhecimento ativo, pretendem consciencializar o idoso e a sociedade em geral, da importância de conciliar o auto cuidado, com os meios disponíveis na sociedade e a solidariedade entre gerações, nomeadamente no seio da família (OMS, 2005). Neste sentido, e tendo como objetivo evitar ou retardar a institucionalização do idoso, a OMS considera fundamental apostar na preparação da velhice, pelo próprio e pela sua família, adotando uma postura mais participativa e positiva face a este processo, assim como hábitos de vida saudáveis ao longo da vida (ibidem). Trata-se portanto de um conceito preventivo, e neste sentido diz respeito a todos os grupos etários, pois o objetivo é envelhecer ativamente durante toda a vida.

Desta forma, o envelhecimento ativo e saudável pode ser entendido como um fator que possibilitará o idoso permanecer autónomo e capaz de se auto cuidar, no seu meio habitual de vida, ainda que com recurso a apoios da comunidade como o Serviço de Apoio Domiciliário, uma resposta social com um crescimento notável na última década, apoiada pelo Estado, no sentido de evitar ou retardar a institucionalização.

---

<sup>21</sup> <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=pt> (consultado a 28-07-2012)

## CAPÍTULO II

### 2. Capacidade Funcional na Terceira Idade

O envelhecimento enquanto processo multidimensional envolve necessariamente uma perda da capacidade funcional, mais ou menos significativa, causada pela deterioração dos diversos sistemas fisiológicos, interferindo muitas vezes no quotidiano do idoso. Contudo, esta perda nem sempre está associada à incapacidade, limitação nas atividades, ou dependência, podendo o idoso viver de forma autónoma e independente (Novo et al, 2011).

Em Portugal, as políticas sociais e de saúde, privilegiam cada vez mais a manutenção do idoso no domicílio não só pelo elevado número de população idosa, mas também devido às vantagens que a permanência no ambiente habitual trás ao idoso, ao nível da autonomia, da independência e da promoção da qualidade de vida e bem estar (Leuschner, 2005 cit. in Sequeira, 2010).

Assim, é importante conseguir proporcionar ao idoso uma capacidade funcional que lhe permita realizar as atividades do dia-a-dia, tanto as atividades de vida diária (AVD), como as actividades instrumentais de vida diária (AIVD), com autonomia e independência (Novo et al, 2011). Na perspetiva de Paúl (1997), a perda de capacidade funcional representa a razão principal aquando da decisão de institucionalização de um idoso.

A capacidade funcional ou funcionalidade de qualquer indivíduo, percebe-se através da autonomia na execução das tarefas essenciais do dia-a-dia, que lhe permitem continuar a viver no seu meio habitual, como os cuidados pessoais e de adaptação ao meio envolvente (Fillenbaum, 1980, cit. in Botelho, 2005). Deste modo, a capacidade funcional é um indicador bastante relevante da qualidade de vida do idoso. O nível de desempenho na realização de actividades básicas de vida diária, é considerado um parâmetro indispensável para uma percepção precisa, quanto à dependência (Sequeira, 2010).

O conceito de capacidade funcional surge assim, com o intuito de definir, instrumentalizar e operacionalizar a saúde no idoso. Esta nova visão do envelhecimento, com ênfase na avaliação da funcionalidade, impõe a valorização de uma vida autónoma, mesmo que o idoso seja portador de uma ou mais doenças. Ou seja, mais do que o diagnóstico e

tratamento de uma doença específica, é essencial ter em conta fatores sociais, físicos e cognitivos que afetam igualmente a saúde dos idosos (Maciel & Guerra, 2007).

Neste sentido e segundo a Organização Mundial de Saúde, o conceito saúde não comporta por si só, uma perspetiva unidimensional de patologia e défice. Pelo contrário e tal como é entendido no âmbito da promoção da saúde, implica bem-estar físico, mental e social (OMS), e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Ou seja, não é um fim em si mesmo, mas sim “um recurso para a vida quotidiana”, um “conceito positivo, enfatizando recursos pessoais e sociais, tanto como capacidades físicas” (WHO, 1998, p.1). Assim, perspectivando a autonomia e independência do idoso, tornam-se tão importantes as políticas que contribuem para a saúde mental e promovem as relações sociais, como aquelas que melhoram a condição física e de saúde.

O envelhecimento não é portanto, sinónimo de doença, contudo nesta fase da vida, as pessoas têm maiores probabilidades de sofrer determinadas doenças ou incapacidades. A este respeito a DGS (2004) refere que apesar da evolução no campo da medicina, a última fase da vida é muitas vezes marcada por um aumento de situações de doença e incapacidades que normalmente poderiam ser minoradas através da prevenção. Verifica-se assim que grande parte da população com 65 ou mais anos está limitada nas suas atividades diárias, pois sofre de alguma limitação ou doença crónica (Phipps, 1995, cit. in Andrade, 2009). Algumas dessas limitações estão associadas a incapacidades mentais, contudo a maioria resulta de limitações físicas (ibidem). “A evolução epidemiológica tem acompanhado o crescimento da esperança de vida, com aumento da prevalência de doença crónica” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009, p.127).

As patologias mais comuns, e causadoras de incapacidade, no grupo etário dos idosos são as fraturas, incontinência urinária, artrites, osteoporose, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações do sono, problemas auditivos, visuais, de comunicação e fala (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009; Ministério da Saúde<sup>22</sup>).

Para além destas, são também muito comuns na idade avançada as patologias do foro da saúde mental como a depressão e a doença de Alzheimer<sup>23</sup>. Parece assim importante referir que a doença de Alzheimer é a causa mais comum das demências nos idosos (ibidem). O AVC é igualmente indicado pela DGS como uma doença crónica cuja prevalência aumenta

---

<sup>22</sup> Informação consultada a <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia-da-saude/idosos/DoencasGeriatricas.htm>, a 22/11/2012.

<sup>23</sup> Alzheimer – Doença degenerativa do sistema nervoso central, evolutiva, incurável e mortal no atual estado das investigações, uma vez que está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos evidentes progressos farmacológicos.

com o aumento da longevidade (3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos) (Ministério da Saúde, 2004).

No que diz respeito às principais causas de morte na população idosa, estas enquadram-se em quatro grandes grupos: neoplasias (na sua maioria devido a tumores malignos); doenças endócrinas (essencialmente diabetes mellitus); doenças do sistema cardíopulmonar e digestivo (com predomínio das doenças do sistema circulatório, as doenças do sistema respiratório e do sistema digestivo); acidentes e causas indeterminadas. À medida que a idade avança as principais causas de morte perdem expressão, dando lugar a outras, ou seja, no grupo etário 65-69 prevalecem as neoplasias entre os indivíduos do sexo masculino, e a partir dos 70 anos são as doenças do sistema circulatório que dominam em ambos os sexos (Lagarto, 2012).

Pode-se então afirmar que a qualidade de vida e o bem estar estão em grande parte dependentes da saúde, pois existe uma forte interdependência entre uma “boa saúde” e a autonomia e independência do idoso (Ministério da Saúde, 2004), verificando-se uma ligação positiva entre velhice saudável e vida independente, nomeadamente a nível físico (Paschoal, 2007, cit. in Andrade, 2009).

Também para Sanmartí (1985), existe uma forte ligação entre saúde e capacidade funcional, definindo saúde como “(...) o ganho do mais alto nível de bem estar físico, mental e social e da capacidade de funcionamento que permitam os factores sociais em que vive o indivíduo e a comunidade (...)” (cit. in Andrade, 2009, p.35),

Neste sentido, Paschoal (2007, cit. in Andrade, 2009) considera que se pode quantificar a saúde do idoso, avaliando o seu grau de autonomia e o grau de independência com que desempenha as atividades do quotidiano.

A saúde, é portanto essencial para que as pessoas mais idosas consigam manter uma qualidade de vida que lhes permita manter o seu contributo na sociedade, pois um idoso saudável e autónomo, constitui um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (Ministério da Saúde, 2004).

Deste modo, pode concluir-se que a capacidade funcional é o melhor indicador de saúde, visto que a perda de funcionalidade no idoso é o principal indício de doença. Normalmente a cada tipo de doença corresponde um tipo de perda funcional específico afetando, um conjunto específico de atividades do dia-a-dia (Lage, 2005<sup>a</sup>, cit. in Andrade, 2009).

## 2.1 Avaliação da Funcionalidade

Para a pessoa idosa, a independência funcional é habitualmente considerada o fator essencial na manutenção da qualidade de vida, pois está diretamente relacionado com a capacidade do indivíduo se manter no seu meio habitual, de forma autónoma, até às idades mais avançadas e se possível até ao fim da vida. Deste modo, a avaliação funcional pode ser entendida como uma tentativa de medir, de forma sistematizada e objectiva, os níveis de capacidade do indivíduo em desempenhar determinadas atividades ou funções nas diversas áreas, nomeadamente no desempenho das tarefas de vida quotidiana, nas interações sociais, nas suas atividades de lazer e noutros comportamentos do quotidiano (Devons, 2002; Duarte et al, 2007).

A avaliação da funcionalidade tem assim como objetivo, identificar défices existentes a nível funcional, físico, mental e social, permitindo atuar no sentido da manutenção e/ou recuperação de capacidades. Deste modo, consegue-se detetar problemas não identificados na prática assistencial tradicional. Nesta avaliação devem estar incluídos todos os componentes que possibilitem prever a capacidade dos idosos de se manterem autónomos e independentes, nomeadamente a capacidade funcional e a capacidade locomotora (Botelho, 2005).

Desta forma, a avaliação funcional pode ser considerada uma componente fundamental na avaliação geriátrica, na medida em que permite melhorar o diagnóstico e antever as necessidades do idoso, ao mesmo tempo que possibilita adequar e otimizar o seu processo clínico, fundamental para determinar a melhor resposta social para o idoso, tendo em conta as suas necessidades.

A avaliação funcional deve assim, ser realizada com recurso a instrumentos apropriados, fiáveis e válidos (Botelho, 2000). Estes instrumentos possibilitam a identificação de problemas específicos que o idoso apresente. São medidas objetivas com pontuações finais que facilitam também a interação entre os profissionais de saúde e de ação social (Devons, 2002).

## 2.2 Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade

“A avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior

potencial terapêutico, ao nível da prevenção da deterioração, e contribui para uma maior satisfação” (Sequeira, 2010, p. 42).

Assim, e tendo em conta o crescente aumento do número de idosos, nomeadamente dos mais idosos, e por isso sujeitos a uma maior dependência, impõem-se cada vez mais a necessidade de utilização de instrumentos de avaliação funcional, apostando no rigor do diagnóstico, através do recurso a instrumentos de medida devidamente estudados e validados, de acordo com as características da população portuguesa (Sequeira, 2010).

Os instrumentos de avaliação da funcionalidade, incidem na avaliação da capacidade do idoso desempenhar as tarefas do quotidiano, habitualmente conhecidas como atividades de vida diária (AVD), que se subdividem em:

- **Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)** – estão relacionadas com o autocuidado a mobilidade, como o comer, utilizar a casa de banho, vestir-se, deambular, etc. Permitem ao indivíduo viver de forma autónoma e independente;
- **Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)** – são atividades que permitem ao indivíduo adaptar-se ao meio onde está inserido, mantendo a sua independência na comunidade. Diz respeito a atividades como cozinhar, utilizar os transportes públicos, administrar as finanças, utilizar o telefone, etc. (ibidem).

### ✓ Atividades Básicas de Vida Diária

#### 1. Índice de Barthel

O índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965; Wade e Colin, 1988), foca as atividades básicas de vida diária (ABVD) e é composto por dez ABVD: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. Permite a avaliação da capacidade funcional do idoso, determinando o grau de dependência (global ou parcial) em cada atividade. Cada uma das atividades traduz dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação varia entre 0, 5, 10 e 15, sendo que 0 corresponde à dependência total e 15 à independência total.

## **2. Índice de Katz**

O índice de Katz (Katz e col., 1963) é geralmente utilizado em idosos institucionalizados com o objetivo de avaliar as AVD. É constituído por seis AVD: controlo de esfíncteres, banho, utilização da casa de banho, mobilidade, vestir/despir, alimentação. Em cada uma destas actividades, pretende-se avaliar se o idoso é independente, independente mas com supervisão, independente mas com alguma ajuda ou totalmente dependente.

### ✓ **Atividades Instrumentais de Vida Diária**

#### **1. Índice de Lawton**

O índice de Lawton (Lawton e Brdy, 1969), é um instrumento que avalia as actividades instrumentais de vida diária (AIVD). Este índice pretende avaliar o grau de dependência, de forma global e/ou parcial, em oito AIVD, são elas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar as refeições, fazer compras, usar o telefone, utilizar os transportes, gerir o dinheiro e administrar os medicamentos. Cada uma das actividades apresenta três, quatro ou cinco níveis de dependência diferentes, sendo que quanto maior for a pontuação obtida maior é o grau de dependência.

### ✓ **Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária**

#### **1. Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody**

Este instrumento pode ser utilizado para identificar o estado de dependência dos idosos, com ou sem demência, avaliando em simultâneo actividades básicas e instrumentais de vida diária e permitindo uma avaliação global do idoso e uma avaliação parcelar de acordo com cada grupo de actividades. Assim, a Escala de Lawton e Brody (Lawton e Brody, 1969), avalia a capacidade funcional do idoso em actividades como cuidados pessoais (alimentação, vestir, banho, eliminações fisiológicas, medicação, interesse na aparência pessoal); cuidados domésticos (preparação das refeições, arrumação da mesa, trabalhos domésticos, tarefas domésticas, lavar a roupa); trabalho, recreação/lazer (atividade profissional, actividades recreativas, viagens, encontros sociais); compras e gestão do dinheiro (gestão e administração das finanças), locomoção (utilização de transportes públicos, condução de veículos, mobilidade pela vizinhança, mobilidade fora de locais familiares); comunicação (uso do telefone, capacidade de conversação e compreensão, leitura, escrita); e relações sociais (relação com a família incluindo crianças, relações de amizade). Cada item apresenta quatro

níveis de dependência (0,1,2,3,4), sendo que quanto mais próximo de 4, maior o grau de dependência.

A Escala de AVD de Lawton e Brody é fácil de aplicar e baseia-se no auto-relato das capacidades necessárias para viver em comunidade.

## **2. Easy Care**

O Easy Care é outro dos instrumentos que avalia de forma conjunta as AVD, sendo um dos mais utilizados no contexto da Psicogeriatría, em Portugal. Este sistema de avaliação é utilizado para proporcionar uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social de uma pessoa idosa. Permite um registo das suas principais necessidades e prioridades em relação à saúde em geral e ao processo de cuidados.

O Easy Care inova em relação aos outros instrumentos de avaliação na medida em que inclui, numa só escala, itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem estar do idoso. Este pretende avaliar a capacidade do idoso em desempenhar determinada tarefa, e não se este a desempenha na realidade (Sequeira,2010).

Em relação à sua construção pode dizer-se que se divide em duas partes. Numa primeira parte, e após algumas informações sociodemográficas (nome, morada, sexo, idade, etc), surgem algumas questões de aspetos gerais de avaliação do idoso, nomeadamente relacionadas com a visão, a audição, a linguagem, a deglutição, a saúde, a depressão, a solidão e a habitação. A segunda parte incide em questões relacionadas com as atividades básicas e instrumentais de vida diária. A cotação varia entre 0 e 100, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, maior é o grau de dependência na realização das atividades.

## **3. Mini Dependence Assessment (MDA) – Atividades corporais, sensoriais, locomotoras e mentais.**

A MDA (Benamou, s.d.) é um instrumento de avaliação que permite estimar de forma rápida e global a dependência dos idosos no desempenho das atividades de vida diária, evidenciando assim o impacto que a deterioração cognitiva tem no seu dia-a-dia.

Este instrumento incide em quatro tipos de atividades: corporais, locomotoras, sensoriais e mentais, avaliando 12 critérios (fala, visão, deslocação no domicílio ou no exterior, memória, etc.). Cada atividade apresenta três hipóteses diferentes, às quais é atribuída uma pontuação que varia entre 0 e 2.

✓ **Outros Instrumentos de Avaliação**

Para além dos instrumentos de avaliação apresentados anteriormente podemos ainda referir a Escala de Incapacidade da Cruz Vermelha e a Escala de Independência Funcional, como instrumentos que permitem identificar os níveis de dependência do idoso nas atividades do seu quotidiano.

**1. Escala de Incapacidade da Cruz Vermelha**

A escala de incapacidade da Cruz Vermelha (Del Ser e Pêna-Casanova, 1994) é um instrumento de avaliação muito utilizado em Espanha. Esta escala possibilita a classificação da dependência em seis níveis, que variam desde o totalmente dependente ao independente. O seu enfoque recai em três áreas distintas: as atividades do quotidiano, a mobilidade e o controlo de esfíncteres.

**2. Escala de Independência Funcional**

A escala de independência funcional (Benvegna e col.,2008) é um instrumento bastante utilizado no contexto internacional, essencialmente nos Estados Unidos da América. Esta escala classifica a dependência em sete níveis, de acordo com a funcionalidade do idoso e permite perceber o tipo de cuidados necessários em função da incapacidade demonstrada.

É um instrumento que pretende avaliar a capacidade do idoso em desempenhar uma determinada tarefa, possibilitando o controlo/supervisão dos níveis de funcionalidade ao longo do tempo. A funcionalidade é medida em seis dimensões: cuidados domésticos, controlo de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e comportamento social, subdividindo-se em dezoito funções.

## CAPITULO III

### 3. Estratégias de Intervenção na Terceira Idade

#### 3.1 Orientações no que concerne ao apoio social

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio pronta a explodir em qualquer altura” (Kofi Annan, cit. in Ivo P.,2008, p.40).

No final da década de 60, iniciou-se uma tentativa de alterar alguns aspetos da política social, nomeadamente na forma de encarar e tratar a velhice, através da discussão na Assembleia Nacional, sobre os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno do envelhecimento da população e a política de velhice (Gomes, 2000 cit. in Martins, 2006).

O envelhecimento da população como um fenómeno crescente começou a desencadear preocupações não só a nível social, como económico e também político, nomeadamente no que diz respeito ao encargo dos idosos sobre as gerações futuras, os elevados custos resultantes do crescente aumento da população idosa, assim como a falência dos sistemas de reforma (Martins, s.d.).

Neste sentido e tendo em conta o que consagra a Constituição da República<sup>24</sup>, o Estado deve promover a criação de uma rede de equipamentos nomeadamente creches, equipamentos sociais de apoio à família, assim como uma política de terceira idade, garantindo o acesso de todos a estas respostas. Concretamente no que respeita à terceira idade, o artigo 72º da Constituição da República, refere que todas “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou marginalização social”. O mesmo artigo refere que a política da terceira idade engloba medidas de índole económica, social e cultural que visam proporcionar uma participação ativa do idoso na vida da comunidade, através da criação de oportunidades de realização pessoal.

---

<sup>24</sup> Consultado em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> a 15-12-2012.

Na sequência destas definições, e das preocupações sentidas pelo estado no que respeita à população idosa, o problema social da velhice assume-se como “campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer produtos diversificados” (Martins, s.d., p.127). Ou seja, assume-se uma consciencialização das novas necessidades da população idosa que se repercutiram no alargamento da rede de instituições de apoio a idosos, e na adaptação das instituições existentes, nomeadamente da capacidade e tipo de respostas, às necessidades evidenciadas pelos idosos, apostando numa maior dinamização do apoio social desenvolvido no domicílio, nas estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social, de forma a prevenir ou retardar a institucionalização do idoso enquanto for possível.

Neste contexto também o Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, definiram orientações que visam a promoção da autonomia das pessoas que se encontram em situação de dependência, assim como o enriquecimento das competências familiares para lidar com estas situações. Assim, estes ministérios privilegiam essencialmente, uma política de cuidados no domicílio, assegurando os cuidados necessários à manutenção da vida das pessoas idosas e/ou em situação de dependência num contexto familiar (Martins & Santos, 2008).

A política de cuidados começa assim a ganhar forma em Portugal, na última década, pelo que tem sido realizado um esforço para a criação de políticas e serviços nesta área, particularmente na articulação entre a saúde e a ação social e mais recentemente a integração dos cuidados continuados e integrados (Carvalho, 2009).

Assim, e perante a necessidade urgente de intervir junto da população idosa, no sentido de promover o seu bem-estar, independência e autonomia assim como de criar respostas adequadas às novas necessidades desta população foram sendo implementadas, ao longo das últimas décadas, políticas sociais que vão de encontro às necessidades dos idosos.

### 3.2 Políticas Sociais para a População Idosa

A Carta Social Europeia, como norma jurídica interna em consequência da sua autenticação pelos estados subscritores, incluindo Portugal, sublinha nos seus artigos 12º, 13º e 14º, o compromisso por parte dos Estados, de criarem e implementarem as medidas de proteção social (Carta Social Europeia Revista, 1996). Na sua generalidade, as políticas sociais têm uma matriz semelhante ou seja, surgem da obrigação do Estado em proteger os cidadãos,

essencialmente os grupos mais desfavorecidos, e têm como objetivo fundamental prevenir o crescimento das desigualdades e dizimar a exclusão social. Referindo a população idosa, o objetivo destas políticas centra-se na promoção, o mais possível, de autonomia e bem-estar privilegiando a sua permanência no meio familiar e social habitual, promovendo assim a sua inserção comunitária (Rodríguez, 2000).

Contudo, a preocupação hoje existente com a população idosa nem sempre existiu, sendo que “até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente” (Quaresma, 1998, cit. in Martins, s.d., p. 127). Até esta altura, foi construído pelo Estado Novo, um sistema de Previdência Social baseado somente na comparticipação financeira do trabalhador e do empregador. E só em 1970 a designação de Estado Previdência começa a ser substituída pela designação de Segurança Social, o regime de pensões de sobrevivência é alargado a todos os beneficiários da Previdência, e o abono de família é generalizado.

Na opinião de Gomes (2000, cit. in Martins, s.d.), só no ano de 1969 se começam a descortinar as discussões na Assembleia Nacional sobre a problemática do envelhecimento no nosso país. Neste sentido, em finais de 1969 realizou-se em Portugal, o seminário “Política para a Terceira Idade”, orientado por Paul Paillat, onde se procurou estabelecer as bases de uma política social para os idosos. Este seminário teve como principais objetivos evitar a rutura entre as condições de vida no fim do período ativo e as do período inativo, e essencialmente respeitar a dignidade humana. Implícito àquilo que deveria ser uma política para a terceira idade, estava a necessidade de reconhecimento da importância de uma intervenção pública, que minorasse as deficiências oriundas de uma política de reforma ineficaz e insuficiente. Paul Paillat (cit. in Fernandes, 1997), considera urgente o “surgimento de instituições de apoio, de modo a libertar os reformados da necessidade e do risco que aparece associado a esta fase da vida” (Fernandes, 1997, p. 144).

Contudo, e segundo Fernandes (1997), só no início dos anos 70 se começa a falar dos problemas da população idosa, sendo que no nosso país só após a revolução de 1974, se começam realmente a fazer sentir as transformações ao nível da protecção social, nomeadamente com a intenção de se implementar um sistema de segurança social. Neste sentido, no que respeita à velhice, a alteração mais significativa e que mais se assemelha aquilo que seria um sistema de segurança social, teve a ver com a generalização das reformas. Esta generalização permitiu que não só aqueles que trabalharam recebessem uma pensão por velhice, como aqueles que nunca tiveram qualquer vínculo profissional também tivessem direito

à chamada “pensão social” (Veloso, 2007; Fernandes 1997). A fixação de um salário mínimo nacional, a introdução de um subsídio de desemprego e da pensão social traduzem assim uma nova fase caracterizada pela democratização dos direitos dos cidadãos, assim como pelo maior interesse, por parte do Estado e da sociedade, nas questões do envelhecimento, da pobreza e da exclusão social.

Estas novas medidas, introduzidas no âmbito do apoio social, contribuíram para que o número de pensionistas por velhice tivesse um aumento exponencial, levando à necessidade de equacionar novas formas de intervir e tratar a velhice.

É em 1976, após as mudanças políticas em Portugal, que a nova Constituição, declara a implementação de uma política de terceira idade, preconizando um novo modo de gerir a velhice. Esta política abrange medidas de índole económica, social e cultural orientadas para a promoção de oportunidades de realização pessoal dos idosos, através da sua participação ativa na comunidade onde estão inseridos.

Assim, no período entre 1976 e 1985, assiste-se, em Portugal, a uma alteração no modo de tratar os idosos. Surgem, nesta altura os primeiros centros de dia e posteriormente centros de convívio e serviços de apoio domiciliário, assim como a transformação dos asilos em lares. Estes equipamentos tornam exequível a política de manter os idosos no seu domicílio, e têm como objetivo fomentar o convívio, oferecer atividades recreativas, refeições ligeiras e informação sobre cuidados de saúde, ao mesmo tempo que mantêm o idoso no seu habitual meio social (Fernandes, 1997; Veloso, 2008). O aumento da esperança média de vida, aliado à mudança de hábitos e estilo de vida dos portugueses foi determinante para esta mudança, pois até aqui, nas situações de dependência dos idosos, os cuidados eram prestados por familiares ou em equipamentos sociais como asilos ou lares (Veloso, 2007).

O lar de idosos, foi durante décadas, a única resposta social, cuja utilização exigia a institucionalização do idoso, que ali permanecia até ao final da vida, na maioria das situações. Mais tarde e graças não só à consciencialização da sociedade face aos problemas dos idosos, como à entreatajuda estado/comunidade, iniciou-se um processo de requalificação dos edifícios existentes, bem como a admissão e acompanhamento de pessoal técnico e especializado, com o intuito de aumentar a capacidade de resposta face ao crescente número de idosos a necessitarem de apoio. Por outro lado, emerge a necessidade de mudança de atuação, pelo que se começou a descortinar uma preocupação crescente com a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida, atitude fundamental para manter o seu bem-estar físico, psicológico e social (INE, 1999). A política de manutenção do idoso no seu meio social, para além de ser uma política de carácter humanizante, permitiu, com a implantação de novos equipamentos

como centros de dia ou apoio domiciliário, reduzir as despesas do Estado. “ O aparecimento desta resposta social surge da necessidade de diversificar as estruturas de apoio à população idosa, dado que o lar, além de exigir um forte investimento financeiro já não correspondia às necessidades da maioria destas pessoas” (Ré, 2000, cit. in Veloso, 2008, p.4).

Esta nova política (manutenção do idoso no domicílio), visa preconizar a continuação dos idosos no seu domicílio, criando condições para que possam aí permanecer integrados socialmente, partindo do pressuposto, já referido anteriormente, de que a interação social, a participação em diferentes atividades, pode retardar o envelhecimento físico e mental, perspetivando também, uma visão diferente da velhice, ou seja, uma velhice autónoma e ativa (Veloso, 2008).

Face ao contexto populacional mundial, que evidencia a dimensão da problemática que o envelhecimento da população pode traduzir, principalmente nos países em desenvolvimento, nomeadamente com a escassez de recursos e de investimentos públicos direcionados à população idosa, essencialmente à mais desfavorecida, a ONU desenvolveu variadas iniciativas no sentido de obter soluções, para os problemas resultantes do crescente envelhecimento populacional. Assim, criou Assembleias Mundiais sobre o envelhecimento, com o intuito de aproximar a sociedade e em particular os Governos das questões do envelhecimento da população. A “I Assembleia sobre o Envelhecimento” realizou-se em 1982, em Viena de Áustria. Deste encontro emergiu o “Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento”, designado para orientar as estratégias políticas e sociais, face às alterações demográficas, já referidas neste trabalho. Este plano contempla os objetivos e diretrizes acerca da população idosa, em diversas áreas como saúde e nutrição, habitação e meio ambiente, família, bem-estar e educação (Marques, 2002).

Em 1992, realizou-se em Nova Iorque, uma nova Assembleia – “Assembleia Geral das Nações Unidas”, que teve como objetivo avaliar todo o trabalho que foi desenvolvido pelos vários países, em relação à problemática do envelhecimento. Nesta assembleia, reconheceu-se a necessidade de prolongar o “Plano Internacional de Acção sobre o Envelhecimento” até ao final do século XX, uma vez que ainda se fazia sentir o impacto do envelhecimento populacional, nas sociedades. Nesta assembleia estabeleceu-se que o ano de 1999 seria o “Ano Internacional das pessoas idosas” (Veloso, 2008).

O ano de 1999, ano dedicado às pessoas idosas, foi uma excelente oportunidade para se dar mais atenção à população idosa, e às suas necessidades, assim como de reforçar perante toda a humanidade a necessidade de criar “uma sociedade para todas as idades” (João Paulo II, 2002). Neste sentido e de acordo com o programa estabelecido para este ano, foram

desenvolvidas variadas ações<sup>25</sup> envolvendo a colaboração não só das entidades oficiais, mas também dos próprios idosos, associações e comunidade em geral, com principal destaque para as Instituições de Solidariedade Social. Pretendia-se desta forma, reforçar as redes de solidariedade intergeracional, a cidadania das pessoas idosas, reconhecendo os seus direitos e o seu papel na vida social, cultural e económica, o crescimento das respostas sociais e de saúde a nível quantitativo e qualitativo, o estímulo à participação ativa na resolução dos seus problemas, estimulando o associativismo e o acesso à informação, à cultura e aos novos conhecimentos (Veloso, 2008; INE, 1999).

Foi também neste ano, dedicado à população idosa, editado o 1º Guia para as pessoas idosas, intitulado “Conservar-se em forma na idade avançada”. Além desta publicação, a Direção Geral de saúde tem editado outras publicações destinadas a esta população alvo, sempre no sentido de incumbir no idoso o auto-cuidado, informando sobre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e como estas devem ser encaradas e ultrapassadas assim como fazê-lo perceber a importância da saúde, envolvendo-o na manutenção da mesma. Desta forma, pretende-se alterar a imagem social da velhice, contribuindo para uma melhor adaptação do idoso à sociedade e vice-versa (Direção Geral de Saúde<sup>26</sup>).

A “II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento” realizou-se em Madrid, já no ano de 2002, com o objetivo de realçar as prioridades em termos da problemática do envelhecimento, para além do Plano de Acção de 1982, e analisar o impacto do envelhecimento da população, no desenvolvimento dos países, nomeadamente nos países em desenvolvimento.

Nesta II Assembleia, foram aprovados o “Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento” (2002), e uma Declaração Política onde constam os compromissos assumidos pelos governos, no sentido de executar o novo Plano de Acção, nos 25 anos seguintes. Este novo Plano de Acção assenta em três orientações prioritárias: os idosos e o desenvolvimento; saúde e bem-estar/qualidade de vida; e não menos importante a criação de ambientes propícios e favoráveis. Visa portanto, garantir que os idosos gozem dos seus direitos humanos, envelhecendo com segurança, excluídos da pobreza, participem ativamente na sociedade em termos económicos, políticos e sociais e que os últimos anos de vida sejam mais uma etapa de desenvolvimento. Não deixa de lado também, a problemática da violência e da discriminação que tantos idosos são alvo, assim como a importância da família, os cuidados de saúde e a proteção social das pessoas idosas. Também nesta Assembleia Mundial

---

<sup>25</sup> Tais como elaboração de estudos, aplicação de medidas de política social, realização de conferências, debates, convívios intergeracionais, campanhas de sensibilização, elaboração de cartazes, brochuras etc..

<sup>26</sup> [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

é aprovada a utilização da expressão “pessoas idosas” para a revalorização da dignificação das pessoas mais velhas<sup>27</sup>.

No seguimento de toda a ação e entreajuda dedicadas aos diferentes projetos nacionais, e na sequência das convergências das políticas europeias dirigidas à população idosa, foi criado ainda na década de 90 (no ano de 1994), por Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII). Este programa é financiado por 1,7% dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Decreto-Lei nº56/2006), e caracteriza-se por um conjunto de medidas essenciais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, privilegiando a manutenção do idoso no domicílio e no seu contexto habitual de vida, desenvolvidas através de projetos de desenvolvimento central e a nível local.

Quanto aos objetivos, este programa visa, de uma forma geral: promover a autonomia das pessoas idosas e/ou com dependência, prioritariamente no seu domicílio; instituir medidas que visem melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços; dar apoio às famílias que cuidam de familiares com dependência, especialmente idosos; promover e apoiar ações de formação, quer inicial, quer em exercício dos profissionais, voluntários, familiares ou outras pessoas da comunidade; prevenir o isolamento e a exclusão social, e contribuir para a solidariedade entre as gerações, bem como a criação de postos de trabalho.

Ainda no âmbito do PAII, foram lançados projetos como: os passes para a terceira idade, serviço de tele-alarme, serviço de apoio domiciliário, centro de apoio a dependentes, formação de recursos humanos, saúde e termalismo e o turismo sénior, contudo estes últimos (saúde e termalismo e turismo sénior) apesar de financiados pelo PAII, são geridos pelo INATEL (Velo, 2008).

Em 2006, foi criado o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), através da portaria 426/2006 de 2 de Maio<sup>28</sup>, com o propósito de ampliar a rede de equipamentos sociais, nomeadamente na criação de novos lugares em serviços como o centro de dia e o serviço de apoio domiciliário. Este programa estabelece-se assim, como um dos pilares de estratégia de desenvolvimento integrado das políticas sociais do país, assumindo-se como determinante para o bem estar e melhoria das condições de vida dos possíveis utentes e suas famílias.

O PARES assenta fundamentalmente em dois grandes pilares: por um lado a continuação do planeamento permanente das necessidades a nível territorial, priorizando os

---

<sup>27</sup> Informação sobre a II Assembleia Mundial do envelhecimento, consultada no site <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>, a 12-05-2012.

<sup>28</sup> Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

equipamentos sociais situados em zonas com baixa cobertura e mais vulneráveis à exclusão social, de forma a corrigir as discrepâncias existentes ao nível da distribuição da capacidade instalada no território; e por outro lado, o estímulo ao investimento privado, favorecendo os projectos com maior recurso ao investimento próprio, efetivado através de parcerias entre as instituições e os seus parceiros locais<sup>29</sup>.

Uma outra medida implementada pelo Estado, destinada aos idosos e desenvolvida também no âmbito da ação social é o Programa Idosos em Lar - PILAR (Despacho nº6, de 21/1/97), que tem como objetivo a melhoria dos cuidados aos idosos, procurando intensificar a oferta de lares, assim como de outras respostas sociais para idosos (Velo, 2008).

Apostar na manutenção do idoso no seu domicílio o mais tempo possível, é considerado, no âmbito das políticas apresentadas, como importante e até mesmo necessário para a melhoria da qualidade de vida desta população, na medida em que evita o desvinculo com a família, amigos e comunidade, contribuindo assim para o seu bem estar e tornando esta uma resposta mais económica em termos de política social, pois a maioria dos cuidados são prestados por cuidadores informais – família e amigos.

Ainda na questão das políticas sociais implementadas, de salientar a introdução do Programa Nacional de Saúde para o Idoso, que abrange uma multiplicidade de estratégias e formas de as operacionalizar ao longo da vida, com o objetivo de promover um envelhecimento ativo e saudável e proporcionar um leque de respostas adequadas às necessidades do idoso. “Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência” (Ministério da Saúde, 2004, p.12).

Este programa atua segundo três objetivos fundamentais: promover um envelhecimento ativo, ao longo da vida e não apenas nesta etapa; conseguir uma maior adequação dos cuidados de saúde, às necessidades específicas das pessoas idosas e criar ambientes que promovam a sua autonomia e independência.

Segundo este programa, a promoção da saúde e os cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade do indivíduo ao mesmo tempo que contribuem para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida, ajudando também a racionalizar os recursos da sociedade (Direção Geral de Saúde, 2004).

De uma forma generalizada, todas as políticas sociais dirigidas à população idosa, têm como principais finalidades:

---

<sup>29</sup> Informação consultada em <http://dre.pt/pdf1s/2006/05/084B00/31593170.pdf> e <http://www4.seg-social.pt/programa-de-alargamento-da-rede-de-equipamentos-sociais-pares>, a 19/01/2013.

- Promover a autonomia do idoso, incentivando a sua participação ativa na sociedade;
- Criar condições que permitam a integração sócio-familiar, económica e cultural dos idosos evitando o isolamento e a exclusão;
- Valorizar o idoso, e todo o seu potencial (cultura, saberes, história de vida), minimizando os estereótipos criados à volta da figura do idoso;
- Criar medidas que apoiem o cuidador informal (família, vizinhos e amigos), promovendo a manutenção do idoso no domicílio;
- Articular a participação dos serviços sociais e de saúde, na resolução dos problemas sociais da população idosa;
- Promover o contato e solidariedade intergeracional;
- E em suma, promover a qualidade de vida do idoso e o seu bem-estar (físico, psíquico e social) (Correia, 2003, cit. in Engenheiro,2008).

O aumento de população idosa, sobretudo da população muito idosas (75 e mais anos), associado às alterações ocorridas no quadro familiar, como as alterações na sua estrutura e a generalização da atividade profissional feminina paga, evidencia a necessidade de construção de políticas de cuidados, direcionadas às “novas” necessidades, sendo imprescindível alargar e diversificar as respostas destinadas às pessoas nessa condição, sobretudo aquelas que se encontram mais frágeis socialmente.

As alterações no panorama das políticas sociais, bem como o aumento da procura de respostas sociais para a população idosa, refletem-se assim, no aumento da rede de instituições de apoio aos idosos. Este aumento da procura de respostas sociais, advém, por um lado do facto de a família não ter, nos dias de hoje, tanta disponibilidade para prestar os cuidados necessários ao seu familiar idoso, e por outro, por haver cada vez mais famílias constituídas apenas por idosos, não sendo possível desta forma garantir-lhes uma adequada prestação de cuidados.

### *3.3 Respostas Sociais no Apoio à Velhice*

A valorização de respostas sociais que privilegiem os cuidados ao idoso no seu meio habitual, tornou-se uma tendência constante na última década. Neste sentido, em Portugal, no âmbito da Ação Social, existe hoje, um leque variado de respostas sociais direcionadas para a população idosa, oficialmente reconhecidas pela Segurança Social, que atuam numa lógica de

proximidade, apostando na manutenção do idoso no seu domicílio, mesmo daqueles que se encontram em situação de dependência.

Neste sentido, foram sendo criadas, ao longo dos tempos valências dirigidas às pessoas idosas, como: (1) o serviço de apoio domiciliário, (2) o centro de dia, (3) o centro de convívio, (4) o acolhimento familiar para idosos, (6) as colónias de férias e o turismo sénior, e mais recentemente, o (6) centro de noite, que vão de encontro às políticas de desinstitucionalização e combate à solidão e insegurança.

- (1) – **Serviço de Apoio Domiciliário:** resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que se caracteriza pela prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio. Destinam-se a indivíduos e famílias que por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou atividades de vida diária (Despecho Normativo nº 62/99). Um dos principais objetivos desta valência é evitar ou pelo menos, retardar a institucionalização, contribuindo para a permanência do idoso na sua casa.
- (2) – **Centro de Dia:** resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que permitem a manutenção do idoso no seu seio-familiar, pelo menos durante uma parte do dia.
- (3) – **Centro de Convívio:** resposta social, desenvolvida em equipamento que apoia a realização de atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas para, e com a participação ativa dos idosos da comunidade.
- (4) – **Acolhimento Familiar para Idosos:** resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.
- (5) – **Colónias de Férias e turismo sénior:** “São prestações sociais, em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social” (Martins s.d., p.129).
- (6) – **Centro de Noite:** resposta social, desenvolvida em equipamento, e que tem por finalidade o acolhimento noturno, essencialmente de pessoas idosas com autonomia, mas que por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite. Este serviço assegura além do alojamento noturno, a ceia, o pequeno-almoço e permite

também a higiene pessoal. Trata-se de uma resposta social recente em Portugal (2001), que ainda não apresenta grande expressão (Martin et al, 2006), e que pode representar também uma alternativa à institucionalização.

Existem também os lares de idosos (anteriormente designados por asilos), que apesar de não promoverem a desinstitucionalização são um resposta social importante, nomeadamente para os idosos com um grande grau de dependência e sem qualquer suporte familiar. São equipamentos coletivos, que podem ser de alojamento temporário ou permanente, e destinam-se a oferecer respostas a idosos em risco, com reduzida independência/autonomia (Martins, s.d.). O objetivo central desta resposta social é promover o acolhimento daqueles idosos que por problemas de saúde, ou sociais não podem recorrer a outro tipo de resposta social. Pretendem ainda responder adequadamente às necessidades dos utentes, promovendo o seu bem estar de forma a que o processo de envelhecimento aconteça com normalidade e com a menor degradação possível (Fernandes, 2010).

Estas respostas sociais organizam-se em valências de Equipamentos Sociais, na sua maioria geridos por entidades locais, como Centros Sociais, Misericórdias, Fundações, Associações. Juridicamente são constituídas como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e têm como principal objetivo proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas, contribuindo assim para o bem-estar.

Para além das respostas sociais anteriormente referidas, que atuam no âmbito da ação social, existem ainda apoios por parte do Estado de carácter pecuniário, destinados à população idosa e que geralmente são denominados de “pensões”(Gracio, 1999, cit.in Martins(s.d.). Estes podem ser do regime contributivo<sup>30</sup>, caso o idoso tenha feito descontos para a Segurança Social, ou não contributivos<sup>31</sup> caso este não tenha feito quaisquer descontos para a Segurança Social.

Mais recentemente surge outro apoio financeiro destinado aos idosos com maiores dificuldades financeiras, o “Complemento Solidário para Idosos” (criado pelo Decreto-Lei nº

---

<sup>30</sup> **Pensão por velhice:** “É uma prestação pecuniária mensal do regime geral de Segurança Social, destinada a proteger os beneficiários quando atingem a idade mínima, legalmente presumida como adequada para a cessação do exercício da actividade profissional”

**Pensão por invalidez:** “É um valor pago mensalmente, destinado a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social nas situações de incapacidade permanente para o trabalho. Considera-se invalidez toda a situação incapacitante, de causa não profissional, que determine incapacidade permanente para o trabalho” (Segurança Social).

<sup>31</sup> **Pensão Social:** É um apoio pecuniário, concedido aos cidadãos nacionais residentes no país, que não estejam abrangidos por qualquer regime de proteção social, não auferirem rendimentos líquidos de qualquer natureza, ou se auferirem não sejam superiores a 30% ou 50% da remuneração mínima garantida à maioria dos trabalhadores, caso seja pessoa isolada ou casal, respetivamente (Martins, s.d.).

**Pensão por Viuvez:** “Apoio mensal em dinheiro pago ao viúvo ou viúva de pessoa que estivesse a receber Pensão Social” (Segurança Social, 2012, p.4).

232/2005 de 29 de Dezembro). Este é também um “apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com poucos recursos. É uma prestação complementar à pensão que o idoso já recebe”,<sup>32</sup> atribuída de forma diferenciada, uma vez que tem em conta também a situação económica dos familiares.

É notório que as respostas sociais têm aumentado em massa e têm-se diversificado na sua abrangência, no sentido de atender às necessidades dos idosos, promovendo a sua autonomia e independência e conseqüentemente a possibilidade de uma participação ativa na sociedade. Deste modo, e face à cada vez maior procura de respostas sociais por parte dos idosos, resultante do aumento da longevidade e da necessidade de uma melhor qualidade de vida, foram desenvolvidos programas direccionados para a saúde, autonomia e apoio social à população idosa, nomeadamente em termos de respostas<sup>33</sup>, que muito contribuíram para uma rede de serviços e equipamentos mais abrangente e diversificada, de apoio à família e especialmente aos idosos. Estes programas visam de uma forma concreta, evidenciar “os direitos das pessoas idosas a uma vida condigna, qualquer que seja o seu estado de saúde ou situação familiar e social, prevenindo ou erradicando atitudes de exclusão social” (INE, 1999, s.p.).

Neste âmbito, foram promovidos alguns projetos nas áreas da solidariedade e da saúde onde se incluem: o Serviço de Apoio Domiciliário, que visa a permanência das pessoas idosas no seu ambiente habitual de vida, junto da família, amigos e vizinhos; a formação de recursos humanos, que tem como objetivo habilitar cuidadores formais (profissionais da área da saúde a ação social) e cuidadores informais (familiares, amigos ou voluntários) para uma prestação de cuidados qualificada; o centro de apoio a dependentes que visa a reabilitação de pessoas com dependência, prestando-lhe cuidados integrados; o serviço de telealarme, considerado “uma resposta social complementar, a partir de um sistema inovador de Telecomunicações” (INE, 1999, s.p.), que permite uma maior eficiência na resposta à necessidade de ajuda dos idosos, principalmente daqueles que vivem sós; o projeto saúde e termalismo, que permite a idosos com menos recursos financeiros terem acesso a tratamentos termais; e ainda os passes para a terceira idade que garantem aos idosos a utilização dos passes sociais, sem restrições de horários (Pimentel, 2001; INE, 1999).

Estas medidas de uma forma global fomentam a autonomia, a mobilidade das pessoas idosas, prevenindo o isolamento e promovendo a sua integração na sociedade através de uma participação mais ativa.

---

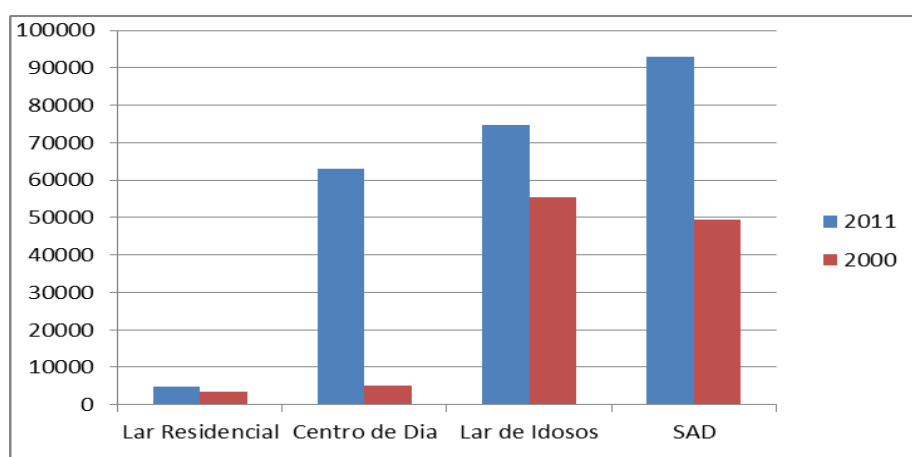
<sup>32</sup> <http://www2.seg-social.pt/left.asp?02.17.07>

<sup>33</sup> PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos)

Assim, podemos dizer que o aumento populacional dos mais idosos, promove um também aumento dos equipamentos sociais e pressupõe uma maior distribuição destes a nível territorial. Neste sentido e segundo os dados da Carta Social (2010), a implementação das respostas sociais no território nacional, tem seguido a tendência da concentração populacional, sendo por isso as zonas de Lisboa e Porto as que concentram maior número de respostas. Em termos de tipologia, mantém-se a predominância das respostas sociais dirigidas aos idosos (52,4%) em relação às que se destinam ao grupo das crianças e jovens (34,6%).

Face às novas necessidades evidenciadas nos diferentes grupos etários, tem-se verificado, nos últimos anos, um aumento ao nível do total das respostas sociais. No que respeita às principais valências destinadas à população idosa, regista-se (entre 1998 e 2010) um aumento exponencial, que se traduz em 2600 novas respostas desde 1998 (Carta Social, 2010). O SAD é a valência que evidencia o crescimento mais significativo (92,9%), resultante do forte investimento público e privado feito neste serviço, com o objetivo de aumentar a capacidade instalada, respondendo assim ao incentivo cada vez maior, das políticas de manutenção do idoso no seu domicílio pelo maior período de tempo possível (ibidem).

Tendo em conta o aumento da população idosa, já evidenciado neste estudo, e consequentemente a necessidade de aumentar a capacidade das respostas, verifica-se que as respostas sociais dirigidas a esta população, têm efetivamente registado um elevado crescimento ao nível da capacidade instalada (cerca de 6700, só em 2010). Este crescimento é mais evidente no SAD, onde se verifica um aumento exponencial entre 2000 e 2011, contrariamente ao que se verifica nas resposta Lar e Centro de Dia, no mesmo período (Figura 4).



**Figura 4 – Capacidade das Respostas Sociais (2000-2011)**

Fonte: Carta Social

Perante os dados anteriormente exposto podemos afirmar que a resposta social SAD tem-se mostrado, nos últimos tempos, e cada vez mais, como a principal “instituição” de apoio aos idosos, não só ao nível das suas necessidades básicas, mas também na interação social, promovendo a sua autonomia e bem-estar.

Ainda assim, e visto que a população idosa é cada vez em maior número, com necessidades cada vez mais específicas e diversificadas, resultantes em grande parte das transformações ocorridas ao longo dos anos, na sociedade (a nível social, familiar e económico), surge uma crescente preocupação de encontrar respostas adequadas às novas necessidades evidenciadas por esta população (INE, 1999).

Neste sentido, e através do Despacho Conjunto nº 407/98<sup>34</sup> (DR, II Série, nº 138, de 18 de Junho), é criado um modelo de intervenção que visa na sua generalidade, responder, de uma forma global e integrada, às necessidades das pessoas que se encontrem em situação de dependência (física, mental ou social), nomeadamente os idosos, tendo em conta não só a situação de dependência como também o contexto sócio familiar em que estão inseridos. No âmbito deste modelo de intervenção importa referir, como respostas integradas o Apoio Domiciliário Integrado –ADI (1) e a Unidade de Apoio Integrado (2).

- 1) **O Apoio Domiciliário Integrado (ADI)** - é um serviço de prestação de cuidados multidisciplinares, ou seja assegura a prestação de cuidados médicos, de enfermagem e de apoio social no domicílio, necessários para a satisfação das necessidades básicas. É um serviço que atua numa ótica de prevenção e de promoção do auto cuidado (INE, 1999; Martins, 2008).
- 2) **A Unidade de Apoio Integrado (UAI)** – “ é um centro de prestação de cuidados multidisciplinares de convalescença e de reabilitação que pela diferenciação técnica a que fazem apelo não podem ser prestados no domicílio” (INE, 1999, s.p.). Estes centros asseguram um apoio contínuo ao longo das 24 horas diárias.

---

<sup>34</sup> “Despacho Conjunto nº 407/98, de 18 de Junho (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social) – Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência...” (www.dgsaude.min-saude.pt).

Este despacho, para além das respostas integradas, aponta uma outra vertente – os cuidados de saúde continuados. Assim, em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que visa prestar cuidados continuados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Entende-se por Cuidados Continuados Integrados “ o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”. Estes apoios podem ser prestados em regime de internamento, por intermédio de Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de longa duração e manutenção ou Unidades de cuidados paliativos; em regime de ambulatório, através de Unidades de dia e promoção da autonomia; e ainda em regime domiciliário, ou seja através de respostas domiciliárias, nomeadamente Equipas de cuidados continuados integrados e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Também aqui a intervenção é centrada no treino do auto cuidado e na satisfação das necessidades básicas (INE, 1999; Martins, 2008).

De uma forma geral a RNCCI, criada pelo Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, visa melhorar as condições de vida e de bem estar das pessoas em situação de dependência, promovendo cuidados continuados de saúde e/ou apoio social. É uma resposta social que também privilegia a manutenção do indivíduo no domicílio, sempre que, com a ação do SAD, possam ser garantidos todos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à manutenção do conforto e da qualidade de vida (Segurança Social<sup>35</sup>).

As respostas sociais aqui apresentadas, nomeadamente os lares, centros de dia e mais tarde os centros de convívio e o SAD, transmitem diversas formas de entender a velhice – de uma forma mais positiva ou mais negativa. Esta dualidade advém da própria forma como estas estão constituídas, por exemplo, os lares de idosos, conferem uma imagem mais negativa da velhice na medida que são associados a situações de dependência, vulnerabilidade, etc. Por outro lado, as estruturas mais recentes como o centro de convívio e o próprio SAD, transmitem uma imagem mais positiva da velhice, própria de um idoso ainda dependente, a viver no seu meio habitual e integrado na comunidade (Cruz, 2009).

O serviço de apoio domiciliário, cuja evolução tem sido notória ao longo dos anos, é considerado um serviço que oferece apoio a pessoas em situação de dependência e a oportunidade de continuarem a viver no seu meio habitacional, evitando (ou atrasando) a institucionalização.

---

<sup>35</sup> [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## CAPITULO IV

### 4. Serviço de Apoio Domiciliário – Resposta Social das “Sociedades Modernas”

#### 4.1 Evolução e Conceito do SAD

O Serviço de Apoio Domiciliário, estava previsto desde meados da década de 70, não com a configuração que hoje lhe concebemos mas como uma sub-valência do Centro de Dia. Foi no entanto, na segunda metade da década de 80, e muito em parte devido às políticas de manutenção da pessoa idosa no domicílio, que se efetivou a sua emancipação e esta valência foi implementada, sendo na década de 90 alargada ao domínio da saúde, originando o Apoio Domiciliário Integrado - ADI, resposta esta direcionada exclusivamente às pessoas com dependência, sendo portanto um apoio indispensável à satisfação das necessidades básicas dos utentes.

Caraterizado pela prestação de cuidados no domicílio, é um serviço que conta com o apoio do Estado, não só porque contribui de forma bastante expressiva para o bem estar do idoso, mas também porque constitui uma resposta bastante rentável em termos económicos, uma vez que os seus custos são muito inferiores comparativamente com a institucionalização (Jacob, 2002).

Assim, o SAD prestado por organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, continua nos dias de hoje em grande expansão. Em Portugal, e tendo como referência o período 2000-2011, o SAD tem verificado um forte aumento não só no número de instituições que prestam apoio domiciliário, como também na sua capacidade. Tendo em conta os elementos quantitativos da Carta Social, podemos dizer que em 2011 existiam mais 852 serviços de SAD do que no ano de 2000. Em termos de capacidade, houve um aumento de 43498 lugares entre 2000 e 2011.

**Tabela 3** – Apoio Domiciliário (nº),  
2000-2011

<b>Número da Resposta Social - Apoio Domiciliário</b>	
<b>Ano</b>	<b>Número</b>
<b>2011</b>	2519
<b>2000</b>	1667

Fonte: Carta Social (adaptado)

**Tabela 4** – Apoio Domiciliário  
(capacidade), 2000-2011.

<b>Capacidade da Resposta Social - Apoio Domiciliário</b>	
<b>Ano</b>	<b>Número</b>
<b>2011</b>	92971
<b>2000</b>	49473

Segundo a Carta Social (2009) entre 1998 e 2009 o SAD apresentou uma taxa de crescimento de 87,5%, constituindo o serviço de apoio à terceira idade com maior percentagem de crescimento, provavelmente devido às políticas de incentivo à manutenção do idoso no seu domicílio.

Contudo e tendo em conta que o fenómeno do envelhecimento da população, se estende à generalidade dos países desenvolvidos, verificou-se também nestes países um desenvolvimento ao nível das respostas sociais para a terceira idade. Assim, nas últimas décadas assistiu-se a um aumento considerável do número de respostas SAD em países como os Estados Unidos e a Suécia, devido ao crescimento da população idosa e do avanço tecnológico que permite prestar um apoio médico mais eficaz e sofisticado no domicílio do utente (Thomé et al., 2003, cit in Oliveira, 2007).

O Serviço de Apoio Domiciliário dos dias de hoje, apresenta-se como “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária” (Despacho normativo nº62/99 de 12 de Novembro<sup>36</sup>). Representa uma das alternativas existentes, e bastante procurada pelos idosos, no sentido de não terem que abandonar as suas casas e os seus pertences devido às limitações próprias da idade, uma vez que este serviço consegue satisfazer as suas necessidades básicas no domicílio. Constitui assim um elemento essencial de respeito pela dignidade e desejos dos mais idosos, valorizando e articulando, na maioria das vezes, com a solidariedade informal

<sup>36</sup> Despacho Normativo nº62/99 – Aprova as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário.

(familiares, vizinhos e amigos) que no nosso país, ainda é considerada um grande suporte no cuidado aos mais velhos (Pimentel, 2000).

Rodríguez (2000), identifica o SAD como um programa individualizado, prestado no próprio domicílio e que aposta na prevenção e reabilitação através da articulação de um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais, com incidência no cuidado pessoal, cuidado da habitação, apoio psicossocial, bem como a relação com o meio envolvente. Assim, esta resposta social tem por um lado um carácter preventivo, na medida em que a intervenção incide na prevenção de acidentes e de situações geradoras de dependência, criando hábitos de higiene e alimentação saudáveis. Por outro lado, tem também um carácter reabilitador, pois a intervenção feita pelos técnicos pretende, através do treino das atividades de vida diária, recuperar ou manter as capacidades funcionais.

Como denominador comum às diferentes interpretações do SAD salienta-se a qualidade de vida e manutenção da independência individual. Neste sentido, a permanência no domicílio o mais tempo possível é o objetivo comum da maioria dos indivíduos, nomeadamente os idosos e é neste pressuposto que se focaliza toda a intervenção do SAD. O envelhecer em casa, pressupõe que o idoso possa manter-se no seu espaço habitual que compreende não só a sua casa como espaço em si, mas todo o envolvente como o bairro, os vizinhos, os amigos (Perez et al, 2002, cit. in Cunha 2007). Para Sousa, Figueiredo & Cerqueira (1996) este local transmite “segurança objectiva contra a adversidade do meio ambiente e segurança subjectiva contra o medo; local de intimidade e privacidade individual e familiar; lugar de identidade (...) um depósito de lembranças permitindo a continuidade entre o passado e o presente” (p.129).

A vontade demonstrada pelos idosos em se manterem no domicílio, nesta última fase da vida, está fortemente associada à possibilidade de estarem próximos da família. A família é, ainda nos dias de hoje, apontada como o elemento mais frequentemente referido pelos idosos, como fundamental para o seu bem-estar. A família é indubitavelmente um pilar fundamental de apoio para a maioria das pessoas idosas, e continua a ser considerada uma instituição bastante significativa para o suporte e realização pessoal e um meio protegido onde o idoso pode manter um papel activo e importante (Fernandes, 2008). Relvas (2000), refere que o envelhecimento não representa uma fase de abandono pela família, mas ao invés disso, uma alteração no papel de “quem cuida de quem”. Neste sentido, O SAD visa incentivar a fortificação dos laços familiares, vizinhos e amigos, e ao mesmo tempo facilitá-los, com o apoio em tarefas diárias, de forma a manter o idoso autónomo o mais tempo possível, funcionando assim como um complemento no apoio aos idosos e não como um substituto.

Assim, segundo a Direcção Geral de Saúde conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, deverá ser não só um objetivo individual de vida, como uma responsabilidade coletiva para com a população idosa.

Pimentel (2001), corrobora esta ideia e considera que a situação ideal para qualquer idoso viver de forma saudável e equilibrada, seria a possibilidade de permanecer no seu seio familiar e social, mantendo a interacção com todas as pessoas que lhe são mais próximas.

Além da manutenção do idoso no domicílio, promover a sua autonomia é outra das bases do SAD enquanto resposta social. A entrada da pessoa na velhice, relacionada muitas vezes com o afastamento da vida ativa (a nível profissional), é também geralmente encarada como uma fase em que as capacidades do indivíduo começam a diminuir, ficando este mais vulnerável e dependente e por isso menos autónomo (Cruz, 2009). Na realidade, na maioria das vezes, a velhice trás consigo diminuição da capacidade funcional, contudo é importante desmistificar este estereótipo associado à velhice de que esta é sinónimo de dependência e vulnerabilidade (ibidem).

Neste sentido é importante fomentar no idoso uma atitude mais participativa nas suas atividades diárias e nas da comunidade, contribuindo desta forma para a preservação e/ou recuperação das suas capacidades funcionais e para o seu bem estar geral (Rodriguez, 2000).

A intervenção do SAD pretende portanto, ir de encontro às necessidades específicas de cada um, sendo por isso considerado um programa individualizado e que deve assumir uma intervenção personalizada (ibidem). Assim, enquanto programa individualizado permite conhecer a individualidade e a personalidade de cada um, assim como a sua história de vida. Esta proximidade com o utente, facilita a sua intervenção na elaboração e execução do próprio plano de cuidados, inculcando-lhe também uma parte de responsabilidade na promoção do seu bem estar. O programa individualizado será elaborado pela equipa do SAD, em conjunto com o próprio idoso e família (caso exista), determinando assim os serviços necessários, tendo em conta as necessidades específicas do idoso (Insero 2004, cit. in Cunha, 2007), assim como as suas opiniões e desejos, implicando-o sempre nas tomadas de decisão, nomeadamente no que diz respeito à intervenção do SAD (Rodriguez, 2000).

#### 4.2 Objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário

Na sua atuação diária o S.A.D. tem com objetivo central contribuir para a melhoria contínua da qualidade de vida das pessoas e da sua família (Despacho Normativo nº 62/99).

Pretende desenvolver o mais possível as capacidades da pessoa idosa, de modo a que esta consiga continuar a gerir a sua própria vida, ainda que com algum apoio na execução de determinadas tarefas (Rodriguez, 2000).

Assim, de uma forma mais específica, o SAD visa, prevenir ou retardar situações de dependência, promovendo a autonomia; contribuir para o equilíbrio e bem-estar dos utentes e da sua família, através da prestação de cuidados físicos e de apoio psicossocial; apoiar nas atividades de vida diária e na satisfação das necessidades básicas, incentivando a estilos de vida saudáveis (alimentação, higiene, exercício físico); estimular a mudança de atitudes e comportamentos no idoso de forma a melhorar a sua qualidade de vida; adequar a habitação às necessidades do idoso através de reparações, adaptações nomeadamente instalação de ajudas técnicas, caso seja necessário; promover o contato com o exterior, minorando problemas de solidão e isolamento; e também promover ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde (Despacho Normativo nº 62/99; Ferreira, 2004, cit. in Engenheiro, 2008; Rodriguez, 2000).

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), e ainda outros serviços específicos de cada instituição como realização de pequenos recados, pagamento de contas, atividade de animação, serviço de telealarme, entre outros. Todos estes serviços devem sempre garantir a individualidade e privacidade do utente, respeitando os seus usos e costumes (Bonfim & Veiga, 1996).

Na perspetiva de Gil (2009), e reflectindo sobre o actual 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 electrodomésticos e habitacionais, cabeleireiro, actividades ocupacionais e serviços de âmbito mais especificado, como cuidados médicos, enfermagem e de reabilitação” (p.4), no sentido de melhorar a intervenção do SAD.

### 4.3 Estrutura do SAD: Funcionamento e Equipa Multidisciplinar

O Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal, é regulamentado pelo Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro, onde constam as normas que regulam as condições de implantação, localização e funcionamento do apoio domiciliário. Contudo e muito recentemente, a 31 de Janeiro de 2013, saiu em Diário da República a Portaria 38/2013, com o intuito de proceder ao ajustamento da resposta social SAD às exigências da sociedade actual. As diversas alterações que se têm verificado na sociedade actual, essencialmente a nível da estrutura e organização familiar e da solidariedade intergeracional, têm originado uma grande procura da resposta SAD para a satisfação das suas necessidades básicas e/ou instrumentais de vida diária.

Em termos de funcionamento e de acordo com o Despacho nº 62/99 e com a Portaria 38/2013, o SAD deve funcionar por um período ininterrupto de vinte e quatro horas, todos os dias da semana, garantindo também sempre que necessário apoio aos sábados, domingos e feriados. Pretende-se desta forma que seja um serviço permanente, ou seja, que a prestação do serviço seja assegurada continuamente e em qualquer situação. O SAD obriga-se assim a assegurar a qualidade dos serviços prestados, nomeadamente através do recrutamento de profissionais especializados, ou seja com formação específica e qualificação adequada ao serviço que irão desenvolver.

Este Despacho Normativo estabelece ainda a obrigação do SAD, em colaboração com o utente e a respectiva família, elaborar um plano de cuidados individualizado, onde devem constar os recursos humanos e instrumentais (designadamente ajudas técnicas) necessários à intervenção, tendo em conta as necessidades do utente, assim como as atividades a desenvolver. Este plano deve ainda, estar sujeito a um acompanhamento e avaliação periódica. Para além deste plano de cuidados, deve existir um processo individual do utente onde constem os seus dados pessoais (identificação, morada), data de início da prestação dos serviços, identificação de um familiar ou pessoa próxima responsável, programação dos cuidados e serviços, assim como informação sobre o médico assistente e dos cuidados prescritos por este (periodicidade, início e fim dos cuidados), processo de saúde que possa ser consultado de forma autónoma, e outros dados que se mostrem importantes para a intervenção do SAD. Sempre que haja uma inscrição no SAD deve ser elaborado um contrato de prestação de serviços com o utente e/ou familiares, onde constem os direitos e obrigações das duas partes.

Relativamente ao regulamento interno, e tendo em conta o Despacho e a Portaria que regulamentam o SAD, este define as regras e os princípios específicos de funcionamento do SAD e deve incluir diversos elementos como condições, critérios e procedimentos de admissão, direitos e deveres do SAD, utente e/ou família, cuidados e serviços disponíveis, assim como as funções dos profissionais.

Em termos de implantação, o SAD pode ser desenvolvido a partir de uma estrutura criada para o efeito, ou a partir de uma estrutura já existente (Centro Social, Lar de Idosos, etc.), desde que reúna as condições necessárias para o efeito e prevista neste Despacho. Contudo, e seja qual for o modelo de instalação (prédio ou moradia), deve estar inserido na comunidade, garantindo assim proximidade e acessibilidade dos serviços à população, nomeadamente à população idosa.

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 no sentido 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 lacunas 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).

Neste sentido, 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 auto-avaliação (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 objectivos, 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 prestação de cuidados de higiene e 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.

#### 4.4 Atividades/Tarefas prestadas pelo SAD

Tendo em conta as especificidades dos beneficiários do SAD, e em particular da população idosa, as instituições desenvolvem diversas atividades e ações que pretendem ir de encontro às necessidades evidenciadas por esta população, com o intuito de promover qualidade de vida e bem-estar, aumentando a sua funcionalidade e independência.

Deste modo, a atuação do SAD desenvolve-se sob um leque de variadas actividades/tarefas designadamente serviços de saúde, cuidados pessoais, cuidados domésticos, apoio psicossocial e familiar, incentivando também a interação do utente com o meio envolvente. Assim no que respeita a cuidados pessoais são prestadas tarefas como cuidados de higiene (banho e higiene íntima) e conforto pessoal (levantar, mudança de posição/mobilizações, etc.), em relação aos cuidados domésticos a intervenção assenta essencialmente na limpeza da habitação, tratamento de roupas, confeção e acompanhamento

das refeições, podendo também incluir o apoio na toma da medicação. O apoio psicossocial é desenvolvido através da escuta ativa do idoso, fomentando a sua auto-estima e incentivando a sua participação ativa na comunidade. Em termos de apoio familiar, é feita uma articulação entre a família e a resposta desenvolvida pelo SAD, no que respeita ao apoio ao idoso, fomentando a coesão familiar. Neste domínio têm-se verificado uma aposta crescente na formação para os cuidadores informais, no sentido de garantir um apoio mais eficaz ao idoso entre cuidadores formais e informais.

O Serviço de Apoio Domiciliário realiza ainda atividades como: aquisição de bens no exterior; pequenos recados; acompanhamento e transporte a consultas, assim como aos exames complementares de diagnóstico; atividades de animação e motricidade, entre outras que possam surgir, tendo em conta as especificidades de cada utente.

De acordo com as tarefas prestadas pelo SAD e tendo em conta os resultados obtidos por Oliveira (2007) e Cunha (2007) nos seus estudos, verifica-se que o serviço de refeição é a tarefa mais solicitada pelos idosos, seguindo-se o serviço de cuidados de higiene e conforto. As tarefas prestadas em termos de AIVD são as menos solicitadas pelos idosos, tendo em conta os dados obtidos nestes estudos.

O conceito de SAD, deve então compreender um conjunto de atividades/ tarefas que previnam o declínio das capacidades funcionais do idoso, de forma a manter a sua independência, prestando o apoio necessário para promoção da qualidade de vida e permitindo a sua permanência no domicílio, durante o maior tempo possível.

#### 4.5 Satisfação do Utente

A satisfação do utente em relação ao serviço prestado pelo SAD, é um importante indicador de avaliação da resposta social SAD. Neste sentido e perspetivando níveis elevados de qualidade na prestação dos serviços do SAD, foi publicado em 2006, em Portugal pelo ISS. I.P., um documento que visa avaliar a qualidade do SAD. Este documento engloba ainda um questionário de satisfação do utente com os serviços prestados, nas diversas áreas de atuação.

Segundo estudos realizados nomeadamente de Sjobeck (1992, cit. in Oliveira, 2007), a qualidade do SAD é algo subjetivo e ambíguo, visto que há diversas variáveis que podem influenciar aquilo que os utentes entendem por qualidade, como por exemplo, a individualidade de cada um no que respeita a crenças, valores e desejos/ambições. Assim, este autor defende que na avaliação inicial e na intervenção diária do SAD devem ser tidas em

conta as necessidades específicas do utente, assim como as suas aspirações em termos desta resposta.

Desta forma, a escuta ativa junto do utente ou a aplicação de questionários, permite obter dados que determinam a sua satisfação em relação à intervenção do SAD, contudo, segundo Kane (1999b, cit. in Oliveira, 2007) quando questionados acerca da qualidade os utentes, na sua maioria, indicam fatos que têm a ver com conveniência, confiança e preferências pessoais, não referindo concretamente fatos relacionados com a qualidade técnica da resposta SAD. Assim, e segundo alguns estudos, a qualidade dos serviços pode ser conseguida através da identificação das prioridades de cada utente e da satisfação das mesmas.

No estudo realizado por Oliveira (2007), verificou-se que existe uma satisfação generalizada junto dos utentes, em relação às tarefas prestadas pelo SAD, sendo os cuidados de higiene que apresentam um maior grau de satisfação, seguindo-se o serviço de refeição igualmente com elevados níveis de satisfação.

Os elevados graus de satisfação não se verificam apenas em relação às tarefas prestadas, mas também em relação aos profissionais do SAD, designadamente em relação às ajudantes familiares. Assim, e tendo em conta os dados obtidos no referido estudo, os idosos mostram-se bastante satisfeitos com a sua atuação ao nível do seu desempenho, iniciativa/capacidade de resolução de problemas, trato e imagem. O trato dado pelas ajudantes familiares apresenta assim os mais altos níveis de satisfação. Em relação ao Coordenador Técnico mantém-se igualmente elevados os graus de satisfação junto dos utentes, verificando-se apenas algumas referências ao reduzido número de visitas por parte deste.

De uma forma geral e tendo por base o 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.

Na opinião de alguns autores como Samuelsson & Wister (2000, cit. in Oliveira, 2007), os elevados níveis de satisfação podem dever-se aos baixos níveis de expectativa em relação à vida em geral e a sentimentos de conformismo por parte dos idosos, considerando por isso qualquer apoio como uma mais valia, e uma melhoria na sua qualidade de vida. Caso esta situação se verifique, ou seja, caso os elevados níveis de satisfação estejam relacionados com as expectativas dos utentes e das suas famílias e não com questões objetivas e técnicas do serviço prestados pelo SAD, não será fiável avaliar a qualidade do serviço pela satisfação demonstrada pelos utentes e familiares.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### Objetivos e Metodologia

## CAPÍTULO V

### 5. Metodologia

#### 5.1 Objetivos

O presente estudo pretende conhecer as práticas e dinâmicas da resposta social SAD, na ótica do utente, e de que forma estas contribuem para o seu bem-estar e autonomia.

Neste âmbito, os objetivos gerais do presente estudo visam:

- Caracterizar os utentes que beneficiam do Serviço de Apoio Domiciliário;
- Proceder à avaliação multidimensional dos utentes ao nível funcional;
- Analisar a tipologia de apoio recebida pelos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário;
- Avaliar o grau de satisfação dos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário;

Em relação aos objetivos específicos, estes propõem:

- Elaborar a caracterização sócio-demográfica da amostra;
- Realizar uma avaliação multidimensional da funcionalidade dos utentes;
- Caracterizar as atividades usufruídas, tendo em conta a sua periodicidade e tempo diário associado às mesmas.
- Avaliar o grau de satisfação quanto aos serviços prestados, quanto às características funcionais dos mesmos e atuação da equipa prestadora de cuidados.

Desta forma pretende-se aferir de que forma os serviços prestados pelo SAD e a sua forma de atuação contribui para a melhoria da funcionalidade do idoso e para a manutenção da sua autonomia e independência.

Assim, com o intuito de alcançar os objetivos propostos neste estudo, foi desenvolvida uma investigação apoiada no paradigma positivista, ou seja, uma investigação de cariz quantitativo, na medida em que se centra em critérios de objetividade.

Este é assim um estudo exploratório de natureza quantitativa e descritiva, baseado em elementos obtidos através de questionários. De acordo com Fortin (2003, p.161) “ os estudos

descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”.

Assim, e segundo a perspectiva deste autor, os resultados dos questionários permitirão obter a caracterização da população idosa, tendo em conta alguns aspetos indispensáveis, nomeadamente os que dizem respeito à autonomia, independência, funcionalidade de bem-estar.

## 5.2 Instrumentos

A recolha de dados junto dos idosos teve por base a aplicação de três instrumentos de avaliação:

- Questionário Sócio Demográfico (Anexo 1);
- Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody (Anexo 2)
- Protocolo de Serviço de Apoio Domiciliário – ProSAD v.1 (parcial) (Anexo 3).

O Questionário Sócio Demográfico integra questões com vista à recolha de elementos de caracterização dos participantes como a idade, sexo, habilitações literárias, profissão, estado civil, valor da pensão/reforma, situação familiar atual (com quem vive) e local de residência.

A escala de Lawton e Brody, é uma escala de avaliação de actividades básicas e instrumentais de vida diária, ou seja, permite medir a capacidade funcional do idoso em se adaptar ao seu meio ambiente e viver em comunidade, avaliando as AIVD em sete categorias diferentes: cuidados pessoais; cuidados domésticos; trabalho, recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação e relações sociais. A pontuação dos diferentes itens oscila entre 0 e 90, sendo que quanto mais elevada for a pontuação maior é o nível de dependência.

O ProSAD é um instrumento que inclui uma compilação de itens relativos ao SAD e avalia as suas diferentes dimensões, nomeadamente o seu contexto, natureza e impacto junto dos utentes.

Neste estudo o ProSAD foi utilizado de forma parcial com o intuito de abranger duas grandes dimensões do Serviço de Apoio Domiciliário:

- a) **Caraterização do Serviço de Apoio Domiciliário** usufruído pelos utentes, onde se inclui os dados gerais do SAD (data de inscrição no SAD, motivo de inscrição); as tarefas prestadas ao nível das actividades básicas de vida diária e das actividades instrumentais de vida diária, a sua periodicidade e tempo

dispendido; caracterização dos serviços de saúde prestados, em termos médicos e de enfermagem; caracterização de outros serviços que visam a satisfação do bem estar do idoso nomeadamente o serviço de telealarme, adaptação das habitações e formação para os cuidadores informais e disponibilização de ajudas técnicas.

- b) **Avaliação do grau de satisfação dos utentes**, a qual incide essencialmente na avaliação da qualidade dos serviços prestados, ao nível da alimentação, cuidados de higiene, mobilizações, tratamento de roupas, serviço de limpeza habitacional; na avaliação da funcionalidade do SAD, nomeadamente no que diz respeito à pontualidade, adequação do serviço às necessidades do utente, o tempo utilizado na prestação dos cuidados, custos, capacidade de resposta do serviço a novas necessidades do utente e adequação do número de funcionários; na avaliação da atuação dos profissionais do SAD, nomeadamente ajudantes familiares, coordenador técnico, enfermeiros e médicos no que respeita ao trato, capacidade técnica, acessibilidade; e por último numa avaliação global que pretende evidenciar as principais vantagens na utilização do SAD, dando lugar a sugestões para possíveis melhorias do serviço no sentido de melhorar a qualidade de vida do idoso.

### 5.3 Procedimentos de recolha e Tratamento de dados

Com o recurso à pesquisa da Carta Social<sup>37</sup>, obteve-se uma listagem de instituições com a valência SAD, no distrito de Aveiro, tendo sido enviados emails à direção das instituições com um pedido formal para colaboração no estudo, solicitando autorização para aplicação de um questionário aos utentes, idosos, do SAD. Neste email foi referido o tema da dissertação, foram indicados os objetivos gerais e específicos, e foram também anexados os instrumentos de recolha de dados. Desde logo, foi garantida a confidencialidade da informação recolhida, não só em relação aos utentes como também em relação às instituições em análise (Anexo 4).

De referir que nem sempre houve uma resposta positiva por parte das instituições, contudo aceitaram participar neste estudo 5 instituições (IPSS) com a valência SAD.

---

<sup>37</sup>[http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=01&cod\\_concelho=0&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2101&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=01&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2101&nome=&localpostal=&temCert=false)

Os utentes do SAD, com mais de 65 anos, foram questionados, previamente pelas Técnicas de Serviço Social das instituições, da sua vontade de participar ou não no estudo.

A recolha de dados foi efectuada no domicílio dos utentes pela investigadora, na maioria das vezes na presença de um profissional da instituição em causa. Foi explicado aos idosos, o objetivo do estudo e a importância da sua participação no mesmo. Em todos os casos registou-se o consentimento informado dos utentes para colaborar na recolha de dados.

O período de recolha de dados decorreu entre Junho e Setembro de 2012.

Os dados recolhidos neste estudo, foram informatizados e sujeitos a tratamento estatístico através do Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21, tendo o estudo sido predominantemente desenvolvido através da estatística descritiva e análise de conteúdo das questões em aberto.

#### 5.4 Caracterização da Amostra

A amostra do estudo é constituída por 48 idosos, beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário, pertencentes a 5 instituições (IPSS) diferentes, sedeadas no distrito de Aveiro. A opção pelo distrito de Aveiro prende-se com razões profissionais da investigadora, assim como com a maior facilidade em contactar instituições deste distrito. Para além disto, teve-se em conta o facto do distrito de Aveiro ser um dos distritos também bastante afetado com o fenómeno do envelhecimento da população, apresentando um índice de envelhecimento que passou de 88,6% em 2001 para 117,8% em 2011.<sup>38</sup>

O estudo incidirá assim, no resultado da amostra representada pelos 48 idosos, apoiados pelo SAD.

Neste contexto, apresentam-se de seguida os resultados recolhidos no que concerne à caracterização das variáveis sociodemográficas da população.

No que respeita ao género, a amostra é composta por 56,3% (N=27) de idosos do sexo feminino e 43,8% (N=21) de utentes do sexo masculino. Esta maioria do sexo feminino pode ser justificada pela sobremortalidade masculina (Tabela 5).

---

<sup>38</sup> Informação retirado do site: <http://www.pordata.pt/Municipios/Indice+de+envelhecimento-458>

Tabela 5  
Distribuição dos utentes do SAD por Género

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	21	43,8%
<b>Feminino</b>	<b>27</b>	<b>56,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

A média de idades dos idosos entrevistados situa-se nos 79,73 anos de idade (Tabela 6), contudo é de referir que se verifica uma prevalência do grupo etário dos idosos mais idosos, ou seja, com 80 e mais anos, nomeadamente entre os 75 e 84 (N=25; 52,1%) (Tabela 7).

Tabela 6  
Distribuição dos utentes do SAD por Média de Idades

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	48	65	91	<b>79,73</b>	6,775

Tabela 7  
Distribuição dos utentes do SAD por Idades

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
65-74	10	20,8%		
<b>75-84</b>	<b>25</b>	<b>52,1%</b>		
85-94	13	27,1%		
<b>Total</b>	48	100%	<b>75-84</b>	<b>0.697</b>

No que respeita ao estado civil prevalece o casado(a) e viúvo(a), ambos com 45,8% (N= 22) (Tabela 8), o que justifica que a maioria dos idosos viva em casal (41,7%; N=20) ou sozinho (a) (41,7%; N=20), e apenas 16,7% (N=8) viva em família alargada (Tabela 9).

Tabela 8

**Distribuição dos utentes do SAD por Estado Civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro(a)	1	2,1%
<b>Casado(a)</b>	<b>22</b>	<b>45,8%</b>
<b>Viúvo(a)</b>	<b>22</b>	<b>45,8%</b>
Separado(a)/Divorciado(a)	3	6,3%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Tabela 9

**Distribuição dos utentes do SAD por Situação Familiar**

<b>Com quem vive</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sozinho	<b>20</b>	<b>41,7%</b>
Em casal	<b>20</b>	<b>41,7%</b>
Com família alargada	8	16,7%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

Considerando o nível de escolaridade dos idosos em estudo, verifica-se que a maioria deles (81,3%; N=39) apenas frequentou o 1º Ciclo do Ensino Básico - 4º ano (Tabela 10).

De referir ainda, uma percentagem significativa de idosos que não frequentaram o ensino formal (10,4%; N=5), não sabendo ler nem escrever e que apenas dois idosos frequentaram o ensino secundário (4,2%; N=2).

Tabela 10

**Distribuição dos utentes do SAD por Nível de Escolaridade**

<b>Nível de Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Não frequentou ensino formal</b>	<b>5</b>	<b>10,4%</b>
<b>1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)</b>	<b>39</b>	<b>81,3%</b>
2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)	1	2,1%
3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano)	1	2,1%
<b>Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)</b>	<b>2</b>	<b>4,2%</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

No que diz respeito à principal profissão desenvolvida na vida ativa, a amostra apresenta uma variabilidade profissional, podendo salientar-se as profissões de doméstica (41,7%; N=20), operário fabril (14,6%; N=7) e agricultor (6,3%; N=3) (Tabela 11).

Tabela 11  
**Distribuição dos utentes do SAD por Atividade Profissional**

<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Agricultor</b>	<b>3</b>	<b>6,3%</b>
Caixeira de Padaria	1	2,1%
Caixeira de armazém	1	2,1%
Comerciante	2	4,2%
Construtor Civil	1	2,1%
Contabilista	1	2,1%
Cozinheira	1	2,1%
<b>Doméstica</b>	<b>20</b>	<b>41,7%</b>
Escritora	1	2,1%
Escriturário	1	2,1%
Ferroviário	1	2,1%
Guarda nocturno	1	2,1%
Metalúrgico	1	2,1%
Motorista	2	4,2%
Mudista	1	2,1%
<b>Operário Fabril</b>	<b>7</b>	<b>14,6%</b>
Serralheiro	2	4,2%
Servente de mesa	1	2,1%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

Analisando os valores de reforma auferidos pelos idosos entrevistados, pode-se perceber que uma elevada percentagem destes idosos recebe uma reforma, que varia entre os 201€ e 500€ (68,8%;N=33) (Tabela 12). Salienta-se que nenhum dos idosos que fazem parte desta amostra, auferem uma pensão/reforma superior a 1000€.

Tabela 12

**Distribuição dos utentes do SAD em função do Valor de Pensão/Reforma**

<b>Valor da Reforma</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 200€	7	14,6%
<b>De 201€ a 500€</b>	<b>33</b>	<b>68,8%</b>
De 501€ a 1000€	8	16,7%
De 1001€ a 1500€	0	0,0%
Mais de 1501€	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

No que concerne ao local de residência, constata-se que dos 48 idosos desta amostra, 24 (50%) residem no concelho de Albergaria-a-Velha, 16 (33,3%) no concelho de Aveiro e apenas 8 (16,7%) no concelho de Oliveira de Azeméis (Tabela 13).

Tabela 13

**Distribuição dos utentes do SAD por Local de Residência**

<b>Concelho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aveiro	16	33,3%
<b>Albergaria-a-Velha</b>	<b>24</b>	<b>50,0%</b>
Oliveira de Azeméis	8	16,7%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

## CAPÍTULO VI

### 6. Apresentação de Resultados – análise descritiva

#### 6.1 Resultados relativos às Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody)

Neste ponto é efectuada a avaliação multidimensional da funcionalidade/dependência do idoso por referência a sete dimensões, no desempenho das atividades de vida diária: cuidados pessoais (auto-cuidado); cuidados domésticos; trabalho, recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; comunicação e relações sociais.

##### 6.1.1 Cuidados Pessoais

Considerando a dependência dos idosos em termos de cuidados pessoais, podemos aferir através da Tabela 14, que ao nível da alimentação, ou seja, da tarefa alimentar-se os idosos são, na sua, maioria independentes (64,6%;N=31), contudo verifica-se uma percentagem considerável de idosos (31,3%;N=15), que assumem desempenhar esta tarefa mais lentamente.

Tabela 14

#### **Nível de dependência dos idosos em relação à Alimentação**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>31</b>	<b>64,6%</b>
Independente, mas lento (a)	<b>15</b>	<b>31,3%</b>
Necessita de ajuda para cortar ou servir	1	2,1%
Deve ser alimentado (a) na maioria das refeições	1	2,1%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

No que diz respeito à atividade vestir-se, não se verifica uma homogeneidade no nível de dependência dos idosos. Assim 20 dos 48 idosos que compõem a amostra desempenham esta tarefa com normalidade, enquanto que 27,1% (N=13) dos idosos apesar de independentes, fazem-no de forma mais lenta e 31,3% (N=15) necessitam mesmo de ajuda de terceiros para se vestirem (Tabela 15).

Tabela 15

**Nível de dependência dos idosos em relação ao Vestir-se**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>20</b>	<b>41,7%</b>
Independente, mas lento (a)	13	27,1%
Necessita de ajuda para vestir-se	<b>15</b>	<b>31,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Analisando o nível de dependência na tarefa banho, pode-se aferir que nesta amostra, existe um elevado número de idosos que necessitam de assistência/ajuda para o seu desempenho. Assim, 10,4% (N=5) dos idosos necessitam de assistência no banho e 43,8% (N=21) requerem ajuda total, ou seja, 26 (N=5+N=21) dos idosos em estudo depende de ajuda de terceiros nesta tarefa.

De referir que ainda assim, 43,8% (N=21) dos idosos afirma não necessitar de ajuda no banho (Tabela 16).

Tabela 16

**Nível de dependência dos idosos em relação ao Banho**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	21	43,8%
Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a)	1	2,1%
Toma banho sozinho(a) com assistência	<b>5</b>	<b>10,4%</b>
Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros	<b>21</b>	<b>43,8%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Relativamente às idas à casa de banho (eliminações fisiológicas), a grande maioria dos idosos refere que o faz sozinho(a), cerca de 85,4% (N=41), sendo que apenas um idoso afirmou necessitar de ajuda. Uma pequena percentagem (12,5%; N=6), assume não ter controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical (Tabela 17).

Tabela 17

**Nível de dependência dos idosos em relação às Eliminações Fisiológicas**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Vai à casa de banho sozinho(a)	<b>41</b>	<b>85,4%</b>
Precisa de ajuda para a actividade	1	2,1%
Não tem controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical	<b>6</b>	<b>12,5%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

No que se refere à toma da medicação, verifica-se também um elevado nível de autonomia. Cerca de 77,1% (N=37) dos idosos toma a sua medicação sem qualquer ajuda e apenas 14,6% (N=7) necessitam que os outros lhe dêem a medicação (Tabela 18).

Esta é uma das atividades que os idosos assumem com grande responsabilidade, arranjando diversas formas para decorar qual a medicação a tomar em cada horário.

Tabela 18

**Nível de dependência dos idosos em relação à Medicação**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Toma sem ajuda	<b>37</b>	<b>77,1%</b>
Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial	3	6,3%
Necessita de lembretes escritos ou falados	1	2,1%
Necessita que outros lhe dêem a medicação	<b>7</b>	<b>14,6%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Quanto ao interesse na aparência pessoal, verifica-se que os idosos são pouco vaidosos, não mostrando grande preocupação neste campo. Assim 47,9% (N=23) dos idosos

entrevistados referem que apenas quando vão sair têm um cuidado especial com a sua aparência pessoal e 22,9% (N=11) necessitam mesmo ser vestidos por terceiros (Tabela 19).

Tabela 19

**Interesse dos idosos em relação à sua Aparência Pessoal**

	<b>N</b>	<b>%</b>
O mesmo de sempre	10	20,8%
Interessa-se quando vai sair, mas não em casa	<b>23</b>	<b>47,9%</b>
Preocupa-se apenas quando solicitado	4	8,3%
É necessário ser vestido(a) por terceiros	<b>11</b>	<b>22,9%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

6.1.2 Cuidados Domésticos

Relativamente ao desempenho dos idosos na preparação das refeições, verifica-se um número elevado de idosos que já não realiza esta tarefa, ou seja, 62,5% (N=30) dos idosos diz-se incapaz de preparar a sua própria refeição. Contudo, de referir uma percentagem mais reduzida, mas ainda assim considerável (37,5%; N=18), de idosos que cozinha, ainda que menos vezes que o habitual e/ou com menos variedade de alimentos (Tabela 20).

Tabela 20

**Nível de dependência dos idosos em relação à Preparação das Refeições**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade	<b>18</b>	<b>37,5%</b>
Incapaz de prepara a comida	<b>30</b>	<b>62,5%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

No que respeita à arrumação da mesa (colocar pratos, talheres, etc.), percebe-se que os idosos desempenham esta tarefa com alguma facilidade, sendo que 35,4% (N=17) realizam-na normalmente e 39,6% (N=19) realizam-na mais lentamente, mas ainda assim de forma independente. De referir que 25% (N=12) dos idosos não realizam esta atividade (Tabela 21).

Tabela 21

**Nível de dependência dos idosos em relação à Arrumação da Mesa**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>17</b>	<b>35,4%</b>
Independente, mas lento(a)	<b>19</b>	<b>39,6%</b>
Não realiza esta actividade	12	25,0%
<b>Total</b>	48	100,0%

Quanto aos trabalhos domésticos e tendo em conta a Tabela 22, pode-se aferir que a maioria dos idosos (56,3%; N=27) já não cuida da casa e apenas 35,4% (N=17) varre a casa ou faz pequenos serviços ocasionalmente.

Tabela 22

**Nível de dependência dos idosos em relação a Trabalhos Domésticos**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mantém a casa como de costume	1	2,1%
Faz apenas metade do seu trabalho	3	6,3%
Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços	<b>17</b>	<b>35,4%</b>
Não cuida da casa	<b>27</b>	<b>56,3%</b>
Total	48	100,0%

Relativamente às tarefas domésticas, 30 dos 48 utentes da amostra (62,5%), referem não realizar nenhum trabalho doméstico atualmente, sendo que 35,4% (N=17) dos idosos apenas realiza ocasionalmente pequenos arranjos (Tabela 23).

Tabela 23

**Nível de dependência dos idosos em relação às Tarefas Domésticas**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais	1	2,1%
Ocasionalmente faz pequenos arranjos	17	35,4%
Não faz nenhum trabalho	30	62,5%
<b>Total</b>	48	100,0%

Quanto ao tratamento da roupa, verifica-se também uma grande percentagem de idosos (85,4%; N=41) que não realizam esta tarefa. De referir que apenas 8,3% (N=4) dos idosos tem como rotina lavar as suas roupas (Tabela 24).

Tabela 24

**Nível de dependência dos idosos em relação ao Tratamento da Roupa**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Lava-as como de costume (rotina)	4	8,3%
Lava com menor frequência	3	6,3%
Não lava as roupas	41	85,4%
<b>Total</b>	48	100,0%

***6.1.3 Trabalho, Recreação/Lazer***

Analisando a Tabela 25, percebe-se que 77,1% (N=37) dos idosos entrevistados não trabalha, enquanto que 22,9% (N=11) apenas realiza atividades mais fáceis, que durem um período de tempo mais curto (Tabela 6).

Tabela 25

**Nível de dependência dos idosos em relação ao Trabalho**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabalha em atividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto	<b>11</b>	<b>22,9%</b>
Não trabalha	<b>37</b>	<b>77,1%</b>
<b>Total</b>	48	100%

No que diz respeito ao desempenho de atividades recreativas, denota-se uma grande falta de habilidade e/ou falta de criatividade para o desempenho destas tarefas. Assim 97,9% (N=47) dos idosos afirmam não participar em atividades recreativas e apenas 1 idoso afirma que participa em atividades recreativas com menos frequência (Tabela 26).

Tabela 26

**Participação dos idosos em Atividades Recreativas**

<b>Nível de participação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Atividade menos frequente	1	2,1%
Não participa em atividades recreativas	<b>47</b>	<b>97,9%</b>
<b>Total</b>	48	100%

Quanto à participação dos idosos em organizações e convívios/festas pode-se aferir que 45,8% (N=22) dos idosos apenas comparece ocasionalmente em encontros e 39,6% (N=19) não comparece mesmo a qualquer tipo de convívio (Tabela 27).

Tabela 27

**Participação dos idosos em convívios/organizações**

<b>Tipo de participação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Comparece a encontros	1	2,1%
Comparece menos frequentemente	6	12,5%
Comparece ocasionalmente	<b>22</b>	<b>45,8%</b>
Não comparece a encontros	<b>19</b>	<b>39,6%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Em relação à realização de viagens por parte dos idosos, verifica-se que 37,5% (N=18) dos idosos desta amostra viaja como habitualmente. Contudo a maioria dos idosos apresenta limitações para viajar, sendo que 41,7% (N=20) viaja com a ajuda de alguém, 10,4% necessita de cadeira de rodas para se movimentar e os restantes 10,4% (N=5) estão limitados à sua habitação ou ao hospital (Tabela 28).

Tabela 28

**Nível de dependência dos idosos em relação a Viagens**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
O habitual	<b>18</b>	<b>37,5%</b>
Viaja com ajuda de alguém	20	41,7%
Viaja com ajuda de cadeira de rodas	5	10,4%
Limitado(a) à casa ou ao hospital	<b>5</b>	<b>10,4%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

6.1.4 Compras e Gestão do dinheiro

Relativamente à capacidade dos idosos em fazerem as suas compras para o dia-a-dia, constata-se que por um lado 43,8% (N=21) dos idosos faz as suas compras normalmente, ainda que em menos quantidade e por outro 54,2% (N=26) não faz compras (Tabela 29).

Tabela 29

**Nível de dependência dos idosos em relação a Compras**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>21</b>	<b>43,8%</b>
Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras	1	2,1%
Não faz as compras	<b>26</b>	<b>54,2%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Da análise da Tabela 30, pode aferir-se que em relação à capacidade de gestão do dinheiro, os idosos apresentam uma elevada autonomia, verificando-se que 66,7% (N=32) dos

idosos gere o seu próprio dinheiro. Por outro lado, para 31,3% (N=15) dos idosos a gestão do seu dinheiro é feita por terceiros, normalmente familiares próximos.

Tabela 30

**Nível de dependência dos idosos em relação à Gestão do Dinheiro**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>32</b>	<b>66,7%</b>
Tem dificuldade em pagar valores exatos, contar o dinheiro	1	2,1%
Não gere o dinheiro	<b>15</b>	<b>31,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

No que diz respeito à administração de finanças, verifica-se, assim como na gestão do dinheiro, uma elevada independência por parte dos idosos. Assim constata-se que 64,6% (N=31) dos idosos paga as suas contas normalmente e apenas 33,3% (N=16) não gere as suas finanças (Tabela 31).

Tabela 31

**Nível de dependência dos idosos em relação à Administração de Finanças**

<b>Nível de dependência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pagamento de contas e serviços bancários normais	<b>31</b>	<b>64,6%</b>
Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita de ajuda de terceiros	1	2,1%
Não gere as finanças	<b>16</b>	<b>33,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

6.1.5 Locomoção

Em termos de utilização de transportes públicos, percebe-se através da Tabela 32 que os idosos não fazem muito uso destes meios de transporte. Assim verifica-se que 81,3% (N=39) dos idosos não usa transporte público, 14,6% (N=7) utiliza com menos frequência e apenas 4,2% (N=2) utilizam transportes públicos normalmente.

Tabela 32

**Utilização dos Transportes Públicos por parte dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Utiliza transporte público normalmente	<b>2</b>	<b>4,2%</b>
Utiliza transporte público menos frequentemente	7	14,6%
Não usa transporte público	<b>39</b>	<b>81,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

No que diz respeito à condução de veículos e tendo em conta os dados da Tabela 33, pode-se concluir que a grande maioria dos idosos, ou seja, 81,3% (N=39) já não conduz, contudo há ainda 16,7% (N=8) dos idosos que conduz, ainda que com mais atenção.

Tabela 33

**Capacidade de condução de Veículos por parte dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Conduz normalmente	1	2,1%
Conduz com cuidado	8	16,7%
Não conduz	<b>39</b>	<b>81,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Em termos de mobilidade pela vizinhança, verifica-se que a maioria dos idosos ainda dá alguns passeios pela vizinhança, sendo que 31,3% (N=15) fá-lo normalmente e 35,4% (N=17) fá-lo menos frequentemente. Os restantes 33,3% (N=16) dos idosos só saem quando acompanhados (Tabela 34).

Tabela 34

**Capacidade de Mobilidade dos idosos, pela vizinhança**

	N	%
Normal	15	31,3%
Sai de casa menos frequentemente	17	35,4%
Só sai acompanhado(a)	16	33,3%
<b>Total</b>	48	100,0%

Aferindo, por outro lado, a locomoção fora de locais familiares, verifica-se que apenas 35,4% (N=17) o faz normalmente, enquanto que os restantes idosos apresentam algumas dificuldades. Assim (33,3%; N=16) dos idosos referem, ocasionalmente, alguma desorientação em locais estranhos, 10,4% (N=5) ficam muito desorientados e 20,8% (N=10) é mesmo incapaz de se deslocar para locais estranhos, sem o apoio de terceiros (Tabela 35).

Tabela 35

**Capacidade de locomoção dos idosos fora de locais familiares**

	N	%
Normal	17	35,4%
Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos	16	33,3%
Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)	5	10,4%
Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)	10	20,8%
<b>Total</b>	48	100,0%

6.1.6 Comunicação

Em relação à capacidade de comunicação dos idosos com o meio envolvente e analisando a capacidade de utilização do telefone, constata-se que uma elevada percentagem de idosos consegue utilizar o telefone normalmente (62,5%; N=30), uma reduzida percentagem (12,5%; N=6) apenas utiliza o telefone para atender chamadas e um número considerável de idosos (equivalente a 22,9%; N=11) não utiliza o telefone (Tabela 36).

Tabela 36

**Capacidade de uso do Telefone por parte dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>30</b>	<b>62,5%</b>
Telefona apenas para alguns números familiares	1	2,1%
Apenas atende o telefone	6	12,5%
Não usa o telefone	<b>11</b>	<b>22,9%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

No que refere à capacidade de conversação dos idosos e tendo em conta os dados da Tabela 37, verifica-se que 33 dos 48 idosos entrevistados (68,8%), consegue manter uma conversa normal com os outros, enquanto que 29,2% (N=14) apresenta algumas dificuldades de comunicação, esquecendo algumas palavras. De referir que apenas 1 idoso apresenta uma fala quase ininteligível.

Tabela 37

**Capacidade de Comunicação dos idosos – Conversa**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	<b>33</b>	<b>68,8%</b>
Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras	14	29,2%
A fala é quase ininteligível	1	2,1%
<b>Total</b>	48	100,0%

Ao analisar a Tabela 38 que traduz a capacidade de compreensão dos idosos, pode-se aferir que uma elevada percentagem de idosos (62,5%; N=30), compreende tudo o que lhe é dito, contudo 33,3% (N=16) refere sentir alguma dificuldade em compreender determinadas palavras (Tabela 38).

Tabela 38

**Capacidade de Compreensão dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Compreende tudo o que lhe é dito	<b>30</b>	<b>62,5%</b>
Solicita repetição para compreender	2	4,2%
Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras	<b>16</b>	<b>33,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Em termos de hábitos de leitura, os dados da Tabela39 mostram que metade dos idosos (50%; N=24) que compõem a amostra deste estudo, lê com menor frequência e 35,4% (N=17) refere não ter hábitos de leitura.

Tabela 39

**Hábitos de Leitura dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	7	14,6%
Lê com menor frequência	<b>24</b>	<b>50%</b>
Não lê	<b>17</b>	<b>35,4%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Relativamente à capacidade de escrita, verificam-se igualmente algumas limitações por parte dos idosos, sendo que 27,1% (N=13) não escreve e 16,7% (N=8) apenas assina o nome. Ainda assim, percebe-se que uma grande percentagem de idosos apresenta uma boa capacidade de escrita, 22,9% (N=11) referem escrever normalmente e 33,3% (N=16) assumam escrever com menos frequência, dando alguns erros (Tabela 40).

Tabela 40

**Capacidade de Escrita dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Normal	11	22,9%
Escreve com menor frequência, dá erros ocasionais	16	33,3%
Apenas assina o nome	<b>8</b>	<b>16,7%</b>
Não escreve	<b>13</b>	<b>27,1%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

6.1.7 Relações Sociais

Abordando agora as relações sociais da população idosa e tendo em conta os dados da Tabela 41, verifica-se que a maioria dos idosos (89,6%; N=43) considera ter relações familiares normais. Contudo, 8,3% (N=4) dos idosos afirmaram não ter relacionamentos, ou seja, não têm nem o cônjuge nem a família mais próxima presente nas suas vidas.

Tabela 41

**Tipo de Relações Familiares dos idosos**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Normais	<b>43</b>	<b>89,6%</b>
Pequenos problemas	1	2,1%
Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos	<b>4</b>	<b>8,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Relativamente às relações familiares com crianças, os idosos referem ter uma relação normal (68,8%; N=33), apesar de 31,3% (N=15) afirmar ser incapaz de cuidar de crianças (Tabela 42).

Tabela 42

**Tipo de Relações Familiares dos idosos com Crianças**

	N	%
Normais	33	68,8%
Incapaz de cuidar das crianças	15	31,3%
<b>Total</b>	48	100,0%

Em termos de amizades, 75% (N=36) dos idosos refere encontrar agora os amigos com menos frequência, enquanto que uma pequena percentagem (12,5%; N=6) afirma manter contato regular com os amigos. De referir que 12,5% (N=6) dos idosos, aceita visitas mas não procura companhia (Tabela 43).

Tabela 43

**Tipo de Relacionamento dos idosos com os Amigos**

	N	%
Encontra os amigos com a mesma frequência	6	12,5%
Encontra os amigos com menor frequência	36	75,0%
Aceita visitas, mas não procura companhia	6	12,5%
<b>Total</b>	48	100,0%

6.1.8 Avaliação global das ABVD e AIVD

Analisando agora de uma forma global, o nível de dependência e autonomia dos idosos entrevistados, que no Índice de Lawton e Brody varia entre “0” e “3”, sendo que para uma melhor interpretação dos resultados considerou-se que “0” corresponde a independente, “1” independente mas com necessidade de algum apoio, “2” parcialmente dependente e “3” dependente. Assim, percebe-se que no que diz respeito aos “**cuidados pessoais**”, os idosos mostram-se independentes, embora em atividades como o banho e vestir necessitem de algum apoio ( $\mu=1,54$  e  $S=1,429$ ;  $\mu=1,21$  e  $S=1,288$ , respetivamente). Em relação ao interesse na aparência pessoal, evidenciam também uma necessidade de apoio de terceiros para despoletar esse cuidado.

Relativamente aos **“cuidados domésticos”** e ao **“trabalho, recreação/lazer”**, os idosos apresentam um maior nível de dependência ou de absentismo na realização destas tarefas, verificando-se uma média do nível de dependência próximo de “3”.

Em termos de **“compras e gestão do dinheiro”** os idosos afirmam-se no geral autónomos, principalmente na gestão do dinheiro ( $\mu=0,96$  e  $S=1,398$ ), contudo nas compras e administração de finanças evidenciam necessidade de algum apoio de terceiros, apresentando um desvio padrão de 1,492 e 1,429 respetivamente, ou seja, aproxima-se do nível de dependência “2”.

Aferindo a capacidade de **“locomoção”** dos idosos, verifica-se que em relação à utilização de transportes existe, em média, um nível de dependência próximo de “3”, enquanto que no que refere à mobilidade este nível se aproxima em média de “2”.

Por último, e tendo em conta as **“relações sociais”** e a **“capacidade de locomoção”** dos idosos em estudo, constata-se que estes apresentam relativa normalidade no que refere a estes itens, contudo evidenciam poucos hábitos de leitura e escrita ( $\mu=1,56$  e  $S=1,128$ ;  $\mu=1,48$  e  $S=1,130$ , respetivamente) (Tabela 44).

Tabela 44

## Avaliação global das ABVD e das AIVD

	ABVD/AIVD	Nível de dependência		Média ( $\mu$ )	D.P. (S)
		Mín.	Máx.		
Cuidados Pessoais	Alimentação	0	3	0,42	0,647
	Vestir	0	3	1,21	1,288
	Banho	0	3	1,54	1,429
	Eliminações Fisiológicas	0	3	0,42	1,028
	Medicação	0	3	0,54	1,091
	Interesse na Aparência	0	3	1,33	1,059
Cuidados Domésticos	Cozinhar	1	3	2,25	0,978
	Arrumação da mesa	0	3	1,15	1,167
	Trabalhos domésticos	0	3	2,46	0,713
	Tarefas domésticas	1	3	2,60	0,536
	Lavar roupas	0	3	2,63	0,937
Trabalho, Recreação/Lazer	Trabalho	2	3	2,77	0,425
	Recreação	1	3	2,96	0,289
	Organizações	0	3	2,23	0,751
	Viagens	0	3	0,94	0,954
Compras e Gestão do Dinheiro	Compras	0	3	1,67	1,492
	Gestão do Dinheiro	0	3	0,96	1,398
	Administração das finanças	0	3	1,04	1,429
Locomoção	Transporte público	0	3	2,58	0,895
	Condução de veículos	0	3	2,60	0,844
	Mobilidade (vizinhança)	0	3	1,35	1,246
	Locomoção (locais não familiares)	0	3	1,17	1,136
Comunicação	Uso do telefone	0	3	0,96	1,304
	Conversas	0	3	0,35	0,601
	Compreensão	0	2	0,71	0,944
	Leitura	0	3	1,56	1,128
	Escrita	0	3	1,48	1,130
Relações Sociais	Relações familiares	0	3	0,27	0,844
	Relações familiares (crianças)	0	3	0,94	1,405
	Amigos	0	2	1,00	0,505

## 6.2 Resultados relativos ao Serviço de Apoio Domiciliário usufruído (Prosad)

Neste ponto é caracterizado a intervenção do SAD ao nível do tempo de vinculação dos idosos, as razões que os levaram a optar por esta resposta social, assim como a descrição das tarefas prestadas, tendo em conta a sua periodicidade e tempo despendido e a satisfação dos utentes em relação aos serviços prestados e aos profissionais do SAD.

### 6.2.1 Características Gerais do SAD

Analisando o tempo de vinculação dos idosos ao SAD, aferiu-se que a maioria dos idosos é beneficiário deste serviço há mais de 12 meses. Assim, 39,6% (N=19) dos idosos está inscrito há mais de 24 meses e menos de 60 meses. De referir que 4 dos 48 idosos entrevistados são utentes do SAD há 120 meses ou mais (Tabela 45).

Tabela 45

#### **Tempo de Vinculação dos idosos no SAD**

<b>Tempo de vinculação (meses)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
>1<6 meses	4	8,3%
≥6<12 meses	3	6,3%
≥12<24 meses	10	20,8%
≥24<60 meses	<b>19</b>	<b>39,6%</b>
≥60<120 meses	8	16,7%
≥120 meses	<b>4</b>	<b>8,3%</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

Relativamente aos motivos que levaram os idosos a procurarem a resposta SAD percebe-se que a prevalência recai sobre motivos de saúde (58,3%; N=28), associados muitas vezes a dificuldades económicas (8,3%; N=4). O facto de viverem sozinhos constituí também um dos motivos que leva os idosos a procurem o apoio do SAD (12,5%; N=6). De salientar

que alguns idosos do sexo masculino referem motivos relacionados com a esposa (motivos de saúde), como uma razão que justifica o pedido do SAD (12,5%;N=6) (Tabela 46).

Tabela 46

**Motivos que levam os idosos a recorrer ao SAD**

<b>Motivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dificuldades económicas	2	4,2%
Motivos de saúde	<b>28</b>	<b>58,3%</b>
Motivos de saúde da esposa	<b>6</b>	<b>12,5%</b>
Motivos de saúde e dificuldades económicas	<b>4</b>	<b>8,3%</b>
Não sobrecarregar a família	2	4,2%
Viver sozinho(a)	<b>6</b>	<b>12,5%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

Quando questionados sobre quem os ajudou a tomar a decisão de recorrer aos serviços do SAD, para conseguirem uma melhor qualidade de vida face às suas limitações, 35,4% (N=17) dos idosos apontam os filhos como os principais intervenientes nesta decisão. Alguns dos idosos, 16,7% (N=8), refere que esta foi uma decisão pessoal.

De referir, que em muitos casos a comunidade teve um papel importante nesta decisão, nomeadamente, Profissionais (16,7%; N=8), o pároco (6,3%; N=3) e também os vizinhos/amigos (6,3%; N=3) (Tabela 47).

Tabela 47

**Quem ajudou a decidir pelo SAD**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Cônjuge	2	4,2%
Filhos(as)	17	<b>35,4%</b>
O próprio(a)	8	<b>16,7%</b>
Outros familiares	7	14,6%
Pároco	3	<b>6,3%</b>
Profissionais	8	<b>16,7%</b>
Vizinho(a) / Amigo(a)	3	<b>6,3%</b>
<b>Total</b>	48	100,0%

### 6.2.2 Caraterização das Tarefas prestadas/usufruidas: periodicidade e tempo dispendido

Para caraterização das tarefas prestadas, optou-se por dividi-las em ABVD e AIVD em termos de periodicidade e de tempo diário dispendido em cada tarefa. Neste sentido, a periodicidade foi avaliada por dias da semana e o tempo dispendido em minutos.

Em termos de ABVD e tendo em conta os dados obtidos na Tabela 48, aferiu-se que o serviço de **alimentação** é a tarefa mais solicitada pela maioria dos idosos - 85,4% (N=41 dos 48 da amostra), seguindo-se o **banho completo** com 39,6% (N=19 dos 48 da amostra), a **higiene íntima** com 22,9% (N=11 dos 48 da amostra) e o **vestir** com uma predominância de 20,8% (N=10 dos 48 da amostra). As tarefas como **acompanhamento de refeição, levantar, mudança de posição/ mobilizações e movimentar-se na casa** são as menos requeridas pelos idosos, sendo que esta última não é solicitada por nenhum dos idosos em estudo.

Relativamente à periodicidade das tarefas prestadas/usufruidas verifica-se que a tarefa **alimentação** é prestada, para a maioria dos idosos diariamente (60,4%; N=29), contudo existem ainda 22,9% (N=11) dos idosos que usufruí deste serviço de segunda a sexta-feira.

Em relação ao **banho completo** constata-se que apenas 8,3% (N=4) dos idosos recebe este serviço diariamente, uma igual percentagem recebe 3 dias por semana, para 10,4% (N=5) este serviço é prestado 2 dias por semana, e para os restantes 10,4% (N=5) dos idosos uma vez por semana. A tarefa banho completo é na maioria dos casos associada à **higiene íntima**, sendo esta tarefa prestada diariamente para 12,5% (N=6) dos idosos, de segunda a sexta-feira para 8,3% (N=4) e 1 vez por semana para apenas 1 idoso (2,1%).

Tabela 48

**Atividades Básicas de Vida Diária: Tarefas prestadas/usufruídas - Periodicidade**

Periodicidade	Alimentação		Acomp. Refeição		Banho		Higiene Intima		Levantar		Vestir	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Diária</b>	29	<b>60,4%</b>	1	2,1%	4	<b>8,3%</b>	6	<b>12,5%</b>	2	4,2%	5	10,4%
<b>2ª a Sáb.</b>	-	-	-	-	1	2,1%	-	-	-	-	-	-
<b>2ª a 6ª</b>	11	<b>22,9%</b>	1	2,1%	-	-	4	8,3%	2	4,2%	3	6,3%
<b>4dias/sem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>3dias/sem</b>	-	-	-	-	4	8,3%	-	-	-	-	1	21%
<b>2dias/sem</b>	1	2,1%	-	-	5	10,4%	-	-	-	-	1	2,1%
<b>1 dia/sem</b>	-	-	-	-	5	10,4%	1	2,1%	-	-	-	-
<b>Total</b>	41	<b>85,4%</b>	2	4,2%	19	<b>39,6%</b>	11	<b>22,9%</b>	4	8,3%	10	<b>20,8%</b>
<b>Não beneficiária</b>	7	14,6%	46	95,8%	29	60,4%	37	77,1%	44	91,7%	38	79,2%
<b>Total</b>	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%

No que diz respeito ao tempo dispendido nas tarefas prestadas, ainda ao nível das ABVD, percebe-se que a tarefa **banho completo** é aquela onde as ajudantes familiares dispendem mais tempo cerca de 34,74 minutos em média por idoso, seguindo-se a **higiene íntima** onde normalmente dispendem em média 18,64 minutos. A **alimentação** é das tarefas onde diariamente é dispendido menos tempo, entre 10 a 15 minutos (39,6% (N=19) e 45,8% (N=22) respetivamente), sendo que este tempo considera apenas a entrega da refeição, não contabilizando portanto, o tempo de preparação da mesma. Na tarefa **vestir** o tempo dispendido varia entre os 10 e os 20 minutos. (Tabela 49).

Tabela 49

**Tempo dispendido nas tarefas prestadas/usufruidas – ABVD**

Tempo dispendido	Alimentação		Acomp. Refeição		Banho		Higiene Intima		Levantar		Vestir	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 min.	19	39,6%	1	2,1%	-	-	-	-	4	8,3%	4	8,3%
15 min.	22	45,8%	-	-	-	-	8	16,7%	-	-	2	4,2%
20 min.	-	-	1	2,1%	3	6,3%	-	-	-	-	4	8,3%
25 min.	-	-	-	-	-	-	1	2,1%	-	-	-	-
30 min.	-	-	-	-	8	16,7%	2	4,2%	-	-	-	-
45 min.	-	-	-	-	8	16,7%	-	-	-	-	1	2,1%
<b>Média</b>	12,5 min.		15 min.		<b>34,74 min.</b>		<b>18,64 min.</b>		10 min.		15 min.	
<b>Desvio Padrão</b>	2,534		7,071		9,643		6,360		0,00		4,714	

Analisando agora as tarefas prestadas ao nível das AIVD (Tabela 50), percebe-se que estas não são muito solicitadas pelos idosos que constituem esta amostra. Contudo, há uma predominância das tarefas de **limpeza da habitação** e **tratamento de roupa**, ambas com uma percentagem de apenas 10,4% (N=5 dos 48 da amostra), seguindo-se o **apoio na medicação** com 8,3% dos idosos (N=4 dos 48 da amostra). De referir que as atividades com maior incidência de idosos, são as **atividades de animação** que contam com 66,7% dos idosos (N=32 dos 48 da amostra).

Em termos de periodicidade, verifica-se que a **limpeza à habitação** é essencialmente realizada uma vez por semana ou de 15 em 15 dias (outra periodicidade), já o **tratamento das roupas** varia entre um ou dois dias por semana. O **apoio na medicação** está normalmente associado ao serviço de refeição, apresentando uma periodicidade diária ou de segunda a sexta-feira. As **atividade de animação** não têm uma periodicidade fixa, dependem de cada instituição e da própria comunidade onde o idoso está inserido.

Tabela 50

**Atividades Instrumentais de Vida Diária: Tarefas prestadas/usufruídas –  
Periocidade**

Periocidade	Limpeza da Habitação		Tratamento de roupa		Apoio na medicação		Aquisição de bens		Atividades de animação		Outras tarefas <sup>a</sup>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Diária</b>	1	2,1%	1	2,1%	2	4,2%	-	-	-	-	-	-
<b>2ª a Sáb.</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>2ª a 6ª</b>	-	-	-	-	2	4,2%	-	-	-	-	-	-
<b>4dias/sem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>3dias/sem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>2dias/sem</b>	-	-	2	4,2%	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>1dia/semana</b>	2	4,2%	2	4,2%	-	-	1	2,1%	-	-	-	-
<b>Outra periocidade</b>	2	4,2%	-	-	-	-	-	-	32	66,7%	2	4,2%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>10,4%</b>	<b>5</b>	<b>10,4%</b>	<b>4</b>	<b>8,3%</b>	<b>1</b>	<b>2,1%</b>	<b>32</b>	<b>66,7%</b>	<b>2</b>	<b>4,2%</b>
<b>Não beneficia</b>	43	89,6%	43	89,6%	44	91,7%	47	97,9%	16	33,3%	46	95,8%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Legenda: <sup>a</sup> Idas ao médico e Pagamento de despesas

Relativamente ao tempo dispendido nas tarefas relativas às AIVD (Tabela 51) constata-se que é na **limpeza da habitação** que é dispendido mais tempo, ou seja, em média 65 minutos, seguindo-se o **tratamento da roupa** onde se dispende normalmente 48 minutos em média. A tarefa **apoio na medicação** é a que se executa em menos tempo, sendo necessários apenas 5 a 10 minutos. Em relação às **atividades de animação**, o tempo dispendido varia consoante o tipo de atividade, podendo ocupar uma manhã, uma tarde, ou até mesmo um dia inteiro.

Tabela 51

**Tempo dispendido nas tarefas prestadas/usufruídas – AIVD**

Tempo despendido	Limpeza da Habitação		Tratamento de roupa		Apoio na medicação		Aquisição de bens		Atividades de animação		Outras tarefas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>5 min.</b>	-	-	-	-	<b>2</b>	<b>4,2%</b>	-	-	-	-	-	-
<b>10 min.</b>	1	2,1%	-	-	<b>2</b>	<b>4,2%</b>	-	-	-	-	-	-
<b>20 min.</b>	-	-	1	2,1%	-	-	1	2,1%	-	-	-	-
<b>50 min.</b>	-	-	2	4,2%	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>60 min.</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>75 min.</b>	3	6,3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>90 min.</b>	1	2,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Variável</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>32</b>	<b>66,7%</b>	2	4,2%
<b>Média</b>	<b>65 min.</b>		<b>48 min.</b>		7,5min.		20 min.		-		-	
<b>Desvio Padrão</b>	31,425		16,432		2,887		0,00		-		-	

6.2.3 Caracterização dos Serviços de Saúde e Outros Serviços usufruídos

Neste ponto aferiu-se a disponibilização de serviços de saúde por parte do SAD, assim como de outros serviços que permitam a melhoria de qualidade de vida e bem estar dos idosos, nomeadamente **serviço de telealarme, adaptação das habitações, formação para cuidadores informais e ajudas técnicas.**

Em termos de serviço de saúde, verifica-se que apenas uma da instituição em análise dispõem de **acompanhamento médico e de enfermagem** na própria instituição, sendo que apenas dois idosos beneficiam destes serviços. Em termos de acompanhamento médico este é feito através de consultas e receitas médicos, já no que respeita a serviços de enfermagem os idosos requisitam essencialmente o controle da tensão arterial e da glicemia (Tabela 52).

Tabela 52

**Disponibilização de serviços de saúde através do SAD**

Serviços de saúde	Sim		Não	
	N	%	N	%
Acompanhamento médico (consultas e receitas médicas)	2	4,2%	46	95,8%
Acompanhamento de enfermagem (controle de tensão arterial e glicemia)	2	4,2%	46	95,8%
<b>Total</b>	48 – 100%			

Relativamente ao **serviço telealarme** (Tabela 53), constata-se que apenas um idoso dispõe deste serviço, sendo o pagamento suportado pelo próprio.

Tabela 53

**Disponibilização de Serviço de Telealarme**

Serviço Telealarme	Pagamento	N	%
<b>Sim</b>	<b>Idoso</b>	<b>1</b>	<b>2,1%</b>
<b>Não</b>		47	97,9%
<b>Total</b>		48	100,0%

No que refere à **adaptação nas habitações**, com o objetivo de melhorar a funcionalidade das mesmas e consequentemente a qualidade de vida dos idosos, aferiu-se através dos dados obtidos na Tabela 54, que apenas um idoso usufruiu deste serviço. As obras realizadas ficaram a cargo de uma entidade alheia à instituição, e incidiram essencialmente na casa de banho da habitação.

Tabela 54

**Disponibilização de Serviço de Adaptação da Habitação**

Adaptação das Habitações	Quem realiza	Onde foram realizadas as obras	N	%
<b>Sim</b>	<b>Outra entidade</b>	<b>Casa de banho</b>	<b>1</b>	<b>2,1%</b>
<b>Não</b>	-	-	47	97,9%
<b>Total</b>			48	100,0%

Em relação à **programação de formação para cuidadores informais**, e tendo em conta a Tabela 55, verificou-se que para 54,2% (N=26) dos idosos é programada formação, dirigida aos seus cuidadores informais. Em todos estes casos a formação é organizada pela própria instituição.

Tabela 55

**Programação de Formação para Cuidadores Informais por parte da Instituição**

<b>É programada formação para os cuidadores informais dos idosos</b>	<b>Organização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>Instituição</b>	<b>26</b>	<b>54,2%</b>
<b>Não</b>		22	45,8%
<b>Total</b>		48	100,0%

Aferindo-se a disponibilização de **ajudas técnicas** por parte das instituições, constata-se que apenas um idoso da amostra beneficia da disponibilização de ajudas técnicas, por parte da instituição, nomeadamente uma cama articulada (Tabela 56).

Tabela 56

**Disponibilização de Ajudas Técnicas por parte do SAD**

<b>O SAD disponibiliza ajudas técnicas</b>	<b>Tipo de ajudas técnicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>Cama articulada</b>	<b>1</b>	<b>2,1%</b>
<b>Não</b>		47	97,9%
<b>Total</b>		48	100,0%

**6.3 Resultados relativos à Satisfação dos Idosos com o SAD**

Neste ponto relativo à satisfação com o SAD, analisa-se a satisfação dos idosos em relação às tarefas prestadas ao nível das ABVD e AIVD, às características funcionais do SAD e à atuação/desempenho dos profissionais do SAD, nomeadamente ajudantes familiares, coordenador técnico e profissionais de saúde, assim como a satisfação do SAD, a nível global.

Para avaliar a satisfação dos utentes foi utilizada a escala “Muito Bom”, “Bom”, “Nem Bom, Nem Mau”, “Mau” e “Muito Mau”, para graduar cada uma das situações.

### 6.3.1 Tarefas prestadas/usufruidas pelo SAD –ABVD e AIVD

Tendo em conta a **satisfação dos idosos** em relação às tarefas que lhe são prestadas/usufruidas (Tabela 57), verifica-se que existe uma predominância do grau de satisfação “Bom”, na generalidade das tarefas.

Assim e mais concretamente em relação à **alimentação**, verifica-se que 58,3% (N=28) dos idosos, consideram que a alimentação está adequada ao seu estado de saúde atribuindo-lhe o grau de satisfação “Bom”, enquanto 16,7% (N=8) atribui o grau “Muito Bom”. Contudo, de referir, que 10,4% (N=5) dos idosos entrevistados atribui ao serviço de alimentação o grau de satisfação “Nem Bom Nem Mau. Em termos de **cuidados de higiene**, o grau de satisfação dos idosos situa-se entre o “Bom” (27,1%; N=13) e o “Muito Bom” (14,6%; N=7).

Relativamente às AIVD, designadamente **tratamento de roupas e limpeza da habitação** os idosos afirmam-se igualmente satisfeitos, com predominância do grau de satisfação “Bom”, sendo que apenas um idoso refere que não está muito satisfeito com a limpeza da habitação, considerando o seu grau de satisfação “Nem Bom Nem Mau”.

Tabela 57

#### **Grau de Satisfação dos idosos em relação às Tarefas Prestadas/Usufruídas – ABVD e AIVD**

Nível de Satisfação <sup>a</sup>	Alimentação		Cuidados de Higiene		Mobilizações		Tratamento das roupas		Limpeza da habitação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
“M. B.”	8	16,7%	7	14,6%	-	-	1	2,1%	1	2,1%
“B.”	<b>28</b>	<b>58,3%</b>	<b>13</b>	<b>27,1%</b>	1	2,1%	<b>4</b>	<b>8,3%</b>	<b>3</b>	<b>6,3%</b>
“N. B., N. M.”	5	10,4%	-	-	-	-	-	-	1	2,1%
<b>Total</b>	41	85,4%	20	41,7%	1	2,1%	5	10,4%	5	10,4%
<b>Não beneficiam</b>	7	14,6%	28	58,3%	47	97,9%	43	89,6%	43	89,6%
<b>Total</b>	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%

Legenda: <sup>a</sup> - “M.B.” – “Muito Bom”; “B.” – “Bom”; “N.B.,N.M.” – “Nem Bom, Nem Mau”.

### 6.3.2 Características funcionais do SAD

Neste ponto aferiu-se a satisfação dos idosos ao nível das características funcionais do SAD, nomeadamente pontualidade do serviço, resposta face às necessidades atuais do idoso e face às novas necessidades que vão surgindo, custo dos serviços e número de funcionárias que prestam serviço.

Assim e tendo em conta a Tabela 58, verifica-se que os idosos na sua maioria mostram-se satisfeitos, predominando o grau de satisfação “Bom” e “Muito Bom”.

No que diz respeito à **pontualidade**, 75% (N=36) dos idosos refere que o serviço é bastante pontual (Muito Bom), os restantes 25% (N=12) consideram o serviço pontual (Bom).

Relativamente à **capacidade de adequação da resposta face às necessidades dos idosos**, não só às inicialmente sinalizadas como às que vão surgindo, verifica-se uma predominância do grau de satisfação “Muito Bom” (62,5%; N=30), seguindo-se o grau de satisfação “Bom”, com 37,5% (N=18).

Quando questionados sobre se o **tempo dispendido nas tarefas** é o suficiente, a maioria dos idosos (58,3%; N=28), diz-se satisfeito atribuindo o grau de satisfação “Bom”, contudo 6,3% (N=3) dos idosos considera que as ajudantes familiares deveriam despende mais tempo na execução das tarefas, atribuindo o grau de satisfação “Nem Bom, Nem Mau”.. Relativamente ao **número de funcionárias**, os idosos consideram ser o adequado ao serviço que lhes é prestado, verificando-se por isso a predominância do grau de satisfação “Muito Bom” (66,7%; N=32).

No que concerne ao **custo dos serviços prestados** pelo SAD, 54,2% (N=26) dos idosos refere que é “Bom” e 34,4% (N=17) “Muito Bom”. Uma percentagem menor de idosos (10,4%; N=5), considera que o custo não está devidamente adequado ao serviço prestado, indicando por isso a sua satisfação no grau “Nem Bom, Nem Mau”.

Tabela 58

**Grau de satisfação dos idosos em relação às características funcionais do SAD**

Grau Satisfação <sup>a</sup>	Pontualidade		Resposta face às necessidades		Tempo despendido nas tarefas		Custo dos serviços		Resposta face a novas necessidades		Nº de funcionárias	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
“M. B.”	36	75,0%	30	62,5%	17	35,4%	17	34,4%	30	62,5%	32	66,7%
“B.”	12	25,0%	18	37,5%	28	58,3%	26	54,2%	18	37,5%	16	33,3%
“N. B., N. M.”	-	-	-	-	3	6,3%	5	10,4%	-	-	-	-
<b>Total</b>	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%

Legenda: <sup>a</sup> - “M.B.” – “Muito Bom”; “B.” – “Bom”; “N.B.,N.M.” – “Nem Bom, Nem Mau”.

6.3.3 Desempenho dos Profissionais da Equipa do SAD

Tendo em conta as variáveis de satisfação relativamente à **atuação das ajudantes familiares**, ao nível do desempenho das funções, da capacidade de resolução de problemas, do trato e da imagem/apresentação, percebe-se que se mantêm elevados níveis de satisfação dos idosos.

O **desempenho das funções** (83,3%; N=40), o **trato** (83,3%; N=40) e a **imagem/apresentação** (100%; N=48) apresentam o nível de satisfação mais positivo, ou seja “Muito Bom”. Em relação à **capacidade de resolução de problemas** 68,8% (N=33) dos idosos insere-se no grau de satisfação “Bom” e 31,3% (N=15) no grau de satisfação “Muito Bom” (Tabela 59).

Tabela 59

**Grau de Satisfação dos idosos em relação à Atuação das Ajudantes Familiares**

Grau Satisfação	Desempenho das funções		Capacidade de resolução de problemas		Trato		Imagem/Apresentação	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Muito Bom</b>	40	83,3%	15	31,3%	40	83,3%	48	100%
<b>Bom</b>	8	16,7%	33	68,8%	8	16,7%	-	-
<b>Total</b>	48	100%	48	100%	48	100%	48	100%

Em relação à **satisfação dos idosos com a atuação do Coordenador Técnico**, teve-se em conta a adequação da planificação inicial às necessidades identificadas, o número de visitas do Coordenador, assim como a sua postura relativamente às reclamações, sugestões e dúvidas dos idosos.

Neste sentido, aferiu-se que a este nível prevalecem também níveis elevados de satisfação, nomeadamente “Bom” e “Muito Bom”. Os maiores níveis de satisfação verificam-se ao nível da **atuação do Coordenador Técnico** (acessível, atento a sugestões, a dúvidas e reclamações), ou seja 85,4% (N=41) dos idosos indica o grau de satisfação “Muito Bom”, seguindo-se a variável relativa ao **número de visitas do Coordenador Técnico**, onde 68,8% (N=33) dos idosos refere o grau de satisfação “Bom”. De referir, que nesta variável identificou-se uma pequena percentagem de idosos que indicaram níveis de satisfação mais baixos, nomeadamente “Nem Bom, Nem Mau” (N=1) e “Mau” (N=1), justificando com o reduzido número de visitas feitas pelo Coordenador Técnico (Tabela 60).

Tabela 60

**Grau de Satisfação dos idosos em relação à atuação do Coordenador Técnico**

Grau Satisfação	Planificação inicial do serviço		Nº de visitas do Coord. Técnico		Atuação do Coord. Técnico <sup>a</sup>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Muito Bom</b>	<b>25</b>	<b>52,1%</b>	15	31,3%	<b>41</b>	<b>85,4%</b>
<b>Bom</b>	23	47,9%	<b>33</b>	<b>68,8%</b>	6	12,5%
<b>Nem Bom Nem Mau</b>	-	-	1	2,1%	1	2,1%
<b>Mau</b>	-	-	1	2,1%	-	-
<b>Total</b>	48	100%	48	100%	48	100%

Legenda: <sup>a</sup> -É acessível, ouve com atenção as dúvidas, sugestões e reclamações.

Abordando a **satisfação ao nível da atuação dos profissionais de saúde**, nomeadamente do **enfermeiro e médico**, percebe-se que os níveis de satisfação se mantêm num nível elevado, variando entre o “Muito Bom” e “Bom” (Tabela 61 e Tabela 62). De referir que apenas dois idosos são beneficiários de serviços de saúde através do SAD.

Tabela 61

**Grau de satisfação dos idosos em relação à atuação do Enfermeiro**

Grau Satisfação	Nº de visitas do Enfermeiro		Conhecimentos do Enfermeiro		Trato do Enfermeiro		Resposta a novas necessidades	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Muito Bom</b>	1	2,1%	1	2,1%	1	2,1%	2	4,2%
<b>Bom</b>	1	2,1%	1	2,1%	1	2,1%	-	-
<b>Total</b>					<b>2 - 4,2%</b>			
<b>N. beneficiam</b>					46 - 95,8%			
<b>Total</b>					48 - 100%			

Tabela 62

**Grau de satisfação dos idosos em relação à atuação do Médico**

Grau Satisfação	Nº de visitas do Médico		Conhecimentos do Médico		Trato do Médico		Resposta a novas necessidades	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Muito Bom</b>	1	2,1%	2	4,2%	1	2,1%	1	2,1%
<b>Bom</b>	1	2,1%	-	-	1	2,1%	1	2,1%
<b>Total</b>					<b>2 - 4,2%</b>			
<b>N. beneficiam</b>					46 - 95,8%			
<b>Total</b>					48 - 100%			

6.3.4 Satisfação Global do SAD.

Neste ponto são analisados de forma global, os diferentes itens considerados para avaliação da satisfação dos idosos em relação à intervenção do SAD, designadamente no que diz respeito às tarefas prestadas/usufruídas, às características funcionais do SAD, ao desempenho das ajudantes familiares, do coordenador técnico e dos profissionais de saúde (enfermeiro e médico). Assim, tendo por base o estudo empírico efetuado, verifica-se uma predominância do nível de satisfação “1” ou seja “Muito Bom”, seguido do nível “2” (Bom) (Tabela 63).

Tabela 63

**Nível de Satisfação global do SAD**

		Nível de Satisfação (Frequência)					Média ( $\mu$ )	D.P. (S)
		1	2	3	4	5		
<b>Tarefas usufruídas (ABVD e AIVD)</b>	<b>Alimentação (N=41)</b>	8	<b>28</b>	5	-	-	1,90	0,565
	<b>Cuidados de higiene (N=20)</b>	7	<b>13</b>	-	-	-	1,65	0,489
	<b>Mobilizações (N=1)</b>	-	1	-	-	-	2,00	0,000
	<b>Tratamento roupas (N=5)</b>	1	<b>4</b>	-	-	-	1,80	0,447
	<b>Limpeza habitação (N=5)</b>	1	<b>3</b>	1	-	-	2,00	0,707
<b>Caraterísticas funcionais do SAD</b>	<b>Pontualidade</b>	<b>36</b>	12	-	-	-	1,25	0,438
	<b>Cap. Resposta às necessidades</b>	<b>30</b>	18	-	-	-	1,69	0,468
	<b>Tempo dispendido nas tarefas</b>	17	<b>28</b>	3	-	-	1,71	0,582
	<b>Custo do Serviço</b>	17	<b>26</b>	5	-	-	1,75	0,636
	<b>Novas necessidades</b>	<b>30</b>	18	-	-	-	1,38	0,489
	<b>Nº de funcionárias</b>	<b>32</b>	16	-	-	-	1,33	0,476
<b>Ajudantes familiares</b>	<b>Funções</b>	<b>40</b>	8	-	-	-	1,17	0,377
	<b>Resolução de problemas</b>	15	<b>33</b>	-	-	-	1,69	0,468
	<b>Trato</b>	<b>40</b>	8	-	-	-	1,17	0,377
	<b>Imagem/Apresentação</b>	<b>48</b>	-	-	-	-	1,00	0,000
<b>Coordenador Técnico</b>	<b>Planificação inicial</b>	<b>25</b>	23	-	-	-	1,48	0,505
	<b>Nº visitas do Coord. Técnico</b>	15	<b>33</b>	1	1	-	1,92	0,498
	<b>Atuação do Coord. Técnico</b>	<b>41</b>	6	1	-	-	1,17	0,429
<b>Enfermeiro</b>	<b>Nº de visitas do Enf.</b>	1	1	-	-	-	1,50	0,707
	<b>Conhecimentos do Enf.</b>	1	1	-	-	-	1,50	0,707
	<b>Trato</b>	1	1	-	-	-	1,50	0,707
	<b>Resp. a novas necessidades</b>	<b>2</b>	-	-	-	-	2,00	0,000
<b>Médico</b>	<b>Nº de visitas do Médico</b>	1	1	-	-	-	1,50	0,707
	<b>Conv Conhecimentos do Médico</b>	<b>2</b>	-	-	-	-	1,00	0,000
	<b>Trato</b>	1	1	-	-	-	1,50	0,707
	<b>Resp. a novas necessidades</b>	1	1	-	-	-	1,50	0,707

Legenda: 1=Muito Bom; 2=Bom; 3= Nem Bom, Nem Mau; 4=Mau; 5=Muito Mau

Questionados quanto à **satisfação em relação à globalidade do SAD**, os idosos apontam igualmente níveis elevados de satisfação, verificando-se que 68,8% (N=33) dos idosos consideram o SAD como “Bom” e 29,2% (N=14) como “Muito Bom” (Tabela 64).

Tabela 64

**Grau de Satisfação do SAD a nível global**

<b>Grau de Satisfação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Muito Bom</b>	14	29,2%
<b>Bom</b>	<b>33</b>	<b>68,8%</b>
<b>Nem Bom, Nem Mau</b>	1	2,1%
<b>Total</b>	48	100,0%

6.4 Vantagens por usufruir do SAD

Relativamente às vantagens indicadas pelos idosos, do facto de beneficiarem dos serviços do SAD destaca-se a manutenção no domicílio (31,3%; N=15), seguindo-se os menos gastos com a alimentação (25,0%; N=12). O apoio geral nas tarefas/alívio do cuidador, é considerado também por 25% (N=12) dos idosos como uma vantagem de beneficiar deste serviço, assim como o facto de não terem que preparar refeições (18,8%; N=9) (Tabela 64).

Tabela 65

**Vantagens por usufruir do SAD**

<b>Vantagens</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Apoio geral nas tarefas/alívio do cuidador	12	25,0%
Manutenção no domicílio	<b>15</b>	<b>31,3%</b>
Menos gastos com a alimentação	<b>12</b>	<b>25,0%</b>
Não preparação de refeições	9	18,8%
<b>Total</b>	48	100,0%

6.5 Aspetos a melhorar no SAD

Quanto questionados em relação aos aspetos que poderiam ser melhorados no SAD, a maioria dos idosos – 81,3% (N=39), refere não ter nada a apontar. Contudo, alguns idosos consideram como aspetos a melhorar a qualidade das refeições (10,4%; N=5), o aumento da disponibilidade de tempo para os utentes (4,2%; N=2), o alargamento do período de

funcionamento do SAD (2,1%; N=1), assim como o incremento de actividades de saída para o exterior (2,1%; N=1) (Tabela 65).

Tabela 66

**Aspetos a melhorar no SAD**

<b>Aspetos a melhorar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alargamento do período de fornecimento das refeições	1	2,1%
Alimentação/Qualidade das refeições	5	10,4%
Aumento da disponibilidade de tempo para os utentes	2	4,2%
Incrementar actividades de saída para o exterior	1	2,1%
Nada a referir	39	81,3%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

## Capítulo VII

### 7. Análise dos resultados

Tendo em conta a apresentação dos resultados obtidos, urge agora a necessidade de proceder à sua análise. Deste modo pretende-se, neste capítulo, apresentar as conclusões mais relevantes do estudo empírico realizado, estruturando-se a análise dos resultados de acordo com o quadro teórico em que este se insere, e com os objetivos delineados, seguindo a estrutura utilizada na apresentação dos resultados.

#### 7.1 Perfil da Amostra

Tendo em conta a caracterização da amostra em estudo, aferiu-se que a proporção de idosos do sexo feminino é superior à dos idosos do sexo masculino (N=27 e N=21, respetivamente), traduzindo assim a tendência das sociedades modernas em que a esperança média de vida as mulheres se distancia grandemente da dos homens, uma vez que “os efeitos acumulados da sobremortalidade destes em todas as idades da vida conduzem a um extraordinário desequilíbrio entre os sexos nas idades avançadas” (Fernandes, 2008, p.122). Deste modo e considerando os dados definitivos dos censos 2011, a proporção de idosos do sexo feminino passou de 18,4% em 2001 para 21,7% em 2011, enquanto que a proporção de idosos do sexo masculino passou de 14,2% em 2001 para 16,7% em 2011 (INE, 2011b).

No que concerne às idades da amostra, verifica-se que a média se situa nos 79,73 anos de idade, sendo que 79,2% do total dos idosos em estudo tem entre 75 e 94 anos de idade. Esta situação corrobora a tendência de envelhecimento dos idosos mais idosos, ou seja o aumento da esperança média de vida, que traduz a forma como o índice de longevidade tem progredido nas últimas décadas. Assim, em 2011 este indicador situava-se nos 47.9, enquanto que em 2001 era de 41.2 (INE,2011b). Fernandes (2008), considera que o envelhecimento da população tem vindo a despoletar comportamentos mais ativos na protecção da saúde, o que poderá, associado a outros fatores, justificar o “aumento da sobrevivência dos indivíduos mais velhos” (p.52).

Esta tendência de envelhecimento da população tem efeitos também na situação familiar dos idosos, que perante os resultados obtidos neste estudo, vivem essencialmente

sozinhos ou em casal. Tendo em conta os dados do INE (2011b), constata-se efetivamente esta realidade, ou seja, as famílias clássicas constituídas por apenas um elemento têm vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo que o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representa a maioria das famílias unipessoais, correspondendo a 10% da totalidade das famílias clássicas. Esta predominância de idosos que vivem sozinhos ou em casal, ou seja com outro idoso, demonstra a importância da resposta social SAD na vida desta população, uma vez que lhes permite a permanência no seu domicílio, durante mais tempo e muitas vezes até à morte, sempre com os cuidados básicos necessários assegurados.

Em relação ao estado civil, os dados evidenciados pela amostra apontam para uma maioria de idosos viúvos (45,8%; N=22) e casados (45,8%; N=22). Estes dados espelham os resultados já obtidos em estudos realizados por diferentes autores, com idosos institucionalizados e não institucionalizados, nomeadamente nos estudos de Oliveira (2007), Gonçalves (2003, cit. in Reis, 2011), Andrade (2009).

Relativamente ao nível de escolaridade, a amostra indica um nível baixo para a maioria dos idosos, ou seja, 81,3% (N=39) possui um nível de escolaridade que não vai para além do 1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano). Esta situação deve-se, segundo os próprios, à difícil situação económica da generalidade das famílias, que fez com que estes idosos tivessem começado a trabalhar desde muito cedo, não prosseguindo os estudos. Este era também um resultado expetável, uma vez que de certa forma, retrata a população idosa em geral. Tendo em conta o estudo sobre as gerações mais idosas, realizado pelo INE em 1999, a maior parte dos idosos ativos (53,1%) não possuía qualquer nível de instrução completo e apenas 36,6% possuía o 1º Ciclo do Ensino Básico.

Diretamente relacionada com a variável nível de escolaridade, estão os dados relativos às principais profissões dos idosos na idade ativa, ou seja, perante a amostra em estudo, verifica-se a predominância de atividades não qualificadas, nomeadamente doméstica (41,7%; N=20) e agricultor (6,3%; N=3), seguindo-se a profissão operário fabril (14,7%; N=7). De referir que na amostra em estudo, a profissão doméstica está essencialmente associada a mulheres que estavam também ligadas à agricultura. Assim, pode-se concluir que grande parte dos beneficiários do SAD retratados neste estudo, tinham como meio de subsistência a agricultura (doméstica = 41,7% e agricultor 6,3%). Esta predominância do setor primário e terciário, traduz o facto do distrito de Aveiro ser uma zona de forte industrialização, e ao mesmo tempo intensamente interligada com o mundo rural.

Assim, face aos baixos níveis de escolaridade e à predominância de atividades ligadas ao setor primário, a maioria dos idosos da amostra deste estudo, auferem uma pequena reforma

que varia entre os 201€ e os 500€. Os baixos rendimentos evidenciados neste estudo, traduzem assim, a realidade da população idosa reformada do nosso país, que se depara com vários problemas, entre os quais a perda de rendimentos, constituindo por isso um grupo social bastante vulnerável à incidência da pobreza (Grácio, cit. in Castilho, 2010).

### 7.2 Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos

A noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, está diretamente relacionada com a autonomia na execução das tarefas indispensáveis ao dia-a-dia (ABVD e AIVD). Assim, garantir ao idoso, uma capacidade funcional que lhe permita independência nestas actividades, é essencial para se manter no seu meio habitual com qualidade, envelhecendo de forma autónoma e saudável (Novo et al, 2011).

O aumento crescente da população mais idosa desencadeia consequentemente, um aumento de situações de dependência, sobretudo devido à redução da capacidade funcional. Neste sentido, o SAD tem um contributo essencial intervindo ao nível da minimização das situações de incapacidade funcional, que na maioria das vezes são o fator determinante para a institucionalização do idoso.

Em termos de capacidade funcional, os 48 idosos que compõem a amostra evidenciam alguns níveis de dependência, contudo em alguns grupos de atividades de vida diária, os idosos apresentam níveis elevados de independência, muitas das vezes justificados pelo apoio do SAD. Assim, aferindo os níveis de dependência na realização de atividades relacionadas com os “**cuidados pessoais**”, percebe-se que os idosos desta amostra apresentam alguma dependência nomeadamente em atividades que requerem uma maior capacidade funcional como o “banho” e o “vestir”. Contudo na tarefa banho uma elevada percentagem de idosos (43,8%; N=21) afirmam-se independentes, podendo isto ser explicado por sentimentos de timidez em assumir necessidade de apoio, visto que os idosos são, na sua generalidade, muito reservados quanto à sua intimidade.

No que concerne aos “**cuidados domésticos**”, verifica-se que a maioria dos idosos não realiza este tipo de tarefas, nomeadamente trabalhos domésticos, tarefas domésticas e tratamento da roupa, apresentando estas tarefas uma média próxima de “3”, ou seja, aproxima-se da dependência total. Este nível de dependência/absentismo na maioria das tarefas relacionadas com os cuidados domésticos, deve-se em muitos dos casos, ao facto de terem apoio do SAD e de familiares na execução destas tarefas. Contudo, em tarefas como a

preparação de refeições e arrumação da mesa verifica-se uma menor dependência ( $\mu=2,25$  e  $1,15$ , respetivamente), ainda que a reparação da refeição seja feita com menor regularidade e com menos variedade. Esta necessidade de cozinhar, é na maioria das vezes justificada pelo facto de existir ainda um elevado número de SAD que não disponibiliza serviço de refeição 7 dias por semana.

Analisando desta feita, as atividades relacionadas com **“trabalho, recreação/lazer”**, percebe-se um elevado nível de dependência particularmente no que diz respeito ao **“trabalho”**, **“recreação”** e **“organizações”**, com uma média de 2.77, 2.96 e 2.23 respetivamente, ou seja, muito próxima do nível “3”, o que significa que a maioria dos idosos não trabalha (77,1%; N=37), não participa em atividades recreativas (97,9%; N=47) e não comparece a encontros (39,6%; N=19), ou comparece apenas ocasionalmente (45,8%; N=22). Esta inatividade está certamente relacionada com a média de idades da amostra que ronda os 80 anos de idade e com a menor capacidade funcional, característica das idades mais avançadas.

Em termos de **“viagens”**, verifica-se uma menor dependência na medida em que estas são normalmente pouco frequentes e de curta distância.

Relativamente à **“locomoção”**, os idosos da amostra, evidenciam também um nível intermédio de dependência, ou seja, as diferentes tarefas que compõem este item apresentam uma média próxima de “3”, designadamente no que diz respeito à **utilização de transportes públicos** ( $\mu=2,58$ ) e **condução de veículos** ( $\mu=2,60$ ). Isto significa que a maioria dos idosos não utiliza transportes públicos (81,3%; N=39), nem conduz veículos (81,3%; N=39), referindo dificuldades de mobilidade, receio de quedas e também porque preferem estar em casa do que dar passeios de longas distâncias. Em situações que necessitam efetivamente de sair, os idosos referem ter o apoio da família ou do próprio SAD.

Apesar da média de idades da amostra ser elevada, e de se verificar alguma dependência na realização de determinadas tarefas, existem outros grupos de atividades em que estes se mostram mais autónomos e independentes. Assim, no que diz respeito às **“compras e gestão do dinheiro”**, os idosos evidenciam-se mais autónomos essencialmente na **gestão do dinheiro**, que segundo os próprios não é difícil pois auferem baixos rendimentos. Nas **compras** e **administração de finanças** (pagamento de contas), os idosos referem ter apoio de terceiros, nomeadamente da família, contudo o facto de a maioria dos idosos (54,2%; N=26) afirmar não fazer compras, não se deve diretamente a níveis de dependência mas ao facto de serem beneficiários do serviço de refeição através do SAD, não

necessitando de comprar alimentos (consideradas as compras essenciais) ou por usufruírem de apoio da família nesta tarefa.

No que concerne à interacção com o meio envolvente, os resultados obtidos nas variáveis relativas à comunicação indicam uma maior independência, comparativamente com os restantes grupos de atividades. Assim em termos de capacidade de **comunicação**, verifica-se uma média inferior a “1” em domínios como utilização de telefone ( $\mu=0,96$ ), conversas ( $\mu=0,35$ ) e compreensão ( $\mu=0,71$ ), o que significa que a maioria destes idosos utiliza o telefone, comunica e compreende os outros com normalidade. Contudo, uma percentagem considerável de idosos (22,9%; N=11) não utiliza o telefone, alguns destes porque não têm mesmo este aparelho em casa, o que no século XXI é um dado curioso, face ao crescente desenvolvimento tecnológico. Os baixos rendimentos dos idosos, podem também ser um factor justificativo da decisão de não ter telefone. Pontualmente, alguns idosos referem também dificuldade em compreender palavras ou assuntos mais específicos, demonstrando também poucos hábitos de escrita e leitura, podendo esta situação ser explicada pelo baixo nível de escolaridade apresentado, associado à elevada média de idades da amostra.

Em termos de “**relações sociais**”, conclui-se que a nível familiar estas são normais (média muito próxima de "0" - 0,27), apesar de alguns idosos referirem passar pouco tempo com a família mais próxima (filhos e netos), embora compreendam a sua falta de disponibilidade, muitas vezes relacionada com questões profissionais. A família, apesar das transformações estruturais que tem sofrido, ao longo dos anos, continua a ser o suporte fundamental para os idosos e a principal fonte de manutenção da dignidade destas pessoas. As amizades, são nesta fase da vida, mais distantes, e os encontros entre amigos menos frequentes, como refletem os dados apresentados no estudo, em que 36 dos 48 idosos da amostra (75,0%) afirmam encontrar os amigos com menos frequência. Esta tendência leva a sentimentos de solidão e isolamento característicos da população idosa, os quais o SAD pretende contrariar e/ou minimizar, com uma intervenção próxima e direccionada às necessidades específicas de cada idoso.

Pode então concluir-se, não só com os dados obtidos neste estudo, mas também em estudos realizados por outros autores (Imaginário, 2004, Amaral e Vicente, 2001 cit. in Andrade, 2009), que os grupos etários mais velhos, nomeadamente a partir dos 75 anos, são mais dependentes que os mais jovens. Esta dependência resulta muitas vezes de doenças crónicas, associadas ao fenómeno natural do envelhecimento que diminui a capacidade funcional dos diferentes sistemas do organismo, afetando a realização das tarefas diárias de vida. Contudo, em determinadas atividades, nomeadamente AIVD, verifica-se alguma

autonomia na realização destas tarefas, ainda que de forma mais lenta e com menos frequência. Ao estudarem a capacidade funcional dos idosos relativamente a AIVD, Sousa e Figueiredo, (2002) e Franco e Costa (2001 cit. in Andrade, 2009), verificaram que a maioria dos idosos era independente na realização de tarefas domésticas, preparação de refeições, compras, gestão do dinheiro, entre outras.

Comparando o nível de funcionalidade de idosos institucionalizados e não institucionalizados, aferiu-se que existem diferenças ao nível da capacidade funcional de ambos, verificando-se um maior défice de funcionalidade nos idosos institucionalizados (Mincato & Freitas, 2007 cit. in Reis, 2011). Estes dados constatarem o exposto na literatura consultada, ou seja, a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida, durante o maior tempo possível, fomenta o seu bem estar e autonomia, contribuindo para elevados níveis de capacidade funcional.

### 7.3 Contributo do SAD na vida diária dos idosos

O Serviço de Apoio Domiciliário surge na vida dos idosos como um apoio na execução das tarefas em que estes se mostram mais dependentes, possibilitando a sua manutenção no domicílio. Na perspetiva de Ortiz (2002, cit. in Castilho, 2010) o apoio social minimiza efeitos stressantes de algumas adversidades e protege os idosos de problemas de saúde a nível físico e mental.

Relativamente aos motivos que desencadeiam o pedido inicial do SAD, verifica-se que estão, na maioria dos casos, relacionados com a incapacidade funcional dos idosos (motivos de saúde – 58,3%; N=28). Esta realidade, também verificada noutros estudos, vai de encontro à literatura consultada, onde se refere que a capacidade funcional inclui um vasto leque de aptidões necessárias para a vida diária autónoma, em casa e na comunidade.

Da análise das tarefas usufruídas pelos idosos beneficiários do SAD, concluiu-se que o serviço de **refeição** é o mais requisitado, não só pelo défice de capacidade funcional, inerente ao próprio processo de envelhecimento, mas também ao facto de ser mais económico. Assim, tendo em conta os hábitos alimentares dos beneficiários deste serviço, o recurso ao SAD traduz-se em melhor qualidade na alimentação e menor despesa. Em termos de periodicidade, a maioria dos utentes (60,4%; N=29) solicita este serviço diariamente. Contudo 22,9% (N=11) dos beneficiários do serviço de refeição apenas recebe este apoio de segunda a sexta-feira, uma vez que a instituição não garante a refeição 7 dias por semana. Assim, e apesar da

Portaria 38/2013<sup>39</sup> referir que “os cuidados e serviços prestados pelo SAD devem ser, tendencialmente, disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, também, sempre que necessário o apoio aos sábados, domingos e feriados”, isto ainda não acontece em muitas das instituições.

Para além do serviço de refeição, o banho completo (39%; N=19) e a higiene íntima (22,9%; N=11) são também das ABVD mais requeridas pelos utentes idosos da amostra. Em muitos dos casos aqui apresentados, estas duas tarefas estão associadas, o que justifica o facto de apenas 8,3% dos idosos (N=4) usufruir da tarefa banho completo diariamente, sendo que a periodicidade mais usual nesta tarefa é de uma ou duas vezes por semana. Outras das razões que podem ser apontadas como justificação, para a reduzida adesão aos cuidados de higiene por parte dos idosos, prendem-se com os diminutos recursos financeiros e com o facto de contarem com o apoio do cônjuge e/ou dos filhos para a realização desta tarefa.

No entanto, relativamente às ABVD, verifica-se que são as tarefas que exigem mais esforço por parte dos idosos, as mais prestadas pelo SAD e com maior frequência.

Em relação às AIVD, a solicitação por parte dos idosos é ainda mais diminuta, sobressaindo neste grupo de actividades a limpeza da habitação e o tratamento de roupa, com uma percentagem de 10,4 (N=5) para cada uma delas. Apesar de todas as instituições que apoiam os utentes da amostra, disponibilizarem um vasto leque de tarefas relacionadas com as AIVD, nomeadamente apoio na medicação, aquisição de bens no exterior, realização de pequenos recados, actividades de animação, para além das já referidas (tratamento de roupa e limpeza da habitação) estas não são muito requisitadas pelos idosos, na maioria dos casos por dificuldades económicas, ou porque contam com o apoio da família, amigos e vizinhos, para a execução destas tarefas. Contudo, no que refere às actividades de animação, estas apresentam uma elevada participação por parte dos idosos, ainda que na maioria das vezes seja necessário insistência e persuasão por parte do coordenador técnico e/ou das ajudantes familiares. As actividades de animação consideradas, são essencialmente comemorações de dias festivos, nomeadamente Dia do Idoso, Festa de Natal, Magusto, entre outras, organizadas e realizadas pela própria instituição ou na comunidade. Estas actividades visam estimular a interação do idoso com a comunidade e com a própria instituição, visto que a atuação do SAD é realizada no domicílio do idoso, o que pode fazer com este se isole. Estudos anteriormente realizados, nomeadamente Oliveira (2007) e Cunha (2007), corroboram esta realidade, ou seja, as AIVD apesar de bastante importantes para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, são pouco

---

<sup>39</sup> Artigo 4º, n.º2

requisitadas por estes. Uma das razões pode estar relacionada com factores económicos e com apoio familiar para realização destas tarefas.

Relativamente ao **tempo dispendido** nas ABVD, este varia em média entre os 10 e os 15 minutos, para a maioria das tarefas, sendo um pouco superior nas tarefas de banho completo e higiene íntima onde a média ronda os 34,74 e 18,64 minutos respetivamente. Comparativamente com outros países como Inglaterra ou Espanha (Netten et al, 2004 e Imsero 1998, cit. in Oliveira, 2007), a média de tempo dispendido auscultada neste estudo é bastante reduzida, justificando-se essencialmente pela própria natureza do SAD. O reduzido tempo, que a maioria das instituições, dispõem para tarefas, designadamente no que respeita aos cuidados de higiene, restringe também a frequência do próprio cuidado, dificultando igualmente o trabalho de sensibilização do próprio idoso para a necessidade de cuidar da sua própria imagem.

O tempo dispendido com cada utente deve ter em atenção as suas necessidades, o seu nível de funcionalidade e a rede de suporte familiar que dispõe (Imsero, 1998, cit. in Oliveira, 2007), contudo isto nem sempre se verifica aquando da planificação da intervenção, o que pode ser justificado pelo próprio horário de funcionamento do SAD, que não presta serviços após as 19 horas, não assegurando por isso apoio noturno, apesar do elevado número de idosos a residirem sozinhos (41,7%; N=20) ou em casal (41,7%; N=20), ou seja com outro idoso. Esta lacuna no horário de funcionamento do SAD, que em muitas instituições se agrava com a não disponibilização dos serviços aos utentes, durante os 7 dias da semana, poderia ser colmatado com serviços como o **telealarme**, contudo e segundo os dados obtidos, apenas um dos idosos entrevistados possui este serviço, sendo o próprio a suportar os seus custos. O serviço de telealarme aconselhado principalmente a pessoas que vivem sós, por facilitar o apoio em situações de emergência, seria vantajoso atendendo ao elevado número de idosos a residirem sós, ou a passarem grande parte do dia sós, ou com outro idoso. Contudo, não só neste estudo como em outros anteriormente realizados (Oliveira, 2007), verifica-se que existe, por parte das instituições, uma falta de investimento neste tipo de serviço.

No que concerne à disponibilização de outros serviços por parte do SAD, nomeadamente **serviços de saúde**, aferiu-se que apenas uma das instituições disponibiliza este tipo de serviço, sendo que a maioria das instituições ainda privilegia o SAD numa perspectiva mais social (Despacho Normativo nº62/99 de 29 de Setembro).

Em termos de **formação para cuidadores informais**, conclui-se que existe, por parte das instituições contactadas, uma forte preocupação neste sentido, sendo que 54,2% (N=26) dos idosos afirmou que os seus cuidadores beneficiavam de formação, organizada pela

instituição. O cuidador informal, quando existe, representa um importante elo de ligação entre o idoso e a instituição de apoio, neste caso o SAD, permitindo um cuidado ao idoso mais eficaz e assertivo. Neste sentido, é de grande importância a realização de formações para cuidadores informais, de forma a desenvolver conhecimentos e habilidades que lhes permitam a prestação de cuidados no domicílio (Leme, 2000, cit in. Andrade, 2009).

#### 7.4 Satisfação dos utentes (idosos) do SAD

Tendo em conta a literatura consultada, a satisfação do utente é fundamental para a perceção do nível de qualidade da resposta SAD, funcionando como um instrumento de avaliação do mesmo. Assim, e considerando a frequência dos diferentes níveis de satisfação em relação aos vários itens avaliados, nomeadamente ao nível das tarefas prestadas/usufruídas, das características funcionais do SAD, da atuação das ajudantes familiares, do coordenador técnico assim como dos profissionais de saúde, verifica-se um nível muito positivo de satisfação. Deste modo, e tendo em conta também as médias e o desvio padrão apresetados nas diferentes variáveis, constata-se a predominância do nível “1” de satisfação (Muito Bom), nas variáveis relativas ao desempenho da equipa de profissionais do SAD, especialmente em relação às ajudantes familiares e principalmente no trato ( $\mu=1,17$  e  $DP=0,377$ ). Este elevado nível de satisfação relativamente à prestação das ajudantes familiares, sobretudo no trato, era um resultado expectável, tendo em conta os resultados obtidos em estudos já realizados (Cunha, 2007 e Oliveira,2007), que traduzem igualmente níveis bastante elevados de satisfação relativamente ao desempenho das ajudantes familiares. Apenas um idoso refere não estar estar satisfeito com a atuação do Coordenador Técnico, indicando o nível de satisfação “4”, ou seja, “Mau”, justificando com o reduzido número de visitas deste. Importa salientar que este é um idoso que apresenta um elevado grau de dependência, assim como a esposa, com quem vive, necessitando por isso de uma intervenção mais próxima.

Em termos de características funcionais e tarefas prestadas/usufruídas prevalece o nível de satisfação “Bom”. Pontualmente os idosos referem o nível de satisfação “Nem Bom, Nem Mau” principalmente no que diz respeito à alimentação, ao tempo dispendido nas tarefas e ao custo dos serviços. De referir, que relativamente à alimentação, o nível de satisfação evidenciado tem a ver com o facto de não ir de encontro aos gostos pessoais dos idosos e não tanto com a adequação da alimentação ao seu estado de saúde. Em relação ao tempo

dispendido nas tarefas, foi comum a verbalização relativa à falta de tempo para estreitar o relacionamento, designadamente para a escuta ativa de anseios, preocupações, medos ou simplesmente para fazer companhia.

Os níveis elevados de satisfação dos idosos beneficiários do SAD, são comuns noutros estudos já realizados (Oliveira, 2007, Cunha, 2007) e podem estar relacionados com as dificuldades sentidas ao longo da vida, tendo em conta o período em que viveram, não elevando expectativas relativamente a esta fase da vida – a velhice. Desta forma, todo o apoio prestado a estes idosos, proporcionando-lhes bem estar é visto como uma dádiva e não tanto como um direito consagrado na Constituição da República.

## Conclusões

O envelhecimento populacional na Europa, apesar de exprimir uma conquista do desenvolvimento, constitui um desafio sem precedentes a nível demográfico, económico e social. Considerando as estimativas da OMS, até 2050 e pela primeira vez na história da humanidade, a população idosa excederá a população jovem (Carta Social, 2012).

O aumento da longevidade e conseqüente aumento da população idosa, nomeadamente dos mais idosos, ou seja com mais de 75 anos, desencadeou uma maior atenção por parte das respostas sociais de proximidade, no que diz respeito às necessidades, cada vez mais específicas desta população.

Neste sentido, o SAD enquanto resposta social de apoio à população idosa, aposta numa maior independência das pessoas e na sua permanência, o mais tempo possível, em casa, mantendo as suas rotinas diárias, os laços com os vizinhos, amigos e familiares. Ao mesmo tempo, e através de um serviço de proximidade, vai colmatando os sentimentos de solidão que assombram grande parte desta população, principalmente nas grandes cidades (Cruz,2009).

Tendo em conta o estudo apresentado, verifica-se que a população idosa, sobretudo o grupo etário dos mais de 75 anos de idade, apresenta necessidade de apoio de terceiros nomeadamente em atividades que requerem uma maior capacidade funcional, designadamente preparação de refeições, cuidados de higiene e tratamento da habitação. Apesar do considerável nível de dependência dos idosos, as tarefas usufruídas pelo SAD não traduzem esta realidade, na maioria dos casos por questões financeiras, ou seja, os idosos solicitam apenas as tarefas essenciais, não satisfazendo a totalidade das suas necessidades. Ainda assim, os dados apresentados traduzem um elevado nível de satisfação por parte dos idosos, em relação ao funcionamento do SAD, às tarefas prestadas/usufruídas e à atuação dos profissionais.

Aferiu-se também neste estudo que apesar dos benefícios que os atuais serviços de apoio domiciliário têm proporcionado às populações, aumentando a sua cobertura a nível nacional, existem ainda um conjunto de constrangimentos que limitam a qualidade dos serviços. Estes dizem respeito ao nível de funcionamento, nomeadamente em termos de horário, não assegurando cuidados 24h/dia, assim como o facto se não prestarem cuidados os 7 dias por semana; ao reduzido tempo dispendido nas tarefas e à falta de investimento das

instituições em serviços como o telealarme, serviços de saúde e adaptação habitacional/ambiental. O pouco tempo dispendido pelo SAD a cada utente, é um dado constatado neste estudo e corroborado por outros estudos (Cunha, 2007, Martin, Oliveira & Duarte, 2007) e pela literatura consultado, contrapondo com o tempo dispendido em países como a Inglaterra ou a Espanha (Oliveira, 2007). Relativamente às adaptações habitacionais/ambientais e apesar de se constatar alguns situações de precariedade em termos de condições habitacionais de algumas residências, que justificavam a intervenção do SAD, ao nível da melhoria das mesmas, isto não se verifica. Apenas numa instituição se verificou a realização de obras para adaptação da habitação. De referir que num dos casos de evidente precariedade habitacional, a instituição não desenvolve um projeto no âmbito da intervenção habitacional, por imposição do idoso.

Em suma, e considerando a ótica dos utentes idosos, o SAD representa o apoio essencial e indispensável para enfrentar o envelhecimento e as limitações que dele advém, permitindo-lhes continuar a viver no seio familiar e na comunidade, beneficiando de apoio essencialmente de cariz social, e promovendo a manutenção da autonomia e participação na sociedade. Em função da análise efetuada, pode-se identificar o SAD numa perspetiva de complementariedade, ou seja, o cuidador informal continua a proporcionar cuidados essenciais.

Os resultados desta investigação incitam o desenvolvimento de iniciativas orientadas para a inovação em serviços que revelam sinais de alguma estagnação, com o intuito de acompanhar as necessidades crescentes, e cada vez mais específicas, da população idosa. Assim, é essencial o desenvolvimento e dinamização de respostas cada vez mais adequadas não só às suas necessidades, mas também às suas exigências e expectativas e que promovam o desenvolvimento dos pressupostos inerentes ao conceito de envelhecimento, sobretudo ao envelhecimento ativo.

## Bibliografia

- Agostinho, P. (2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. Revista Portuguesa de Psicossomática. Janeiro-Julho, Vol.6, número 001. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Recuperado em 15 Abril, 2012, de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/fev2007/perspectiva.pdf>
- Almeida, F. M. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem Sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. Fórum Sociológico nº 17, II Série, p. 17-24. Recuperado em 29 Julho, 2012, de <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.2.pdf>
- Andrade, F. (2009). O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. Mestrado em Ciências de Educação, Área de especialização em Educação para a Saúde, p. 18-35. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Barros, J. (2008). Psicologia do Envelhecimento e do idoso. 2ª Ed. Porto: Legis Editora.
- Berger, L. & Mailloux Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). Serviços de Apoio Domiciliário. Direcção Geral da Acção Social. Lisboa: Nova Oficina Gráfica Lda.
- Botelho, A. (2000). Autonomia funcional em idosos. Porto: Laboratório Bial.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Fonseca, A. & Paúl, C. (org.), Envelhecer em Portugal, p. 115-135. Lisboa: Climepsi
- Cabanas, J. (1999). Socialization y terceira edad. In S. Yubero, J. Latorre, J. Montañes & E. Larrañaga (coords.). Envejecimiento, sociedad y salud, p.43-58. Cuenca, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Carta Social (2012). Mais informação sobre a Rede de Serviços e Equipamentos. Folha Informativa nº9. Equipa de Estudos e Políticas (EEP). Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Recuperado em 23 Maio, 2012, de [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)
- Carta Social Europeia Revista. Recuperado em 23 Maio, 2012, de <http://www.gddc.pt/siii/docs/rar64A-2001.pdf>
- Carvalho, M. (2009). Modelo de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, 12 (2), p.119-133.

- Castilho, A. (2010). Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável. Monografia para obtenção de Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde.
- Cruz, P. (2009). Envelhecimento Activo - Mudar o presente para ganhar o futuro. Reapn – Rede Europeia Anti-Pobreza. Porto
- Cunha, M. (2007). Perfis do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Geriatria e Gerontologia. Secção autónoma de ciências da saúde. Universidade de Aveiro.
- Dennis, H. (2004). Evolution of the Link Between Business and Aging. (Article). *Generations*, 28 (4), 8-14.
- Devons, C. (2002). Comprehensive geriatric assessment: Making the most of the aging years. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*; p. 19-24.
- Duarte, Y., Andrade, C. e Lebrão, M. (2007), O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. De Enfermagem, USP*; 41 (2); p. 317-325.
- Engenheiro, S. (2008). Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Política Social. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. (2001). *Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. Recuperado em 15 Agosto, 2012, de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>
- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas – Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de percursos – Um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Departamento de Ciências da Educação e do Património.
- Fernandes, A.; Botelho, M. (2007). Envelhecer activo, Envelhecer saudável: o grande desafio. *Fórum Sociológico*, nº17, II Série, p.11-16.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2005b). O Envelhecimento bem sucedido. In Paúl C. & Fonseca, A. (cords.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores. P. 281-311.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (tradução de José Almeida), Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência (3ª Edição).
- Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *O Tempo da Vida*. Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009. Principia: Cascais.
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e Técnicas da Pesquisa Social*. 4ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Gil, A. (2009). Serviço de Apoio Domiciliário – Ofertas e Custos no mercado privado. *Pretextos*. Revista do Instituto da Segurança Social, I.P., 35.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 45, p. 157-180. Recuperado em 18 Julho, 2012, de <http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/45-pt.pdf>
- INE (1999). As gerações mais idosas. Recuperado em 10 Junho, 2012, de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=74099&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=74099&DESTAQUESmodo=2)
- INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Recuperado em 10 Junho, 2012, de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1)
- INE (2010). *A Situação Recente em Portugal*. Revista de Estudos Demográficos. Instituto Nacional de Estatística, I.P.: Lisboa. Nº38, p.101 a 138.
- INE (2011a). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.. Lisboa
- INE (2011b). *Censos 2011 – Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.. Lisboa
- Ivo, P. (2008). *O Grande desafio – Envelhecimento Activo*. Relatório de Estágio – Licenciatura em Política Social. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa.
- Jacob, L. (2002). *O idoso e a comunidade – respostas sociais*. CCEB. Portal do Governo. Recuperado em 22 de Setembro, 2012, de [www.socialgest.pt](http://www.socialgest.pt)

- Lagarto, S. (2012). Tendências e diferenças na mortalidade da população idosa em Portugal: Uma abordagem Sub-Nacional. VII Congresso Português de Sociologia. Porto: Universidade do Porto.
- Maciel, A. & Guerra, R. (2007). Influência dos factores biopsicossociais sobre a capacidade funcional dos idosos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 178-189.
- Marciel, C. (2008). Envelhecimento Activo. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 13, p.41-46. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem Lda.
- Marques, C. (2002). II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. In *Pretextos*, revista nº10 (p.7-8). Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Martin, I. et al (2006). Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal. In R. Osório (Ed.). *Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Edições Piaget
- Martins, R. (2008). Ser idoso hoje. Recuperado em 22 Setembro, 2012, de [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/358/1/ser\\_idoso\\_hoje.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/358/1/ser_idoso_hoje.pdf)
- Martins, R. (s.d.). Envelhecimento e políticas sociais. Recuperado em 10 Junho, 2012, de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>
- Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº 13/DGCG. Direcção Geral da Saúde.
- Nazareth, J. M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatria*. Vol. 7, nº 64, p.5-17. Lisboa.
- Novo, A. et al, (2011). Capacidade funcional e risco de queda. III Seminário Contributos para a saúde na população sénior + idade + saúde. Departamento Desporto. Esc. Sup. Educação do I.P. Bragança.
- Novoa, J. et al (2001). Biología del envejecimiento. In J. Nunez, F. Clera & J. Casado (Eds). *Geriatria desde el principio*, p.15-38.Barcelo:Editorial.
- Nummelin, J. (2005). Business Potencial in Senior Services. (Article). *Internacional Journal of Strategic Property Management*, 9(3), 191-200.
- Oliveira, L. (2007). Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia. Secção Autónoma Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro.
- OMS – Organização Mundial de Saúde/World Health Organization (2005). Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde. Recuperado em 18 Julho, 2012, de <http://www.prosaude.org/publicacoes>

- OMS – Organização Mundial de Saúde/World Health Organization (2006). Definition of an older or elderly person. Recuperado em 10 Junho, 2012, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolderten>
- Paúl, M.C. (1997). Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Editora Almedina.
- Paúl, M. C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Vol.5, p.275-287. Porto: Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da U.P. Recuperado em 10 Junho, 2012, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>
- Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. Geriatria, Vol XIII, nº 125, p. 13-18.
- Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2002). A Protecção Social às Pessoas Idosas: Da Proclamação à Efectivação dos Direitos. Coimbra.
- Ramos, S. & Carvalho, A. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano universitário de Coimbra. Recuperado em 18 Julho, 2012, de [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- Relvas, A.P. (2000), “O ciclo vital da família”. Porto: Afrontamento.
- Rodríguez, P. & Sánchez, C. (2000). El Servicio de ajuda a domicilio – Programacion del servicio. Manual de Formación para Auxiliares. Madrid: Editorial Paraamericana.
- Rosa, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico, “Análise Social”, - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Vol.XXVIII, p.679-689.
- Rosa, M. (2000). A Situação Social em Portugal 1960-1999. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Vol.II.
- Santos (2008). As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta.
- Sé, E. (2009). Caminhos para uma velhice bem-sucedida. Recuperado em 18 Julho, 2012, de [http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice\\_bem\\_sucedida.htm](http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice_bem_sucedida.htm)
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords). Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados, p.137-156. Lisboa: Climpsi Editores.

- Simões, A. (2005). Envelhecer bem? – Um modelo? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (1), p. 217-227.
- Soares, E. (2006). Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas. Recuperado em 22 Setembro, 2012, de <http://psicologia.com.pt/artigos/textos/A0302.pdf>
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública* 37 (3), p.364-71.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (1996) *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. 2ª Edição. Porto: Ambar.
- Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha*. 2ª Edição. Pactor:Lisboa.
- Spar, E.J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Teixeira, (2006). Envelhecendo passo a passo. Recuperado em 15 Abril, 2012, <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Torres, M. (2008). Envelhecimento Activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de Caso em Viana do Castelo. VI Congresso Português de Sociologia. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Recuperado em 10 Maio, 2012, de <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>
- Vaz Serra, A. (2006). Que significa Envelhecer. In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatrics*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Velo, E. (2007). Contributos para a análise de emergência das Universidades de Terceira Idade em Portugal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano 41-2, p.233-258.
- Velo, E. (2008). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. Recuperado em 10 Maio, 2012, de <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/412.pdf>
- WHO, (1998). *Ealth Promotion Glossary*, Geneva World, Health Organization.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

### **Legislação:**

- Decreto Lei nº 56/2006 de 14 de Março
- Decreto-Lei nº 101/2006 – D.R., I Série A, nº 109 de 06/06/2006 – Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.
- Decreto-Lei nº 232/2005 de 29 de Dezembro – *Complemento Solidário para Idosos*.

-Despacho nº6 de 21/01/97

-Despacho Normativo nº 62/99, de 12 de Novembro.

-Despacho Conjunto nº407/98 – DR. II Série, nº 138 de 18 de Junho

-Portaria 38/2013 de 31 de Janeiro

-Portaria 426/2006 de 2 de Maio

## Anexos

Anexo1

Questionário Sócio-demográfico

## Questionário 1

**Sexo:**

Masculino

Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

Separado(a)/divorciado(a)

União de facto

**Nível de escolaridade:**

Não frequentou ensino formal

1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)

2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano)

Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)

Ensino Superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)

**Principal profissão desenvolvida durante a vida ativa:** \_\_\_\_\_

**Reforma / pensão:**

Até 200€

De 201€ a 500€

De 501€ a 1000€

De 1001€ a 1500€

Mais de 1501€

**Com quem vive:**

Sozinho

Em casal

Em instituição

Com família alargada

Quanto elementos no agregado familiar? \_\_\_\_\_

**Área geográfica de residência:**

Distrito: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_

Anexo 2

Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody

## Questionário 2

Para cada uma dos itens abaixo, assinale com um **X** a opção que corresponde à situação do(a) idoso(a).

### CUIDADOS PESSOAIS

#### Alimentação

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento
- 2 = Necessita de ajuda para cortar ou servir
- 3 = Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições

#### Vestir-se

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento(a)
- 2 = Sequências errada, esquece itens
- 3 = Necessita de ajuda para vestir-se

#### Banho

- 0 = Normal
- 1 = Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a)
- 2 = Toma banho sozinho(a) com assistência
- 3 = Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros

#### Eliminações fisiológicas

- 0 = Vai à casa de banho sozinho(a)
- 1 = Vai à casa de banho quando lembrado(a); pequenos problemas
- 2 = Precisa de ajuda para a actividade
- 3 = Não tem controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical

#### Medicação

- 0 = Toma sem ajuda
- 1 = Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial
- 2 = Necessita de lembretes escritos ou falados
- 3 = Necessita que outros lhe dêem a medicação

#### Interesse na aparência pessoal

- 0 = O mesmo de sempre
- 1 = Interessa-se quando vai sair, mas não em casa
- 2 = Preocupa-se apenas quando solicitado
- 3 = É necessário ser vestido(a) por terceiros

### CUIDADOS DOMÉSTICOS

#### Preparação da alimentação, cozinhar

- 0 = Planeia e prepara a refeição sem dificuldades
- 1 = Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade
- 2 = Prepara a refeição com ajuda (ingredientes previamente seleccionados)
- 3 = Incapaz de preparar a comida

**Arrumação da mesa**

- 0 = Normal
- 1 = Independente, mas lento(a)
- 2 = Esquece-se de itens ou coloca-os em local errado
- 3 = Não realiza esta actividade

**Trabalhos domésticos**

- 0 = Mantém a casa como de costume
- 1 = Faz apenas metade do seu trabalho
- 2 = Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços
- 3 = Não cuida da casa

**Tarefas domésticas**

- 0 = Realiza todos os arranjos habituais
- 1 = Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais
- 2 = Ocasionalmente faz pequenos arranjos
- 3 = Não faz nenhum trabalho

**Lavar roupas**

- 0 = Lava-as como de costume (rotina)
- 1 = Lava com menor frequência
- 2 = Lava apenas quando lembrado
- 3 = Não lava as roupas

**TRABALHO, RECREAÇÃO/LAZER****Trabalho**

- 0 = Trabalha normalmente
- 1 = Problemas leves com responsabilidades de rotina
- 2 = Trabalha em actividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto
- 3 = Não trabalha

**Recreação**

- 0 = A habitual
- 1 = Actividade menos frequente
- 2 = Perdeu certas habilidades necessárias para actividades recreativas
- 3 = Não participa em actividades recreativas

**Organizações**

- 0 = Comparece a encontros
- 1 = Comparece menos frequentemente
- 2 = Comparece ocasionalmente
- 3 = Não comparece a encontros

**Viagens**

- 0 = O habitual
- 1 = Viaja com a ajuda de alguém
- 2 = Viaja com ajuda de cadeira de rodas
- 3 = Limitado(a) à casa ou ao hospital

## COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO

### Compras

- 0 = Normal
- 1 = Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários
- 2 = Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras
- 3 = Não faz as compras

### Gestão do dinheiro

- 0 = Normal
- 1 = Tem dificuldade em pagar valores exactos, contar o dinheiro
- 2 = Perde ou coloca o dinheiro em local errado
- 3 = Não gere o dinheiro

### Administração das finanças

- 0 = Pagamento de contas e serviços bancários normais
- 1 = Paga contas atrasadas, dificuldades em preencher cheques
- 2 = Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita de ajuda de terceiros
- 3 = Não gere as finanças

## LOCOMOÇÃO

### Transporte público

- 0 = Utiliza transporte público normalmente
- 1 = Utiliza transporte público menos frequentemente
- 2 = Perde-se quando utiliza transporte público
- 3 = Não usa transporte público

### Condução de veículos

- 0 = Conduz normalmente
- 1 = Conduz com cuidado
- 2 = Dificuldade em conduzir; perde-se enquanto conduz
- 3 = Não conduz

### Mobilidade pela sua vizinhança

- 0 = Normal
- 1 = Sai de casa menos frequentemente
- 2 = Perde-se nas proximidades da casa
- 3 = Só sai acompanhado(a)

### Locomoção fora de locais familiares

- 0 = Normal
- 1 = Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos
- 2 = Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)
- 3 = Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)

## COMUNICAÇÃO

### Uso do telefone

- 0 = Normal
- 1 = Telefona apenas para alguns números familiares
- 2 = Apenas atende ao telefone
- 3 = Não usa o telefone

**Conversas**

- 0 = Normal
- 1 = Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras
- 2 = Comete erros ocasionais de linguagem
- 3 = A fala é quase ininteligível

**Compreensão**

- 0 = Compreende tudo o que lhe é dito
- 1 = Solicita repetição para compreender
- 2 = Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas
- 3 = Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo

**Leitura**

- 0 = Normal
- 1 = Lê com menor frequência
- 2 = Não tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu
- 3 = Não lê

**Escrita**

- 0 = Normal
- 1 = Escreve com menor frequência, dá erros ocasionais
- 2 = Apenas assina o nome
- 3 = Não escreve

**RELAÇÕES SOCIAIS****Relações familiares**

- 0 = Normais
- 1 = Pequenos problemas
- 2 = Sérios problemas
- 3 = Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos

**Relações familiares (crianças)**

- 0 = Normais
- 1 = Facilmente irritável, punições intempestivas
- 2 = Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos
- 3 = Incapaz de cuidar das crianças

**Amigos**

- 0 = Encontra os amigos com a mesma frequência
- 1 = Encontra os amigos com menor frequência
- 2 = Aceita visitas, mas não procura companhia
- 3 = Recusa a vida social; insulta os visitantes

Anexo 3

Protocolo de Serviço de Apoio Domiciliário - Prosad

## QUESTIONÁRIO C

### ProSAD

#### B - Serviço de Apoio Domiciliário

##### B1. Dados Gerais

B1.1 Há quanto tempo é utente do SAD?

B1.2O que o levou a pedir o SAD?

---



---



---

B1.3 Quem o ajudou a decidir pelo serviço desta instituição?

---



---

##### B2. Tarefas Prestadas/Periodicidade/Tempo diário dispendido na execução das tarefas

###### B2.1 Actividades Básicas de Vida Diária – A. V. D's

Tarefas	Periodicidade							Tempo diário Dispendido
	Diária	Segunda a sábado	Segunda/segunda-feira	4 dias	3 dias	2 dias	1 Dia na p/ semana	
> Alimentação								[ ]
> Acompanhamento das refeições								[ ]
> Banho Completo								[ ]
> Higiene íntima								[ ]
> Levantar								[ ]
> Mudança de posição/Mobilizações								[ ]
> Vestir								[ ]
> Movimentar-se na casa								[ ]
> Outra tarefa (especificar:_____)								[ ]
> Outra tarefa (especificar:_____)								[ ]

B2.2 Actividades Instrumentais de Vida Diária - A. V.D. I's

Tarefas	Periodicidade							Tempo diário Dispendido	
	Diária	Segunda a sábado	Segunda/segunda-feira	4 dias	3 dias	2 dias	1 Dia na p/ semana		Outra periodicidade
> Limpeza da habitação									
> Tratamento de roupas									
> Apoio na medicação									
> Aquisição de bens no exterior									
> Pequenos recados									
> Actividades de animação									
> Outra tarefa (especificar_____)									
> Outra tarefa (especificar_____)									
> Outra tarefa (especificar_____)									

<b>B2.3 Serviços de Saúde</b>		
<b>B2.3.1</b> Dispõe de acompanhamento médico através do SAD?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>B2.3.1.1</b> Se SIM, que tipo de serviços:		
Consultas <input type="checkbox"/>	Receitas médicas <input type="checkbox"/>	
<b>B2.3.2</b> Serviços de enfermagem?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>B2.3.2.1.</b> Se SIM, que tipo de serviços:		
Curativos <input type="checkbox"/>	Controle de tensão arterial <input type="checkbox"/>	Controle de glicemias <input type="checkbox"/>
Colocação de sondas naso-gástricas <input type="checkbox"/>	Colocação de algalias <input type="checkbox"/>	Oxigeno terapia <input type="checkbox"/>
Outros serviços <input type="checkbox"/>	(especificar _____)	

<b>B2.4 Outros Serviços</b>		
<b>B2.4.1</b> Serviço de Telealarme	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>B2.4.1.1</b> Se SIM, o pagamento é suportado pelo:		
Idoso <input type="checkbox"/>	Instituição <input type="checkbox"/>	Outra entidade <input type="checkbox"/>
(especificar _____)		
<b>B2.4.2</b> Adaptação das habitações	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>B2.4.2.1</b> Se SIM, quem realiza as obras?		
Instituição <input type="checkbox"/>	Autarquia <input type="checkbox"/>	Outra Entidade <input type="checkbox"/>
(especificar _____)		
<b>B2.4.2.2</b> Se SIM, onde foram realizadas as obras?		
Corredores <input type="checkbox"/>	Casas de banho <input type="checkbox"/>	Quarto <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>		
(especificar _____)		
<b>B2.4.3</b> É programada formação para os cuidadores informais dos idosos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>B2.4.3.1</b> Se SIM, quem organiza?		
Instituição <input type="checkbox"/>	Centro de Saúde local <input type="checkbox"/>	Hospital Central de abrangência <input type="checkbox"/>
Outra entidade <input type="checkbox"/>	(especificar _____)	

<b>B2.4.4 O SAD, disponibiliza algum tipo de ajudas técnicas?</b>		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>B2.4.4.1 Se SIM, de que tipo?</b>			
Cadeiras de rodas <input type="checkbox"/>	Andarilhos <input type="checkbox"/>	Canadianas <input type="checkbox"/>	Camas articuladas <input type="checkbox"/>
Colchões anti-escaras <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>	Especificar _____	
<b>B2.4.5 Para além dos serviços referidos, a Instituição presta outro tipo de serviço?</b>			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			

### C - Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes

Utilize a escala (Muito Bom, Bom, Nem Bom Nem Mau, Mau e Muito Mau) para graduar cada uma das situações:

#### C1. Serviços Prestados/Grau de Satisfação

Serviços Prestados	Grau de Satisfação				
	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
> A alimentação está adaptada ao seu estado de saúde					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> Os cuidados de higiene prestados são os adequados					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> As mobilizações e o apoio na movimentação dentro de casa são adaptados ao seu estado de saúde.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O tratamento das suas roupas está adequado					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O serviço de limpeza da sua habitação é adequado					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					

## C2 Características Funcionais do SAD/Grau de Satisfação

Características Funcionais do SAD	Grau de Satisfação				
	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
> O serviço é pontual.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____					
> O serviço responde a todas as suas necessidades do utente.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____					
> O tempo utilizado na prestação dos cuidados é suficiente.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____					
> O custo está adequado ao serviço que lhe é prestado.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____					
> O serviço responde facilmente a novas necessidades apresentadas.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____					
> O número de funcionários está adequado ao serviço que é prestado.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____					

### C3.Actuação/Desempenho dos Profissionais da Equipa do SAD

#### C3.1 Actuação de Ajudantes Familiares Domiciliárias/Grau de Satisfação

Actuação das Ajudantes Familiares Domiciliárias	Grau de Satisfação				
> As ajudantes familiares domiciliárias sabem desempenhar bem as suas funções.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					
> As ajudantes familiares resolvem facilmente problemas que surgem.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					
> O trato dado pelas ajudantes familiares domiciliárias <b>é bom</b> .	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					
> Os uniformes das ajudantes familiares domiciliárias apresentam aspecto limpo.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					

### C3.2. Actuação do Coordenador Técnico/Grau de Satisfação

Actuação do Coordenador Técnico	Grau de Satisfação				
	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
> A planificação inicial do serviço estava adaptada às suas necessidades.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					
> As vezes que é visitado pelo coordenador, são suficientes.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					
> O coordenador é acessível e ouve com atenção as dúvidas, sugestões e reclamações.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação: _____ _____					

C3.3. Actuação do Enfermeiro/Grau de Satisfação

Intervenção do Serviço de Enfermagem	Grau de Satisfação				
> O serviço de enfermagem faz número de visitas adequado às necessidades.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O enfermeiro revela conhecimentos adequados às funções que desempenha.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O trato oferecido pelo enfermeiro é bom.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O serviço de enfermagem responde rapidamente a novas necessidades.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					

### C3.4 Intervenção Médica/Grau de Satisfação

Intervenção Médica	Grau de Satisfação				
	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
> O serviço médico faz número de visitas adequado às suas necessidades.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O médico revela conhecimentos adequados às funções que desempenha.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O trato oferecido pelo médico é bom.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					
> O serviço médico responde rapidamente a novas necessidades.					
Se referiu <b>Mau</b> ou <b>Muito Mau</b> , procure explicar a situação. _____ _____					



Anexo 4

Consentimento Informado



Instituto Superior Bissaya Barreto

**IDOSOS**

### **Termo de Consentimento Livre e Informado**

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo que é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e do Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional do Instituto Superior Bissaya Barreto, que visa, no geral, proceder a uma avaliação multidimensional da população idosa. Esta investigação está a ser desenvolvida sob coordenação científica da Prof. Doutora Helena Reis Amaro da Luz e da Prof. Doutora Isabel Cerca Miguel.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação no domínio da Gerontologia Social, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Fui ainda informado(a) que os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, a menos que eu o autorize por escrito, pelo que concordo em participar no estudo e autorizo a que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_