



Um Serviço de Apoio Domiciliário: a complementaridade entre cuidadores formais e cuidadores informais de idosos.

Sara Graciete dos Santos Costa

Dissertação a apresentar ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Doutora Sidalina Almeida

Porto 2016



Um Serviço de Apoio Domiciliário: a complementaridade entre cuidadores formais e cuidadores informais de idosos.

Sara Graciete dos Santos Costa

Dissertação a apresentar ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Doutora Sidalina Almeida

Porto 2016

## **Dedicatória:**

O nosso Passado não guarda somente Memórias, guarda todas as histórias que nos moldaram e nos Transformaram. Por isso dedico esta tese de Mestrado aos meus avós Mário Bernardino e Albina Peniche, pela infância fantástica que me proporcionaram, pelos abraços demorados, pelo colo, pelo mimo, e por me deixarem ser uma criança livre e feliz no meio da natureza. Com vocês aprendi a gostar de admirar coisas simples, como ver da janela a chuva a cair, como correr pelos campos de erva e me deitar lá. Como se naquelas tardes não existisse tempo. Quando me lembro da minha infância com vocês, só me surgem imagens que me aquecem o Coração, e por isso esta é a minha homenagem para tudo aquilo de mágico que me deram e acima de tudo pelo amor que me deram!

Bem-haja aquelas pessoas de que gostamos a todas as horas. Esta dedicatória não estaria completa sem referir duas pessoas, o Homem e a Mulher da minha vida: os Meus Pais. Desde pequena que me inculcaram o sentido da responsabilidade, desde o primeiro dia de escola que sabia que tudo que fizesse positivo ou negativo, teria influência apenas e somente no meu percurso. Desde sempre que me deram asas para poder escolher e voar no mundo do conhecimento, e foram as primeiras pessoas que me disseram vai e segue em frente quando entrei neste mestrado. Ao longo destes meus vinte e cinco anos, em todos os momentos positivos e negativos, eles estavam ali. Em alguns momentos só precisamos de um abraço e de ter alguém que diga eu estou aqui. E nesses momentos eles estão lá para me dar força e coragem para continuar o caminho, e como o meu pai sempre me disse "...quando te baterem com a porta, alguém te vai abrir uma janela, acredita". E eu acreditei e acredito! Quero que saibam que vocês simbolizam e representam o verdadeiro significado das palavras Pai e Mãe, e esta é a minha homenagem para vocês. Por serem os melhores pais, os mais presentes, e na vida o essencial, são os que nos querem bem, todos os dias. E tudo o que sou a vocês o devo, por isso nunca se esqueçam que gosto muito de vocês!

## Agradecimentos:

- Quero agradecer primeiramente à Professora Doutora Sidalina Almeida, por ter aceite orientar este trabalho. Foi um privilégio contar com a sua orientação. A professora é uma profissional dedicada, atenta, competente e acima de tudo motivou-me nos momentos mais difíceis. Há professores que marcam o nosso percurso, e a professora é uma delas; será sempre uma referência no meu futuro, pois a sua competência e a paixão com que se dedica ao seu trabalho, torna-se uma inspiração.
- Aos meus pais por possibilitarem todo este percurso académico. Por acreditarem que era possível chegar até aqui, pela força, pela coragem, nos momentos de desânimo, pelo carinho e pelos abraços sentidos nas horas que mais precisei, obrigada! Tenho orgulho em ser vossa filha.
- Ao meu namorado Tiago, um agradecimento especial, pelas palavras de conforto, pelos conselhos e acima de tudo pelo incentivo. Se houve alturas em que eu própria duvidei que era capaz de chegar aqui, tu nunca duvidaste e a tua força e o teu carinho deram – me ânimo e coragem para continuar. Por isso, expresso aqui a minha enorme gratidão para contigo, pelos momentos em que disseste: “és capaz vai, é só mais um obstáculo.” Fortaleceste-me nos momentos em que me sentia fraca, encorajaste-me e torceste pelo meu sonho, por tudo isso obrigada! Obrigada por seres uma das pessoas que manteve a esperança sempre presente.
- Ao meu irmão Marco e à minha Cunhada Mary expresso o meu agradecimento, por me ouvirem nos momentos mais difíceis deste percurso e, por estarem presentes sempre que precisei, o meu muito obrigado. Ao meu afilhado Rafael que ilumina o meu dia com o seu sorriso tão puro e genuíno, obrigada! Obrigado, por seres o bebé que contagia a madrinha com alegria e com força para continuar. A madrinha gosta muito de ti e vai estar sempre do teu lado e a acompanhar o teu crescimento e o teu percurso.
- À Cristiana Ferreira, minha irmã de coração, as palavras por vezes são insuficientes para expressar a nossa gratidão. És das pessoas mais importantes que tenho na vida: és aquela que me ouve, me segura a mão, me abraça, e, num momento decisivo deste percurso, foste tu que me abriste uma janela, quando todos me batiam com a porta. Por isso, tenho que te dizer obrigada, por seres

esse ser humano fantástico, que me acalma e que me conhece melhor que ninguém. Sabes que gosto muito de ti e terás sempre um lugar especial no meu coração, porque felizmente no Mundo ainda existem pessoas especiais e raras como tu.

- À Marlene Carneiro, amiga de infância, que me viu crescer e acompanhou todo este percurso. Podemos não estar juntas todos os dias, mas sabemos que se um dia uma de nós precisar, a outra vai lá estar. És uma pessoa simples, de afetos e, que gosta com o coração todo. Sabes que também és uma das pessoas da minha vida. Conheces as minhas fraquezas, mas torces pelas minhas vitórias, és das poucas que considero como amiga. Mas tornas a minha vida mais feliz com a tua amizade e com a paz com que vives e encaras a vida. E nunca te esqueças que gosto muito de ti.
- À Lili por ser uma mulher fantástica e por toda a força que me deu ao longo deste percurso. O melhor da vida são as pessoas como a Lili que aparecem na nossa vida e nos fortalecem quando nos sentimos mais fracos. Obrigada pela força, pela calma, pela ternura e pela esperança que me deu e, que um dia era possível chegar aqui. Existem anjos sem asas e a Lili é um deles na minha vida.
- Quero agradecer também a várias pessoas que ao longo deste caminho me deram uma palavra de ânimo, de conforto, de força e me ajudaram a seguir em frente, porque ainda existe gente que torce pela felicidade dos outros: Rosinha, Sr. Carlos, Raquel, Pedro, filhos, Vizinha Celeste, Sr.<sup>a</sup> Emília e Ângela, Sr. Amândio e D. Helena, Dr.<sup>a</sup> Paula Silva, Júlia, Madrinha Elsinha e professora Célia Neves. Obrigada a todos por serem pessoas especiais na minha vida!
- Um obrigado à diretora técnica da instituição onde foi realizado este estudo, pela sua disponibilidade, atenção e dedicação. Para além de ser um excelente ser humano é também uma excelente profissional. Obrigada também aos idosos e aos cuidadores formais e informais que participaram neste estudo, as vossas partilhas foram muito importantes e espero que a vida vos sorria sempre.
- Aos meus colegas de mestrado foi um gosto partilhar este caminho com vocês, espero que sejam felizes e bem – sucedidos na vossa vida. À Márcia, obrigada pelo companheirismo e pelos momentos vividos ao longo deste mestrado, desejo –te o melhor do Mundo. À Joana um sincero obrigada pela pessoa fantástica que és, continua sempre assim!

## Resumo

Os serviços de apoio domiciliário têm-se destacado como resposta social no cuidado aos mais velhos. Tal destaque emerge do facto de estes serviços permitir que os idosos envelheçam no quadro habitual de vida – na sua habitação e integrados na sua comunidade local - e que possam beneficiar de cuidados profissionalizados, além dos cuidados que lhes são prestados por cuidadores informais. Reconhecendo as potencialidades desta resposta social, este trabalho procura conhecer as perceções dos idosos, dos cuidadores informais e dos cuidadores formais sobre os serviços prestados e sobre a complementaridade que existe entre cuidados prestados por cuidadores formais e informais na prestação de cuidados aos mais velhos e se esses cuidados permitem a satisfação da multiplicidade de necessidades dos idosos. Para o conhecimento das perceções realizamos entrevistas semidirigidas a 10 idosos, 10 cuidadores informais e 9 cuidadores formais. Estes últimos exercem atividade profissional como auxiliares de SAD numa instituição situada na região norte de Portugal. A informação recolhida pelas entrevistas foi sujeita a uma análise de conteúdo que evidenciou como principal conclusão a necessidade de aumento do tempo de duração das visitas nos domicílios dos idosos para que seja possível investir na construção da relação de ajuda das cuidadoras formais com os idosos e com os seus cuidadores informais e para ser possível responder a outras necessidades, diversificando o leque de ofertas de serviços/actividades no domicílio que envolveria a mobilização de mais recursos humanos, materiais e financeiros. Como somos profissionais da intervenção social, estas conclusões permitiram-nos delinear alguns caminhos de intervenção capazes de melhorar a qualidade de vida e o bem – estar dos idosos e dos seus cuidadores informais, ultrapassando uma conceção de apoio domiciliário que vá muito além do tradicional “banho e marmita”.

**Palavras – Chave: Serviço de Apoio domiciliário (SAD), idosos, cuidadores formais e informais.**

## **Abstract**

The home support services are more and more a social response in the care of the older people. Such highlight emerges from the fact that these services allow the elderly people to age in their usual environment – in their houses and integrated in their local community – and can benefit of professional cares, besides the care that is provided by the informal caregivers. Recognizing the potentialities of this social response, this work seeks to know the opinions of the elderly, the informal caregivers and the formal caregivers about the services that are given and about the complementarity that exists between the care provided by the formal caregivers and informal caregivers to the elderly and if these cares satisfy the multiple necessities of the elderly. To get to the knowledge of these opinions we made interviews semi-directed to 10 elderly, 10 informal caregivers and 9 formal caregivers. These last ones have a professional activity as SAD auxiliaries in an institution located in the north region of Portugal. The information collected by the interviews has been subjected to an analyze of content that showed as main conclusion the necessity to increase the time of the visits in the homes of the elderly so it becomes possible to invest in the construction of the help relation of the formal caregivers with the elderly and their informal caregivers and to be able to respond to other needs, diversifying the variety of offers in the cares and activities in the home. This would implicate a mobilization of more human, material and financial resources. Seen that we are professionals of social intervention, these conclusions give us the possibility to outline some ways of intervention that help to improve the life quality and well-being of the elderly and their informal caregivers, going beyond the traditional home support conception of “bath and packed lunch”.

**Keywords: Home support services (SAD) elderly, formal and informal caregivers**

## Résumé

Les services d'aide domiciliaire sont de plus en plus une réponse sociale aux soins des personnes âgées. Cet accent ce doit parce que ces services permettent aux personnes âgées vieillir dans son espace habituel – dans leurs maisons et intégrés dans sa communauté locale – et bénéficier de soins professionnalisés, au-delà des soins qui sont données par les soignants informels. Reconnaisant les potentialités de cette réponse sociale, ce travail cherche connaître les perceptions des plus âgés, des soignants informels et des soignants formels sur les services donnés et sur la complémentarité qui existe entre les soins donnés par les soignants formels et informels dans la prestation de soins au plus âgés et si ces soins permettent satisfaire la multiplicité des nécessités des âgés. Pour prendre connaissance des perceptions nous avons réalisé des interviews semi-dirigées à 10 personnes âgés, 10 soignants informels et 9 soignants formels. Ces derniers exercent l'activité professionnelle comme auxiliaires d'une SAD dans une institution située au nord du Portugal. L'information recueillie des interviews a été soumise à une analyse de son contenu qui a démontré comme principale conclusion la nécessité d'augmenter le temps donnée aux visites au domiciles des âgés pour permettre investir dans la construction de la relation d'aide des soignants formels avec les âgés et avec leurs soignants informels et pour permettre la réponse à des autres nécessités, en diversifiant les offres de services/activités au domicile qui implique la mobilisation de ressources humaines, matériaux et financiers. Comme nous sommes des professionnels d'intervention sociale, ces conclusions nous à permit d'élaborer quelques chemins d'intervention capables d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des âgés e de leurs soignants informels, dépassant une idée d'aide domiciliaire qui va au-delà du traditionnel « bain et marmite ».

**Mots clés : Services d'aide domiciliaire (SAD), âgés, soignants formels et informels**

## **Siglas**

SAD: Serviço de apoio domiciliário

ONU: Organização das Nações Unidas

U.E: União Europeia

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

AVD: Atividades da vida diária

# Índice

Índice de imagens.....	xi
Índice de Tabelas.....	xii
Índice de gráficos.....	xii
Introdução.....	1
Capítulo I: O fenómeno do envelhecimento: da proteção familiar aos idosos à importância dos equipamentos sociais.....	7
1.1. O fenómeno do envelhecimento demográfico.....	7
1.2. As estruturas e as relações familiares e as suas alterações ao longo do tempo	11
1.3. A evolução dos equipamentos sociais.....	16
Capítulo II : O Serviço de apoio domiciliário.....	19
2.1 O S.A.D enquanto resposta social: missão e objetivos orientadores da ação	19
Capítulo III: Os Cuidadores.....	33
3.1 O ato de cuidar.....	33
3.2. Os cuidadores informais.....	35
3.3 Os cuidadores formais.....	37
Capítulo IV: Metodologia:.....	38
4.1 Desenho da Investigação: estudo de caso.....	40
4.2. Objectivos da Investigação:.....	41
4.3. População e Amostra.....	41
4.4. Instrumentos de recolha e tratamento de dados.....	42
4.5 Procedimentos metodológicos.....	43
Capítulo V: Apresentação e análise dos resultados.....	45
5.1 Introdução.....	45
5.2 Caracterização da amostra dos idosos.....	45
5.2.1 Trajetos Socioprofissionais.....	45

5.2.2 Autonomia / Dependência .....	47
5.2.3. Rede Familiar / Social .....	49
5.2.4. Cuidados Recebidos / O serviço de apoio domiciliário.....	51
5.3 Caracterização da amostra dos cuidadores informais.....	53
5.3.1 Trajetos Socioprofissionais.....	53
5.3.2 Rede Familiar/ Social .....	55
5.3.3 Cuidados prestados.....	56
5.4 Caracterização da amostra das cuidadoras formais.....	59
5.4.1 Contexto profissional.....	60
5.4.2 Formação .....	62
5.4.3 A coordenação do SAD e o trabalho em equipa.....	63
5.4.4 O ato de Cuidar e os cuidados prestados pelo SAD na Visão das Cuidadoras Formais.....	64
Capítulo VI: Proposta de intervenção para a estrutura de apoio domiciliário assente numa estratégia de complementaridade de cuidados entre profissionais, familiares e outras entidades. ....	66
Conclusão: .....	70
Bibliografia: .....	73
Anexos.....	85

## Índice de imagens

Figura 1. Taxa de cobertura das respostas centro de dia, estrutura residencial para pessoas idosas e SAD, no período 2000-2014 por concelho. Fonte: INE, Estimativas da população Residente 2014: GEP – MSESS, Carta Social. .... 17

Figura 2. Taxa de cobertura futura das respostas Centro de dia, Estrutura Residencial para idosos e SAD, por concelho. Fonte: INE, Estimativas

da População Residente 2014; INE, Estimativas da População Residente 2030; GEP – MESS, Carta Social. ....	18
--	----

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Grupos profissionais dos idosos e dos cônjuges.....	46
Tabela 2. Lugar de Classe .....	47
Tabela 3: Escala de Barthel .....	48
Tabela 4: Índice de Lawton e Brody .....	49
Tabela 5: Tabela dos Grupos profissionais dos Cuidadores Informais que trabalham ou já trabalharam. ....	54
Tabela 6: Tabela do Lugar de Classe.....	54

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Pirâmide Etária, Portugal 1960 -2000 Fonte:INE.....	8
Gráfico 2. Pirâmide Etária, Portugal 2000-2011 Fonte:INE.....	9
Gráfico 3. Distribuição da população da EU25, 2004-2051 Fonte: Eurostat 2004 .....	10
Gráfico 4: % de Famílias com mais de cinco pessoas e dimensão média das Famílias Clássicas – Portugal : 1960-2011 Fonte: INE .....	12
Quadro 1: Evolução do tipo de família – Portugal, 1960 – 2011 (%) Fonte: INE.....	13
Gráfico 5. Famílias unipessoais por grupo etário e sexo, 2011. Fonte: INE, Censos 2011.....	14

## **Introdução**

O presente trabalho elege a resposta social de serviços de apoio domiciliário e centra-se na análise da complementaridade que, existe entre os cuidados profissionalizados e os cuidados informais prestados no seio do grupo familiar no assegurar da satisfação das necessidades dos idosos que estão a residir nas suas habitações ou nas dos seus familiares.

A escolha e a pertinência deste tema prendem-se com a importância que as temáticas do envelhecimento, dos cuidados e da dependência apresentam atualmente. Estas temáticas assumiram um estatuto de problema social, uma vez que entraram na agenda dos poderes políticos e das organizações que têm gerido os problemas associados ao processo de envelhecimento da população. Segundo Fernandes o envelhecimento demográfico é “...uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projeções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada.” (1997:34) A transição demográfica em que é notório que as sociedades passam a ser, cada vez mais, envelhecidas, tem levado o Estado, através das políticas públicas da velhice, e as organizações do terceiro sector, com equipamentos e serviços para idosos, a tentar responder aos problemas que estão associados ao processo de envelhecimento, entre eles a dependência dos idosos na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, o isolamento social e a solidão e a ausência de atividades culturais, desportivas e de lazer que possam preencher o seu dia-a-dia.

Nas últimas décadas o fenómeno do envelhecimento da população tem sido tema de muitas investigações. Neste trabalho pretendemos destacar aquelas investigações que discutem a intervenção dos equipamentos e serviços para idosos e, mais concretamente, das estruturas de apoio domiciliário e dos serviços e actividades por elas desenvolvidos com os idosos e os seus familiares cuidadores informais. Nos trabalhos de avaliação da intervenção dos serviços de apoio domiciliário, a decisão de envelhecer em casa é vista como algo essencial para a qualidade de vida dos idosos, uma vez que resguarda o desenraizamento do indivíduo da comunidade local e tem potencialidades para preservar a integração dos idosos na sua família, no seu grupo de amizade e de vizinhança e na comunidade local onde residiu, muitas vezes durante toda a sua vida. Quaresma salienta

que “... o envelhecimento é um processo de adaptação constante, mediatizado pela relação do indivíduo com o seu meio. A importância atribuída ao habitat ao nível da sua envolvente social e cultural não pode deixar de emergir com crescente relevância.” (2008:37)

São vários os estudos que têm vindo a demonstrar que os idosos preferem viver o mais tempo possível no seu domicílio. Assim, nas palavras de Quintela, “ é necessário dinamizar e proporcionar recursos flexíveis de proximidade, a nível local, promovendo parcerias eficientes e inovadoras e valorizando o desempenho e o contributo dos diferentes agentes envolvidos, necessários a uma complementaridade de respostas pluridisciplinares”. (2001:38)

Outrora os serviços domiciliários prestados aos idosos eram da responsabilidade da sua família, no entanto, face às mudanças sociais que a sociedade portuguesa tem sofrido, nomeadamente a predominância do trabalho assalariado, o papel que a mulher exerce no mercado de trabalho, a valorização das carreiras profissionais, a transformação que as estruturas familiares sofreram/em, quer na sua estrutura organizada em pequenos núcleos separados, quer na sua dimensão, consequência dos divórcios, das separações e até da viuvez, levaram a que os idosos fossem acompanhados na realização das actividades básicas e instrumentais da vida diária, cada vez mais, por profissionais de instituições da sociedade civil. Assim, “...no que se refere às pessoas idosas, a prestação destes serviços coloca-se hoje como exigência de vida normal e integrada, possibilitando – lhes a permanência no seu meio habitual de vida.” (Bonfim e Veiga, 1996).

Por isso, este trabalho tem como objetivo principal compreender de que forma o Serviço de apoio domiciliário pode ser prestado de forma complementar ao cuidado informal para permitir a satisfação da multiplicidade de necessidades dos idosos. Consideram-se ainda outros objetivos: (i) compreender e analisar a relação do idoso com a rede de suporte formal ou informal; (ii) perceber o SAD enquanto resposta social – os serviços que presta e quem são os cuidadores formais e que necessidades têm em termos de retaguarda técnica e emocional; (iii) conhecer os cuidadores informais e a sua perceção sobre o ato de cuidar e sobre os cuidados e serviços prestados pelo serviço de apoio domiciliário; (iv) conhecer as necessidades dos idosos na sua diversidade, partindo de uma perspetivação de necessidades que está muito para além daquelas que permitem manter a vida biológica; (v) perceber como as necessidades dos idosos podem ser satisfeitas através de uma estratégia de complementaridade entre cuidadores

informais e formais; (vi) definir algumas estratégias de ação que possam alicerçar uma proposta de intervenção para a estrutura de apoio domiciliário assente numa estratégia de complementaridade de cuidados entre profissionais e familiares.

Os idosos entrevistados revelam que preferem continuar a viver no seu domicílio, achando mesmo que a ida para um lar seria de uma enorme tristeza e insatisfação, dado que no seu domicílio estão todas as suas memórias, todas as suas histórias, com os acontecimentos de vida e os outros para si mais significativos.

De acordo com Fernandes (2002), os idosos suportam melhor as condições de vida desfavoráveis quando têm junto de si as pessoas que lhes são significativas. Os idosos chegam a uma etapa das suas vidas em que preferem estar junto daqueles que realmente tem importância para si.

Assim, o serviço de apoio domiciliário (SAD) é uma resposta que vem ajudar os idosos e a sua família a terem uma melhor qualidade de vida, atrasar ou evitar a institucionalização, pois a satisfação das necessidades básicas é assegurada no domicílio, bem como a prestação de cuidados de saúde e apoio psico – social aos indivíduos e às suas famílias. É de notar que “a opção pelos serviços domiciliários indica, quase sempre, uma necessidade”. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, p.96). Esta necessidade ocorre quando a família sente que não consegue satisfazer as necessidades inerentes ao cuidado dos idosos, uma vez que “...a institucionalização continua a ser a última opção para as famílias”. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, p.96) Estas famílias recorrem à institucionalização como a última das opções, uma vez que os idosos preferem viver no seu meio habitual de vida, junto dos seus familiares, junto dos seus vizinhos e da comunidade que sempre os acolheu.

Pretendemos destacar o inegável potencial que a resposta social S.A.D tem ao permitir aos idosos que o processo de envelhecimento possa ocorrer no seu quadro habitual de vida, sendo este o fator que a distingue de outras respostas sociais (designado na literatura estrangeira como “ageing in place”). Considerando as potencialidades do apoio domiciliário, na análise da carta social (2010:2), verifica-se que o Serviço de apoio domiciliário é a resposta social que tem vindo a registar uma constante expansão, Almeida e Gros (2012) também salientam que desde 1978 passaram de 28 respostas de SAD, para 2485 em 2010 e para 2650 em 2014 (carta social,2014).

Neste trabalho emerge o desafio de analisar as potencialidades que pode ter a complementaridade entre cuidados profissionais e cuidados familiares (e cuidados de

outros grupos primários) na satisfação das necessidades inerentes ao processo de envelhecimento do idoso. Defende-se que o envolvimento destes vários atores permitirá satisfazer a diversidade de necessidades dos idosos que não devem ser reduzidas ao que vulgarmente se designa por “actividades básicas de vida diária”. É fundamental que os profissionais olhem para os idosos como um todo e não se centrem apenas na questão da prestação de cuidados ou na questão da dependência, dado que cada pessoa tem as suas características, as suas especificidades e só conhecendo a situação actual em que se encontram e a sua história de vida, é possível realizar um diagnóstico que oriente e adeque a intervenção de acordo com as necessidades e expectativas de cada um. Assim, a solução passa “...por uma articulação e complementaridade entre o formal e o informal de modo a encontrar uma solução de compromisso que permita responder adequadamente a diferentes tipos de necessidades, através de formas apropriadas de solidariedade” (Pimentel, 2005:32)

Face às considerações anteriormente apresentadas surge assim, a necessidade de explorar as potencialidades que os cuidados prestados de forma complementar (entre cuidadores informais e cuidadores profissionalizados) podem ter na resposta efectiva e de qualidade às necessidades dos idosos ao longo do seu processo de envelhecimento.

Em termos de estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em seis partes: um primeiro capítulo que aborda o fenómeno do envelhecimento demográfico, da protecção familiar e também a importância dos equipamentos sociais. A primeira parte deste capítulo centra-se no fenómeno do envelhecimento demográfico que ocorre há várias décadas. Portugal é um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e as suas profundas alterações no perfil etário ocorreram nas décadas mais recentes. Contudo, começamos este trabalho por perceber qual era o cenário demográfico há cinco décadas atrás e percebemos que a realidade demográfica era completamente diferente da actualidade e do que se prevê ser num futuro próximo. Por isso, a Comissão Europeia alertou os seus Estados membros para tomarem medidas no sentido de atenuar o impacto do envelhecimento demográfico. Numa segunda parte deste capítulo, abordamos as alterações nas estruturas familiares ao longo do tempo. A morfologia da família modificou-se devido a vários fatores: entres salienta-se a entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento dos divórcios, o controlo da natalidade e o adiamento da maternidade. Analisamos a evolução das famílias desde 1960 até 2011, verificando que as famílias são mais pequenas, passando de 3,8 indivíduos em 1960 para 2,6 em 2011 (INE,2013). Numa terceira parte deste capítulo achamos relevante perceber a

evolução dos equipamentos sociais, uma vez que as tendências demográficas anteriormente apresentadas provocaram um processo de mudança nas estruturas familiares, colocando novos desafios, em termos de necessidades e organização das respostas públicas e privadas. Verificou-se que as instituições que prestam S.A.D têm vindo a aumentar significativamente, no entanto, é fundamental implementar mais estruturas de apoio domiciliário que apostem na qualidade e variedade de atividades e serviços.

Em seguida, o segundo capítulo apresenta o serviço de apoio domiciliário: a sua missão e os seus objetivos orientadores. Se esta resposta social tem a potencialidade de permitir que os idosos permaneçam no seu domicílio por mais tempo, ela apresenta ainda algumas lacunas, em termos de ofertas e serviços e, por isso, neste capítulo fomos refletindo sobre se o trabalho realizado pela resposta social S.A.D vai de encontro às reais necessidades dos idosos e dos seus cuidadores, indo para além do “usual banho e marmita” e, permitindo alcançar os objetivos orientadores.

Em terceiro, surge um capítulo que reflete sobre o que é cuidar. O conceito de cuidar remete-nos para um processo interativo entre o cuidador e o idoso, sendo um ato que visa a satisfação de diversas necessidades indispensáveis para uma melhor qualidade de vida. Numa primeira parte deste capítulo apresentamos diversas definições do conceito de cuidar, segundo alguns autores. Na segunda parte fazemos uma distinção entre cuidadores formais e informais, apresentando quem são e aquilo que os distingue.

No Capítulo seguinte apresentamos a metodologia: este trabalho está centrado numa abordagem qualitativa dos fenómenos sociais. Sendo que, no nosso caso, procedeu-se à análise e compreensão das funcionalidades do SAD e das práticas dos seus profissionais numa perspetiva de complementaridade com as dos seus cuidadores informais. O desenho de investigação é o estudo de caso, pois debruçamo-nos apenas na realidade de uma instituição da Região Norte de Portugal. Relativamente ao instrumento de recolha de dados, a entrevista semidirigida pareceu-nos a estratégia mais adequada para a nossa investigação. As entrevistas realizadas aos idosos e aos seus cuidadores informais tinham como objetivo perceber como analisam esta resposta social, no sentido de saber o que gostariam de alterar, que outras opções o S.A.D deveria ter no futuro. Relativamente aos cuidadores formais era importante que nos falassem do seu papel enquanto cuidadoras, bem como do que deveria ser alterado na organização e funcionamento desta resposta social. Após as entrevistas os dados recolhidos foram analisados através da análise de conteúdo e, na análise que fizemos classificamos as

informações recolhidas por categorias e subcategorias, o que nos auxiliou na compreensão da informação recolhida. O último ponto deste capítulo aborda os procedimentos metodológicos e todos os passos que foram necessários dar para conseguirmos implementar o nosso estudo.

No quinto capítulo apresentamos e analisamos os resultados das entrevistas. Verificamos que os idosos preferem viver no seu domicílio, frisando que a estrutura residencial seria sempre a última das suas opções. Os idosos chegam a uma dada altura da sua vida em que os familiares, o grupo de amigos e vizinhos desempenham um papel fundamental. Nos seus relatos percebe-se que a ida ao café de alguns idosos serve para partilhar acontecimentos diários, experiências e conhecimentos. No entanto, temos outros testemunhos de idosos que relatam que os seus dias parecem que são todos iguais. O facto de não existir uma atividade profissional, nem cultural, ou até mesmo de voluntariado ou lazer, leva a que os contatos sejam perdidos e os indivíduos tendam a envolver-se cada vez menos nas relações que estabeleceram ao longo da vida. São vários os motivos que levaram à contratação do S.A.D: problemas de saúde, a dependência, a sobrecarga do cuidador informal e até mesmo o isolamento/ solidão dos idosos. Esta resposta social é vista como uma mais-valia pelos idosos, uma vez que permite que eles continuem no seu quadro habitual de vida diária, no entanto, apresenta algumas lacunas. Alguns cuidadores informais contam com a colaboração de outras pessoas, designados na literatura como cuidadores secundários. Para além de recorrerem aos serviços oferecidos pela resposta social S.A.D, torna-se necessário recorrer a outras ajudas. Estes cuidadores informais salientam os problemas que surgem na prestação de cuidados e que passam pelo cansaço, pela preocupação com a saúde dos idosos e com o facto de, em alguns casos os próprios cuidadores, também necessitarem de cuidados. No entanto, salientam que o S.A.D é uma valiosa ajuda, mas que esta resposta social necessita de melhorar em alguns aspetos: é salientado a importância do tempo que é dispensado pelos cuidadores na prestação de cuidados, sendo que na ótica destes cuidadores é necessário mais tempo (um alargamento quer da duração dos cuidados prestados, quer do número de visitas), uma vez que a visita dos cuidadores formais serve para os cuidadores informais poderem expressar as suas dificuldades, os seus desânimos e muitas vezes, para que possam sair de casa.

As cuidadoras formais, por sua vez, relatam também a falta de tempo como uma dificuldade para a prestação de cuidados, referindo também que são necessários mais recursos materiais e humanos e que a falta de condições de algumas habitações

condiciona a prestação de cuidados. Salientaram durante a entrevista que os idosos necessitam de outros serviços para além dos que já existem. Em suma, as cuidadoras formais consideram que é fundamental mais tempo para dar assistência aos idosos e aos familiares, sendo que em alguns casos, os cuidadores informais são pacientes ocultos que se encontram numa situação de desgaste, cansaço e redução do seu desempenho físico e psicológico. Assim, surge a necessidade de alargar o tempo que dispõem para proporcionar bem-estar aos idosos e aos familiares, bem como alargar o leque de ofertas desta resposta social e os seus meios, trabalhando, por isso, em parceria com outras entidades: centros de saúde, autarquias, centros de emprego.

E, por último, apresentamos uma proposta de intervenção para uma estrutura de S.A.D assente numa estratégia de complementaridade de cuidados entre profissionais, familiares e outras entidades. Enquanto interventores sociais e através das conclusões deste estudo, achamos pertinente delinear alguns caminhos de intervenção que visem melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos e das suas famílias.

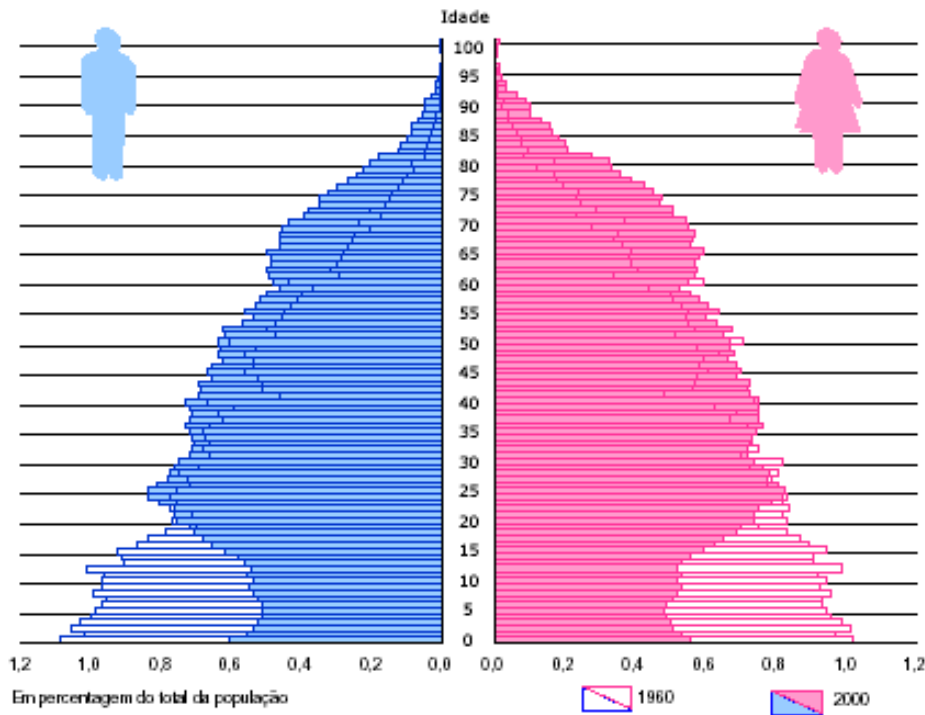
## **Capítulo I: O fenómeno do envelhecimento: da proteção familiar aos idosos à importância dos equipamentos sociais**

### **1.1. O fenómeno do envelhecimento demográfico**

O envelhecimento populacional foi pela primeira vez citado num estudo, em 1928, por Alfred Sauvy. Este fenómeno que ocorre há várias décadas e que é visível através da modificação e inversão das pirâmides etárias, está relacionado com o declínio da natalidade e com o aumento da longevidade. As tendências demográficas registadas no nosso país, nas últimas décadas, e que serão expressas, ao longo deste capítulo originam um processo de mudança nas estruturas e nas relações familiares e, mais concretamente, na proteção familiar aos mais velhos.

Para melhor entender estas tendências demográficas citamos Oliveira (2005) que refere que existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base da pirâmide etária, que se deve à diminuição de crianças e jovens e o envelhecimento do topo da pirâmide etária, que se deve ao aumento da esperança média de vida. Começamos por analisar as alterações na estrutura demográfica no período de 1960 e 2000 que ilustram bem esta realidade, como se verifica no Gráfico 1.

**Gráfico 1. Pirâmide Etária, Portugal 1960 -2000 Fonte:INE**



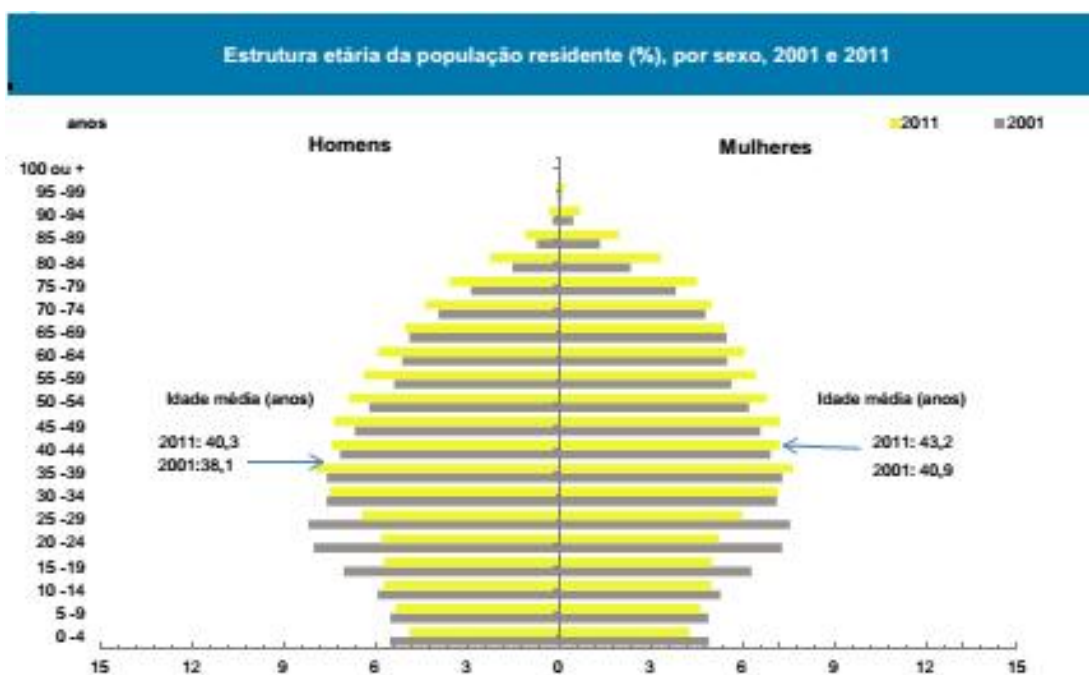
O Gráfico 1 mostra claramente duas realidades distintas: enquanto em 1960 tínhamos uma base larga, e à medida que a variável idade aumentava a pirâmide ficava mais estreita; em 2000 esta realidade altera-se, a pirâmide apresenta uma base visivelmente mais estreita o que evidencia a diminuição da população jovem com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. No entanto, verifica-se também um aumento da percentagem da população com idade superior a 20 anos. Em 1999 é, pela primeira vez, apresentado um maior número de idosos do que de jovens. Em 1960 estimava-se que seria 27 idosos por cada 100 jovens, em 2001 a tendência inverte-se, sendo que os números passam de 103 idosos por cada 100 jovens. A queda da mortalidade e a existência sistemática de migrações podem ser dois fatores que estão na origem desta alteração a nível da estrutura etária da população. Quando se faz uma análise mais concreta deste fenómeno torna-se mais claro o fenómeno do envelhecimento demográfico, e tudo indica que a população com idade igual ou superior a 65anos, na Europa, irá crescer 20%, em 2020, 25%, em 2030, e 28% em 2050.

O Instituto Nacional de Estatística afirma que, entre 1960 e 2001 a população jovem teve um decréscimo de 36%, em contrapartida a população idosa teve um aumento de 140%. Este aumento da proporção da população idosa é perceptível pelos

valores relativos que, em 1960, representavam 8.0% da população total e, em 2001, eram de 16.4%, ou seja, o dobro da relação.

Neste período, e segundo o Instituto Nacional de Estatística, a população idosa aumentou quase em um milhão de indivíduos, isto é, passou de 708.570, em 1960, para 1.702.120, em 2001. Destes 715.073 são do sexo masculino e 987.047 do sexo feminino. Por sua vez, o ritmo de crescimento dos diversos subgrupos da população idosa não foi idêntico, dado que a população com 85 e mais anos registou uma taxa média de crescimento de 3,5% face a uma taxa média de crescimento anual de 2,7% para o grupo dos 75 e mais anos. Tal demonstra um maior crescimento da população mais idosa que acaba por levar ao envelhecimento da própria população idosa. Para evidenciar esta tendência fazemos referência ao índice de envelhecimento de 2011 que revela que para 100 jovens existem 128 idosos.

**Gráfico 2. Pirâmide Etária, Portugal 2000-2011 Fonte:INE**

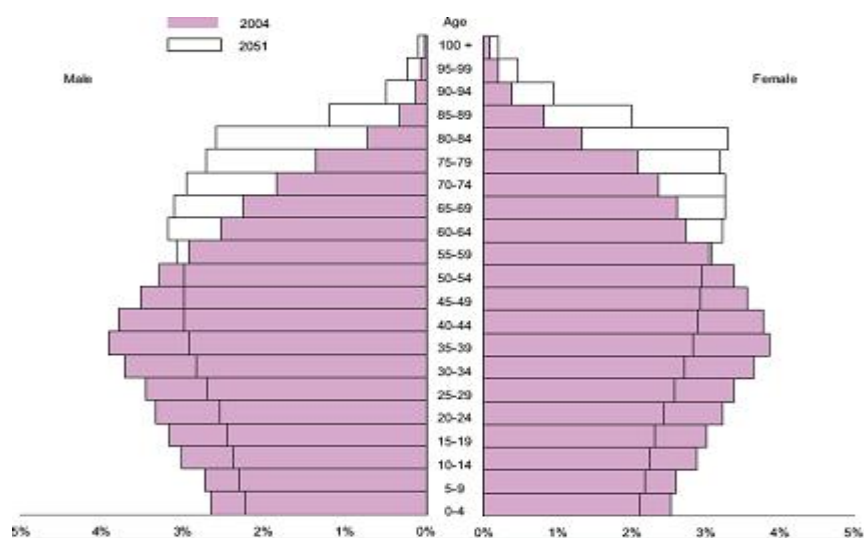


O gráfico 2, mostra os desequilíbrios já evidenciados na década passada, onde a base da pirâmide diminui e o topo alargou, com o aumento da população idosa. O peso demográfico crescente dos indivíduos mais velhos traz consigo algumas implicações quer a nível económico, como social, ético, sanitário, que obrigam a pensar em novas soluções ao nível da intervenção e que constituem enormes desafios para o século XXI.

Estes desafios de intervenção serão tanto mais necessários quanto a Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que em 2050 a população mundial terá mais de dois bilhões de indivíduos com mais de 60 anos, e destes cerca de 400 milhões terão mais de 80 anos. O processo do envelhecimento demográfico adquiriu uma dimensão mundial, manifestando-se particularmente na Europa que é conhecida por “continente grisalho”. Neste continente as previsões demográficas indicam que em 2050 a população portuguesa será uma das mais envelhecidas da União Europeia, com aproximadamente 2,7 milhões de indivíduos com 65 ou mais anos. Porém, apesar de tudo indicar que as tendências demográficas evidenciam um envelhecimento da população, é possível atenuar os ritmos destas tendências através, por exemplo, de políticas de incentivo à imigração. No ano de 2050 estima-se também que podem existir 395 idosos por cada 100 jovens, tanto no nosso país como na Europa, o envelhecimento pode ser atenuado pela imigração, mas serão poucos os países que conseguirão evitar o impacto do envelhecimento da população.

No gráfico 3, observa-se a distribuição da população da EU25, por sexo, no período de 2004 a as projeções demográficas para 2051.

**Gráfico 3. Distribuição da população da EU25, 2004-2051** Fonte: Eurostat 2004



O gráfico 3 mostra a distribuição da população da EU25, por sexo, no período de 2004 e as projeções para 2051, existindo uma alteração ainda mais marcada da estrutura demográfica, onde é explícito o aumento da população com mais de 65 anos e a redução da população com menos de 40 anos. Assim, para os próximos anos o que se prevê é

que a situação demográfica se agrave, com um número crescente de idosos e um número inferior de jovens. Em 2009 a comissão europeia advertiu os governos dos Estados Membros que têm 10 anos para implementar políticas capazes de atenuar o impacto do envelhecimento demográfico, através, da criação de melhores condições para as famílias, bem como mais empregos e vidas profissionais mais longas, de forma a tornar a Europa mais produtiva e dinâmica. Estamos no final de 2016 e em Portugal ainda não existiu uma implementação efectiva destas medidas, de apoio à família e de apoio ao emprego. A situação que se prevê para Portugal nos próximos anos, segundo o INE (2014), é que no período de 2012 a 2060, passamos dos atuais 10,5 para os 8,6 milhões de residentes.

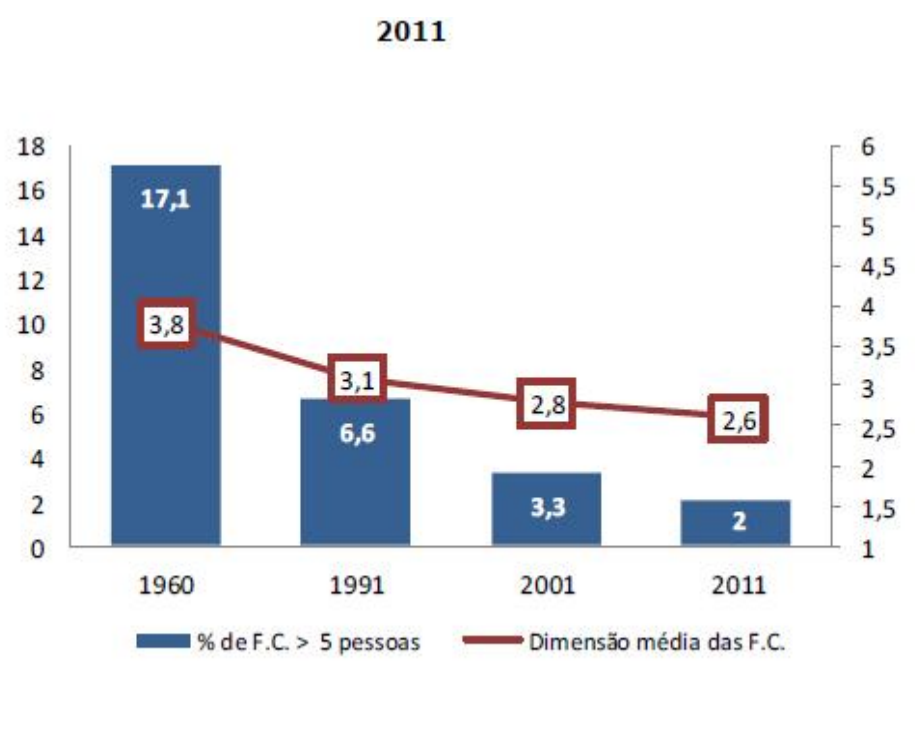
## **1.2. As estruturas e as relações familiares e as suas alterações ao longo do tempo**

A família é o primeiro contexto em que o indivíduo se insere. É no seio desta que se transmitem valores, costumes e tradições. Por outras palavras a família é detentora de um papel educativo fundamental, sendo um motor de desenvolvimento para os seus membros. No entanto, ao longo das últimas décadas, o conceito de família tem vindo a sofrer alterações: o que outrora era a principal célula social e o mais básico agrupamento de pessoas, atualmente sofreu transformações. Não assistimos a uma “morte da família”, mas a uma diversificação, uma vez que a estrutura dinâmica da família, na sua organização interna, não se mantém intacta e inalterada com as alterações culturais, sociais e económicas a que vamos assistindo. Portanto a família foi – se alterando e transformando-se.

No passado, coube sempre à família ser a principal entidade prestadora de cuidados aos seus membros, representando a instituição mais antiga do cuidado. Esse cuidado era prestado por um membro da família que era tendencialmente do sexo feminino. Atualmente, segundo Brito (2002), o sexo feminino representa 80% dos cuidadores informais, apesar de a família ter passado por um processo de mudança na estrutura, composição e dimensão, devido à entrada das mulheres no mercado de trabalho, à valorização da carreira profissional, à passagem de uma sociedade rural para uma sociedade mais industrial, que levou os indivíduos a deslocarem-se para as grandes cidades, bem como ao aumento do número de divórcios, ao controlo da natalidade e ao adiamento da idade da maternidade. Todos estes fatores levaram a que a morfologia da

família se modificasse. Ao analisar a evolução nas últimas décadas da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, verifica-se que as famílias são mais pequenas, passando a dimensão média de 3,8 indivíduos em 1960 para 2,6 em 2011. Sendo que a percentagem de famílias com mais de cinco elementos diminuiu abruptamente, enquanto em 1960 as famílias clássicas representavam 17,1%, em 2011 representam apenas 2%, como se pode verificar no gráfico 4.

**Gráfico 4: % de Famílias com mais de cinco pessoas e dimensão média das Famílias Clássicas – Portugal : 1960-2011 Fonte: INE**



Outra tendência, que pode-se verificar relativamente à mudança nas estruturas familiares, é que a forma predominante de organização da família passa a ser um núcleo, uma vez que em 2011, 59% das famílias eram constituídas por um casal. Destas a estrutura predominante é a dos casais com filhos que representam 35,2%, (quadro 1), embora seja importante realçar que o número de casais sem filhos tem vindo a registar um aumento, como também as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas. Segundo o INE (2013), os agentes desta mudança são sobretudo jovens casais, e é nas faixas etárias até aos 39 anos que se verificam estas tendências de modo mais acentuado.

**Quadro 1: Evolução do tipo de família – Portugal, 1960 – 2011 (%) Fonte:**

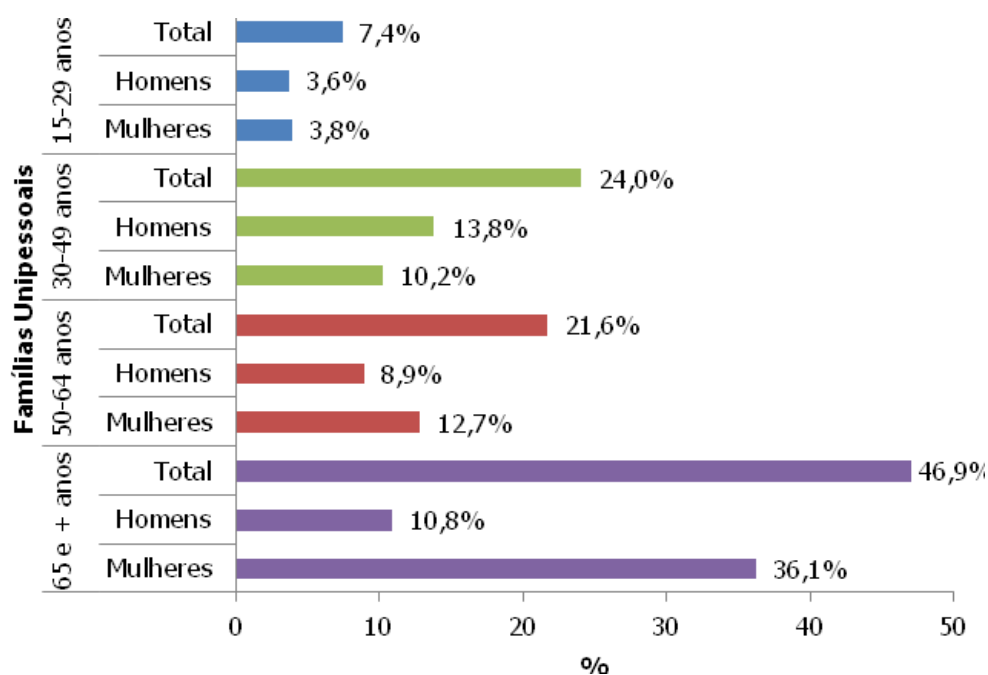
INE

	1960	1991	2001	2011
<b>Famílias sem núcleo familiar</b>	<b>16,4</b>	<b>16,6</b>	<b>19,5</b>	<b>23,3</b>
Pessoas a viver sozinhas	11,5	12,4	15,5	20,4
Outros tipos de família	4,9	4,2	4,0	2,8
<b>Famílias simples(c/ 1 núcleo familiar sem outras pessoas)</b>	<b>68,2</b>	<b>69,5</b>	<b>70,1</b>	<b>68,0</b>
Casais (subtotal)	62,3	63,9	63,1	59,0
Casal sem filhos	14,8	20,0	22,0	23,8
Casal com filhos	47,5	43,9	41,1	35,2
Monoparentais (subtotal)	5,9	5,6	7,0	9,0
Pai com filhos	-	0,8	0,9	1,2
Mãe com filhos	-	4,8	6,0	7,8
<b>Famílias complexas</b>	<b>15,4</b>	<b>13,9</b>	<b>10,4</b>	<b>8,7</b>
Alargadas (1 núcleo familiar + outras pessoas)	-	10,0	7,3	5,8
Múltiplas (2 ou mais núcleos familiares)	-	3,9	3,1	2,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

No que concerne às famílias complexas, é visível um declínio deste tipo de família. São cada vez menos as famílias simples que se juntam, no mesmo lar, com outras pessoas da família. Esta situação indica o reforço da privacidade do casal, por outras palavras, os casais optam por viver sozinhos ou com os filhos, mas cada vez menos com outros familiares. Esta realidade reflete a maior autonomia dos casais e a sua independência económica e residencial. Em linhas gerais, as principais transformações, segundo o INE (2013), caracterizam-se por: famílias de menor dimensão, consequência do menor número de filhos, o que leva à diminuição das famílias alargadas bem como o aumento das famílias unipessoais. O gráfico 5 apresenta as famílias unipessoais por grupo etário e sexo, e através da identificação da distribuição etária dos indivíduos a viver em família unipessoal cruzada com o sexo é possível obter três conclusões diferentes: a primeira é que existe uma proporção semelhante de Homens (3,6%) e Mulheres (3,8%) a viver em famílias unipessoais com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos; A segunda conclusão evidencia que em idade ativa existe uma predominância, ainda que pouco saliente, de indivíduos do sexo

masculino (13,8%) face (a 10,2%) aos do sexo feminino, contrariamente ao que acontece na terceira conclusão; Por outras palavras, a proporção do sexo feminino é superior ao do sexo masculino no grupo etário com idades compreendidas entre os 50 e 60 anos (12,7% face 8,9%) e no grupo etário com 65 e mais anos (36,1 face 10,8%). Esta última conclusão revela uma tendência que tem vindo a intensificar-se: à medida que a idade aumenta, o número de indivíduos do sexo feminino a viver em famílias unipessoais é bastante superior ao do sexo masculino, estando esta tendência relacionada com o facto da esperança média de vida ser superior no caso das mulheres.

**Gráfico 5. Famílias unipessoais por grupo etário e sexo, 2011. Fonte: INE, Censos 2011**



O aumento da esperança média de vida torna possível uma coexistência entre gerações. Outrora, o número de irmãos, primos e tios eram em maior número, mas desapareciam mais rapidamente. Atualmente é possível observar nas famílias a existência de relações verticais mais extensas e onde é possível a convivência e coexistência de quatro gerações numa família. Segundo Portugal Sílvia “numa sociedade onde o risco e o ritmo de mudança são cada vez maiores, a família representa, cada vez mais, um elemento estável que permite aos indivíduos encontrarem sentido para a sua ação”. (2006:83) No entanto, as famílias são heterogêneas e existem no nosso país diferentes situações familiares, fruto das condicionantes económicas e sociais e

também da forma como gerem os seus recursos. Segundo o INE (2013) no grupo etário dos 65 e mais anos o crescimento das famílias unipessoais, nomeadamente do sexo feminino, é um crescimento acelerado, o que pode indicar que os restantes membros dos grupos primários não representem um papel de relevo na sua vida, e não exista uma solidez nas solidariedades horizontais. Leuschener refere que “solidão, isolamento, abandono, rejeição e estigma são faces da mesma ameaça, à medida que as redes da pessoa – ou o seu «capital social» se vão debilitando.” (2009:329) A solidão é “um sentimento que consiste no isolamento emocional que resulta da perda ou inexistência de laços íntimos e do isolamento social, com a consequente ausência de uma rede social com os seus pares” (Monteiro & Neto, 2008:87). A solidão e o isolamento são conceitos diferentes, enquanto o isolamento refere a dificuldade em estabelecer canais de comunicação e de relacionamento com os outros indivíduos, a solidão, segundo Rebelo refere um “estado mental angustiante e persistente através do qual o indivíduo se sente afastado ou rejeitado pelos seus pares, embora se encontre faminto da intimidade que sabe existir nos relacionamentos emocionais profundos e na atividade com os outros.” (2009:167) No entanto, os idosos podem ter uma rede social extensa e sentirem-se sós. Por isso, Leuschener afirma que “investir no «capital social» é hoje, mais do que nunca, determinante na qualidade de vida de todas as pessoas, mormente das mais idosas. Além disso é necessário garantir relações personalizadas, que ultrapassem o mero sentido de dever, ajudando a preencher os vazios que vão surgindo na malha relacional de cada pessoa, (...), este tem que ser um objectivo das sociedades desenvolvidas, uma perspectiva solidária transgeracional.” (2009:329) Mas, importa referir que, o estado civil e os laços sociais estão amplamente relacionados com a solidão e o isolamento, pois encontramos nas mulheres mais velhas, níveis de solidão mais elevados. Esta condição de isolamento e de solidão pode provocar alterações nas suas redes: estas podem reorganizar -se ou, por outro lado, desintegrarem-se, facilitando ou dificultando a permanência na comunidade. Paúl (2005) salienta que as redes sociais alteram-se consoante os contextos em que os indivíduos se encontram inseridos, por outras palavras, a mudança de residência ou a entrada na condição de reformado são dois momentos distintos da vida do indivíduo, mas que podem provocar alterações na sua rede social. Deste modo, a rede de suporte informal é relevante para assegurar os aspectos essenciais para um ótimo envelhecimento dos indivíduos, sendo que as redes de solidariedades primárias influenciam as relações que cada indivíduo constrói e desenvolve. A família é um lugar caracterizado pela criação de vínculos, e onde surge

os laços primários de solidariedade sendo “... um espaço físico, relacional e simbólico”. (Pimentel, 2005:66). Quando não é possível assumir o compromisso de cuidar até ao fim da vida dos seus familiares, o estado dispõe de um conjunto de serviços e equipamentos que tentam satisfazer e abranger as carências e as necessidades dos idosos. Mas é importante reflectir sobre o papel efetivo do Estado, das políticas, e das respostas que dispõem, para isso os capítulos seguintes serão sobre a evolução das respostas sociais, e de que forma é que a sua missão e os seus objetivos vão de encontro às reais necessidades dos mais velhos, e das suas famílias.

### **1.3. A evolução dos equipamentos sociais**

As tendências demográficas anteriormente apresentadas provocaram um processo de mudança nas estruturas familiares, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas.

Segundo Marques “ a declaração de uma política da terceira idade, na Constituição de 1976, mudou a forma de encarar as respostas sociais ao para intervir no fenómeno do envelhecimento no nosso país. Progressivamente, o Estado tem promovido um investimento organizado em respostas sociais dirigidas aos problemas da população envelhecida que passam sobretudo pela substituição dos tradicionais asilos pelos lares residenciais e pela criação de outro tipo de ofertas, como os centros de dia e os serviços de apoio domiciliário, cujo principal objetivo é a manutenção das pessoas idosas por mais tempo nas suas residências e nas suas comunidades locais.

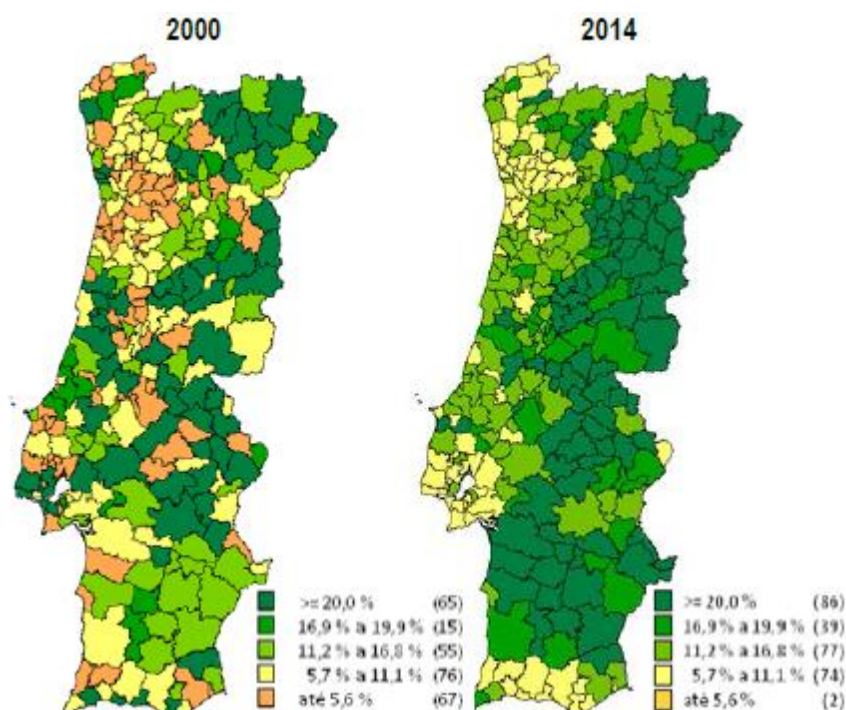
Uma análise evolutiva da situação entre 1998 e 2008 permite verificar um crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas de 51,1% naquele período.” (2011: 74) Efectivamente, aumentaram o número de instituições que proporcionam serviços que permitem aos idosos permanecer no seu quadro habitual de vida. Marques salienta que “ ao longo destes dez anos, os serviços de apoio domiciliário apresentaram a maior taxa de crescimento (82,8%), seguidos pelos centros de dia (42,5%) e pelas residências e lares para idosos (39%)” (2011:75). Almeida & Gros afirmam que “assistiu-se à multiplicação rápida do número de instituições que dispensam serviços não residenciais. Embora as instituições que promovem a resposta social mais tradicional do lar tenham continuado a aumentar (as mais de duzentas existentes em 1978 foram quase multiplicadas por dois), é na década de oitenta que se verifica o

aumento mais notável dos centros de dia e dos serviços de apoio domiciliário. Os primeiros ganham verdadeira expressão (passando de 54 para 555), continuando esta oferta a crescer a um ritmo rápido durante a década seguinte. Com efeito, em 2000, os centros de dia perfazem um total de 1.624 unidades, com capacidade para atender 51.876 idosos. Embora o ritmo de crescimento abrande significativamente ao longo da primeira década do século XXI, em 2010 registava-se a existência de 1.973 centros de dia, que ofereciam serviços a 62.472 indivíduos.

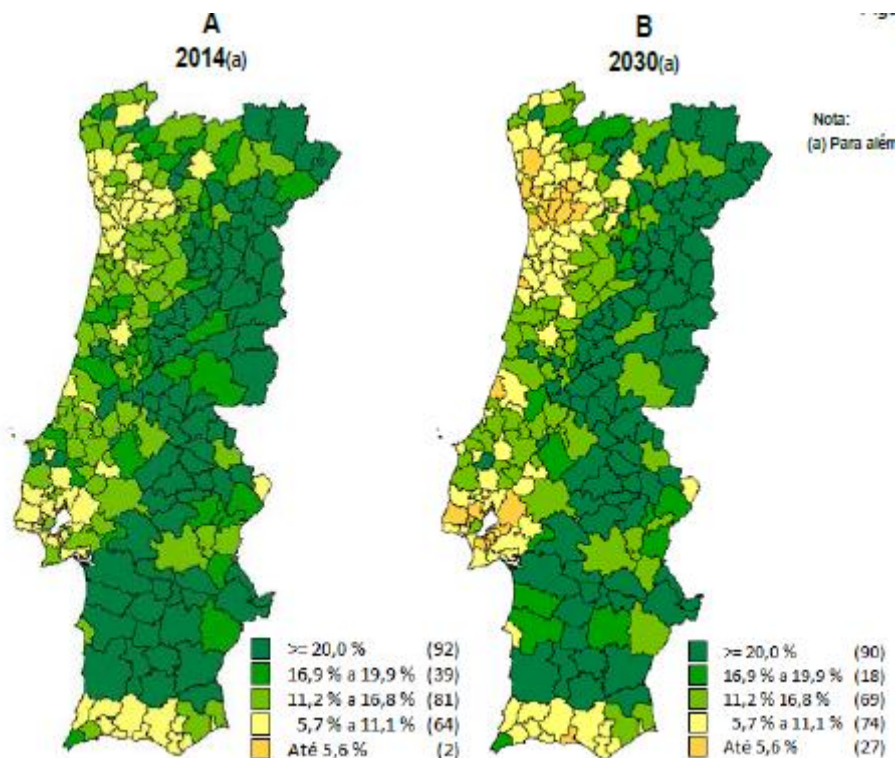
Mas é no campo das instituições que passaram a promover serviços de apoio domiciliário que a oferta aumentou de modo mais contínuo e regular desde 1978: passaram de 28 dispositivos deste tipo, para 2.485, em 2010. Constituem, então, a resposta institucional acessível ao maior número de utilizadores (90.570), ultrapassando os lares de idosos (com lugares disponíveis para 71.261 residentes), apesar destes terem continuado a crescer a um ritmo acelerado entre 1989-2000.” (2012:5)

Ao analisarmos a evolução recente das taxas de cobertura das respostas sociais dirigidas à população idosa (presente na figura 1), verificamos que os cuidados prestados têm evoluído e melhorado ao longo destes últimos anos. Sendo os concelhos do interior, aqueles que apresentam uma maior cobertura, em comparação com os concelhos do litoral.

**Figura 1. Taxa de cobertura das respostas centro de dia, estrutura residencial para pessoas idosas e SAD, no período 2000-2014 por concelho. Fonte: INE, Estimativas da população Residente 2014: GEP – MSESS, Carta Social.**



**Figura 2. Taxa de cobertura futura das respostas Centro de dia, Estrutura Residencial para idosos e SAD, por concelho. Fonte: INE, Estimativas da População Residente 2014; INE, Estimativas da População Residente 2030; GEP – MSESS, Carta Social.**



Na figura 2 podemos observar a taxa de cobertura das respostas sociais, num futuro próximo. As projeções demográficas revelam um aumento continuado do topo da pirâmide etária da população portuguesa, antevê-se um decréscimo na cobertura das respostas sociais dirigidas aos idosos, sendo que o impacto deste efeito será sentido, principalmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e ainda na zona do Algarve.

Perante as alterações demográficas que terão efeitos no nível de cobertura, a curto prazo, é fundamental serem tomadas medidas que têm de passar pela implementação de mais respostas sociais que apostem na qualidade dos serviços. As mudanças que devem existir nas respostas sociais devem passar, a nosso ver, também pelo apoio aos profissionais e às famílias.

## Capítulo II : O Serviço de apoio domiciliário

### 2.1 O S.A.D enquanto resposta social: missão e objetivos orientadores da ação

Perante as transformações ocorridas ao longo dos anos ao nível do envelhecimento da população, das estruturas familiares e dos equipamentos sociais para idosos, torna-se pertinente refletir sobre o S.A.D em Portugal, uma vez que este tipo de resposta social tem registado um crescimento ao longo dos anos e permite aos idosos prolongar o tempo de permanência no seu domicílio. No entanto, é um tipo de resposta social que apresenta algumas lacunas em termos de oferta de serviços: tem uma oferta bastante limitada, centrada sobretudo nos serviços de alimentação e higiene. Na verdade, e como refere Ana Gil, num artigo em 2009, o S.A.D tem de ser uma resposta que apresente mais serviços além do usual “banho ou marmita”. Para esta autora, esta resposta social deve ter também serviços de acompanhamento ao exterior, idas ao cabeleireiro, companhia, serviços médicos e de enfermagem e actividades ocupacionais. Marques afirma que: “a alteração do modelo de financiamento poderia promover esta escolha de serviços diferenciados. A aposta no financiamento direto às famílias (e não às instituições que promovem estes serviços) permitiria ao cliente escolher no mercado a entidade (lucrativa ou não lucrativa) que melhor respondesse às suas necessidades.” (2011:78)

No nosso país, a resposta social SAD encontra-se regulamentada pela Portaria nº38/2013 de 30 de Janeiro<sup>1</sup>. Este diploma, no artigo 2º define “o SAD como sendo uma resposta social que visa prestar cuidados e serviços a famílias e ou indivíduos que permaneçam no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica, e por isso não consigam satisfazer as suas necessidades básicas ou a realização das actividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.” O conceito aqui definido de SAD remete-nos apenas para a satisfação das actividades básicas de vida diária dos idosos ou vai mais além? O que são efetivamente as

---

<sup>1</sup> Destituindo o Despacho Normativo nº62/99 de 12 de Novembro que estabelecia as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do S.A.D, no entanto este diploma, não se mostrava adequado ao contexto actual e por isso, foi necessário proceder a um ajustamento desta resposta social através de um novo diploma.

necessidades da pessoa idosa? A natureza das necessidades dos idosos situa-se a vários níveis. Abraham Maslow apresenta uma classificação das necessidades humanas, este modelo ordena distintas necessidades numa hierarquia, sendo que antes da realização das necessidades de ordem secundária é fundamental satisfazer as necessidades primárias. Seguidamente, é necessário satisfazer as necessidades de segurança, isto é, os idosos necessitam de sentir-se seguros e viverem em segurança no seu domicílio. Posteriormente, a serem satisfeitas estas necessidades passa-se para outras de ordem superior, sendo elas a necessidade de amor e o sentido de pertença, estima e realização pessoal. Por outras palavras, na perspetiva de Maslow o nosso comportamento é comandado por necessidades que estão organizadas numa hierarquia, e só é possível atingir um nível de motivação superior, se as necessidades do nível anterior estiverem satisfeitas.

Faleiros salienta que “...o envelhecimento não pode ser visto apenas do ângulo biológico e menos ainda somente como perdas ou incapacidades funcionais. Compreender a velhice apenas como ausência de funções biológicas significa reduzir o ser humano a uma engrenagem que se desgasta. Ignora-se que o humano é socialmente construído, economicamente sustentado, culturalmente valorizado e pessoalmente significado, multidimensionalmente. Nesse sentido, a velhice é considerada apenas como uma forma negativa de existir, onde o não ser igual ao modelo funcional do jovem seria deterioração e morte social.” (2013: 39) É de extrema importância não ver os idosos apenas como meros beneficiários de serviços ou como indivíduos dependentes, estes indivíduos são acima de tudo, cidadãos adultos que possuem distintas vivências e especificidades, não são como refere Pinto “...um conjunto homogéneo e monocromático de pessoas mais velhas. Daqui resulta que uma primeira estratégia de empowerment a seguir é diferenciar os idosos, é desconstruir esta categoria estereotipada negativa do idoso e reconhecer os diferentes modos como se envelhece e como se é “velho” (2013:59). É preciso dar espaço e validação às imagens alternativas que sempre existiram sobre o envelhecimento, a todos os exemplos de idosos considerados bem – sucedidos, ativos e produtivos, elementos centrais das suas famílias e comunidades.

Segundo Carvalho no modelo de envelhecimento bem – sucedido os idosos “...podem participar e escolher o modo de vida a que podem aspirar, ainda que dentro das possibilidades que lhes são oferecidas (...).” (2013:9). Assim “neste contexto de análise, o envelhecimento resulta da capacidade de prevenção das doenças, da

maximização das funções cognitivas, da participação e da integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento.” (Carvalho, 2013,9)

No Modelo do envelhecimento produtivo Carvalho “defende a sustentabilidade do sistema de proteção social através de várias estratégias, incluindo a participação dos mais velhos no sistema produtivo e o combate às reformas antecipadas. (...) a ideia é a de promover a integração das pessoas idosas na sociedade e combater a discriminação, quer por não continuarem a contribuir para o bem – estar quer por serem, na sua maioria, os maiores beneficiários do mesmo sistema através das pensões e do consumo de bens de saúde.” (2013:9)

Relativamente, ao modelo do envelhecimento ativo Carvalho refere que neste modelo “... destacam – se os direitos individuais e coletivos. O envelhecimento ativo defende tanto a autodeterminação dos indivíduos – autonomia, participação, dignidade humana – como a responsabilidade social e justiça social – instituições justas, qualidade de vida, vida digna, segurança e bem – estar.” (2013:10)

O atual desafio é fazer destes exemplos a regra ao invés da exceção como agora aparecem, e, para tal, subscrevemos uma prática de empowerment com os idosos. Para mudar representações, imagens, atitudes e comportamentos, é preciso mudar os (des) equilíbrios de poder que afetam as vivências dos idosos nas sociedades modernas.” Torna-se fundamental também perceber o que é que os clientes idosos pensam sobre as intervenções e qualidade dos serviços que lhes são prestados, Pinto salienta que “ a tendência é para termos serviços em que todos dizem o melhor possível, quando se pode perceber que não é bem assim. Ora, a vulnerabilidade dos clientes leva a que tendam a mostrar-se satisfeitos, mesmo quando não o estão (Charpentier e Soulières, 2007; Manthorpe et al., 2008). Os serviços prestados nem sempre são os verdadeiramente necessários e os idosos têm de manter o pouco que ainda conseguem obter. Mas também é certo que é difícil o empowerment dos mais vulneráveis, nomeadamente idosos, num contexto de desinvestimento no aspeto social, dificuldades das próprias organizações de apoio social e particularmente dos profissionais de intervenção social. A ação do Serviço Social acaba dificultada por um paradigma economicista e formatado, com pouco espaço – tempo para construir relações de ajuda com qualidade e que sirvam efetivamente as necessidades e os direitos dos clientes.” (2013:61)

Posto isto, através dos objetivos do S.A.D definidos pela Portaria nº 38/2013, iremos refletir a forma como cada um deles pode ser posto em prática e o trabalho que eles motivam vai de encontro às totais e reais necessidades dos idosos:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida<sup>2</sup> das pessoas e das famílias; Para tal acontecer, é necessário garantir serviços mais abrangentes e que se adequem às reais necessidades dos idosos e das famílias. É também pertinente que esta resposta social colabore na recuperação das capacidades do idoso, após um período de internamento hospitalar ou um período de recuperação de doença, uma vez que quando a situação de dependência do idoso agrava-se, existe um aumento da sobrecarga sobre o cuidador informal. O apoio fornecido no domicílio é de extrema importância para os cuidadores e para o bem – estar dos idosos, nomeadamente para uma melhor qualidade de vida de ambas as partes, no entanto é fundamental que se proceda a uma intervenção técnica adequada, que permita ao cuidador informal manter a sua saúde física e mental e desta forma, continue a prestar cuidados ao idoso. Palma salienta que “A qualidade de vida do idoso dependente está relacionada com o bem–estar daqueles que têm a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades.” (1999:28) Também Andrade refere que “...os cuidados às pessoas idosas e aos familiares que cuidam exigem, sobretudo, uma solidariedade de base e uma ajuda eficaz, combinada e adaptada (Jöel, 2002 citado por Lage, 2005b). Para que a ajuda seja eficaz, deverá ser precoce e girar à volta dos eixos como sejam a informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoterapêutica (*ibid.*), indo de encontro às reais necessidades do cuidador principal.

Sem uma rede de apoios, cuidar em casa é uma tarefa impossível (Benjumea, 2004), já que o êxito dos cuidados domiciliários não depende apenas da disponibilidade

---

<sup>2</sup> “Qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. Ou seja, a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo. Depende das condições físicas do ambiente; das condições oferecidas pela sociedade, relativas a renda, saúde, educação formal e informal; da existência de redes de relações de amizade e de parentesco, do grau de urbanização e das condições de trabalho; das condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico.” (Almeida et al., 2006: 51,52)

das famílias ainda que ela seja importante, mas também dos serviços de apoio necessários para realizar essa prestação sem criar novas discriminações. Na realidade, o desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, a pessoa idosa permaneça no seu domicílio, preservando, o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado da saúde.” (2009:74)

- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; Para ser concretizado este objetivo é pertinente que haja colaboração com a família, através da inter-ajuda entre os cuidadores formais e informais. A tarefa de cuidar não deve restringir a vida familiar e profissional do cuidador informal. Uma das esferas mais afetadas com tarefa de cuidar é a atividade profissional, sendo que o abandono temporário ou definitivo pode ter consequências no desenvolvimento pessoal, na auto-estima e na própria rede social do cuidador. Uma vez que o tempo dedicado à tarefa de cuidar provoca uma diminuição da vida social e dos relacionamentos familiares. Cuidar é uma tarefa que acarreta imensos desafios e consequências para o cuidador informal e para o seu agregado familiar, impondo uma mudança radical na vida daqueles que cuidam, uma vez que para além das funções anteriormente desempenhadas acrescem novas tarefas que anteriormente eram desempenhadas pelo idoso. O cuidador informal assume novas tarefas e responsabilidades, e tende a colocar em primeiro as necessidades apresentadas pelo idoso, deixando para segundo plano as suas próprias necessidades. Sarmento, Pinto e Monteiro salientam que cuidar “...interfere com aspetos da vida pessoal, familiar e social dos familiares cuidadores” e pode exteriorizar-se através da “tensão, constrangimento, fadiga, frustração, redução de convívio, alteração da autoestima, entre outros.” (2010:46) Vários autores designam como efeito negativo do ato de cuidar a sobrecarga, este termo é definido por Sousa, Figueiredo e Cerqueira como um “...conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a liberdade e o equilíbrio emocional”. (2006:53). Martins refere que a sobrecarga “... do inglês caregiver burden, significa peso, fardo, tensão ou sobrecarga do cuidador”. (2006:64). Para Sequeira a sobrecarga refere-se “ ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente, neste caso um idoso dependente com / sem demência”. (2010:10)

- Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; Este princípio de manutenção no domicílio deveria ser concedido a todos os indivíduos que o desejassem, mesmo em situações de dependência, devendo ser considerado como um direito dos idosos, salvo casos em que necessitassem de ser hospitalizados ou que não reunissem as condições necessárias para viverem no seu domicílio.

O meio habitual de vida dos mais velhos é o local onde se encontram as suas vivências, as suas memórias, os momentos da sua existência, de felicidade, de dor e até mesmo de conflito, bem como os objetos, as louças, os móveis, as fotografias, que refletem a sua história de vida. Para além dos espaços da casa de cada idoso, e de toda a sua ligação a este espaço, existe também o espaço externo à habitação que é igualmente importante, uma vez que permite ao indivíduo situar-se no tempo e no espaço e ter as suas relações de amizade e de vizinhança que são fundamentais para o seu bem-estar. Por muito bem que uma instituição funcione e respeite o espaço e os costumes de cada indivíduo, não consegue transportar este mundo em que muitos idosos vivem. Nas instituições a escassa consistência dos laços fomenta o individualismo e não fomenta a solidariedade. “ Cada idoso, ao não reconhecer nada ou quase nada sobre a vida passada dos que convivem com ele e ao não ter expectativas de controlar o futuro imediato, das relações que estabeleça eventualmente não pode senão desconfiar”. (Barenys, 1990:154) Nas estruturas residenciais o horizonte de vida das pessoas está circunscrito a quatro paredes e os seus pontos sociais começam a desaparecer, consequência da dissolução dos laços sociais. Assim, o idoso que não tem família e perde o contato com as pessoas que haviam sido das suas referências, acaba por ver o seu núcleo de contatos reduzido às pessoas da instituição. O que acontece por vezes é que os idosos ficam “órfãos da idade”, a partir do momento em que entram para uma instituição as suas relações familiares ficam fragilizadas.

De acordo com Stone (2001), as estruturas residenciais fazem lembrar o abandono e as fragilidades familiares, enquanto o apoio domiciliário proporciona a independência e a integração social. Ainda segundo Correia “as políticas sociais europeias começam a adotar um discurso comum centrado na preservação da autonomia da pessoa idosa e manutenção no seu quadro habitual de vida, dando relevância à desinstitucionalização (ou pelo menos à institucionalização o mais tardia possível). Esta nova organização dos serviços permite, então, a prossecução de uma política diferente, orientada para a valorização do quadro de vida do idoso numa perspectiva de inserção

na comunidade.” (2011:17). Efectivamente permanecer no domicílio possibilita, por um lado, manter as suas relações familiares e de amizade e, por outro ir de encontro àquilo que se deseja nesta fase da vida. Correia salienta que “...vários são os estudos que verificam a preferência pela permanência no domicílio ( cf Godinho, 2008; José, Wall e Correia, 2002; Vaz, 2001).O quadro habitual de vida permite aos idosos identificarem-se e controlarem a sua vida, permitindo uma maior autonomia e segurança (Garrote, 2005). Neste sentido, o domicílio pode ser considerado como um fator de desenvolvimento humano dos idosos ao lhes permitir a continuidade da interacção com as pessoas que lhes são próximas.” (2011:17). Assim, a finalidade do S.A.D deve passar por ter em consideração a individualidade de cada idoso, bem como o contexto em que o indivíduo se encontra inserido, os seus hábitos e as suas condições habitacionais, isto é, tem de funcionar numa lógica de promoção da diversidade de serviços e / ou atividades, de modo a ir ao encontro da heterogeneidade da população que a ela recorre. É notório que o S.A.D permite ao idoso continuar no seu meio habitual de vida diária, no entanto, trata-se de uma permanência condicionada, uma vez que a habitação pode não estar dotada de infra – estruturas e de condições mínimas de habitabilidade. Tal ausência, por sua vez dificulta a intervenção do apoio domiciliário e a própria vida quotidiana dos idosos, dado que muitos deles habitam em casas antigas ou em prédios sem elevador, o que condiciona a sua situação pela existência de barreiras físicas e a ausência de infra – estruturas que limitam o seu bem-estar e, por conseguinte, a sua independência. Neste sentido, o XVII Governo Constitucional criou o “ Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas” desenvolvido pelo Despacho n.º 6716 – A/2007 que visa melhorar as condições de habitabilidade e de mobilidade dos idosos, de modo a retardar e a prevenir a institucionalização daqueles que beneficiam do Serviço de Apoio Domiciliário, (ou frequentem o Centro de dia), e também a criar condições para a prestação destes serviços, quando ela esteja condicionada pela qualificação habitacional. É indispensável serem tomadas medidas, no âmbito da política habitacional. Trata-se de potenciar a melhoria e adequação das habitações. Atualmente existe em demasia uma sectorização das intervenções que prejudica a cooperação de serviços de uma dada área geográfica e dos seus profissionais. Assim, é necessário que várias estruturas e serviços actuem de forma articulada, na promoção de cuidados de saúde, de ação social, que pela intervenção desenvolvida possam satisfazer as necessidades dos idosos.

- Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; O S.A.D deve contribuir para que os idosos façam as suas próprias escolhas e refiram as suas preferências, é importante que se maximize nestes indivíduos a independência e a autonomia. Diogo, M. J. refere que "... A idade avançada não é razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional. Na realidade, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crônico - degenerativas com o passar da idade. Associada a estas doenças, aparecem as incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia. Segundo Hogstel e Gaul,(1991) a autonomia, entendida como um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas. Os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Salientam que, para ser autónomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar; caso contrário, a sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa. Contudo, não há um ponto claro, tanto eticamente como legalmente sobre em que momento ou quais as situações que levem à perda da autonomia e, portanto, à tomada de decisão ser assumida por outra pessoa. A autonomia inclui ainda liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Portanto, podemos considerar que a autonomia está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária." (1997:59)

No entanto, alguns indivíduos conseguem ser independentes em algumas áreas da sua vida, e nessas áreas devem ser estimulados para que continuem a fazer as suas próprias escolhas. Não podemos nem devemos encarar a velhice como um sinal de dependência, e apenas do ângulo biológico: a velhice não é uma forma negativa de existir e devem ser evitadas as imagens negativas relacionadas com a idade. Até porque o envelhecimento não é sinónimo de dependência. Cada vez mais, com o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento das pessoas é heterogéneo e, por isso, o envelhecimento ativo tornou-se uma das prioridades nos estudos que se realizam sobre a velhice. Para Marques " o envelhecimento ativo permite aos indivíduos realizarem o seu potencial físico, social e mental ao longo da sua vida e participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Simultaneamente, fornece-lhes proteção, segurança e cuidados necessários quando necessitam de ajuda". (2011:30) Óscar e Paúl consideram que "o envelhecimento ativo deve ser fomentado através de ações capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e

controlo que têm sobre a sua vida, a promoção de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia assumem-se como uma prioridade”. (2011:2) Segundo Marques “garantir a qualidade de vida aos idosos no futuro exigirá uma mudança no modo como o encaramos. A extensão da vida ativa parece ser uma medida necessária. Mas esta deve constituir uma opção e não uma imposição. Acredito que representações negativas do envelhecimento em nada ajudam também no planeamento da velhice daqueles que ainda não chegaram lá. (...) Estereótipos negativos que associam de forma sistemática as pessoas idosas à incompetência e à doença em nada ajudam a mudar este estado de coisas. Por outro lado, é importante garantir acompanhamento adequado às pessoas idosas que, por alguma razão, vejam a sua participação mais ativa na sociedade ameaçada. Serviços adequados, que respondam às suas necessidades e promovam, dentro do possível, a sua autonomia, são essenciais. Não há dúvida de que o futuro deverá passar necessariamente pela construção de uma imagem mais positiva e menos “idadista” do envelhecimento e das pessoas idosas.” (2011:34) Portanto, o Serviço de apoio domiciliário deve ter um papel fundamental na estimulação da autonomia dos idosos, e os profissionais que nele atuam não devem substituir-se aos idosos na tomada de decisões. Por vezes, os comportamentos de ajuda excessiva ou de sobreprotecção dos idosos, por bem intencionados que sejam, acabam por fomentar a incapacidade e a dependência dos idosos.<sup>3</sup> Assim, o S.A.D só fará sentido se os idosos tiverem voz ativa na tomada de decisões sobre os serviços e as ajudas que precisam.

- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização. Uma vez que o S.A.D é um dos pilares fundamentais no apoio ao idoso e às famílias deve garantir a qualidade dos serviços que presta bem como adequar os seus serviços às características e necessidades dos idosos. Os profissionais em alguns casos tendem a tratar os idosos de forma infantil, segundo Marques esta forma de tratamento é o que “.... normalmente usamos com as crianças e não se adequa à comunicação com as pessoas mais velhas. De facto, existem estudos que mostram que a utilização deste tipo de discurso paternalista afeta de forma negativa a auto-estima das pessoas idosas.” (2011: 77) Por isso, os profissionais que trabalham com os idosos não devem ter este tipo de discurso, nem devem promover

---

<sup>3</sup> Marques (2011: 20) salienta que: “Compreender as diferentes manifestações que o idadismo pode assumir na nossa sociedade é essencial para que possamos delinear políticas adequadas que permitam combater a disseminação deste tipo de atitudes.”

comportamentos de dependência, uma vez que estão a influenciar a qualidade dos cuidados e serviços prestados. É fundamental que haja uma aposta na qualidade dos serviços, no sentido de garantir uma melhor resposta aos idosos e às suas famílias. Para isso, é necessário que exista um maior número de profissionais no terreno com mais formação e com mais tempo para que consigam estabelecer relações de proximidade com o idoso e com a família, de modo a elaborarem planos de cuidado que sejam adequados e ajustados às suas necessidades e expectativas, uma vez que os idosos precisam de ser incluídos nas decisões e sentirem-se valorizados. Acresce como já foi anteriormente considerado que, o envelhecimento é heterogéneo e cada indivíduo é um ser humano distinto, por isso é muito importante atuar tendo em conta a individualidade da pessoa e as suas necessidades específicas. Há outro aspeto a ter em consideração na qualidade dos serviços que é a qualidade das práticas profissionais. Efetivamente uma intervenção positiva só se consegue através da análise das práticas dos profissionais. Assim é de extrema importância a auto e hetero avaliação feita pelos profissionais, coordenadora e gestora dos próprios serviços. Em particular, é necessário que existam reuniões para que os profissionais possam partilhar experiências, conhecimentos e unificar esforços para que funcionem como uma equipa e trabalhem com um objetivo comum. O apoio domiciliário só consegue responder a todas as necessidades dos idosos e das famílias com uma articulação entre diferentes profissionais de várias áreas.

- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores. É importante que se fortaleça os sistemas informais de cuidado. Este apoio aos familiares deve variar consoante as necessidades. Vários Estudos de (Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi& Camargo, 2002) têm demonstrado que é importante o acompanhamento das famílias para ajudar a lidar com a sobrecarga emocional e ocupacional proveniente do cuidado intensivo. Por vezes os idosos e os cuidadores têm necessidade de um atendimento 24/24 horas.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Este tipo de assistência ainda não é possível de aceder à maioria dos idosos, por isso é necessário o desenvolvimento desta medida, que não pode passar apenas pelos serviços de ação social, tem de concentrar todos os serviços, no sentido de tornar esta resposta viável para todos os idosos, para além desta resposta, outras deveriam ser pensadas e executadas, é necessário que os serviços se reorganizem para que seja desenvolvida uma rede de apoio domiciliário, com mais respostas, mais extensa, por um lado no número de horas de funcionamento, e por outro em termos de cobertura do território nacional, de forma a fomentarem o trabalho em parceria entre todas as instituições em prol da satisfação das necessidades dos idosos e das suas famílias.

Para as famílias conseguirem e continuarem a integrar o idoso no meio familiar, é essencial que os serviços disponibilizem os apoios de que necessitam, e que estes sejam um complemento ao apoio informal. Para isto é indispensável que os serviços tenham um maior número de profissionais com diferentes formações, bem como meios suficientes (materiais e financeiros) para que possam intervir em qualquer que seja a situação que o idoso se encontre. Segundo Faleiros “ na família, o convívio entre pessoas de diferentes gerações é uma maneira de reduzir a discrepância entre os valores e as ideias que causam tensão entre diferentes grupos, mas, ao mesmo tempo, expressar conflitos de modos de vida diferentes.”(2013:41) As trocas familiares podem favorecer ou desfavorecer a autonomia e a funcionalidade dos idosos e, por isso, é de extrema importância o papel que o S.A.D pode ter no reforço das competências dos familiares dos idosos. “ A relação entre proteção, autonomia e trocas sociais constrói-se nos processos de educação, de intercâmbio afetivo, de provimento das necessidades e de socialização realizados na família. A família é uma articulação de relações face a face que pressupõe alianças, parentesco, convivência com reconhecimento comprometido e com compromisso em relação aos seus membros familiares e aos laços afetivos, numa dinâmica de troca de proteção e de comunicação, com incidência nas heranças culturais e financeiras, assim como na vida interpessoal.” (Faleiros, 2013:41)

Prosseguindo com a identificação dos objetivos do Serviço de apoio domiciliário considera-se que esta resposta social deve garantir um conjunto distinto de cuidados e serviços, tendo em conta as necessidades dos utentes. Esses serviços e cuidados devem ser prestados todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados, se necessário. É fundamental, que o S.A.D preste pelo menos quatro dos seguintes cuidados e serviços: (i) Cuidados de higiene e conforto pessoal; (ii) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; (iii) Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; (iv) Tratamento da roupa do uso pessoal do utente; (v) Actividades de animação e socialização. Designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; (vi) Serviço de teleassistência; Dos serviços e cuidados referidos anteriormente, os que são prestados com maior frequência pelo Serviço de apoio domiciliário são: os cuidados de higiene, a higiene habitacional, as refeições e o tratamento da roupa.

Para além destes serviços, o S.A.D pode disponibilizar outros serviços como: (vii) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação

de cuidados aos utentes; (viii) Apoio psicossocial; (ix) Confeção de alimentos no domicílio; (x) Transporte; (xi) Cuidados de imagem; (xii) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; (xiii) Realização de actividades ocupacionais;

É ainda relevante mencionar que o serviço de apoio domiciliário deve ter por base os seguintes princípios de atuação:

- Qualidade, eficiência, humanização e individualização;
- Avaliação das necessidades do utente;
- Reserva da intimidade da vida privada e familiar;
- Inviolabilidade do domicílio e da correspondência;
- Participação e corresponsabilidade do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços;

Outro aspeto importante no funcionamento do S.A.D, prende-se com as exigências relativas ao pessoal, às unidades de pessoal técnico, aos ajudantes de ação direta e outros profissionais. Estes profissionais devem (I) Possuir a formação adequada às funções que desempenham; (II) Dispor de capacidade de comunicação e fácil relacionamento que lhe permita adotar uma atitude de escuta e observação quanto às necessidades dos utentes; (III) Ter capacidade de prestar as informações necessárias à avaliação da adequação do programa de cuidados e serviços; (IV) Ter formação que permita uma intervenção adequada em situações de dependência decorrentes de envelhecimento e ou de deficiência. Todos estes aspetos são cruciais para que os profissionais consigam desempenhar as suas funções de forma eficaz, e por sua vez proporcionem o maior bem – estar e conforto aos idosos e aos seus familiares.

Neste sentido, e segundo o Manual de Processos – Chave (2010:3) o S.A.D e os seus colaboradores devem ter uma intervenção baseada nos seguintes critérios de qualidade:

- “Ter em consideração o superior interesse das pessoas em situação de dependência especialmente quando se planifica o trabalho, o que exige uma articulação muito próxima com os clientes, pessoas significativas dos mesmos e entidades parceiras. Há que estabelecer uma parceria forte com o cliente e as suas pessoas significativas, a fim de recolher a informação necessária sobre as necessidades, expectativas, capacidades e competências, com a finalidade de se poder delinear o plano

de desenvolvimento individual.” (Manual de Processos – Chave,2010:3). Neste critério é importante destacar o papel fundamental do diagnóstico social. Uma vez que este instrumento permite um plano de intervenção, baseado nas causas e nos problemas, mas também nas potencialidades e oportunidades que podem surgir. Mais este critério destaca o inegável papel das parcerias, que ao longo deste trabalho foi sendo referido.

- “Desenvolver os cuidados ao nível da qualidade das relações que o cliente vai estabelecer com os colaboradores do Serviço de Apoio Domiciliário e entidades parceiras.” (Manual de Processos – Chave,2010:3)”. É de extrema importância que se aposte no desenvolvimento das relações. Trata-se assim de adaptar o funcionamento das organizações, e de ter em consideração que os clientes devem ser parte ativa na ação. (Numa das entrevistas aos cuidadores formais, um deles refere que as equipas do S.A.D, não deveriam ser tão rotativas, uma vez que o idoso não se sentia confortável com a mudança, e também o próprio cuidador informal não conseguia estabelecer relações de proximidade com as cuidadoras formais, uma vez que estavam sempre a alterar. E, por isso torna – se difícil existir uma complementaridade de cuidados, dado que ainda não existe uma grande aposta nas relações entre os cuidadores formais e informais.)

- “Reconhecer que todos os clientes necessitam de se sentir incluídos, de ter um sentimento de pertença, de se sentir valorizados e importantes para aderir ao processo de cuidados. Este sentimento é possível de ser construído através do respeito mútuo e através de relações afetivas calorosas e recíprocas entre o cliente e os colaboradores.” (Manual de Processos – Chave,2010:3). Para este critério de qualidade ser concretizado é necessário como foi referido no critério anterior que as equipas de S.A.D, não sejam rotativas. Mas os próprios clientes devem ser incentivados a dar o seu parecer sobre o que poderia ser melhorado nesta resposta social e, sobre o que para eles seria uma grande mais-valia. Durante a realização deste estudo e aquando das entrevistas os idosos, e os seus cuidadores formais e informais tiveram oportunidade de referir algumas lacunas desta resposta social e, uma delas é a escassez de tempo que as cuidadoras formais têm para executar os cuidados. O Tempo é um fator determinante para que se construa relações, para que se possa ouvir o outro. Efetivamente, para existir um sentimento de inclusão é crucial o estabelecimento de relações que se baseiam em confiança e em escuta ativa.

- “Compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, de forma a criar um ambiente que facilite a interação, a criatividade e a resolução de problemas por parte deste. Só desta forma o cliente se pode sentir bem no âmbito dos cuidados prestados pelo Serviço de Apoio Domiciliário. Isto implica:

-Pensar o cliente como um ser afetivo e ativo que gosta de ser respeitado na sua maneira de ser e estar. - Criar um ambiente calmo, flexível e responsável que possa ser adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, promovendo o acesso a um leque de oportunidades de escolhas e que lhe permita continuar o seu desenvolvimento individual, de forma confiante e com iniciativa. - Estabelecer relações que encorajem o cliente a participar de forma ativa nas actividades seleccionadas para a prestação de cuidados, de entre as disponíveis internamente. - Criar condições para a continuidade das ações que forem escolhidas pelo cliente ou proporcionar oportunidade de acesso a actividades desenvolvidas por entidades externas. - Dinamizar ações que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e pensamentos (p. e. através da possibilidade de estar sozinho com o colaborador de referência).” (Manual de Processos – Chave,2010:3).

“Em síntese, os objetivos da resposta social Serviço de Apoio Domiciliário visam proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento individual dos clientes, num clima de segurança afetiva, física e psíquica e numa perspectiva de Envelhecimento Ativo, durante o tempo de utilização da Resposta Social, através do atendimento individualizado e personalizado, da colaboração estreita com a(s) pessoa(s) próxima(s), quando existente e desejável pelo cliente.” (Manual de Processos – Chave, 2010:3).

O serviço de apoio domiciliário é um pilar essencial no apoio aos idosos e às famílias. No entanto Wackeret al. (1998) in Osório Agustín e Pinto, Fernando, salientam que o futuro do S.A.D passa pela melhoria e pela extensão dos serviços, bem como pelo aumento da formação dos técnicos e pela garantia da qualidade nos serviços prestados para que se possa adequá-los às necessidades e características dos seus novos utilizadores. Para o S.A.D funcionar em pleno é fundamental a comunicação e a coordenação da equipa, de modo a que a sua atuação resulte numa resposta articulada e efetiva. Posto isto, é relevante que os profissionais afetos ao S.A.D participem nas reuniões de equipa, tenham formação contínua, tenham presente que os idosos são elementos essenciais na definição de objetivos, na planificação e execução do plano de cuidados e os seus modos de fazer não podem estar centrados exclusivamente na prestação e satisfação das necessidades que permitem a mera sobrevivência biológica.

Não podemos deixar de referir que é importante fomentar as relações de cuidado, de afeto e que a interação não pode colocar em causa a dignidade da pessoa idosa.

## **Capítulo III: Os Cuidadores**

### **3.1 O ato de cuidar**

Para José cuidar significa “ ajudar a pessoa idosa a realizar atividades que esta não consegue realizar por si própria, atividades que são fundamentais para a promoção e a manutenção do seu bem – estar. As práticas de cuidar incluem o seguinte: ajudar a realizar atividades da vida diária – AVD (higiene corporal, mobilidade física, ingestão de refeições, etc.); ajudar a realizar actividades instrumentais da vida diária – AIVD (fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, etc.); mostrar compreensão relativamente às preocupações do idoso e ajudar este último com tensões de natureza emocional; e, ainda, supervisionar os cuidados prestados por terceiros.” (2012:127)

Para Collière “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”. (1989:235)

Segundo Ricarte “ cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar. Ao refletirmos sobre a especificidade de cuidar, somos da opinião que as diferentes perspectivas, se complementam. Assim, o cuidar apresenta múltiplas vertentes, sendo elas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.” (2009: 43) O conceito de cuidar remete-nos de forma privilegiada para um processo interativo entre o cuidador e o idoso, é um ato que visa a satisfação de numerosas necessidades indispensáveis para uma melhor qualidade de vida. Para Ricarte “ cuidar de idosos dependentes pode acarretar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no bem – estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da rotina familiar, do desempenho profissional, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga. Muito embora cuidar possa envolver aspectos negativos, existem também aspectos positivos, tais como o reforço da relação entre cuidador e

pessoa cuidada, assim como o próprio crescimento e a sua auto – satisfação. Estes aspectos, só por si absolutamente válidos, geram sentimentos de conforto e realização pessoal associados ao prazer do “dever cumprido” (2009:23). Para Ferreira os ganhos de cuidar de um indivíduo passam pela “...satisfação, proximidade e bem – estar pelo que está a proporcionar ao seu familiar/amigo.” (2009:74) Segundo Brito os aspectos positivos passam por “desenvolver novas competências e capacidades, até ao sentimento de estar a cumprir um dever moral ou de estar a retribuir cuidados ou carinho recebidos no passado.” (2002:46)

No entanto, Paschoal (1999) considera o ato de cuidar, como um risco substancial de doenças físicas e mentais para o cuidador, sendo que o cuidador informal tem maiores responsabilidades. A família tem a responsabilidade de cuidar diariamente do idoso, o que pode gerar no cuidador um desgaste e uma sobrecarga, que se pode traduzir em sentimentos de frustração, culpa e subestima, por não se sentir capaz de desempenhar o seu papel. A tradição cultural portuguesa atribui às famílias o papel de cuidador. Segundo Portugal “...as obrigações familiares continuam consagradas nas leis fundamentais que regem os cidadãos, e continuam, também a persistir os valores que regulam as relações familiares. (...) O laço de sangue impõe-se como um dado natural com um valor normativo muito forte. A esmagadora adesão à ideia de que os filhos devem aos pais um amor incondicional, independentemente das características destes, revela o modo como o laço biológico estabelece valores indiscutíveis entre pais e filhos.” (2006:97) Para Ricarte “a motivação para cuidar de alguém assenta em quatro razões: no amor, que é um sentimento que não requer explicação científica; na gratidão, na qual se consideram as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pelo indivíduo agora necessitado; (...) na moralidade, que segue basicamente as expectativas de uma sociedade; A solidariedade conjugal, filial ou familiar (...); na vontade própria em promover cuidados a alguém.” (2009:44,45) Tendo presente estas considerações sobre o conceito de cuidar, é inevitável não fazer uma distinção entre os cuidados formais e os cuidados informais, que devem agir de forma articulada. Por outras palavras, é fundamental que o apoio formal volte a atenção também para os cuidadores informais, no sentido de apoiá-los, de prever as suas dificuldades e necessidades, de os informar sobre direitos, recursos e benefícios a que podem recorrer, bem como partilhar conhecimentos, sentimentos e angústias que funcionam como estratégias para ultrapassar as situações atuais e as situações que podem vir a acontecer,

numa lógica pró-ativa e de prevenção que vise atenuar os efeitos negativos do ato de cuidar.

### **3.2. Os cuidadores informais**

Pérez, Abanto e Labarta (1996), referido por Marques et al (2012), salientam que, o cuidador informal é o indivíduo que cuida das necessidades básicas e instrumentais da vida diária do idoso, durante grande parte do tempo, sendo que não auferem qualquer remuneração por prestar estes cuidados. Habitualmente, o cuidador informal é aquele familiar ou alguém próximo do idoso que, pela sua condição familiar ou de proximidade, assume este papel. Muitos familiares tornam-se cuidadores informais porque consideram ser um dever moral e também para não se sentirem culpados uma vez que o cuidar está desde sempre relacionado com a família, e é muitas vezes considerado como uma obrigação. O papel de cuidador é assumido primeiramente pelo cônjuge, em seguida pelos filhos, mas se ambos não conseguirem prestar o cuidado necessário, este é prestado em alguns casos por outros familiares, amigos ou até mesmo vizinhos. No entanto são os familiares do sexo feminino que, na maioria das vezes, assumem e se responsabilizam pelo cuidado aos idosos. Este cuidado, está relacionado como já vimos, com a satisfação das Atividades Instrumentais da Vida Diária, (AIVD) e com as actividades da vida diária, (AVD) que tendem a provocar um desgaste físico e emocional no cuidador. Assim, para evitar uma situação de exaustão limite que impeça o cuidador de assumir o seu papel, é fundamental que exista uma complementaridade entre os cuidados familiares e os profissionais. Segundo Figueiredo e Sousa “... avaliar como os cuidadores perspetivam o seu estado de saúde e o modo como este se relaciona com a sobrecarga do seu papel enquanto cuidadores é fundamental para a continuidade da disponibilidade familiar: alerta para a necessidade de um reconhecimento crescente do cuidador como ‘paciente oculto’ e permite pensar na necessidade de formas de intervenção adequadas”. (2008:16) Deste modo, o ato de cuidar envolve uma complexidade de implicações e motivações, quer para o idoso, quer para a sua família e para o cuidador informal principal. As necessidades de todos estes indivíduos cuidadores não devem ser descuradas, mesmo que assumam o ato de cuidar como uma missão e retirem dele ganhos pessoais e relacionais que dão sentido à sua vida e ao seu quotidiano. Por vezes, os cuidadores informais fazem muitas cedências e o tempo que dedicam a outras atividades é reduzido, sendo a sua dedicação tão intensa aos idosos

que o fim deste compromisso significaria uma perda de sentido vital. É notório que os estes cuidadores ficam sem tempo para si e para os que o rodeiam, refletindo-se pela situação, posteriormente, na sua saúde física e mental. Em algumas situações, os cuidadores acabam por estar divididos entre as solicitações dos idosos e as exigências dos outros familiares. Quando os outros familiares são crianças necessitam de atenção e são uma fonte de preocupações, mas quando são os cônjuges ou os filhos mais velhos, a relação de ambos pode ser por um lado de cumplicidade, de apoio, de carinho, ou por outro, de distanciamento e indiferença.

O contexto do ato de cuidar pode ser potenciador de situações de stress, dependendo da forma como os cuidadores gerem a sua relação com o idoso. Por outras palavras, a sua maior ou menor capacidade de tolerar as exigências e as solicitações, bem como eventuais ofensas por parte dos idosos, e ainda a realização de tarefas ligadas aos idosos e ao seu domicílio, influenciam o seu estado físico e emocional, que por sua vez afeta a sua disponibilidade para assumir o seu papel de cuidador. Por isso, o suporte familiar é para o cuidador informal um mecanismo que pode minimizar os impactes a que o cuidador está sujeito. Segundo Figueiredo "...sendo a família uma rede complexa de relações e emoções, o impacte da tarefa de cuidar recai sobre todos os membros e não apenas sobre o cuidador principal". (2007:125) Assim, quanto mais o núcleo familiar for profundo, afetivo e partilhe encargos e tarefas, menor será a sobrecarga do cuidador informal principal. Ainda assim, o cuidador e a família devem ser acompanhados pelos profissionais sociais e pelos profissionais de saúde, de modo a ser realizada uma avaliação das suas dificuldades, dos seus estados de saúde, bem como a que sejam dadas informações ao cuidador e à sua família sobre serviços a que podem aceder. A partilha de encargos com os profissionais ajuda a atenuar os impactos negativos do ato de cuidar. Sem esta complementaridade entre os cuidadores, a família poderá não conseguir prestar cuidados aos idosos e poderá ocorrer uma eventual institucionalização da pessoa idosa.

Os constrangimentos de cuidar de uma pessoa idosa podem começar antes de o cuidador assumir o seu papel, através do reconhecimento das dificuldades, da responsabilidade para assumir este compromisso e das eventuais mudanças a que o seu núcleo familiar poderá estar sujeito. Como já foi referido anteriormente, a esfera dos cuidados é predominantemente assumida pelos indivíduos do sexo feminino. Sendo que a inserção no mercado de trabalho, a mobilidade geográfica, a valorização da privacidade do núcleo familiar, os constrangimentos familiares e materiais, e ainda a

ausência de conhecimentos para cuidar, dificultam a decisão de assumir este papel. Por outras palavras, estamos numa sociedade em que se valoriza a carreira profissional e a realização pessoal, sendo que as atividades produtivas são recompensadas. Enquanto para assumir o papel de cuidador, muitas vezes as mulheres tem de abandonar o seu trabalho e alguns agregados não conseguem fazer face às suas despesas apenas com um salário. Para além disso, a presença de um familiar que não pertencia a este núcleo, afeta a privacidade, a intimidade e altera as rotinas e os ritmos do quotidiano. Acresce referir que a ausência de preparação prática para cuidar pode condicionar a opção pela provisão de cuidados, em especial se a pessoa idosa estiver acamada. Considerando a família como um recurso importante para a prestação de cuidados, é fundamental implementar medidas que equilibrem o papel dos cuidadores informais com as instituições formais, de modo a que as estratégias de complementaridade entre os vários atores resultem em respostas sustentáveis para fazer face aos problemas ligados ao envelhecimento populacional.

### **3.3 Os cuidadores formais**

Antes dos finais dos anos 60, a única possibilidade de apoio formal aos idosos era através da sua institucionalização, mesmo para aqueles que tinham autonomia para viverem no seu domicílio. A partir desta data, foi possível manter o idoso no seu quadro habitacional com a criação dos primeiros centros de dia. No entanto, para manter o idoso o mais tempo possível no seu domicílio, na década de 80 e até ao presente, foi criado o Serviço de apoio domiciliário, que através dos seus cuidadores formais, tentam responder às necessidades dos idosos. Entende-se por cuidador formal, um profissional que recebeu preparação e formação e é remunerado economicamente pelos cuidados que presta. Para Sousa os cuidadores formais são “ profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou na instituição”. (2011:23)

Este apoio formal está voltado para a prática de cuidados estruturados, que implicam procedimentos planeados, mobilização de recursos, sendo apresentado através de um serviço de apoio ao domicílio que cumpre as regras de mercado, e o seu sucesso depende inteiramente da coordenação e comunicação na e da equipa. É fundamental que os profissionais regam a sua conduta, de modo a permitir oferecer uma resposta articulada e efectiva. Para tal, é necessário que mantenham a confidencialidade relativa

a cada utilizador dos serviços, procurem ajuda em caso de dúvidas, participem frequentemente nas reuniões de equipa e em formação contínua e, ainda que exista um espírito de entre-ajuda entre todos os profissionais, uma vez que o futuro do S.A.D, depende em grande medida da qualidade da intervenção destes profissionais.

O ato de cuidar também é exigente para os cuidadores formais e, por vezes, acarreta consequências para a saúde destes indivíduos, uma vez que as tarefas que desempenham envolvem um esforço físico e mental. Segundo Barbosa et al. (2001), as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores formais prendem-se com a falta de tempo para a execução das tarefas e para um melhor acompanhamento do idoso, a falta de recursos humanos, o impacto emocional e físico; o planeamento de actividades; o desconhecimento da doença; a dificuldade de organização, bem como a interação com a família dos utentes. Neste Sentido, o trabalho em equipa e a colaboração entre todos os cuidadores é um aspeto fundamental na organização de actividades e dos serviços prestados. De salientar que é crucial um acompanhamento por parte da coordenação, e as reuniões de equipa servem para abordar todas as questões e dúvidas relativas aos serviços e tarefas desempenhados, mas também é necessário que exista um encorajamento a estes profissionais para partilhar as suas experiências e para que coloquem as suas qualidades em prol dos objetivos da Instituição. A qualidade dos cuidados prestados pelo S.A.D depende também da qualidade humana dos cuidadores formais, estes profissionais para além das suas capacidades técnicas tem de possuir características pessoais como sensibilidade, afetividade e disponibilidade para interagir com o outro.

## **Capítulo IV: Metodologia:**

*“Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”* Raymond Quivy, 2005

O meu trabalho centra-se numa abordagem qualitativa dos fenómenos sociais, dando especial relevância à construção do conhecimento através de uma abordagem compreensiva e explicativa dos fenómenos. Na perspectiva de Bogdan e Bicklen as questões a investigar “são formuladas com o objectivo de investigar os fenómenos em

toda a sua complexidade e em contexto natural. Ainda que os indivíduos que fazem a investigação qualitativa possam vir a seleccionar questões específicas à medida que recolhem os dados, a abordagem à investigação, não é feita com o objectivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses. Privilegiam essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. As causas exteriores são consideradas de importância secundária. Recolhem normalmente os dados em função de um contacto aprofundado com os indivíduos nos seus contextos ecológicos naturais.” (1994:16)

Segundo Martinelli (1999) é relevante o contacto com o sujeito da pesquisa, uma vez que para conhecer o modo de vida dos indivíduos é preciso ter contacto com eles. É através da participação dos indivíduos que, no nosso caso, se poderá proceder à análise das necessidades dos idosos e à compreensão das funcionalidades do serviço de apoio domiciliário e das práticas dos seus profissionais. Neste tipo de estudos não nos interessa considerar um grande número de indivíduos, mas sim aqueles que têm significado segundo o estudo que procuramos desenvolver e analisar.

Segundo Bogdan e Biklen (1992), existem cinco características na investigação qualitativa: a primeira salienta que o ambiente natural constitui a fonte dos dados e que o investigador é a parte fundamental da recolha de dados; a segunda característica visa alertar que o objectivo é descrever e só posteriormente é que se analisa os dados; a terceira característica refere que todo o processo é crucial; a quarta característica refere que a análise dos dados é indutiva, ou seja, é como se no final se reunisse todas as partes de um puzzle e a quinta característica e não menos importante, faz referência ao significado das coisas, ou seja, o papel do investigador é perceber o significado que os indivíduos que participam na investigação atribuem às suas experiências. Para estes mesmos autores, quem faz este tipo de investigação qualitativa são as pessoas que abordam o mundo de forma pormenorizada, no sentido em que todos os detalhes recolhidos na investigação são cruciais e relevantes, e os dados recolhidos são essencialmente descritivos. Tal como referem Bogdan e Biklen a “ descrição funciona bem como método de recolha de dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape ao escrutínio”. (1994:49). Nesta abordagem “...os dados carregam o peso de qualquer interpretação”(Bogdan e Biklen, 1994:67), isto é, os dados recolhidos refletem o envolvimento e a subjetividade do investigador. Porém, é fundamental que o investigador não leve a subjetividade demasiado longe para não enviesar o

conhecimento e a interpretação da realidade, é importante que o próprio investigador desenvolva empatia com os indivíduos que fazem parte do estudo e que compreenda os seus pontos de vista, sem fazer qualquer tipo de juízo de valor.

#### **4.1 Desenho da Investigação: estudo de caso**

O método intensivo ou estudo de caso, segundo Bogdan e Biklen (1994), resume-se a uma observação pormenorizada de um contexto, dispondo-se a retratar a realidade de modo aprofundado e particular. Segundo Fortin o estudo de caso “...consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.” (1996:164)

Lüdke e André referem que “o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada”. (1986: 21) Assim, podemos deduzir que o estudo de caso visa estudar de forma profunda, mas não vasta. Para Stake o estudo de caso é “um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: o caso é um processo de observação intensiva e que, geralmente, se prolonga no tempo”. (2005:446). O método estudo de caso enquadra-se numa abordagem qualitativa. As investigações qualitativas visam entender os problemas através da perspectiva dos sujeitos que fazem parte da investigação, ou visam entender o ponto de vista dos indivíduos que fazem parte do estudo. Nesta perspectiva é possível descrever o tema em análise com pormenor, uma vez que esta abordagem procura conhecer os fenómenos numa visão mais particular e individual. Segundo Ponte, o estudo de caso “...pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o seu “como” e os seus “porquês” evidenciando a sua unidade e identidade próprias. É uma investigação que se assume como particularista, isto é, debruça-se deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico.” (1994:3)

Stake (2005) salienta que optar pelo estudo de caso prende-se com o interesse específico num caso individual, isto é, num estudo centrado apenas num indivíduo ou num grupo que faz parte da unidade. Para Stake “...a generalização não tem que ser enfatizada em todos os tipos de investigação” (2005:448). Deste modo, o presente trabalho não visa generalizar os dados obtidos.

## **4.2. Objetivos da Investigação:**

A planificação de um trabalho de investigação implica a definição de objetivos que devem ser alcançados durante a investigação. Os objetivos visam apontar o destino e os efeitos da investigação. Nesse sentido, temos como objectivo geral compreender de que forma o serviço de apoio domiciliário pode ser prestado de forma complementar ao cuidador informal para permitir a satisfação da multiplicidade de necessidades dos idosos.

Assim definimos como objetivos específicos:

- Compreender e analisar a relação do idoso com a rede de suporte formal e informal.
- Perceber os serviços de apoio domiciliário enquanto resposta social – os serviços que presta esta resposta social e quem são os cuidadores formais e que necessidades têm em termos de retaguarda técnica e emocional.
- Conhecer os cuidadores informais e a sua perceção sobre o ato de cuidar e sobre os cuidados e serviços prestados pelo serviço de apoio domiciliário.
- Conhecer as necessidades dos idosos na sua diversidade, partindo de uma perspetivação de necessidades que está muito para além daquelas que permitem manter a vida biológica.
- Perceber como as necessidades dos idosos podem ser satisfeitas através de uma estratégia de complementaridade entre cuidadores informais e formais.
- Conceber uma proposta de intervenção para a estrutura de apoio domiciliário assente numa estratégia de complementaridade de cuidados entre profissionais e familiares.

## **4.3. População e Amostra**

O universo deste estudo centra-se nos idosos e nos cuidadores formais e informais de uma Instituição. Para a seleção da amostra considerou-se como critérios:

- Cuidadores formais: Prestarem serviços na Instituição há pelo menos um mês. Pertencerem à equipa de serviço de apoio domiciliário.
- Cuidadores informais: Ser o cuidador principal do idoso que beneficia do serviço de apoio domiciliário. Usufruírem do serviço de apoio domiciliário há um mês.
- Idosos: Usufruírem do serviço de apoio domiciliário há um mês. E terem idade igual ou superior a 65 anos.

#### **4.4. Instrumentos de recolha e tratamento de dados.**

As entrevistas do tipo qualitativo podem ter um grau de estruturação diferente, isto é, podem variar entre entrevistas estruturadas ou entrevistas não estruturadas, no entanto, as entrevistas semi- estruturadas são aquelas que permitem obter dados comparáveis entre os vários indivíduos que fazem parte da investigação. Bogdan e Biklen (1994) salientam que as entrevistas devem permitir aos indivíduos que estão a ser entrevistados, estarem à vontade para falarem sobre os seus pontos de vista. Assim, “...as entrevistas, devem evitar perguntas que possam ser respondidas “sim” e “não”, uma vez que os pormenores e detalhes são revelados a partir de perguntas que exigem exploração.”(Bodgan e Biklen, 1994:136). As entrevistas devem ser minuciosamente preparadas e devem exigir um planeamento meticoloso, no sentido em que se deve começar por explicitar os objetivos que pretendemos atingir. Na investigação qualitativa existe a possibilidade de utilizar imensas estratégias para recolher dados: a Entrevista Semi – Estruturada pareceu-nos a estratégia mais adequada para a nossa investigação. Segundo Amado a entrevista é “...um dos mais poderosos meios para se chegar ao entendimento dos seres humanos e para a obtenção de informações nos mais diversos campos”. (2009:181). No entanto, a Entrevista Semidirigida segundo Savoie – Zajc “... consiste numa interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar – se – á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo”. (2003:282)

A opção por esta forma de entrevista prende-se com o objeto de estudo, "...se o objeto de estudo toca a experiência de pessoas muito particulares, ou ainda se se trata de pessoas cuja relação com a escrita é problemática por razões diversas ( idade, nível de instrução, situação social, etc.), o investigador inclinar – se – á para a situação de colheita de dados que privilegiará o discurso oral. Um outro fator a considerar na escolha da entrevista semidirigida está à conceção do investigador sobre o seu próprio papel. Esta permitir – lhe – á estabelecer uma interação humana e social com cada um dos respondentes, escutar experiências vividas. É graças a este estreito contacto com cada um que alcançara uma nova compreensão, fruto das interações.” (Savoie – Zajc, 2003:284).

As entrevistas, realizadas aos utilizadores do serviço de apoio domiciliário, bem como aos cuidadores desta resposta social, visavam entender a perceção que estes tem deste serviço: como o analisam, o que gostariam que mudasse, que outras opções, no futuro, o S.A.D. deveria ter. Relativamente aos profissionais era relevante que falassem do seu papel de cuidador, bem como sobre o que para eles deveria mudar ou manter –se neste serviço. Efectivamente, com esta técnica pretendeu-se perceber o que se deve manter nesta resposta social, que outros serviços/ atividades podem ter e, ouvindo os utilizadores e os cuidadores, é possível compreender de que forma o S.A.D é ou poderá ser uma mais-valia na vida destes indivíduos.

Os resultados obtidos através das entrevistas semi–estruturadas serão analisados através da análise de conteúdo que, segundo Bardin se designa como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (1997:42)

Segundo Silva e Fossá “a análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.” (2013:2)

## **4.5 Procedimentos metodológicos**

Neste estudo foi necessário preparar os indivíduos que fizeram parte da nossa investigação, isto é foi feito um primeiro contacto com a instituição onde foi

apresentado o nosso estudo e os nossos objetivos. Depois da autorização para a implementação do nosso estudo, desde que não fosse revelada a identidade da instituição, seguiu-se reuniões, no sentido de perceber quais os indivíduos que se enquadravam no estudo e depois foi necessário contactá-los antecipadamente para garantir a sua disponibilidade quando se realizou a entrevista, bem como informá-los dos dados e dos resultados que pretendíamos e esperávamos obter, explicar o porquê de os ter escolhido e a importância das suas respostas no nosso estudo, informá-los do tempo de duração previsto para a entrevista e ainda combinar a data e o local que fosse mais conveniente para o indivíduo que iria participar na nossa investigação. Estes contactos prévios antes da entrevista é um investimento que permite que fiquemos com garantias da disponibilidade física e psicológica do indivíduo e também demonstra o respeito que temos pela pessoa que conosco vai colaborar. No dia da entrevista foi fundamental fazer uma breve síntese das informações passadas, durante o contacto prévio, depois selecionamos uma pergunta inicial que colocasse a pessoa que está a ser entrevistada no tema de conversa. Alguns especialistas em negociação sugerem que os primeiros instantes da entrevista são fundamentais para determinar a criação de um clima de confiança. O investigador na área das Ciências Sociais tem de ter uma atitude de escuta ativa e de forma alguma deve interromper o entrevistado. Deve acima de tudo saber respeitar os silêncios, se ocorrerem na entrevista, de forma a possibilitar que o indivíduo reflita sobre o assunto que estamos a abordar. Claro que as situações em que ocorre silêncio são difíceis de gerir, mas o saber gerir demonstra a experiência e a técnica do investigador. Depois do período inicial da entrevista, que muitas vezes é caracterizado por momentos de inibição em que se nota que as respostas são curtas e por vezes incompletas, quando o entrevistado ganha confiança existe um aumento exagerado de informações. Nesta situação é fundamental manter o controlo das respostas, de modo diplomático. Quando, o entrevistador necessita de fazer questões mais delicadas, estas devem ser colocadas no final da entrevista, uma vez que nesta altura já existe maior confiança entre ambos. Mas, se existir uma atitude negativa por parte da pessoa a quem estamos a fazer a entrevista, a sua desconfiança já não prejudica a entrevista, no entanto, a colocação deste tipo de perguntas deve ser enquadrada por questões preparatórias. No final da entrevista, foi pertinente registar os comportamentos verbais e não-verbais do entrevistado, bem como o contexto onde a entrevista decorreu, dado que este registo serviu para se levantar hipóteses sobre a autenticidade das respostas e o grau de liberdade com que foram respondidas. Foi necessário lembrar

também os elementos cruciais que foram debatidos e propor uma continuação da entrevista caso fosse necessário. Por fim agradeceu-se à pessoa a sua disponibilidade, confiança e esforço e ainda indicou-se o seguimento do estudo em curso e os seus prazos.

## **Capítulo V: Apresentação e análise dos resultados**

### **5.1 Introdução**

Os dados apresentados de seguida decorrem do tratamento e análise das informações recolhidas através das entrevistas semidirigidas realizadas junto de 10 idosos, 10 cuidadores informais e 9 cuidadores formais.

### **5.2 Caracterização da amostra dos idosos**

Os idosos que participaram no estudo têm idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos. (1 idoso tem 65 anos, 6 encontram – se na faixa etária dos 70 anos, 2 encontram-se na faixa etária dos 80 anos e 1 tem 102 anos). O que significa que a variável idade é heterogénea na nossa amostra. Sendo 5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Quanto ao estado civil 3 são casados, 3 são divorciados, 3 viúvos e 1 solteiro. Relativamente ao número de filhos, estes variam entre os 0 e os 6 filhos.

#### **5.2.1 Trajetos Socioprofissionais**

##### **- Nível de instrução:**

As informações recolhidas nas entrevistas revelam que dos (10) idosos inquiridos, (4) possuem o 1º ciclo do Ensino básico, refletindo o abandono escolar precoce que outrora era recorrente, uma vez que havia a necessidade de ingressar no mundo de trabalho e, naquela altura, a mão-de-obra era pouco qualificado em termos escolares. Seguindo – se aqueles que sabe ler e escrever sem grau (3) e os analfabetos (2). Apenas (1) dos idosos tem um nível superior de escolaridade. O modelo de desenvolvimento económico vigente na altura estava centrado principalmente na produção agrícola, nas estruturas de produção industrial e também de serviços que exigiam uma mão – de – obra pouco qualificada.

### - Trajetos profissionais:

Através dos dados recolhidos foi possível verificar que a maioria dos idosos (9), e dos seus cônjuges (5) exerceram uma profissão ao longo da vida. Assim foi possível distribuí-los pelos grupos profissionais (tabela 1) de que fizeram parte, e ainda definir os lugares de classe (tabela 2), através do cruzamento da profissão e da situação na profissão.<sup>5</sup>

**Tabela 1. Grupos profissionais dos idosos e dos cônjuges**

Grupos profissionais	Idosos	Cônjuges
	Nº absoluto	Nº absoluto
Quadros Superiores da administração pública		
Dirigentes e quadros superiores de Empresa		
Especialistas das profissões intelectuais e científicas		
Técnicos e profissionais de nível intermédio		
Pessoal administrativo e similares	1	
Pessoal dos serviços e vendedores	1	
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	3	3
Operários, Artífices e trabalhadores similares	3	2
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem		
Trabalhadores não qualificados	1	
Total	9 (Sendo que 1 dos idosos se ocupa das tarefas do lar)	5 ( 1 dos idosos ocupa-se das tarefas do lar)

<sup>5</sup> A tipologia utilizada foi elaborada por João Ferreira de Almeida, António Firmino da Costa e Luís Machado.

**Tabela 2. Lugar de Classe**

Lugares de classe	Idosos N° absoluto	Cônjuges N° absoluto
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais		
Trabalhadores Independentes	1	
Agricultores Independentes		
Profissionais técnicos e de enquadramento	1	
Empregados executantes	2	
Assalariados Agrícolas	3	3
Operários industriais	2	2
Total	9	5

A análise destas duas tabelas permite identificar que há uma tendência predominante que aponta para a pertença social dos idosos para as classes populares. Como já foi anteriormente referido, grande parte dos inquiridos ingressou no mercado de trabalho bastante cedo, mantendo quase sempre a mesma profissão, sendo que um número limitado de idosos é que exerceu profissões qualificadas. Deste modo, o estudo dos grupos profissionais acaba por permitir perceber, que os recursos de que os indivíduos usufruíram ao longo do seu percurso de vida, eram escassos e que os valores das suas pensões de velhice são condicionados pelo valor dos salários que eram baixos. Tal reflete-se na forma como vivem e nas dificuldades que atualmente atravessam, porque têm que gerir um baixo montante de rendimentos para fazer face às despesas.

### **5.2.2 Autonomia / Dependência**

É necessário analisar quais são as necessidades e os obstáculos que condicionam a qualidade de vida e o quotidiano dos idosos. Através da aplicação da escala de barthel<sup>6</sup> conseguimos avaliar a perda de independência dos idosos. Contudo, este não é o único

---

<sup>6</sup> Índice de Barthel: Instrumento que avalia o nível de independência dos idosos na realização de dez actividades básicas de vida diária (Alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, dejeções, micção, uso de sanitário, transferências, mobilidade, escadas). Os níveis de dependência em que cada idoso se pode inserir dependem do resultado obtido aquando a aplicação deste instrumento.

instrumento que permite perceber o declínio da qualidade de vida destes indivíduos: O índice de Lawton e Brody<sup>7</sup> é outro instrumento que utilizamos e que nos possibilita a análise da realização ou não pelo próprio de outro tipo de actividades indispensáveis: as chamadas actividades instrumentais de vida diária.

Na tabela 3 estão presentes os resultados da aplicação da escala de Barthel aos idosos e, como podemos observar, nenhum idoso se encontra numa situação de dependência total. Dos 10 idosos entrevistados, 4 idosos (3 com idades inferiores a 79 anos e 1 com mais de 85 anos) são totalmente independentes. Outros 4 idosos encontram-se numa situação de dependência grave (2 deles com idades inferiores a 79 anos, 1 com idade compreendida entre os 80 e os 84 anos e um último com mais de 85 anos). E, por fim, 2 constituem o grupo dos dependentes moderados (com idades inferiores a 79 anos).

**Tabela 3: Escala de Barthel**

	Idade		
	≤79 anos Nº absoluto	80-84 anos Nº absoluto	≥85 anos Nº absoluto
<b>Dependência total (0-20)</b>			
<b>Dependência grave (21-60)</b>	2	1	1
<b>Dependência moderada (61-90)</b>	2		
<b>Dependência ligeira (91-99)</b>			
<b>Independente (100)</b>	3		1
<b>Total</b>	7	1	2

As informações contidas na tabela 4 dizem respeito ao instrumento que avalia o desempenho dos idosos nas actividades instrumentais de vida diária. Das

---

<sup>7</sup> Índice de Lawton e Brody: Instrumento que permite avaliar a autonomia física e as actividades instrumentais de vida diária (utilização do telefone, fazer compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, responsabilização pela medicação necessária, responsabilidade de assuntos financeiros).

informações contidas verificamos que 4 dos idosos com idades compreendidas entre 65 e os 84 anos deste estudo padece de dependência moderada. Sendo que 1 dos idosos com menos de 79 anos e outro idoso com mais de 85 anos, encontram – se numa situação de dependência elevada. A dependência ligeira verifica-se em 4 idosos: 3 deles com idades inferiores a 79 anos e 1 com idade superior a 85 anos.

**Tabela 4: Índice de Lawton e Brody**

	<b>Idade</b>		
	≤79 anos Nº absoluto	80-84 anos Nº absoluto	≥85 anos Nº absoluto
<b>0 = Dependente</b>			
<b>1</b>			
<b>2</b>	1		1
<b>3</b>		1	
<b>4</b>	2		
<b>5</b>	1		
<b>6</b>	1		1
<b>7</b>	2		
<b>8= Independente</b>			
<b>Total</b>	7	1	2

**Legenda:** Dependência total ou elevada (entre 0 e 2); Dependência moderada (entre 3 e 5); Dependência ligeira (entre 6 e 7); Independente (8).

### 5.2.3. Rede Familiar / Social

Segundo Angelo (2000:27) “Pensar a família vai além de orientar e esperar colaboração da família no desempenho de ações de cuidado em prol do familiar doente. Pensar a família é tomar a família como perspectiva.” Assim a análise do contexto familiar mereceu especial atenção na entrevista aos idosos e, por isso, quisemos perceber com quem é que os idosos coabitavam, a estrutura familiar, mas também a rede de relações familiares e o seu potencial protetor. 3 Vivem sozinhos, 3 vivem com os

cônjuges, 3 com as filhas e 1 vive com a senhoria. O sistema familiar de cada idoso, na sua última parte da vida, é muito distinto, e por isso na nossa amostra encontramos diferenças significativas. Quando questionamos os idosos sobre as visitas que recebem, referem: *“A família não me vem visitar, de vez em quando vêm cá as minhas vizinhas. De resto a minha família não quer saber (...)”* (Idosa I, 85 anos) *“ A família vem cá uma vez por semana mas não ajudam em nada, vem cá fazer uma visita (...)”* (Idoso J, 76 anos) *“Na verdade, a minha filha está no estrangeiro e só vem cá uma vez por ano.”* (Idoso E, 71anos) *“os meus filhos vem cá, às vezes, mas eles também trabalham, não podem ajudar(...)”* (Idosa D, 75 anos). Dos 10 idosos inquiridos 4 revelam que costumam sentir – se sós, sendo que a presença de alguém aumentava a sua confiança e melhorava o seu quotidiano: *“gostava de ter alguém comigo, às vezes tenho medo de cair e não me conseguir levantar (...)”* (Idoso F, 65anos) *“de dia não tenho problema, o problema é de noite, de noite tenho medo. Peço a Deus todos os dias que me ajude a passar a noite, sabe a noite assusta - me, tenho medo do que me possa acontecer (...)”* (Idosa I, 85 anos) . Os idosos têm as mesmas necessidades afetivas e interpessoais que os jovens, embora as suas necessidades afetivas, em alguns casos, não estejam satisfeitas. E, por isso achamos pertinente perceber de que forma os idosos ocupavam o seu tempo, que tipo de atividades realizavam diariamente *“...passo muito tempo na igreja a pedir por todos. Depois gosto muito de estar no café do lado a falar com as pessoas (...)”* (Idosa I, 85 anos) *“Vou ao café conversar com os amigos, depois vejo televisão (...)”* (Idoso F, 65anos) *“Estou sempre aqui em casa, ou vejo televisão, ou converso com as vizinhas que vêm cá a casa.”* (Idosa D, 75 anos) *“...estou sentada na sala a ver televisão ou ouvir música.”* (Idoso A, 102 anos) *“...passo o dia na cama ou no sofá a ver televisão”* (Idosa B, 78 anos) *“Gosto muito de fazer palavras cruzadas e ouvir rádio.”* (Idoso J, 76 anos) *“Vou ao café ao fim de almoço, dou um passeio por aqui, e é sempre assim, mas também gosto de ver televisão e ler o jornal”* (Idoso E 71 anos), *“...passo o dia com a minha esposa a conversar e a ver televisão. Às vezes ela fica e eu vou dar um passeio ou às compras e à farmácia.”* (Idoso C, 77 anos) *“...vejo televisão e rezo.”* (Idosa H, 84 anos). Os idosos chegam a uma altura da sua vida, em que o grupo de familiares, amigos e vizinhos desempenha um papel crucial. Pelos relatos anteriores percebemos que a ida ao café serve para partilhar acontecimentos diários, experiências, conhecimentos e sentimentos de alegria e, por vezes de tristeza. Por outro lado, temos os idosos que passam o dia a ver televisão. Nos seus relatos percebemos que lhes parece que os dias são todos iguais. O facto de não existir uma

atividade profissional, nem atividades culturais, de voluntariado ou de lazer leva a que os contactos sejam perdidos e os indivíduos tendem a envolver-se cada vez menos nas relações que estabeleceram ao longo da vida, levando – os a uma situação de empobrecimento das relações sociais. Os idosos foram questionados sobre as suas principais preocupações, atualmente, “... *sabe não queria dar trabalho a ninguém, essa é a minha preocupação. Não dar trabalho, não quero ser um impeditivo para ninguém*” (Idoso J, 76 anos). “*O meu marido já não está a conseguir e a poder olhar por mim e esta situação preocupa-me.*” (Idosa D, 75 anos) “*É ficar muito doente, isso é que é uma preocupação*” (Idoso E, 71 anos) “*Não tenho preocupações, vivo feliz. Sinceramente... (silêncio)... custa-me ver os meus sobrinhos que vivem do outro lado da rua e não me ligarem nenhuma. E quando eram mais novos, eu ajudei-os tanto, custa-me esta situação. Ainda, no dia de Páscoa, eu estava aqui à minha porta à espera da visita pascal e eles do outro lado da rua e nem um olá tia, com a casa cheia e eu aqui sozinha.*”(Idosa, 85 anos). Os idosos relatam a sua preocupação com o seu estado de saúde e com o facto de poderem ficar dependentes, e serem um transtorno na vida de outros. Os seus relatos também manifestam que as suas preocupações estão centradas nas mudanças da família, e na sua limitada proteção. A sua expectativa é a ajuda que deu aos familiares, mais tarde fosse retribuída.

#### **5.2.4. Cuidados Recebidos / O serviço de apoio domiciliário**

Neste estudo procuramos identificar os motivos que levaram estes indivíduos a contratarem o S.A.D. “*Não consigo preparar as refeições e por isso as meninas vem cá, trazem a comida e aproveito e também falo um bocadinho com elas.*” (Idosa I,85anos) “*estive no hospital e lá recomendaram – me este serviço.*” (Idoso G, 76 anos) “*a minha filha sozinha não pode cuidar de mim*” (Idosa B,78anos) “*quer eu, quer a minha esposa precisávamos de alguém que nos ajudasse, é que eu não sei cozinhar e ela não pode*” (Idoso C,77 anos) “*pediram por mim, a minha filha é que decide*” (Idosa A,102 anos), “*porque eu estou dependente e a minha filha sozinha não pode prestar todos os cuidados e torna – se cansativo*”(Idosa H,84 anos) “*a minha comida não me sabia bem e já me estava a custar muito cozinhar*” (Idoso E , 71anos). São inúmeros os motivos que levam à contratação desta resposta social: a saúde, a dependência, até à sobrecarga do cuidador informal e até a solidão/ isolamento dos idosos. O tempo a que os idosos usufruem desta resposta social varia de 1 mês até aos

15 anos, usufruindo de serviços de refeições (5), higiene pessoal (6), higiene habitacional (3), tratamento de roupa (3) e transporte para consultas (1).

Mas será que o serviço de apoio domiciliário responde com qualidade a todas as necessidades dos idosos e das famílias? Há idosos que reclamam maior qualidade “*acho que este serviço é importante, mas deveria melhorar a qualidade dos serviços, no meu caso a qualidade das refeições*” (Idosa I,85 anos). Há outros que consideram haver necessidades não satisfeitas “*...pode não responder a tudo, mas a verdade é que ajuda muito*” (Idosa H,84anos). Esta resposta social é importante na vida dos idosos e dos que deles cuidam “*...acho que este serviço é importante, é importante virem cá a casa*” (Idosa A,102) “*...considero que é uma ajuda para os idosos e as famílias.*” (Idoso J,76anos) É identificado pelos idosos como um adiamento da entrada na estrutura residencial “*...penso que sim e evita a ida para um lar.*”( Idoso G, 76anos). Esta resposta social permite aos idosos permanecer no seu domicílio por mais tempo, embora apresente algumas lacunas, torna-se uma resposta na perspetiva dos idosos que os auxilia. No que concerne, à perceção que os mesmos têm do SAD em detrimento de outras respostas sociais (Lar, centro de dia, centro de noite) é notório que preferem usufruir desta resposta social ao invés de outras, nomeadamente do lar. “*Penso que enquanto conseguir andar, se deve evitar o Lar. Sou muito independente, não aprovo a ida para o lar.*” (Idoso G 76 anos), “*sinceramente, considero que se a doença de que a pessoa padece for possível de a tratar em casa, deve permanecer em casa.*” (Idoso J,76 anos) “*enquanto se puder estar em casa, acho que o S.A.D é a melhor opção*” (Idoso F, 71anos) “*acho que para algumas pessoas é bom estar no lar, mas para mim prefiro estar em casa.*” (Idosa A,102 anos) “*Não enfrento a ida para um lar, não quero ir, se tiver de ir vai custar tanto. Entende, que não consigo me ver no lar, a minha irmã está lá e durante a noite penso tanto nela. Vou lá visitar a minha irmã e não consigo me ver ali a viver.*” (Idosa I,85 anos) “*Acho que é melhor estar em casa, e enquanto tiver as minhas filhas prefiro estar aqui.*” (Idosa H,84anos) “*...é muito bom estarmos na nossa casinha, se fosse para um lar morria.*” (Idosa B, 78 anos) “*eu gostava muito de poder morrer na minha casinha, mas se os filhos não conseguirem olhar por nós temos de ir para um lar.*” (Idoso C,77anos) “*olhe, um dia se eu precisar de ir para um lar vou, mas claro que enquanto puder estar na minha casinha prefiro.*” (Idoso E, 71anos) “*é melhor vir a casa, eu para um lar não queria ir*” (Idosa D, 75anos). Verificamos no discurso de todos os idosos que a resposta social lar é a última das suas opções, frisando a vontade de permanecer no seu domicílio: no lugar onde tem as suas memórias, as suas

vivências, a sua história e onde estão todos aqueles que lhes são significativos, como os amigos, os vizinhos e a própria população da comunidade a que pertencem.

### **5.3 Caracterização da amostra dos cuidadores informais**

Os cuidadores informais que participaram no estudo têm idades compreendidas entre os 34 e os 86 anos, o que evidencia que temos idosos a cuidar de idosos e também eles a necessitar de cuidados e de ajuda. Do género feminino temos 8 cuidadoras informais, o que salienta que as mulheres ainda representam, em larga medida o papel de cuidadoras informais e, neste estudo temos 2 cuidadores do sexo masculino. Quanto ao estado civil 8 são casados, 1 viúvo e 1 solteiro.

#### **5.3.1 Trajetos Socioprofissionais**

##### **- Nível de instrução:**

As informações recolhidas nas entrevistas revelam que dos (10) cuidadores informais inquiridos, (4) possuem o 1º ciclo do Ensino básico, (1) possui o 2º ciclo do ensino básico, (1) possui o 3º ciclo do ensino básico, (2) possuem o ensino secundário e (2) o ensino superior.

##### **- Trajetos profissionais:**

Através dos dados recolhidos foi possível conferir que há cuidadores informais que exercem uma profissão (4), (1) encontra-se numa situação de desemprego, (2) ocupam-se das tarefas do lar e (3) são reformados. Assim foi possível distribuí-los pelos grupos profissionais (tabela 5) de que fizeram ou fazem parte, e ainda definir os lugares de classe (tabela 6), através do cruzamento da profissão e da situação na profissão.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> A tipologia utilizada foi elaborada por João Ferreira de Almeida, António Firmino da Costa e Luís Machado.

**Tabela 5: Tabela dos Grupos profissionais dos Cuidadores Informais que trabalham ou já trabalharam.**

Grupos profissionais	Cuidadores Informais
	Nº absoluto
Quadros Superiores da administração pública	
Dirigentes e quadros superiores de Empresa	
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	1
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1
Pessoal administrativo e similares	1
Pessoal dos serviços e vendedores	2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	1
Operários, Artífices e trabalhadores similares	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	
Trabalhadores não qualificados	2
<b>Total</b>	8 (Sendo que 2 dos idosos se ocupa das tarefas do lar)

**Tabela 6: Tabela do Lugar de Classe**

Lugares de classe	Idosos Nº absoluto
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	
Trabalhadores Independentes	1
Agricultores Independentes	1
Profissionais técnicos e de enquadramento	3
Empregados executantes	3

<b>Assalária dos Agrícolas</b>	
<b>Operários industriais</b>	
Total	8

Os cuidadores informais em comparação com os idosos possuem níveis de literacia mais elevados, enquanto grande parte dos idosos encontravam-se ligados à agricultura e às pescas, os cuidadores informais atualmente possuem outras profissões, no entanto e segundo Nunes “ o tecido económico e produtivo em Portugal assenta ainda, de forma largamente predominante, em lugares profissionais de baixa qualificação. Os contextos de trabalho são, muito frequentemente, desqualificados e desqualificantes. Uma vida de trabalho, nas condições correntes da grande maioria dos empregos existentes, não só não estimula novas aprendizagens de leitura, escrita e cálculo, como nem sequer permite exercitar competências previamente adquiridas (...).” (2008: 27)”

Nos grupos profissionais do sector da agricultura verificam – se níveis de escolaridade mais baixos. As famílias de operários ou empregados que possuem escolaridade e qualificação profissional e de rendimentos fixos aspiram o investimento na mobilidade social ascendente, nomeadamente nas estratégias de escolarização dos filhos.

### **5.3.2 Rede Familiar/ Social**

A família é o lugar privilegiado para o idoso estar. Como foi referido anteriormente, os idosos preferem permanecer junto da família nuclear, e/ ou junto da família de proximidade, isto é inseridos nas relações de vizinhança e na comunidade local onde residiram ao longo da vida. Neste estudo quisemos perceber qual o grau de parentesco dos cuidadores informais dos idosos e percebemos que, (4) são filhas, (4) cônjuges, (2 do sexo masculino e 2 do sexo feminino), (1) neta e (1) mãe, o que revela que estes cuidadores informais possuem um parentesco direto com os idosos. Em termos de perfil verificamos que é predominantemente no elemento feminino da família que recai a tarefa de ser cuidador. Muito embora constata-se que cada vez mais os homens participam na realização de cuidados. Quando os cuidadores são homens trata-se dos cônjuges que, na ausência de outros cuidadores informais, assumem a tarefa de cuidar.

### 5.3.3 Cuidados prestados

O tempo de prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais varia entre os 2 meses e os 15 anos, ocorrendo todos os dias da semana. São prestados, na sua maioria, cuidados nas actividades básicas de vida diária e também nas actividades instrumentais de vida diária. Assim sendo, estes cuidadores colaboram e ajudam os idosos nos cuidados pessoais (alimentação, vestir e despir, higiene pessoal), locomoção/transferências, bem como na higiene habitacional, na toma medicamentosa, na gestão financeira e na gestão das tarefas domésticas, no acompanhamento a consultas e, ainda, no apoio emocional e financeiro. Sendo que alguns destes cuidadores contam com a colaboração de outras pessoas no cuidado, (havendo a referir, nessas situações, além do cuidador principal, existem os cuidadores secundários): “ *a minha filha faz o comer, lava a roupa, arruma a casa e à noite ajuda – me a deita-la*” (Cuidador Informal D,73 anos) “*tenho uma empregada que ajuda a mudar a fralda e a fazer a higiene à noite*” (Cuidador Informal F,64anos) “ *a minha irmã ajuda – me a tratar de assuntos burocráticos, nas compras e na higiene de manhã*” (Cuidador Informal I,60anos) “*as minhas irmãs ajudam – me no que for necessário. Eu digo o que é necessário e elas vêm cá*” (Cuidador Informal J, 62 anos). Podemos depreender que para além de utilizadores do S.A.D, torna-se necessário, em alguns casos recorrer a outras ajudas, para conseguir prestar o cuidado.

Ser cuidador implica um crescimento pessoal e muitas vezes este papel é assumido pela obrigação de retribuição que os familiares sentem em relação ao idoso, e/ou pela proximidade geográfica ou pela capacidade de resposta do cuidador informal. Quisemos perceber qual o grau de satisfação que estes cuidadores sentiam pelo facto de cuidar do seu familiar e, os motivos que os levam a fazê-lo. “ *É ele poder estarem casa comigo, não conseguia deixa – lo num lar.*” (Cuidador Informal C,73anos) “ *é fazer por ela o que sei que ela faria por mim, é o meu dever.*” (Cuidador Informal D,73anos) “ *uma questão de consciência, por vontade de outros, tinha ido para o lar. Acho que me sinto mais tranquila e de consciência limpa de a ter comigo.*” (Cuidador Informal J,62anos) “*ter a minha consciência tranquila, ele cuidou de mim, eu cuido dele agora.*” (Cuidador Informal A,51anos) “*saber que ela tem o maior bem – estar possível*” (Cuidador Informal F,64 anos). A prestação de cuidados revela sentimentos de dever

cumprido, de satisfação bem como aumenta os laços afetivos e de vinculação e permite desenvolver capacidades pessoais na resolução de problemas.

No entanto, ser cuidador não é tarefa fácil. E, por isso, é pertinente perceber quais as necessidades que estes cuidadores sentem, em relação ao S.A.D e como é que esta resposta social pode ter um papel ativo e efetivo junto dos cuidadores. *“O cansaço e a exaustão, há dias em que é muito difícil ser cuidador, é um dia atrás do outro, muitas horas, nem sempre é fácil, é uma situação complicada, às vezes difícil de gerir.”* (Cuidador Informal J,62 anos) *“...a preocupação com a saúde dele e as noites sem dormir.”* (Cuidador Informal E,49 anos) *“tenho imensas dificuldades a cuidar, sinceramente até eu preciso que cuidem de mim.”* (Cuidador Informal G, 86 anos) *“como tenho uma bebé, às vezes torna – se complicado conciliar os cuidados”.* (Cuidador Informal B,34 anos) *“é estar sempre preso e quando saio é a correr com medo que ela fique só e quando não tenho a minha filha é mais complicado ainda”* (Cuidador Informal D,73anos) *“o cansaço, noites mal dormidas mas o pior é ver a minha esposa a sofrer”.* (Cuidador Informal F, 64 anos). Os cuidadores informais identificam quais são as necessidades que sentem e os problemas que vivenciam na prestação de cuidado aos idosos: é referido o cansaço, a preocupação com a saúde dos idosos e o facto de os próprios cuidadores também precisarem de cuidados, o que leva a que alguns cuidados sejam mais difíceis de executar, *“ é difícil levar à casa de banho, vestir e colocá-lo na cadeira de rodas”* (Cuidador Informal H,71anos) *“quando é necessário mudar a fralda, torna-se complicado, tenho medo de magoar”* (Cuidador Informal D,73 anos) *“levantar, deitar e mudar a fralda sozinha é muito complicado”* (Cuidador Informal I,60 anos) *“ o banho e as idas à casa de banho”* (Cuidador Informal A,51 anos) *“o banho, o peso dela não ajuda, e torna-se uma tarefa tão difícil”* (Cuidador Informal G,86 anos) *“a higiene, o meu pai não ajuda e contraria tudo”* (Cuidador Informal E,49 anos) *“as noites são difíceis de passar, fala durante a noite, recusa que não quer comer, é complicado o momento das refeições também.”* (Cuidador Informal J, 62 anos). São diversas as dificuldades que os cuidadores informais têm de ultrapassar diariamente: o sofrimento pela dor do outro, o sacrifício que tem de fazer para a prestação de alguns cuidados e a própria alteração do seu quotidiano. Em alguns estudos como o de Luzardo, Gorini e Silva (2006), com 50 cuidadores, bem como num estudo de 607 cuidadores, de Paterson e Burgess (2009) é evidenciado que os cuidadores informais efectivamente precisam de orientação para conseguirem agir mediante as situações de maior dificuldade, e que é de todo relevante

ter um acompanhamento de vários profissionais que os auxiliem nas diversas funções do ato de cuidar. Se o estudo de Marques e Dixe (2010) a 107 idosos dependentes veio evidenciar que os cuidadores sentem que dispõem do apoio dos profissionais de saúde quando recorrem ao hospital ou ao serviço de urgência, o mesmo estudo mostra, no entanto que é necessário a envolvimento de uma equipa multidisciplinar de profissionais que trabalhem em conjunto. Assim sendo, o S.A.D deveria trabalhar numa lógica de complementaridade com os cuidadores informais e com os profissionais de outras áreas, sendo que a ajuda que deveria ser dada aos cuidadores informais deveria assentar numa lógica de articulação de saberes e partilha de conhecimentos entre os profissionais. Um estudo de 2001 de Aramburu, Izquierdo e Romo vem alertar para as lacunas que existem no apoio aos cuidadores: 73 cuidadores deste estudo afirmam que é necessário um maior apoio formal. Por isso, no nosso estudo quisemos perceber como os cuidadores informais percebem o contributo do S.A.D na prestação de cuidados aos idosos: “*é uma grande ajuda, mas eu precisava de mais*” (Cuidador Informal E,49 anos) “*ajudam bastante, além de ficar com os cuidados de higiene arrumados, temos sempre alguém que nos oriente para alguma situação*” (Cuidador Informal F,64 anos) “*ajudou muito o SAD, a higiene acho que era o mais difícil porque ela tem a prótese e é necessário ter muitos cuidados e as funcionárias tem experiência*” (Cuidador Informal B, 34 anos), “*ajudou muito, sei que pelo menos o banhinho fica dado*” (Cuidador Informal D,73anos) “*alivia – me muito, nas primeiras horas do dia sei que posso contar com a ajuda de alguém.*” (Cuidador Informal H, 71 anos). Os cuidadores vão referindo a valiosa ajuda da resposta social serviço de apoio domiciliário, no entanto quisemos perceber o que gostavam de mudar ou acrescentar nos serviços e atividades prestados por esta resposta no sentido de aliviar a sua sobrecarga, que comporta múltiplas dimensões, dado que abrange problemas do foro psicológico, físico, social e até financeiro. “*Primeiro acho que deviam estar mais tempo em casa das pessoas e depois acho que as equipas não deviam estar sempre a mudar, duas equipas rotativas era o ideal.*”(Cuidador Informal J,62anos), “*...poderem vir mais vezes ao dia e mais tempo, assim para nós era um descanso.*” (Cuidador Informal A,51 anos) “*considero que deviam fazer serviço noturno, ou então virem por exemplo de manhã, à tarde e à noite deitar o meu pai*” (Cuidador Informal E,49 anos) “*acho que deviam ter alguém nem que fosse uma hora por dia para fazer companhia, penso que aliviava o cuidador e também fazia bem ao idoso.*” (Cuidador Informal F, 64 anos) “*não rodava tanto as funcionárias, estão sempre a mudar. Acho que o S.A.D não responde a todas as*

*necessidades, deviam existir também técnicos para conversar e apoio psicológico para quem cuida.*” (Cuidador Informal H,71 anos). Os cuidadores salientam a importância do tempo que é dispensado pelo S.A.D na prestação de cuidados. Para estes cuidadores é necessário um alargamento quer da duração dos cuidados prestados pelo S.A.D, quer do número de visitas que são efetuadas pelas suas equipas. A visita das cuidadoras formais serve para estes cuidadores expressarem as suas dificuldades, os seus desânimos e, muitas vezes, para poderem sair de casa. Ora se a duração de cada visita do serviço de apoio domiciliário for curta, os cuidadores informais não saem de casa porque tem medo de deixar o idoso sozinho e também não têm tempo para poderem expressar as suas dúvidas e as suas dificuldades. E alguns casos, a este curto período de tempo da visita dos profissionais do S.A.D, prende-se o facto de as equipas serem rotativas não permitindo que os idosos se sintam confortáveis e, não possibilitando que os cuidadores informais possam expressar os seus problemas e as suas dúvidas. Tentamos também perceber até que ponto é que os cuidadores consideram que a sua rotina de cuidador melhorou. *“Melhorou é menos uma preocupação e alivia.”* (Cuidador Informal F,64 anos) *“ melhora o cansaço, são alguns anos a cuidar e também é necessário olhar para nós, as meninas neste espaço de tempo aliviaram a sobrecarga que sentia, no entanto é muito difícil cuidar de idosos, ficamos desgastados e por isso era importante que estivessem mais tempo.”* (Cuidador Informal J,62 anos) *“é a minha grande ajuda”.* (Cuidador Informal C, 73anos). Efectivamente o S.A.D é uma resposta social que vem colmatar algumas necessidades e dificuldades sentidas quer pelos idosos, quer pelos seus cuidadores informais. Mas esta resposta social precisa de melhorar alguns aspectos relativos ao tipo de serviços oferecidos e à forma como o cuidado é prestado. Os aspetos a melhorar passam pela gestão do tempo com cada idoso e com cada cuidador, bem como por outros aspectos que se tornam fulcrais para que os idosos possam manter-se no seu domicílio o mais tempo possível. Assim, no ponto seguinte vamos analisar os testemunhos das cuidadoras formais relativamente à forma de prestar cuidado e às melhorias que podem contribuir para que as necessidades dos idosos e dos seus cuidadores informais possam ser satisfeitas.

#### **5.4 Caracterização da amostra das cuidadoras formais**

As cuidadoras formais (9) que participaram neste estudo têm idades compreendidas entre os 29 e os 41 anos, sendo que na sua maioria encontram – se na faixa etária dos 30 e tal anos. Possuem um tipo de contrato sem termo na instituição

onde atualmente trabalham. O tempo de trabalho na instituição varia entre os 9 e os 23 anos, de salientar que a estabilidade profissional pode ser uma mais-valia e um incentivo para desempenharem as suas funções com qualidade e proporcionarem bem – estar aos idosos e aos seus cuidadores informais. Relativamente ao estado civil, (6) são casadas, (1) solteira, (1) divorciada e (1) viúva. No que concerne à escolaridade (6) possuem o 9º ano de escolaridade, (1) o 11º ano de escolaridade e (2) o 12º ano de escolaridade, revelando baixos níveis de escolaridade.

#### **5.4.1 Contexto profissional**

No nosso estudo quisemos compreender o que levava este conjunto de profissionais a enveredar por esta profissão. (5) Referiram o gosto em trabalhar com os idosos, (3) afirmaram que na inexistência de outra oportunidade profissional tornaram – se cuidadoras formais e (1) das inquiridas referiu que “ *na impossibilidade de poder continuar com a minha profissão anterior, decidi escolher geriatria*” (Cuidador formal H, 44 anos). De salientar que, existem profissionais que não escolheram esta profissão, o que não invalida que não sejam excelentes profissionais.

Após perceber os motivos da escolha da profissão foi – lhes questionado quais as tarefas que desempenhavam e se efetivamente as conseguiam cumprir. “ *as tarefas são todas aquelas que estão relacionadas com o bem – estar dos utentes, e por norma consigo cumprir.*” (Cuidadora Formal A, 32 anos). “*Consigo cumprir com todas as tarefas que incluem a higiene, as refeições e o tratamento de roupa.*” (Cuidadora Formal B, 31 anos). “*As minhas tarefas são prestar todos os cuidados aos idosos e por vezes às habitações também, e cumpro com o que é pedido.*” (Cuidadora Formal C, 39 anos). “ *Eu gosto de todas as tarefas que tenho de cumprir e por agora até consigo cumprir.*” (Cuidadora Formal D, 39 anos). “*Dentro do possível consigo cumprir e faço tudo o que faz parte do serviço, higiene, refeições...*” (Cuidadora Formal E, 47 anos). “*As tarefas são aquelas que uma auxiliar direta tem de fazer no S.A.D, higiene, tratamento de roupa e refeições e sim consigo cumprir com as tarefas.*” (Cuidadora Formal F, 51 anos). “*Por norma cumpro sempre as tarefas, que são basicamente o tratamento da roupa, as refeições e a higiene*”. (Cuidadora Formal G, 45 anos). “*Consigo cumprir, mas sou sincera é difícil fazer tudo, a prestação de cuidados aos utentes, a entrega de refeições, a recolha e entrega da roupa.*” (Cuidadora Formal H, 44 anos). “ *As tarefas baseiam – se em tudo o que diz respeito aos idosos e às suas*

*habitações. Mas sou sincera quando não consigo cumprir tudo é por falta de tempo.*” (Cuidadora Formal I, 29 anos).

Na sua maioria as cuidadoras conseguem cumprir com as tarefas que lhes são destinadas, quando isso não acontece relatam que é por falta de tempo. Todas as tarefas destas cuidadoras estão centradas apenas nas necessidades fisiológicas destes idosos. Por outras palavras, centram-se nas refeições, no serviço de higiene pessoal e no cuidado da habitação dos idosos. Contudo, o S.A.D foca-se nas atividades básicas de vida diária do idoso, não prestando atenção ao cuidador informal, pois o tempo para a execução de outras tarefas escasseia. Dentro das funções atribuídas aos cuidadores pedimos que identificassem a função que mais gostam de executar. *“Ir a casa dos idosos falar com eles, rir com eles e acima de tudo tratar deles.”* (Cuidadora Formal G, 45 anos). *“Todo o contacto com eles é fantástico”* (Cuidadora Formal D, 39 anos). *“Lidar com os idosos, falar com eles, ouvir o que tem para dizer.”* (Cuidadora Formal C, 39 anos). *“Comunicar com os idosos...”* (Cuidadora Formal B, 31 anos). *“Gosto de fazer tudo, o que me compete”.* (Cuidadora Formal E, 47 anos). É notório que as cuidadoras formais salientam a construção da relação de ajuda com os idosos como um domínio importante do seu trabalho. Referem que, por vezes a falta de tempo impede que se desenvolvam mais as conversas entre ambas as partes. As funções dos cuidadores formais centram – se no auxílio aos idosos no exercício das atividades básicas de vida diária, no entanto como refere Ribeiro e al. (2009) o cuidado ao idoso pode ser uma tarefa onde podem surgir sentimentos de angústia e desânimo. No entanto, os cuidadores formais são diferentes e podem reagir de forma distinta a cada situação. Por isso, quisemos ter a perceção se os cuidadores formais do nosso estudo sentem dificuldades a executar os cuidados e quais as dificuldades que sentem. *“A falta de tempo para dar mais atenção aos idosos, é preciso ouvi-los e o tempo não chega.”* (Cuidadora Formal E, 47 anos). *“O meu maior problema é mesmo o peso dos utentes.”* (Cuidadora Formal D, 39 anos). *“É a sobrecarga física e emocional, às vezes torna-se difícil ser cuidador.”* (Cuidadora Formal B, 31 anos). *“A subcarga física, existem idosos muito pesados e isso é uma condicionante para o nosso trabalho.”* (Cuidadora Formal A, 32 anos.) *“A falta de tempo para estar com os idosos e a sobrecarga física, existem idosos muito pesados e é complicado a prestação de cuidados.”* (Cuidadora Formal I, 29 anos). *“Não temos condições em casa dos idosos e as nossas viaturas não são adaptadas.”* (Cuidadora Formal F, 51 anos). *“As condições das habitações e o facto de alguns idosos serem pesados torna-se mais difícil a prestação de cuidados.”*

(Cuidadora Formal G, 45 anos). “ *A falta de meios e as condições das habitações no meu entender são as maiores dificuldades.*” (Cuidadora Formal H, 44 anos). As cuidadoras formais vão relatando mais uma vez a falta de tempo como uma dificuldade para a prestação dos cuidados. Para além desta dificuldade salientam outras como o peso do utente e, por vezes, o facto de serem 2 pessoas por equipa, o que acarreta um maior esforço por parte destas profissionais. Referem ainda, a falta de recursos materiais e a falta de condições nas habitações dos idosos para que os cuidados possam ser prestados.

#### **5.4.2 Formação**

No que concerne à formação, foi de todo relevante neste estudo. Perceber se a instituição proporciona aos seus funcionários formações para que possam evoluir os seus conhecimentos e possam acima de tudo melhorar os cuidados que prestam, foi uma das preocupações do estudo para nós. Todas as cuidadoras formais revelaram que a instituição já proporcionou formações em primeiros socorros, ética e cidadania, prevenção de incêndios, prestação de cuidados aos idosos e cuidados básicos. Pretendemos também questionar as cuidadoras formais sobre o facto de sentirem necessidade de formação e, aumentar os seus níveis de conhecimento. “ *Sim, o conhecimento é importante para qualquer profissão.*” (Cuidadora Formal G, 45 anos). “*Sim, para aperfeiçoar o meu desempenho.*” (Cuidadora Formal I, 29 anos). “*Sim, para melhorar enquanto profissional.*” (Cuidadora Formal A, 32 anos). “*Sim as técnicas de cuidado , estão sempre a mudar e a serem aperfeiçoadas e para nós é ótimo aumentar o conhecimento.*” (Cuidadora Formal B, 31 anos). “*Sim, necessitamos de estar sempre a aprender.*” (Cuidadora Formal D, 39 anos.) “ *Sempre, temos de estar em constante formação.*” (Cuidadora Formal C, 39 anos.) “*Quanto mais formação, melhor é o nosso desempenho.*” (Cuidadora Formal E, 47 anos). “ *Se puder ter mais formação, mais conhecimento, acho que é muito bom.*” (Cuidadora Formal H, 44 anos). Todas as cuidadoras revelam interesse em participar em formações concedidas pela instituição, uma vez que enquanto profissionais o conhecimento é de extrema importância para proporcionar serviços com qualidade aos idosos e aos seus familiares. Se esta resposta social quer primar pela prestação de serviços de qualidade tem necessariamente de investir na formação dos seus técnicos, para que possam desempenhar adequadamente as suas funções, respondendo com eficácia às necessidades e problemas dos utilizadores. Para além disso, ao investirem na formação dos seus profissionais estão a

apostar na carreira profissional dos mesmos, uma vez que os estão a dotar de mais competências, e por outro lado a reconhecer que são membros importantes da Instituição. Neste sentido, no ponto seguinte quisemos conhecer a perceção que os cuidadores têm sobre a coordenação e que acompanhamento lhes é feito e se existe trabalho de equipa entre todos os profissionais das diferentes áreas profissionais e das diferentes categorias profissionais.

### **5.4.3 A coordenação do S.A.D e o trabalho em equipa**

A coordenação desta resposta social é de extrema importância, uma vez que a qualidade dos serviços prestados depende, em larga medida, da natureza das relações entre a coordenação e os diferentes profissionais. Quando questionadas as cuidadoras formais sobre se a coordenação acompanhava o trabalho realizado pelas equipas e o que pensavam desse acompanhamento. As Cuidadoras formais revelaram todas que efetivamente a coordenação está presente, atenta aos problemas, e que levava em linha de conta os seus pontos de vista e sugestões. *“Existe um bom acompanhamento. Acho mesmo bom o facto de se preocuparem connosco, com o nosso trabalho e com as nossas opiniões.”* (Cuidadora Formal G, 45 anos). *“Acompanha sempre. É uma coordenação que podemos contar, em todos os momentos, é muito presente.”* (Cuidadora Formal E, 47 anos). *“É um bom acompanhamento, está sempre disponível e do nosso lado.”* (Cuidadora Formal C, 39 anos). *“Tem sido perfeito, porque está sempre presente, e isso traduz-se em segurança.”* (Cuidadora Formal D, 39 anos). *“A coordenação acompanha e é um bom acompanhamento, está presente”.* (Cuidadora Formal B, 31 anos.) *“Sim, existe acompanhamento, e de salientar que é um bom acompanhamento.”* (Cuidadora Formal A, 32 anos).

O trabalho de equipa e a coordenação dessa equipa também é um fator determinante para o S.A.D proporcionar o melhor dos atendimentos aos idosos e às suas famílias. Para além de percebermos que a coordenação é bastante atenta e acompanha em permanência as suas profissionais, quisemos perceber se existia colaboração entre as cuidadoras formais, dado que é um aspeto que não deve ser descurado nas instituições. Todas referiram que existe trabalho em equipa e cooperação entre todas, *“Há trabalho em equipa, a equipa é unida.”* (Cuidadora Formal H, 44 anos). *“Sim, somos poucas mas conseguimos ser um grupo.”* (Cuidadora Formal G, 45 anos). O facto de serem profissionais que trabalham em equipa e terem o sentimento de pertença a um grupo, em que os seus pontos de vista são ouvidos, rentabiliza o seu potencial e é através da

colaboração de todos os profissionais que uma resposta social pode evoluir e funcionar de uma melhor forma. Para isso, é fundamental que a coordenação assegure a ligação entre todos os profissionais, através de reuniões de equipa. Estas acabam por ser momentos privilegiados para abordar questões relacionadas com os serviços prestados, com os problemas que possam ter surgido, e mais que isso é um momento de partilha de conhecimentos e de avaliações do desempenho de cada profissional. Convém, salientar que o trabalho em equipa aumenta o sentimento de pertença dos profissionais, dado que se sentem mais apoiados, motivados e em algumas situações previne o desgaste oriundo da prestação de cuidados aos idosos. Outro aspeto importante quando existe um efetivo trabalho em equipa é, permitir aos profissionais lidar com os desentendimentos e com o conflito, permitindo desta forma exercitar o diálogo e a comunicação.

#### **5.4.4 O ato de Cuidar e os cuidados prestados pelo S.A.D na Visão das Cuidadoras Formais**

A tarefa de cuidar dos idosos é difícil e por vezes, torna – se exigente e desgastante, no entanto, também traz benefícios aos profissionais. Assim questionamos as cuidadoras formais sobre quais seriam os maiores benefícios na tarefa de cuidador. “ *Aprendemos muito com eles e pensamos muito, como será a nossa velhice, é bom cuidar do outro.*” (Cuidadora Formal G, 45 anos). “ *Assim já sei cuidar dos meus familiares.*” (Cuidadora Formal H, 44 anos). “ *Aprende-se a valorizar mais a vida e os momentos.*” (Cuidadora Formal E, 47 anos). “ *Sentimo-nos bem ao ver quando as pessoas recuperaram*” (Cuidadora Formal C, 39 anos). “ *Ajuda – nos a pensar com as histórias dos utentes e acima de tudo a aproveitar a vida.*” (Cuidadora Formal D, 39 anos). O ato de cuidar permite a estas profissionais um crescimento pessoal que se verifica quando relatam que a história de vida daqueles que cuidam as fazem refletir sobre os momentos da sua vida e a forma como a devem aproveitar. Além disso, tem a possibilidade de desenvolver competências e habilidades que podem ser utilizadas junto dos seus familiares e a satisfação profissional por proporcionarem bem – estar e melhorarem a qualidade de vida dos idosos.

No seguimento da identificação dos benefícios, tencionamos perceber qual a visão que as próprias cuidadoras formais têm sobre o grau de satisfação dos idosos relativamente aos serviços prestados pelo S.A.D. “ *No geral, acho que os idosos estão satisfeitos.*” (Cuidadora Formal B, 31anos). “ *Uns estão satisfeitos, muito. Outros nem tanto, digamos que no geral estão satisfeitos.*” ( Cuidadora Formal F, 51 anos). “ *Penso*

*que se encontram satisfeitas*” (Cuidadora Formal I, 29 anos). “*Acho que a maioria está satisfeita com o S.A.D*” (Cuidadora Formal C, 39 anos). A percepção que as cuidadoras têm é que no geral os idosos estão satisfeitos com os serviços prestados, no entanto, identificam que os idosos necessitam de outros serviços que vão para além da distribuição de alimentos, higiene, tratamentos de roupa e controle da medicação. “*Acompanhamento durante o dia e mais convívio.*” (Cuidadora Formal C, 39 anos). “*Apoio emocional e companhia.*” (Cuidadora Formal D, 39 anos). “*Era fundamental mais atenção, mais companhia e mais tempo.*” (Cuidadora Formal I, 29 anos). “*Necessidade de acompanhamento durante o dia.*” (Cuidadora Formal F, 51 anos.) “*Acompanhamento psicológico e actividades de animação.*” (Cuidadora Formal B, 31 anos). “*Actividades de animação e muito importante, serviços de fisioterapia.*” (Cuidadora Formal E, 47 anos.) “*Animação para os idosos que estão sozinhos e acho que a fisioterapia era fundamental.*” (Cuidadora Formal G, 45 anos). Estas cuidadoras salientam que é necessário que o S.A.D alargue o seu leque de serviços e atividades para os idosos e para os seus cuidadores informais, sendo necessário, segundo as cuidadoras formais, mais auxiliares de ação direta, mais recursos materiais, apoio financeiro e ainda que se iniciasse um projeto de combate ao isolamento e à solidão. Quando questionadas se a intervenção do S.A.D melhora a rotina dos cuidadores informais, todas responderam afirmativamente. “*Ajudamos nas mudas das fraldas, nos posicionamentos, na prevenção de úlceras de pressão e tentamos dar apoio emocional, embora o tempo seja curto.*” (Cuidadora Formal H, 44 anos.) “*Aliviamos muito o cansaço destas pessoas, e a sobrecarga que por vezes têm.*” (Cuidadora Formal G, 45 anos). “*O S.A.D ajuda a aliviar o cansaço dos familiares.*” (Cuidadora Formal D, 39 anos.) “*Para acompanhar o cuidador de forma a que não se sinta tão cansado.*” (Cuidadora Formal I, 29 anos.)

Para concluir, perguntamos se na ótica de cuidadoras formais alterariam algum aspeto do funcionamento do S.A.D. “*Mais tempo para estar com os idosos.*” (Cuidadora Formal I, 29 anos.) “*Era necessário carros adaptados para o S.A.D.*” (Cuidadora Formal B, 31 anos.) “*Acrescentaria os carros adaptados para a prática do SAD, seria uma grande ajuda.*” (Cuidadora Formal A, 32 anos.) “*Era preciso mais horas, mais tempo para estar com os idosos, para os idosos não passarem muito tempo sozinhos e também tempo para falar com os cuidadores informais. Para além disso serviços de animação e fisioterapia.*” (Cuidadora Formal G, 45 anos). “*Era necessário um apoio mais abrangente, isto é mais serviços e mais tempo.*” (Cuidadora Formal H,

44 anos.) “*Acrésceteria mais tempo e mais assistência, quer para os idosos quer para os seus cuidadores informais.*” (Cuidadora Formal E, 47 anos). As cuidadoras formais têm a percepção que o tempo é demasiado curto para poderem dar assistência quer aos idosos, quer aos seus cuidadores informais, que em alguns casos são “pacientes ocultos”. Estas cuidadoras formais visualizam em algumas situações que o cuidar de idosos por parte dos cuidadores informais lhes causa desgaste, cansaço, redução do desempenho físico e social e, nomeadamente em algumas situações os faz sentirem-se incapazes de continuar a desempenhar o seu papel. Daí ser relevante, alargar o tempo de permanência das cuidadoras formais com os idosos e as suas famílias. Mas, mais que o tempo despendido é necessário alargar o leque de ofertas do S.A.D e os seus meios, e trabalhar de forma complementar, estabelecer parcerias com outras entidades, (nomeadamente com o centro de saúde, com as autarquias), numa tentativa de se conseguir dar qualidade de vida e bem – estar quer aos idosos e às suas famílias. Temos cada vez mais idosos com necessidades distintas e, por isso é necessário que haja um esforço conjunto de várias entidades e que se criem projetos que intervenham para satisfazer as múltiplas necessidades de cada idoso e das suas famílias. E, por isso, no ponto seguinte iremos apresentar uma breve proposta de intervenção para o S.A.D, assente numa estratégia de complementaridade de cuidados entre as várias instituições, os diferentes profissionais e as famílias dos idosos.

## **Capítulo VI: Proposta de intervenção para a estrutura de apoio domiciliário assente numa estratégia de complementaridade de cuidados entre profissionais, familiares e outras entidades.**

Neste trabalho tivemos a possibilidade de realizar 29 entrevistas semi – dirigidas. Mesmo sendo uma amostra reduzida permitiu - nos perceber que o S.A.D, enquanto resposta social, é uma grande mais-valia para todos aqueles que usufruem dos seus serviços, uma vez que consegue manter os idosos o maior tempo possível no seu domicílio. Como foi referido nos testemunhos dos idosos, permanecer no seu domicílio é uma das suas grandes vontades. No entanto para que tal ocorra tem que acontecer algumas mudanças nos serviços prestados pelas estruturas de S.A.D. Os idosos, os cuidadores formais e informais foram salientando algumas necessidades dos idosos e

famílias que se deviam ter também em consideração. Falam na questão do pouco tempo que as cuidadoras formais permanecem no domicílio. As próprias cuidadoras formais têm noção que era necessário mais tempo para desempenhar as suas tarefas e para estabelecer laços quer com os idosos, quer com os seus cuidadores informais. Para além disso, é na altura que o S.A.D vai a casa dos idosos que muitos cuidadores aproveitam para poder sair ou para poderem falar com as cuidadoras sobre o que estão a viver, as dificuldades e as necessidades que estão a sentir. Como o tempo escasseia, era necessário que as visitas fossem mais demoradas e realizadas mais vezes ao dia, uma vez que existem casos em que o cuidador informal depois da visita do S.A.D não consegue mais levantar o idoso da cama. Existem idosos que passam o resto do dia sozinhos sem nenhuma retaguarda familiar, e por isso é necessário repensar a atuação das equipas de S.A.D. Se existisse uma complementaridade efetiva entre os cuidadores formais, informais e outros profissionais, o serviço de apoio domiciliário conseguiria ser uma resposta inovadora, no sentido em que permitia aos idosos continuar no meio habitual de vida por mais tempo e com serviços de qualidade assegurados. Esta maior permanência das equipas do S.A.D permitia também que os cuidadores informais tivessem mais ajudas e orientações para agir em situações de maior dificuldade.

Consideramos alguns serviços que poderiam melhorar o funcionamento do S.A.D e, por conseguinte, um melhor aproveitamento do trabalho realizado nesta resposta social. O S.A.D para além da oferta de serviços existente, deveria, no nosso entender, ter uma equipa multidisciplinar de profissionais que acompanhassem as cuidadoras formais a casa dos idosos e das suas famílias. Falamos em profissionais das áreas da fisioterapia, psicologia, nutrição, enfermagem, entre outras. Este acompanhamento poderia ser semanal ou diário consoante as situações e dificuldades em que os idosos e os seus cuidadores se encontrassem. Claro que esta medida acarretava mais uma despesa para a instituição, mas podiam ser feitas parcerias com os centros de saúde e com os centros de emprego. Neste sentido, delineámos alguns caminhos de intervenção que podem ser seguidos pelas estruturas de S.A.D, contribuindo para uma maior qualidade de vida dos idosos e dos seus cuidadores informais:

- A criação de uma linha de apoio disponível 24h por dia para ser utilizada pelos idosos e pelos seus cuidadores para a colocação de questões, para falarem de uma situação que ocorreu, para tirarem dúvidas e para terem uma companhia. Esta linha funcionaria com

aconselhamento técnico personalizado. E, se necessário uma equipa do S.A.D deslocar-se-ia ao domicílio dos idosos.

- Disponibilidade de serviços de cuidados de saúde e de higiene 24 h por dia, todos os dias da semana. (Existem situações de idosos, como já foi salientado, que após a visita das cuidadoras formais ficam o resto do dia deitados porque os seus cuidadores informais não os conseguem levantar ou então porque estes idosos não possuem qualquer retaguarda familiar e ficam até ao dia seguinte sozinhos).

- A animação sociocultural ao domicílio (é uma das lacunas que as cuidadoras formais salientam): é possível através da constituição de uma equipa de animadores e terapeutas ocupacionais, que através de diferentes métodos e apoiada por diagnósticos previamente elaborados aos idosos, implicar os idosos em diferentes actividades. As actividades poderiam passar pela expressão plástica, com o objetivo de manter a motricidade e promover a criatividade; através da pintura, colagem, escultura, recortes, desenhos, costura. Actividades de estimulação cognitiva: no sentido de aumentar a atividade cerebral e retardar efeitos de perda de memória: através de jogos de memória, palavras cruzadas, puzzles, reconstituição da história de vida. Actividades de estimulação motora: que visassem desenvolver e aumentar a coordenação motora e a destreza física. Actividades de animação sensorial: ao longo do tempo os sentidos vão ficando menos apurados, por isso os jogos de descobrir sabores, jogos de identificação de cheiros e objetos, vão estimular os sentidos.

- Recolha de saberes, costumes, lendas e tradições: a equipa de animação sociocultural poderia fazer uma recolha destes conhecimentos e criar um mural na instituição com os saberes dos utilizadores do S.A.D, ou até mesmo um livro que eterniza-se estes saberes.

- Aos idosos mais dependentes e acamados depois de ser realizado um diagnóstico poder-se-ia estimular o raciocínio e a memória, através de jogos, da leitura de notícias e da música.
  
- Um dia por semana, os idosos do S.A.D encontravam-se todos na Instituição com a equipa de animação sociocultural para desenvolver diversas atividades. E nesse dia o cuidador informal estaria livre dos cuidados para resolver assuntos pessoais, para descansar ou até mesmo para dar um passeio.
  
- Criação de um gabinete do cuidador para os cuidadores formais e informais que tivessem algumas questões, dúvidas e necessidades. A dinamizar o gabinete estariam técnicos prontos a ouvir e a dar indicação sobre possíveis soluções. Este gabinete também poderia funcionar como um ponto de encontro mensal de cuidadores informais, em que eles se encontravam e partilhavam experiências, realizavam atividades em grupo. No caso dos cuidadores formais seria pertinente existir formações contínuas e um acompanhamento da coordenação.

Assim, depois de apresentamos as nossas propostas que foram surgindo ao longo da elaboração deste trabalho, com a perceção da realidade do ato de cuidar e de tudo o que engloba, esperamos ter deixado algumas sugestões que possam contribuir para melhorar a resposta de Apoio Domiciliário que atualmente tem um papel crucial na vida dos idosos e das suas famílias.

## **Conclusão:**

Com este trabalho percebeu-se que existem diversas potencialidades<sup>9</sup> se existir uma complementaridade entre cuidadores informais e cuidadores formais das estruturas de apoio domiciliário e de outras organizações da comunidade local. De salientar que, atendendo à metodologia utilizada que elegeu o estudo de caso e ao número reduzido de entrevistas realizadas, os dados permitem apenas tirar conclusões para a instituição por nós estudada e para os seus utilizadores da estrutura de apoio domiciliário e para os seus cuidadores informais.

Sabemos que é fundamental melhorar o bem – estar e a qualidade de vida dos idosos e dos seus cuidadores informais. Por isso, é relevante aperfeiçoar e ajustar as intervenções às realidades vividas pelos idosos e pelos seus cuidadores, tendo a consciência da heterogeneidade das situações que nos obriga a ter um plano de acompanhamento personalizado das situações. Considera-se que também é preciso dotar os cuidadores formais de mais meios, de estratégias que amenizem situações de stress e sobrecarga emocional, para que possam responder assertivamente a todas as realidades vivenciadas durante o exercício da sua atividade profissional. Um aspeto positivo que se deve destacar neste trabalho é a coordenação da equipa das cuidadoras formais que participaram no estudo, estas cuidadoras sentem apoio, confiança para partilhar situações que correm menos bem. Por outras palavras, estas cuidadoras têm voz junto da estrutura de coordenação. Esta coordenação quer estar ao corrente de todas as situações que acontecem no dia-a-dia e quer ouvir as opiniões destas profissionais para melhor planificar e implementar os cuidados prestados aos idosos. Este tipo de modelo de coordenação melhora a relação entre os profissionais e reflete-se depois no seu desempenho. O sucesso de qualquer instituição depende, em larga medida, dos seus recursos humanos. Estes são fundamentais para o cumprimento da missão da

---

<sup>9</sup> Potencialidades: permite aos cuidadores informais uma redução do cansaço, da sobrecarga e de chegar a situações de exaustão, bem como terem tempo para si e não se anularem enquanto pessoas.

Relativamente aos cuidadores formais esta complementaridade permite conhecer melhor os familiares dos idosos, permite conhecer a realidade em que vivem e o facto de existir uma equipa multidisciplinar, possibilita a partilha de conhecimentos, de medos, de receios e de crescimento enquanto profissionais.

Instituição. A gestão dos profissionais é um conceito que deve ser apreendido dentro das instituições, uma vez que a qualidade dos serviços prestados deriva da qualidade dos seus profissionais. Para além das suas competências académicas é fundamental valorizar outras características nos profissionais, neste caso concreto a sua sensibilidade para trabalhar com idosos e com as suas famílias, o afeto, o respeito e o empenho no bem – estar dos idosos e dos seus cuidadores informais. O coordenador da equipa deve falar abertamente com cada um dos profissionais, acompanhando as suas dificuldades, o seu desempenho e ouvindo as sugestões que lhes são propostas, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços. Para além disso, deve acompanhar as equipas do S.A.D para perceber quais são as efetivas necessidades dos idosos e dos seus cuidadores, que podem ser muito mais do que aquelas que já foram identificadas. É na visita domiciliária que o coordenador consegue perceber outras necessidades para além daqueles que foram identificadas, por isso é bastante importante o acompanhamento efetivo por parte da coordenação quer das equipas do S.A.D, quer dos próprios idosos e das suas famílias.

Ao longo de todo o processo de realização deste trabalho percebemos também que o S.A.D, embora seja um serviço de proximidade, tem que ir para além de um simples fornecimento de refeições e/ou de um serviço que assegure a realização da higiene aos idosos e/ou aos seus domicílios. O S.A.D tem de evoluir para uma resposta que funcione dinamizada por uma equipa multidisciplinar em que os seus elementos mobilizem os seus saberes e as suas competências para melhor responder aos problemas e necessidades dos idosos e dos seus familiares e em que trabalhem numa lógica de parceria com os profissionais de outras entidades existentes num dado território social local. Esta forma de atuar visa colmatar as lacunas existentes e, por conseguinte, ter repercussões positivas a nível de satisfação de necessidades e a nível psicológico, de auto-estima e confiança nos idosos e nos seus cuidadores formais e informais.

Este trabalho permitiu perceber a realidade de uma instituição, dos seus cuidadores, dos idosos e das suas famílias, e acima de tudo que a tarefa de cuidar é difícil, mas gratificante. E mais que isso fez reflectir sobre a mudança da sociedade tradicional para a sociedade atual que acarretou mudanças no universo do trabalho e das relações familiares, levando a que o idoso perdesse o seu estatuto de ancião, deixando de ser visto como um ser dotado de conhecimentos. Para contrariar estas representações negativas é necessário melhor formar os profissionais das instituições, muni-los de um conhecimento que os leve, tal como aconteceu com as cuidadoras formais do S.A.D em

estudo, a relatar que as histórias de vida e o conhecimento destas pessoas idosas as fazem refletir e as levaram a agir de forma diferente, focadas no papel crucial que os idosos devem ter e no direito que deviam ter de viver de forma saudável e ativa. Daí ser da máxima importância a implementação de algumas mudanças na resposta social S.A.D para que os idosos terminem os seus dias com o melhor bem-estar possível. Essa é a melhor herança que podemos deixar aos idosos, e por isso reforçamos que é necessário ter respostas sociais sensíveis às necessidades dos indivíduos e disponíveis para avaliar o trabalho realizado e intervir numa perspectiva de inovação.

## Bibliografia:

- Almeida, L.; Leão, I.; Oliveira, J.; Santos, M. (2006). *Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade*. 2 (1): 50-58.
- Almeida, S.; GROS, M. (2012). Viver até morrer: Que modelos organizativos inventar?. *VII Congresso Português de Sociologia. Sociedade, Crise e Reconfigurações*. 1-14.
- Alvarenga, A. (2000). Os Envelhecimentos. *População e as suas consequências na Zona Euro II*. Lisboa: Departamento de Perspectiva – Ministério da Educação.
- Amado, J. (2009). *Introdução à Investigação Qualitativa em Educação investigação educacional II*. Relatório de disciplina apresentado nas Provas Públicas de Agregação à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra
- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Universidade do Minho, Tese de Mestrado em ciências da educação.
- Anderson, R.; Breuninger, C.; Harold, C.; Poole, L. (2001). *Pocket Guide to Home Care Standards: Complete Guidelines for Clinical Practice, Documentation, and Reimbursement*. USA: Springhouse Home Care.
- Angelo, M. (2000). O contexto familiar. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliário. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu. 27-31
- Aramburu, I., Izquierdo, A., & Romo, I. (2001). Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de

Alzheimer y ancianos com patologia no invalidante. *Rev. Mult. Gerontol.* 11 (2), pp. 64 – 71.

- Azeredo, Z.; Matos, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista Faculdade Medicina Lisboa: Lisboa. Série III, vol. 8, n.4 (Jul./Ago.,2008), 199-204.*
- Baker, D; Gottschalk, M.; Eng, C.; Weber, S.; Tinetti, M. (2001). The Design and Implementation of restorative Care Model for Home Care. *The Gerontologist.* 41 (2), 257-263.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças.* 12 (1), 119-129.
- Bardin, L.(1977) *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70, Lda.
- Barenys, Maria Pia.(1990). *Residências de Ancianos, Fundació Caixa de Pensions.* Barcelona.
- Benjamin, A. (1999). A normative analysis of home care goals. *Journal of aging and health.* 11(3), 445-468.
- Bogdan, Robert e Biklen, Sari. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação.* Porto: PortoEditora.
- Bonfim e Veiga. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário.* Lisboa. Recuperado em 11 de Novembro de 2015:  
[http://www.segsocial.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o\\_apoio\\_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a](http://www.segsocial.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a)
- Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi&Camargo.(2002). *Arquivos de Neuro – Psiquiatria.* Reabilitação Cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de uma equipe

multidisciplinar. 60 (1), 70-79. Consultado em: 30 de Junho de 2016 .

Disponível em: [www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234](http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234)

- Brito, L.(2002) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Carta Social. (2010). *Folha informativa n.º3*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Disponível em: [www.cartasocial.pt/pdf/FI032010.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/FI032010.pdf)  
Acedido em:3 de Novembro de 2015
- Carta Social. (2010). *Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*. Gabinete de Estratégia e Planeamento.  
Disponível em: [www.cartasocial.pt/pdf/csocial2010.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2010.pdf) Acedido em: 3 de Novembro de 2015
- Carvalho, Maria Irene. (2013). Um percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, F. (2011). Idosos – Manutenção no Domicílio e Educação Social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. Volume IV, N.º 2. 17 Disponível em: <http://files.rtgerontologia.webnode.pt/200000065-282ea29288/RTG2.pdf>  
Acedido em: 18 de Fevereiro de 2016
- Costa, E.,Monego, E. (2003). Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da Universidade Federal Goiás*, vol.5, n.º2.
- Dep. Estatísticas Censitárias População.(2002).O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. In *Revista de Estudos Demográficos*.Nº32. Lisboa:INE.185-208.

- Diogo, M.J.D.E. (1997). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Rev.latino-am.enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 5, n. 1.59-64.
- Eurostat, Eurostat Population Projections (2004).based: main results from the trend scenario.
- Faleiros, V. (2013). Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer Bem. In *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Fernandes, A. Velhice e Sociedade: alterações nos calendários demográficos e políticas sociais. In V cursos internacionais de verão de Cascais. *A família*. 4º. Vol. Cascais
- Fernandes, A. (2004). Quando a vida é mais longa...Os impactos sociais do aumento de Longevidade. In Quaresma, Maria de Lourdes et al, *o sentido das idades da vida – interrogar a solidão e a dependência*.Lisboa.13-36.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no idoso*. 2ª ed, Coimbra, Quarteto.
- Ferreira, M. de F. (2009). Cuidar no domicílio: avaliação da sobrecarga da família/ cuidador principal no suporte paliativo do doente oncológico. *Cadernos de Saúde*. 2, (1) , 67-88. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1996) *O Processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Guerra, I. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia.

- Hesketh, J. L., Costa, M. T. P. M.(1980). Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. *RAE – Revista de administração de empresas*.v20, n.3, Jul – Set.
- Hogstel, M. O.; Gaul, A. L.(1991). *Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses*. J. Gerontol. Nurs., v. 17, n. 3, p. 6-11, Estados Unidos.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Inquérito à fecundidade e família: resultados definitivos*. Lisboa: INE
- INE, Instituto Nacional de Estatística.(2013).*Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy6yBIYXOAhWHOxoKHdtwAb8QFgghMAE&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F23625%2F1%2FICS\\_SAtalaia\\_VCunha\\_KWall\\_SMarinho\\_VRamos\\_Como\\_ASITEN.pdf&usq=AFQjCNFAS8OuzJkS3cFws49M\\_oq8vG\\_iCQ&bvm=bv.127521224,d.d24](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy6yBIYXOAhWHOxoKHdtwAb8QFgghMAE&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F23625%2F1%2FICS_SAtalaia_VCunha_KWall_SMarinho_VRamos_Como_ASITEN.pdf&usq=AFQjCNFAS8OuzJkS3cFws49M_oq8vG_iCQ&bvm=bv.127521224,d.d24)  
Acedido: 13 de Julho de 2016
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio – económica recente das pessoas idosas*. Lisboa.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Projeções de População Residente, NUTS III, 2000-2050*.Lisboa.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2006). *Estimativas Provisórias de População Residente, 2005, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Lisboa.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2014). Dia da população: 11 Julho de 2014. Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiOgNzNuajQAhVC9YMKHSTCBAkQFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt\\_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D218](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiOgNzNuajQAhVC9YMKHSTCBAkQFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D218)

948085%26att\_display%3Dn%26att\_download%3Dy&usg=AFQjCNEQckHiAGgl08YF1yIWe2fMfb76KA&cad=rja Acedido em 14 de Setembro de 2016

- José, S. (2012). Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajectórias de cuidar de um familiar idoso. *Revista da faculdade de letras da universidade do Porto*. N° temático – Envelhecimento demográfico: Percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa. Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiuvIj\\_io3OAhXE1BoKHe5rCU8QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fler.letras.up.pt%2Fuploads%2Fficheiros%2F10572.pdf&usg=AFQjCNGb2GKd1fWIUjvtKKrSIMBSpSvYIg&cad=rja](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiuvIj_io3OAhXE1BoKHe5rCU8QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fler.letras.up.pt%2Fuploads%2Fficheiros%2F10572.pdf&usg=AFQjCNGb2GKd1fWIUjvtKKrSIMBSpSvYIg&cad=rja) Acedido em: 24 de Julho de 2016
- LAGE, I.(2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl, C. & Fonseca,A., (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Leuschner, A. (2009). Viver mais, viver melhor. A doença na solidão. In Fundação Calouste Gulbenkian – Fórum Gulbenkian de Saúde. *O Tempo da Vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento*. Cascais: Principia.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de saúde publica*.25, (1), 39-46.
- Ludke, Menga & André, Marli E.D. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. Brasil: Editora Pedagógica e Universitária.
- Luzardo, R. A, Gorini, M. I. P. C., & Silva, A. P. S. S. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Enferm*. 15 (4), 587 – 94.
- Machado, Fernando Luís, António Firmino da Costa, Rosário Mauritti, Suzana da Cruz Martins, José Luís Casanova, e João Ferreira de Almeida. (2003).Classes sociais e estudantes universitários: origens, oportunidades e orientações. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N° 66, 45-80.

- Manual de processos – chave : *serviço de apoio domiciliário*. 2ª edição.  
Disponível em:  
[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiopKbzpe7NAhXDshQKHcD4AZcQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.seg-social.pt%2Fdocuments%2F10152%2F13866%2Fgqrs\\_apoio\\_domiciliario\\_processos-chave%2F70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f&usg=AFQjCNFG-IrOHIW--w-0yjmd32sWp\\_IbIA&bvm=bv.126130881,d.d24&cad=rja](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiopKbzpe7NAhXDshQKHcD4AZcQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.seg-social.pt%2Fdocuments%2F10152%2F13866%2Fgqrs_apoio_domiciliario_processos-chave%2F70fb69dd-708c-4318-96be-fdd98513da3f&usg=AFQjCNFG-IrOHIW--w-0yjmd32sWp_IbIA&bvm=bv.126130881,d.d24&cad=rja) Acedido em 3 de Março de 2016
- Martin, I., Oliveira – de L., Duarte, N. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos utentes idosos do serviço de apoio domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 13 (2), 245 -254.  
Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a09v13n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a09v13n2.pdf) Acedido em: 3 de Novembro de 2015
- Marques, M.J., Teixeira, H. & Souza, D.C. (2012). Informal caregivers in Portugal: experiences of caring for elderly. *Trabalho, Educação e Saúde*. 10 (1), 147-159.
- Marques, R., & Dixe, M. A. (2010). Dificuldades dos cuidadores de doentes dependentes. *International Journal of Developmental and Educational psychology*. 1 (1). 487 – 497.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martinelli, M. (1999). *Pesquisa Qualitativa – Um Instigante Desafio*. São Paulo: Veras.
- Martins, T.(2006). *AVC - Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de vida e Bem estar dos doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra : Formasau.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.

- Moody, H. (2009). *Aging: Concepts and controversies*. Pine Forge Press.
- Núcleo de estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, *Avaliação Geriátrica*. Disponível em:  
[http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf) Acesso em 21 de Janeiro de 2016
- Nunes, Nuno. (2008). *A sociologia das classes sociais na investigação sociológica em Portugal*. Lisboa: CIES – ISCTE. (CIES E- working paper, 48)
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Guia Global das Cidades das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em:  
[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjJGAlOzOAhWJthoKHfNmAuwQFggdMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.gulbenkian.pt%2Fimages%2FmediaRep%2Finstitucional%2FFTP\\_files%2Fpdfs%2FPGDesenvolvimentoHumano%2FProjIdosos\\_GuiaCidades2009.pdf&usq=AFQjCNGV-GPSGj3N8PeV3OyjTG5d27GpuQ&cad=rja](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjJGAlOzOAhWJthoKHfNmAuwQFggdMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.gulbenkian.pt%2Fimages%2FmediaRep%2Finstitucional%2FFTP_files%2Fpdfs%2FPGDesenvolvimentoHumano%2FProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf&usq=AFQjCNGV-GPSGj3N8PeV3OyjTG5d27GpuQ&cad=rja) Acedido em: 24 de Julho de 2016
- Oliveira, J.H.B.(2005). *Psicologia do Envelhecimento e da velhice*. Legis: Editora.15.
- Osório, Augustín R. e Pinto, Fernando C.(2007) *As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa*. Horizontes Pedagógicos: Instituto Piaget.
- Palma, E. M. C. (1999). *Enfermagem Agora- A família com idosos dependentes - Que expectativas?.* *Enfermagem*. Nº 15, 2ª série. Lisboa. 27-40.
- Paschoal, S.(1999), *Epidemiologia do Envelhecimento*. In *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C. e Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Gradiva.

- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.
- Paterson, A., D., & Burgess, J. M. (2009). Sustaining Informal Caregivers: *New York State Caregiver Support Programs Participants Survey*, New York: State office for the aging.
- Pereira, F. (2013). Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade nos sistemas de apoio aos idosos no interior norte de Portugal. In *Seminário Brasil – Portugal*. Trabalho em saúde, Desigualdades e Políticas Públicas.
- Peretz, H. (2000). *Métodos em Sociologia*. Lisboa: Temas e Debates.
- Pimentel, Luísa (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, L. & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos*, 9(2), 251-263.
- Pinto, C. (2013) Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos. In *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Ponte, J.P. (1994). *O Projecto Minerva – Introduzindo as NTI na Educação em Portugal*. DEPGEF
- Portugal, S. (2007). O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº 79.
- Portugal, S. (2006). *Novas Famílias, Modos Antigos. As redes sociais na produção de bem-estar*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Tese de Doutoramento em Sociologia.

- Quaresma, M. (2008). Questões do Envelhecimento nas Sociedades Contemporâneas. *Revista Kairós*.11(2), Dezembro 28.37.
- Quintela, M.(2001). O papel dos lares de 3ªidade. *Geriatrics*. 136, 27-45.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo (2009). In Carvalho, A. (2012) *Solidão – nos limiares da Pessoa e da Solidariedade*. Porto: Afrontamento.167
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., Ferreira, E. & Ferreira, R. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 870-875
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Sánchez, F. L., e Ulacia, J. C. O. (2005). *Sexualidad en la vejez* (2 ed.). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Sarmiento, E.; Pinto, P. e Monteiro, S. (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Stake, R. (2005). Qualitative Case Studies. In Norman Denzin & Yvonna Lincoln (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research (third edition)*. London: Sage Publicatios. 443-466.
- Savoie – Zajc, Lorraine. (2003). A entrevista semidirigida. In *Gauthier, Benoît – Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. 3 ed. Loures: Lusociência.Cap.11

- Sebastião C., Albuquerque C.(2011). Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactes da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. *Revista Kairós*.14 (4). 25-49.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da família*, Lisboa, Terramar
- Sequeira, C. (2007). Adaptação e validação da escala de sobrecarga de cuidador de Zarit. *Referência*. 12, (2), 9-16.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*., Vols. II Série - n.º12.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa : Lidel Edições Técnicas.
- Sequeira, C.(2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de ZaritReferência. *Revista de Enfermagem*. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003>> ISSN 0874-0283 Acedido em: 18 de Fevereiro de 2016
- Serviço de Apoio Domiciliário – Manual de Processos – Chave.(2010). Disponível em: [www.seg-social.pt/](http://www.seg-social.pt/) Acedido em: 3 de Novembro de 2015
- Silva, A., Fossá M. (2013). *Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiggumPqbrQAhXr6oMKHQpkBsoQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anpad.org.br%2Fdiversos%2Ftrabalhos%2FEnEPQ%2Fenepq\\_2013%2F2013\\_EnEPQ129.pdf&usg=AFQjCNGA\\_chB8t0u6Y8T9R-01tt865s9Yg&bvm=bv.139250283,d.cGc&cad=rja](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiggumPqbrQAhXr6oMKHQpkBsoQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anpad.org.br%2Fdiversos%2Ftrabalhos%2FEnEPQ%2Fenepq_2013%2F2013_EnEPQ129.pdf&usg=AFQjCNGA_chB8t0u6Y8T9R-01tt865s9Yg&bvm=bv.139250283,d.cGc&cad=rja) Acedido a 20 de Setembro de 2016
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família – os cuidados familiares na velhice* (2.ª ed.). Porto: Ambar.

- Sousa, L. (2008) Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Saúde dos idosos*. V.26, n.1, pp. 15-24
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia.
- Stone, R. (2001). Home and Community – Based Care. Toward a Caring Paradigm. In Cluff, L.,; Binstock, R. (Eds) *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, families, Communities, and society*.155-176. USA: The Johns Hopkins University Press
- Tuckman, B. W. (1994). *Manual de Investigação em Educação: como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.507-510; 524-535
- Wilson, C. (2009). Quantos Somos, Como Seremos. O envelhecimento no século XXI – perspectivas demográficas. In Fundação Calouste Gulbenkian – Fórum Gulbenkian de Saúde. *O Tempo da Vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento*. Cascais: Principia.
- World Health Organization – WHO. (2005). Active ageing: a policy framework. Traduzido por Gontijo, S. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde.

## **Anexos**

*Anexo 1: Termos de consentimento informado*

## **Termo de consentimento informado**

Eu, Sara Graciete dos Santos Costa, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, venho por este meio solicitar a sua colaboração numa entrevista gravada, a realizar no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, que visa compreender as vantagens da articulação entre cuidadores formais e cuidadores familiares na satisfação das necessidades inerentes ao idoso.

A sua participação é da máxima importância para a investigação. No entanto, a sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de abandonar em qualquer momento este estudo, sendo que a sua recusa em participar ou o seu posterior abandono não prejudicará a sua relação com a Instituição. Os resultados serão apresentados em contexto académico, mas os participantes nunca serão identificados, seguindo a obrigação do sigilo profissional.

Assinatura do/a Participante:

---

Assinatura da Mestranda

---

Grata pela sua colaboração, Porto

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Exm<sup>a</sup>. Direcção

Assunto: Autorização para estudo de investigação

Eu, Sara Graciete dos Santos Costa, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, encontro-me a elaborar uma dissertação cuja temática assenta na complementaridade que, ao nível do apoio domiciliário, existe entre os cuidadores profissionalizados e os cuidados informais prestados no seio dos grupos primários (por familiares, amigos e vizinhos) no assegurar da satisfação das necessidades dos idosos. O objectivo principal deste estudo passa por compreender de que forma o serviço de apoio domiciliário pode ser prestado de forma complementar ao cuidado informal para permitir a satisfação da multiplicidade de necessidades dos idosos.

Assim, no âmbito da realização deste estudo, necessito de proceder a uma recolha de dados, para a qual solicito a colaboração desta Instituição. Deste modo, com o intuito de me ser autorizada a realização de entrevistas aos cuidadores formais, informais e idosos (que de livre vontade aceitem participar nesta investigação), solicito autorização de vossas excelências. Salvaguardo que a identidade da Instituição e dos participantes é confidencial e toda a informação recolhida destina-se apenas para fins académicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Com os melhores cumprimentos

---

## *Anexo 2: Entrevistas – Cuidadores formais, Cuidadores Informais e Idosos*

### Entrevista – Cuidadores do Serviço do apoio domiciliário

#### Dados Sociodemográficos

Género	<input type="text"/>	Idade	<input type="text"/>
Estado Civil:	<input type="text"/>	Escolaridade:	<input type="text"/>

#### Contexto Profissional

Há quanto tempo exerce a profissão de cuidador nesta organização?

#### Tipo de Contrato:

- Contrato de trabalho a termo certo
- Contrato de trabalho a termo incerto
- Contrato sem termo
- Outro: \_\_\_\_\_

Qual o motivo que o (a) levou a escolher esta função?

- Inexistência de outra oportunidade profissional
- Gosto em trabalhar com os idosos (vocaçãõ)
- Outro motivo, qual? \_\_\_\_\_

O Serviço em que trabalha quais as tarefas que lhe atribui? Consegue cumprir todas as tarefas que decorrem das suas funções? Se não consegue cumprir, quais os motivos?

O que mais gosta de fazer dentro das suas funções ?

**Sente dificuldades na prestação de cuidados a idosos?**

Sim  Não

**Se sim, selecione que tipo de dificuldades:**

- Sobrecarga física;
- Sobrecarga emocional;
- Falta de conhecimentos técnicos;
- Falta de recursos materiais / espaços adequados
- Falta de ajudas técnicas
- Interação / comunicação com a família
- Falta de outros recursos humanos.
- Falta de tempo.

**Quais as principais dificuldades com que se depara no exercício da sua actividade profissional?**

**A instituição em que trabalha já lhe proporcionou alguma formação? Quais e em que temas?**

**Sente necessidade de formação e de aumentar os seus níveis de conhecimento?**

Como é que a coordenação do serviço de apoio domiciliário acompanha o trabalho realizado pelas equipas? O que pensa desse acompanhamento?

Acha que há trabalho em equipa entre os profissionais?

Considera que a sua tarefa de cuidadores lhe traz benefícios pessoais? Se, sim quais?

Qual acha ser o grau de satisfação dos idosos no que diz respeito aos serviços que lhes são prestados pelo apoio domiciliário?

Os utentes demonstram necessidade por algum tipo de serviço que vá para além da distribuição de alimentos, da higiene, tratamentos de roupas e controle da medicação?

**Considera que o serviço de apoio domiciliário preenche todas as necessidades dos idosos que serve?**

**Se não, quais dos seguintes tipos de necessidades, que o serviços de apoio domiciliário não consegue satisfazer:**

Acompanhamento / apoio decente a refeição;

Assistência na toma da medicação;

De presença (Integração e participação familiar)

Atividades de animação;

De escuta ativa;

Acompanhamento a o exterior;

Outras

necessidades, quais

**O que pensa ser necessário fazer mais para melhorar o dia-a-dia dos idosos e dos seus cuidadores informais que recebem apoio domiciliário:**

Prolongar o serviço 24H /dia, inclusive fins-de-semana;

Mais auxiliares de ação direta;

Iniciar um projeto de combate ao isolamento e solidão

Mais recursos materiais;

Apoio financeiro;

Outra situação, qual

---

**Considera que a intervenção do serviço de apoio domiciliário, melhora a rotina dos cuidadores informais:**

Sim  Não

**Se sim, em que medida?**

**Na sua perspetiva mudaria / acrescentaria algum aspeto ao serviço do serviço de apoio domiciliário?**

## Entrevista – Idosos

### Dados Sociodemográficos

Idade

Nº  
filhos:

**Sexo:** Masculino  Feminino

### Estado Civil :

- Casado (a)
- União de facto
- Divorciado (a)
- Outra situação

### Habilitações Literárias :

#### Idoso / Cônjuge

- Analfabeto (a):
- Sabe ler e escrever sem grau
- 1º ciclo do ensino básico (4º ano);
- 2º ciclo do ensino básico (6º ano);
- 3º ciclo do ensino básico (9º ano);
- Ensino secundário (12º ano)
- Ensino Superior

### Condições perante o trabalho predominante ao longo da vida:

#### Idoso / Cônjuge

- Empregado;
- Desempregado;
- Reformado;

Estudante

Outra \_\_\_\_\_

**Situação da profissão dominante ao longo da vida:**

**Idoso / Cônjuge**

Empregado por conta de outrem

Trabalhador por conta própria

Trabalhador familiar remunerado

Trabalhador familiar não remunerado

Patrão com menos de 10 pessoas ao serviço

Patrão com 11-50 pessoas ao serviço

Patrão com mais de 50 pessoas ao serviço

Outra situação: \_\_\_\_\_

**Actividade Profissional:** \_\_\_\_\_

(idoso)

(cônjuge)

**Rede familiar / social:**

**Com quem vive?**

**É visitado regularmente pela sua família, ou pelos seus vizinhos e amigos? Quantas vezes por dia/semana? Quais as actividades de vida diária ( básicas/ instrumentais) que o ajudam a realizar?**

**Costuma sentir-se só?**

**Ter alguém durante o dia aumenta a sua confiança?**

**Saúde:**

**1- Costuma ir ao médico regularmente?**

**2- De qual (ais) dos seguintes problemas sofre actualmente?**

- Dificuldades de mobilidade (andar)
- Respiratórias (asma, bronquite)
- Aparelho circulatório (má circulação, hipertensão)
- Digestivos
- Endócrinos
- Urinários
- Outros : \_\_\_\_\_

**3. Tem algum tipo de dificuldade nos olhos que o impede de ler, inclusive com óculos?**

**4. Em geral, como pensa que é o seu estado de saúde actual? ( Excelente, Bom, Normal, Regular, Mau)**

Ocupação de tempo:

Como ocupa o seu dia normalmente?

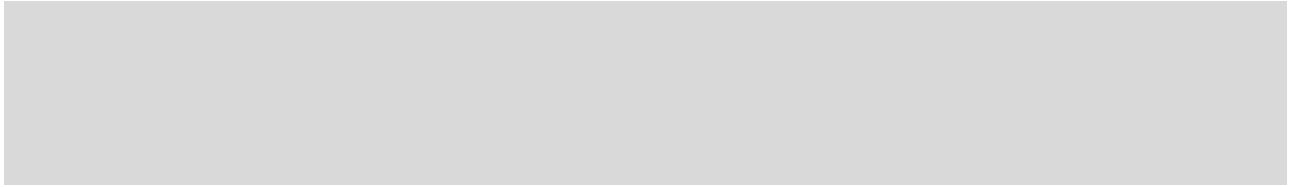
Quais das seguintes actividades realiza frequentemente:

- Ver televisão
- Ouvir música
- Ler o Jornal ou um livro
- Escrever ( cartas, poemas, etc)
- Coser ou bordar
- Cuidar de plantas, horticultura ou jardinagem
- Dar passeios
- Visitar amigos ou parentes
- Ir de Viagem ou excursão
- Assistir a actos religiosos
- Realizar algum trabalho voluntário
- Outro: \_\_\_\_\_

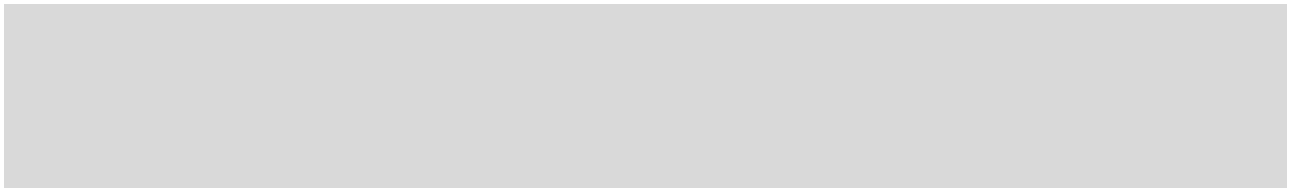
Quais as suas principais preocupações?

**Tipos de cuidados que recebe:**

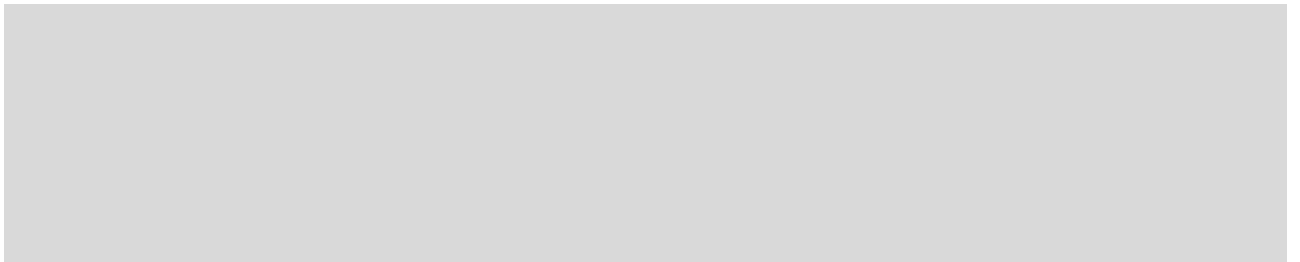
**Porque motivo contratou o apoio domiciliário?**



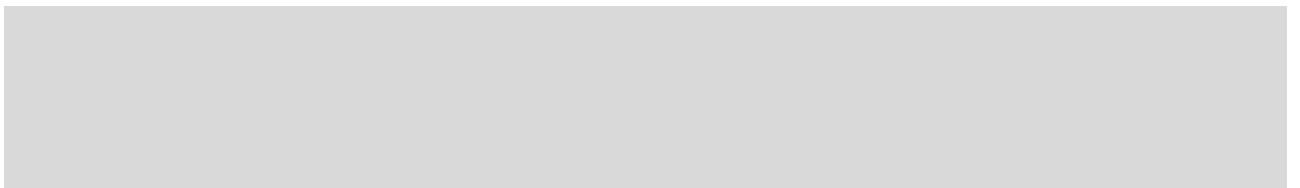
**Há quanto tempo usufrui do serviço de apoio domiciliário?**



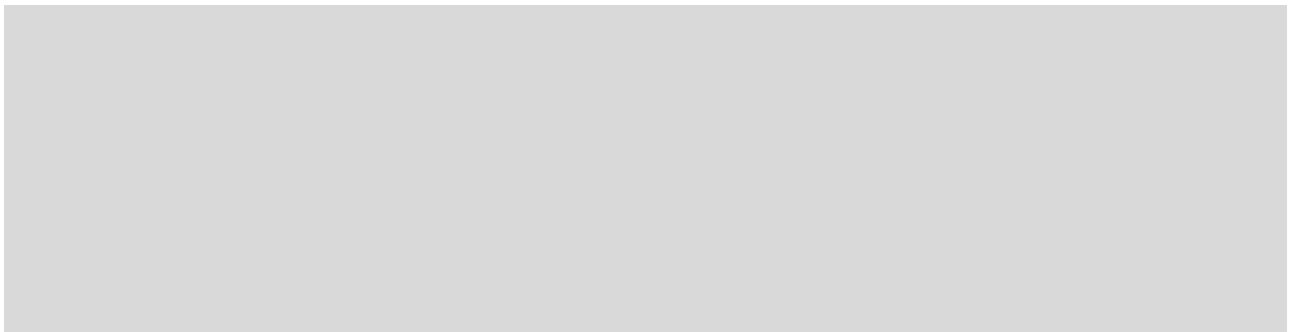
**De que serviços usufrui?**



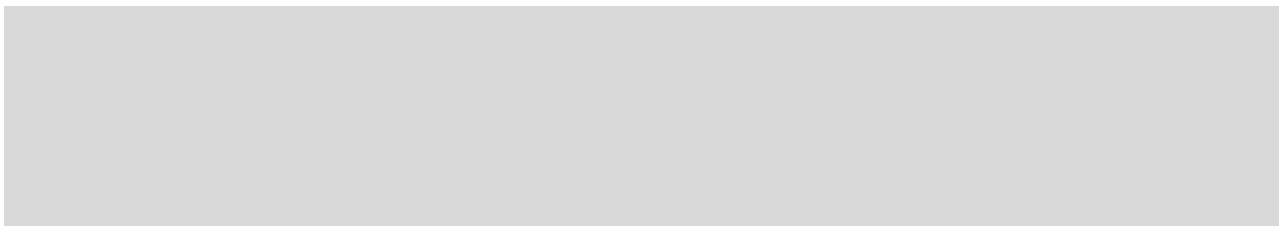
**Considera que o serviço de apoio domiciliário responde a todas as necessidades dos idosos e das famílias?**



**O que mudaria nesta resposta social? Que outros serviços acha que deveria ter?**



O que pensa do serviço de apoio domiciliário em relação às outras respostas sociais (Lar, Centro de dia, Centro de noite)?



## Entrevista – cuidadores informais

### Dados Sociodemográficos

énero

Idade

### Estado Civil :

- Casado (a)
- União de facto
- Divorciado (a)
- Outra situação

### Habilitações Literárias :

- Analfabeto (a):
- Sabe ler e escrever sem grau
  - 1º ciclo do ensino básico (4º ano);
  - 2º ciclo do ensino básico (6º ano);
  - 3º ciclo do ensino básico (9º ano);
- Ensino secundário (12º ano)
- Ensino Superior

### Condição perante o trabalho:

- Empregado;
  - Desempregado;
  - Reformado;

Estudante

Outra \_\_\_\_\_

**Situação da profissão:**

Empregado por conta de outrem

Trabalhador por conta própria

Trabalhador familiar remunerado

Trabalhador familiar não remunerado

Patrão com menos de 10 pessoas ao serviço

Patrão com 11-50 pessoas ao serviço

Patrão com mais de 50 pessoas ao serviço

Outra situação: \_\_\_\_\_

**Actividade profissional:** \_\_\_\_\_

**Qual o grau de parentesco?**

Conjuge / Companheiro (a)

Filho (a)

Irmão (a)

Nora / Genro

Cunhado (a)

Outra \_\_\_\_\_

**Coabita com o idoso?**

Sim  Não

**Se não, qual a distância entre a residência do cuidador e a pessoa que presta os cuidados?**

Vive em casas diferentes, mas no mesmo edifício;

Na mesma rua;

Na mesma localidade

Até 1km

De 1 a 5 km

De 5 a 10km

De 10 a 20km

A mais de 20 km

Outra \_\_\_\_\_

#### **Há quanto tempo cuida do idoso?**

#### **Quantos dias por semana presta cuidados?**

1 dia;

2 – 4 dias;

5 – 7 dias;

#### **Que tipo de cuidados presta ao idoso**

##### **ABVD**

Cuidados pessoais (alimentação, vestir e despir, higiene pessoal);

Locomoção / Transferências (Subir e descer escadas);

##### **AIVD**

- Higiene habitacional (limpeza domestica / tratamento de roupas)
  - Toma medicamentosa
  - Gestão financeira (banco, pagamentos, etc);
  - Gestão de tarefas domésticas (compras, assuntos burocráticos);
- Acompanhamento (Consultas médicas, atividades de lazer);
- Apoio emocional ( de auto – estima)
- Apoio financeiro
- Supervisão (cuidados prestados / caso de emergência)

**Mais alguém colabora nos cuidados?**

- Sim    Não

**Se sim, quem e que tipo de tarefas?**

**Quais as dificuldades sentidas pelo facto de ser cuidador?**

**Quais os cuidados mais difíceis de executar?**

**Quais são as satisfações sentidas pelo facto de cuidar do seu familiar?**

**Descreva como tem sido a sua experiência em cuidar do seu familiar?**

**Qual o contributo do serviço de apoio domiciliário na prestação de cuidados ao seu familiar?**

**Qual a razão de optarem por este serviço?**

**Está satisfeito com os serviços prestados pelo serviço de apoio domiciliário?**

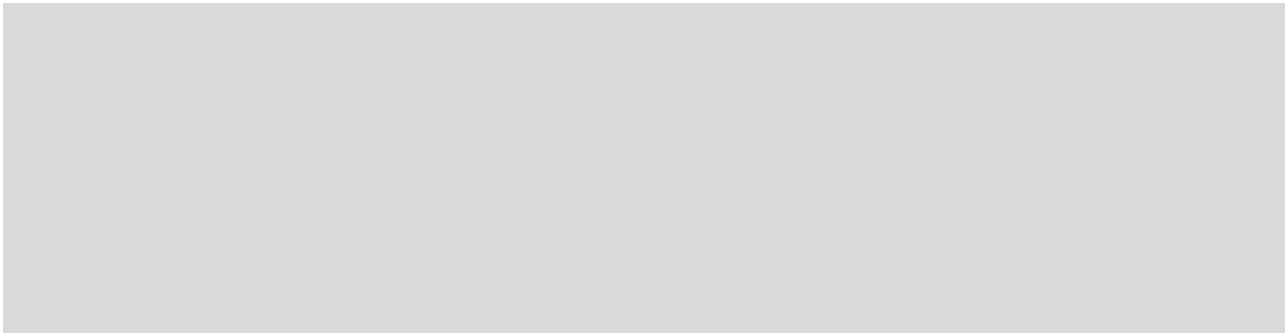
**O que mudaria nesta resposta social? Que outros serviços acha que deveria ter?**

**Considera que o serviço de apoio domiciliário responde a todas as necessidades dos idosos e das famílias?**

**Que outras sugestões acha que esta resposta social podia ter, no sentido de aliviar a sobrecarga do cuidador?**



**Qual é o papel que o serviço de apoio domiciliário tem na sua vida enquanto cuidador?**



**Com a intervenção desta resposta social, a sua rotina de cuidador melhorou?**

