



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**José Nuno Silva Salgado da Silva**

**ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS:  
Um Estudo sobre o Serviço de Apoio Domiciliário**

**Curso de Mestrado**

Gerontologia Social

**Trabalho efetuado sob a orientação de**

Professora Doutora Carla Faria

Professor Doutor José Melo de Carvalho

**Maio, 2016**



## RESUMO

O aumento da longevidade à escala mundial constitui um dos maiores desafios da atualidade, dos quais se destacam a adequação do sistema da prestação de cuidados sociais face à dependência na velhice. Assim, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) surge como um “output” das Políticas Sociais em que os cuidados prestados procuram adequar-se ao modo de vida das pessoas/famílias e oferecer uma ampla gama de modalidades e de possibilidades, contribuindo para a permanência das pessoas idosas em casa. Face ao exposto, este estudo tem por objetivo geral avaliar a satisfação dos clientes e colaboradores face ao SAD. Em termos mais específicos, estabelecem-se os seguintes objetivos: (a) proceder à caracterização sócio-demográfica das pessoas idosas/clientes e colaboradores do SAD; (b) analisar a capacidade funcional das pessoas idosas/clientes nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, bem como (c) a satisfação de clientes e colaboradores com aspetos específicos e globais do SAD.

Este estudo inclui 29 clientes SAD e 7 colaboradores/prestadores de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). A recolha de informação, no caso dos clientes fez-se com recurso a um questionário sociodemográfico e instrumentos para avaliar a dependência nas Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária, bem como instrumentos do Modelo de Avaliação da Qualidade (MAQ – ISS, 2010) para avaliar a satisfação com o serviço. No caso dos colaboradores recorreu-se a uma ficha sociodemográfica, bem como instrumentos do MAQ (ISS, 2010) para avaliar a satisfação do serviço prestado.

Os clientes do SAD têm em média 83,7 (dp=9,0) anos, sendo 55,2% do género feminino. Dos 29 clientes, 37,9% vive exclusivamente com o cônjuge e 24,1% vive só. Em média, os clientes moram na mesma freguesia há cerca de 66 anos. No que diz respeito à realização das Atividades Básicas da Vida Diária os clientes apresentam-se ligeiramente dependentes (Escala de Barthel M=68,8; dp=32,2), sendo que se apresentam moderadamente dependentes para a realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (Escala de Lawton M=19,3; dp=6,9). Relativamente ao grau de satisfação, tendo em conta todas as classificações dadas pelos clientes no questionário da avaliação da satisfação, a média foi de 4,6 (dp=0,51), numa escala de 1 a 5 pontos, manifestando maior satisfação com as Instalações do SAD e menor satisfação com a Fiabilidade/credibilidade do mesmo serviço. No que se refere ao grau de satisfação com o SAD, tendo em conta todas as classificações dos colaboradores no questionário da avaliação da satisfação, a média foi de 3,8 (dp= 0,38), numa escala de 1 a 5 pontos, correspondendo o valor de 5 ao valor máximo de satisfação. Em termos de resultados, observou-se que os colaboradores têm em média 48,7 (dp=6,2) anos, sendo 85,7% do género feminino. No que se refere à sua função, 85,7% é ajudante de ação direta.

Neste estudo, a satisfação com o SAD é elevada sendo no entanto de salientar que os serviços prestados se resumem predominantemente ao serviço de Fornecimento e Apoio nas Refeições. Considerando o potencial destes serviços recomenda-se um estudo alargado não apenas da satisfação, mas também do tipo de serviços prestados no sentido de alargar o potencial destes serviços, criando condições para aumentar a qualidade de vida e bem-estar das populações mais envelhecidas.

**Palavras-chave:** Longevidade, Dependência; Políticas Sociais, Serviço de Apoio Domiciliário; Gerontologia Social.



## ABSTRACT

The increase of human longevity at world scale constitutes nowadays one of the major challenges, of which we highlight the adequacy of the organizations that provide social care when elderly people are very dependent. So, the domiciliary support service (SAD) appears as an "output" of Social Policies where the care provided is adequate to different people/families lifestyles and offers a wide range of modalities and possibilities in order to contribute as much as possible to the permanence of the elderly people at home. Therefore, the main objective of the present study is the evaluation of the satisfaction of customer (receivers) and of the employees (providers) with the domiciliary support service, in order to identify aspects that can make the service more efficient. More specifically, the following objectives are established: (a) proceed to the socio-demographic characteristics of the elderly / customers and employees of the SAD; (B) to analyze the functional capacity of older people / customers in basic and instrumental activities of daily living, and (c) the satisfaction of customers and employees with specific and global aspects of SAD.

In this quantitative approach study took part 7 employees/providers and 29 customers of the SAD. The collection of data in the case of customers was made using a sociodemographic questionnaire and tools to evaluate the dependence on Basic Activities and Instrumental of Daily Living and instruments Quality Assessment Model (MAQ - ISS, 2010) for evaluate the satisfaction with the service. In the case of employees resorted to a socio-demographic form, and MAQ instruments (ISS, 2010)) to evaluate the satisfaction of service.

Of the 29 clients, 37.9% live only with their spouse and 24.1% live alone. On average, customers live in the same neighborhood for nearly 66 years. Regarding the implementation of the Basic Activities of Daily Living customers present themselves slightly dependent (Barthel Scale,  $M=68.8$ ;  $dp=32.2$ ), and moderately dependent for performing Instrumental Activities of Daily Living (Lawton Scale  $M=19.3$ ;  $dp=6.9$ ). With regard to satisfaction, taking into account all the ratings given by customers in the questionnaire of satisfaction evaluation, the average was 4.6 ( $dp=0.51$ ), in a scale of 1 to 5 points, expressing greater satisfaction with the SAD facilities and lower satisfaction with the reliability/credibility of the same service. As regards the degree of satisfaction with the SAD, taking into account all the ratings of the employees in the survey of satisfaction evaluation, the average was 3.8 ( $dp=0.38$ ), on a scale of 1 to 5 points, corresponding the value of 5 to the maximum value of satisfaction. In terms of results, it was observed that employees have an average of 48.7 ( $dp=6,2$ ) years, of which 85.7% were females. With regard to their function, 85.7% is direct action helper. SAD's customers are on average 83.7( $dp=9.0$ ) years, of which 55.2% were females.

In the present study, SAD appears to be an essential support service to the elderly community that live and intend to continue to live in their homes. However, a multidimensional assessment of customers is crucial in order to recognize the importance of other interventions with this largely dependent population, in order to provide a more efficient service to the challenges posed by aging and increasing dependency mainly in the "fourth age".

**Keywords:** Longevity, Dependency; Social policies, domiciliary support service; Social Gerontology



## **AGRADECIMENTOS**

Esta dissertação, apesar da finalidade académica e de se tratar de um trabalho individual, contou com a ajuda de diversas pessoas que ajudaram à sua concretização. Expresso por isso, os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Carla Faria e ao Professor Doutor Melo de Carvalho, meus orientadores, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e generosidade reveladas ao longo destes anos, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes durante a orientação.

À coordenação do Mestrado em Gerontologia Social, em especial à Professora Doutora Alice Bastos, por todas as palavras de incentivo durante estes dois anos.

À Professora Doutora Emília Moreira, pela sua disponibilidade e ajuda no tratamento e análise estatística da informação recolhida.

À minha família, essencialmente aos meus pais, pelo apoio incondicional e por me terem ajudado a concluir mais uma etapa que contribui para a minha realização profissional e à minha irmã, pelo incentivo, palavras e acima de tudo pela amizade.

Aos meus amigos, especialmente aos que me acompanharam durante estes últimos anos e que me proporcionaram sempre um ambiente familiar.

Por último, agradecer à instituição que se disponibilizou para a participação neste estudo mais concretamente à diretora técnica da instituição, aos colaboradores e a todos os clientes que me receberam nos seus domicílios.





## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	v
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA.....	7
1. As múltiplas faces do envelhecimento e a dependência na vida diária.....	9
1.1. Do Envelhecimento humano .....	9
1.2. As múltiplas faces da dependência .....	18
2. Política Social à luz da perspetiva “Life Course” .....	28
2.1. A compreensão do Social para a operacionalização da Política Social .....	30
2.2. Envelhecimento e Estado de Bem-Estar a nível internacional.....	32
2.3. O “Aging in Place” em resposta aos desafios do envelhecimento.....	35
2.4. Políticas Sociais e cuidados de proximidade: A prestação de serviços no quotidiano	44
3. O Serviço de Apoio Domiciliário .....	55
3.1. O Serviço de Apoio Domiciliário em termos legais .....	59
3.2. A evolução da rede de serviços e equipamentos destinadas à população idosa .....	62
3.3. Limitações do SAD e perspetivas futuras para o seu desenvolvimento .....	65
CAPÍTULO II - METODOLOGIA .....	71
1. Plano de Investigação e participantes.....	73
2. Instrumentos de recolha de dados.....	76
2.1. Protocolo de avaliação dos clientes .....	76
2.2. Protocolo de avaliação dos colaboradores/ funcionários.....	79

3. Procedimentos da recolha de dados .....	80
4. Estratégias a utilizar na análise de dados.....	81
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	83
1. Os Clientes do SAD .....	85
1.1. Caracterização dos clientes do SAD e dos seus contextos de vida .....	85
1.2. Descrição da Funcionamento na Vida Diária.....	91
1.3. Caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário recebido pelos clientes.....	92
1.4. Satisfação dos clientes com o SAD .....	95
2. Os Colaboradores do SAD.....	101
2.1. Caracterização sociodemográfica do Colaboradores.....	101
2.2. Satisfação dos colaboradores com o SAD.....	102
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO .....	113
Referências Bibliográficas .....	131
Anexos .....	141

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dados relativos à população residente no distrito de Viana do Castelo .....	74
Tabela 2 - Respostas sociais no distrito de Viana do Castelo destinadas à população idosa ..	75
Tabela 3 - Características sociodemográficas dos clientes do SAD.....	86
Tabela 4 - Condições da habitação dos clientes do SAD.....	87
Tabela 5 - Dificuldades de mobilidade dentro e fora de casa.....	88
Tabela 6 - Passatempos dos clientes.....	89
Tabela 7 – Tempo de vida na freguesia e redes de vizinhança.....	89
Tabela 8 - Participação em atividades na zona de residência.....	90
Tabela 9 - Vantagens e desvantagens em residir na freguesia .....	90
Tabela 10 - Funcionalidade para as ABVD, AIVD e satisfação com a vida .....	91
Tabela 11 - Serviços utilizados, razões para a utilização e avaliação da qualidade do serviço recebido.....	93
Tabela 12 - Considerações dos clientes acerca da importância de outros serviços no SAD ...	94
Tabela 13 - Vantagens e desvantagens do SAD .....	94
Tabela 14 - Ajudas percebidas para envelhecer em casa .....	95
Tabela 15 - Satisfação com as instalações, equipamentos e sinalética .....	96
Tabela 16 - Satisfação com a fiabilidade/credibilidade .....	97
Tabela 17 - Satisfação com a competência técnica .....	98
Tabela 18 - Satisfação com a responsabilidade e reatividade .....	99
Tabela 19 - Satisfação com o atendimento e comunicação.....	100
Tabela 20 - Dados sociodemográficos dos colaboradores do SAD .....	101
Tabela 21 - Satisfação com as instalações .....	102

Tabela 22 - Satisfação com a autonomia profissional e pessoal.....	103
Tabela 23 - Satisfação com a compensação financeira e outros benefícios.....	104
Tabela 24 - Satisfação com o desempenho funcional, supervisão e formação .....	106
Tabela 25 - Satisfação com as relações de trabalho internas .....	107
Tabela 26 - Satisfação com as relações externas .....	108
Tabela 27 - Satisfação com a política e estratégia e com a mudança e inovação .....	108
Tabela 28 - Satisfação com a qualidade e segurança.....	109
Tabela 29 - Satisfação geral com o SAD, expectativas e lealdade .....	110
Tabela 30 - Avaliação global do SAD .....	111

## **Lista de Abreviaturas**

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

P1 – Pergunta do questionário da avaliação da satisfação número 1

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

PARES – Programa de Alargamento de Rede de Equipamentos e Serviços

PDI – Plano de Desenvolvimento Individual do Cliente

PI – Plano Individual do Cliente

PNAI - Plano Nacional de Ação para a Inclusão

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário



## **INTRODUÇÃO**

---





O envelhecimento da população é o resultado das diversas inovações nas sociedades decorrentes do avanço na Ciência e na Tecnologia que introduziram mudanças acentuadas nos modos de vida, em particular, nas sociedades tecnologicamente avançadas e informatizadas (Bandeira, 2014; Fernandes, 2008). Estes autores referem ainda que o envelhecimento da população portuguesa começou há cerca de sessenta anos e não se sabe quando vai terminar. No entanto, a longevidade pode aumentar, mas a sociedade pode não estar devidamente preparada para esta transformação (Rosa, 2012). As transformações demográficas têm tido muito impacto nas famílias com o agravamento do número de famílias de idosos com um ou mais indivíduos (INE, 2011). As famílias são sobrecarregadas nas suas funções, devido ao trabalho dentro e fora de casa e ainda à prestação de cuidados a dependentes (Carvalho, 2012).

No que se refere especificamente à dependência, M. Baltes (1996) refere-a como um dos problemas mais preocupantes da velhice. No entanto, a dependência assume múltiplas facetas, constituindo-se fundamental perceber este fenómeno. No entender desta autora, o balanço na velhice entre segurança e autonomia parece altamente precário e pode exigir grandes investimentos da sociedade que devem passar por proporcionar ambientes “amigos” das pessoas idosas, bem como estimular o crescimento pessoal até ao final da vida. No entender desta autora, a dependência deve-se em grande parte às atitudes negativas da sociedade face à velhice.

No que se refere ao envelhecimento individual, este pode ser visto como um fenómeno biopsicossocial que se manifesta de modo singular (Rosa, 2012). Segundo Sequeira (2010) apesar do envelhecimento ocorrer ao longo da vida, é na velhice que se faz notar mais este processo, sendo essencial a promoção de um envelhecimento bem-sucedido, com autonomia física, psicológica e social da pessoa idosa. Numa perspetiva multidimensional, a perceção e a conceção do envelhecimento ocorre de múltiplas formas, importando atender às dimensões biológica, psicológica, sociológica e cronológica. Estas dimensões interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação social. Esta dissertação incide essencialmente na caracterização do envelhecimento de forma a explicitar as características deste contexto específico que

interferem com o cuidar, quer se trate do recetor dos cuidados, quer se trate do prestador de cuidados. Perceber o envelhecimento normal, no que se refere aos aspetos biológicos e psicológicos, de modo a compreender os défices associados a este tipo de envelhecimento, diferente do envelhecimento patológico, é fundamental para este estudo.

Outro aspeto a considerar na análise do envelhecimento, prende-se com os princípios teóricos que orientam as análises. Sobre este assunto importa referir a importância da “Life Course perspective” (Elder, 1998) como uma teoria que encara o curso de vida humano na relação entre a estrutura e a agência. Segundo Marshall (2009) existem cinco princípios teóricos que estão na base do “life course”: (1) o desenvolvimento humano e o envelhecimento são processos que ocorrem ao longo da vida, sendo que do ponto de investigação destaca a importância da investigação longitudinal; (2) o tempo histórico e o lugar, ou seja o curso de vida está embutido e moldado por tempos históricos e lugares que as pessoas experienciaram durante a vida; (3) momento da ocorrência (“*timing*”), sendo que os antecedentes e consequentes das transições e acontecimentos da vida variam segundo o tempo de ocorrência na vida da pessoa; (4) princípio das vidas ligadas, ou seja, as vidas são vividas de modo interdependente e as influências socioculturais tornam-se expressas através das redes de relações (“*network of relationships*”); (5) Agência humana, ou seja, os indivíduos constroem o seu próprio curso de vida através das escolhas e das ações que desenvolvem a partir das oportunidades e constrangimentos decorrentes das circunstâncias históricas e sociais.

No que diz respeito às Políticas Sociais, é importante ter em linha de conta que o Estado Social de Bem-estar (“*Welfare State*”), também designado por Estado-Providência (Caeiro, 2008), é uma invenção característica do desenvolvimento industrial e que ganhou expressão na Europa do pós-guerra (Giddens, 2015). No entanto, a Proteção Social assume formas distintas nos Estados-membros da Europa comunitária (EU), sendo que alguns autores reclamam políticas sociais europeias comuns, como é o caso de Walker (2005; 2009). Este último autor, defende que uma teoria do Social irá pavimentar o caminho para uma reconciliação do conflito entre a

estrutura social e a agência individual. O social é o resultado da constante mudança de processos através dos quais as pessoas, em maior ou menor grau, se realizam a si mesmas como seres sociais em constante interação. As Políticas são instrumentos fundamentais de regulação das relações entre o Estado e a família das pessoas idosas ou com os idosos a cargo e de promoção da autonomia e da qualidade de vida destas. Apesar de vários esforços, no sentido de criar respostas de cuidados às pessoas idosas, estas são ainda insuficientes e por vezes desadequadas face ao número e à heterogeneidade de cuidados necessários (Carvalho, 2012).

Nesta linha, o “Aging in Place” - envelhecer no seu próprio lugar, segundo Paúl (2005) - surge como um paradigma que defende a ideia de que as pessoas idosas devem continuar o seu estilo de vida na sua comunidade/casa da forma mais sustentável possível, indo de encontro ao facto de a maior parte da população idosa desejar continuar a envelhecer na sua casa, ou na dos seus familiares, cerca de 96,6% (Jopp, Oswald, Rott e Wahl, 2011). Possibilitar o “envelhecimento no próprio lugar” implica o desenvolvimento de respostas sociais (ex. SAD – Serviços De Apoio Domiciliário) que possibilitem às pessoas idosas a continuidade no meio onde sempre viveram, junto das pessoas significativas.

No que diz respeito aos SAD, podem ser determinantes para o sucesso do “Aging in Place”, tendo ainda a vantagem de ser um serviço mais económico, quando comparado com outros, e permitir real contacto com o indivíduo na comunidade. A legislação portuguesa do SAD é observável essencialmente através da Portaria n.º 38/2013. Em Portugal, ao centrarem-se nas pessoas mais carenciadas, as Políticas Públicas proporcionam uma retração da ação do Estado nesta área e favorecem o aumento da procura de serviços e o desenvolvimento dos mesmos no âmbito do mercado lucrativo (Carvalho, 2012). Considerando a estrutura social e a agência individual, o SAD poderá ser determinante como uma resposta social para a população idosa que vive e que pretende viver nas suas casas. Face ao exposto, este estudo tem por objetivo geral avaliar a satisfação dos clientes e colaboradores face ao SAD. Em termos mais específicos, estabelecem-se os seguintes objetivos: (a) proceder à caracterização sócio-demográfica das pessoas idosas/clientes e colaboradores do SAD;

(b) analisar a capacidade funcional das pessoas idosas/clientes nas atividades básicas e instrumentais da vida diária; (d) analisar o grau de satisfação de clientes e colaboradores com aspetos específicos e globais do SAD.

Para concretizar estes objetivos, a presente Dissertação está organizada em três capítulos. Ao longo do capítulo um, é apresentada uma revisão da literatura acerca dos principais contributos conceptuais e empíricos sobre o envelhecimento, com especial enfoque para a dependência na velhice, bem como as políticas sociais associadas ao envelhecimento e o SAD, como resposta social de suporte à população idosa a envelhecer em casa. No capítulo dois, relativo ao Método, é apresentado o planeamento do estudo e os participantes, bem como os instrumentos e procedimentos usados na recolha de informação, assim como as estratégias a utilizar na análise de dados. No capítulo três, apresentam-se os resultados obtidos face aos objetivos estabelecidos e no final procede-se à discussão dos resultados e conclusão.

## **CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA**

---



## 1. As múltiplas faces do envelhecimento e a dependência na vida diária

Ao longo desta secção serão abordados aspetos do envelhecimento coletivo e individual, bem como a dependência na vida diária. Posteriormente, são colocados em destaque alguns dos desafios do envelhecimento à escala global e em particular, em Portugal.

### 1.1. Do Envelhecimento humano

As alterações demográficas fizeram repensar a necessidade da promoção do envelhecimento com saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível, implicando a necessidade de se pensar o envelhecimento ao longo da vida, constituindo um desafio individual e coletivo. Especificamente, os progressos proporcionados pelo desenvolvimento das Ciências da Saúde contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida, à qual se associa um crescimento da população idosa (Sequeira, 2010). Relativamente ao aumento da longevidade, são colocados novos desafios dos quais se destacam a saúde, porque constitui um recurso adaptativo e essencial para a pessoa idosa ter um envelhecimento normal, e a proteção social na velhice, mais especificamente a prestação de cuidados, porque o envelhecimento implica um maior risco de doença e conseqüentemente de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade também de cuidados formais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) refere o facto de a saúde englobar o completo bem-estar físico, mental, social, resultando da combinação de fatores físicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a saúde depende de esforços individuais e coletivos, através do desenvolvimento dos potenciais de cada um e surge como um bem em que a responsabilidade de o gerir deve ser partilhada por todos. Azeredo (2003) refere ainda que a saúde se vai construindo ao longo da vida num *continuum* que acompanhará a um envelhecimento natural, diferencial e irreversível.

O envelhecimento é um processo dinâmico de ganhos e perdas, que pode ser acelerado por atitudes/comportamentos negativos, mudanças sociais ou patologias que surjam ao longo da vida (Baltes, 1997; Azeredo, 2003). A doença pode surgir num

momento da vida de um indivíduo que tem uma identidade própria que o ajudará (ou não) a lidar com ela, evitando (ou não) sequelas permanentes mais ou menos graves, sendo que a capacidade de lidar com a doença pode também depender do momento (“*timing*”) em que surge. No entender de Azeredo (2003) evitar as sequelas da doença é uma tarefa que diz respeito aos profissionais, à sociedade e ao próprio indivíduo, no entanto, é essencial ter em conta que o envelhecimento patológico poder ser irreversível.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, sendo difícil classificar a idade a partir da qual se é considerado velho (idoso), na medida em que o critério de idade deixou de construir um indicador rigoroso para o início da velhice (Sequeira, 2010). Ainda assim, a sua utilização para aglutinar um grupo de pessoas com características comuns não oferece contestação, sendo aceite em Gerontologia a idade dos 60 ou 65 anos como idade limiar para o aparecimento do “envelhecimento” (velhice). A separação da componente biológica, psicológica e social facilita a sistematização da informação acerca do envelhecimento.

O crescimento da população envelhecida tornou necessária a criação de um plano individual e coletivo relativamente ao envelhecimento. Sequeira (2010) refere que esta nova “ordem social” tem múltiplas implicações, devendo ser encaradas sob três perspetivas: (1) a da psicologia (vivência de cada um, significado do ato de envelhecer, etc.); (2) a da saúde (maior probabilidade de ocorrência de doenças, devido ao aumento do tempo de vida e a uma maior vulnerabilidade) e; (3) a da prestação de cuidados (necessidade de adequação das tipologias dos cuidados formais e informais, diversificação dos modelos assistenciais, de modo a ir de encontro às necessidades das pessoas). A partir desta análise, o envelhecimento dever ser pensado numa perspetiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução de perdas, e não só nos efeitos negativos da velhice (Fonseca, 2005).



### **1.1.1. Envelhecimento Coletivo e Envelhecimento Individual**

Quando se aborda o envelhecimento pode apontar-se pelo menos para dois conceitos diferentes: (1) o de envelhecimento individual, que remonta para tempos imemoriais e que é abordado ao nível biopsicossocial, e (2) o de envelhecimento coletivo, conceito mais recente, existindo há menos de dois séculos (Rosa, 2012). No plano de investigação são necessárias as duas análises pois complementam-se, permitindo identificar as características dos indivíduos e os contextos de vida que interferem no envelhecimento individual das pessoas, permitindo agregar um conjunto de aspetos comuns relacionados com o envelhecimento.

Segundo Rosa (2012) o envelhecimento coletivo pode ser abordado em termos demográficos (envelhecimento populacional), a partir das quais todos os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas (idade jovem, ativa e idosa), e em termos sociais (ou da sociedade), com uma estreita relação com o envelhecimento demográfico e que se refere a aspetos organizativos da sociedade, em que emerge uma sociedade que se sente ameaçada com a própria evolução etária.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011; 2014) é a principal referência para compreender o envelhecimento demográfico que se tem assistido em Portugal, sendo o Eurostat a autoridade estatística da União Europeia (UE). Com base nos Censos da população, em 2011, evidenciam-se algumas mudanças na estrutura etária da população portuguesa que nos ajudam a entender o processo de envelhecimento demográfico no nosso país. O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais desafiantes nas sociedades modernas e tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território nacional, deixando de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país (INE, 2011). De acordo com o INE (2011), Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. Também no grupo das idades mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população, sendo que a população com 70 e mais anos representava 11% em 2001

e passou a representar 14% em 2011. De outro modo, há um aumento do número de pessoas mais velhas e uma diminuição do número de nascimentos.

Assim, entre 2001 e 2011 a proporção de jovens (população com menos de 15 anos de idade), face ao total de população residente, passou de 16% para 15% e em contrapartida a proporção de pessoas idosas (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 16% para 19%. Em consequência, entre 2001 e 2011, o Índice de Envelhecimento passou de 102 para 128 pessoas idosas por cada 100 jovens. Relativamente ao Índice de Longevidade, que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa, observou-se também um aumento; era de 41 pessoas com mais de 75 anos por cada 100 indivíduos idosos, em 2001, e aumentou para 48 indivíduos com mais de 75 anos por cada 100 indivíduos idosos, em 2011. É essencial ainda referir o Índice de Sustentabilidade Potencial, que dá uma medida do número de indivíduos em idade ativa por cada indivíduo idoso, sendo visível, entre 2001 e 2011, uma diminuição de 410 para 350 pessoas em idade ativa por cada 100 indivíduos idosos (INE, 2011).

Relativamente aos cenários futuros, além do declínio populacional, espera-se alterações na estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico. De acordo com as projeções do INE (2014), entre 2012 e 2060 o Índice de Envelhecimento irá aumentar de 131 para 307 indivíduos idosos por cada 100 jovens. Quanto ao Índice de Sustentabilidade Potencial, nesse mesmo período, passará de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 indivíduos idosos.

As mudanças demográficas que resultaram no envelhecimento a uma velocidade acelerada da população, mais concretamente no Sul da Europa, devem-se em primeiro lugar ao declínio constante da fertilidade que ocorreu durante a segunda metade do século XX (Tomassini & Lamura, 2009; Bandeira, 2014), que levou a uma redução relativa dos jovens na população e reforçou o aumento da população envelhecida. A principal causa apontada para a queda da fertilidade é a existência um padrão comum em adiar o casamento e o nascimento do primeiro filho, como

resultado de longos períodos de escolaridade e do estabelecimento mais tardio de uma carreira profissional estável.

A diminuição da mortalidade foi também determinante no envelhecimento da população, especialmente na explicação do envelhecimento da própria população envelhecida. Esta diminuição da mortalidade é verificada essencialmente pelo aumento da esperança de vida que se tem verificado a nível mundial e, essencialmente, nos países do Sul da Europa. Ao abordar o envelhecimento populacional do Sul da Europa, Tomassini e Lamura (2009) realçam a diferente proporção de género entre idosos, explicada essencialmente por diferenças comportamentais, sendo que as taxas de mortalidade são mais altas para os homens, resultando num maior número de mulheres idosas. Atualmente, em grande parte dos países europeus, a imigração predominantemente económica pode ter um papel de aligeirar a evolução futura deste processo de envelhecimento demográfico (Giddens, 2015). No entanto, a importância das políticas de imigração é central, tendo em conta que os membros da União Europeia estão a ter dificuldades em absorver uma imigração em grande escala, podendo representar uma ameaça à estabilidade dos Sistemas Educativo e de Segurança Social.

Tendo em consideração este rápido processo de envelhecimento demográfico e a prevalência do número das pessoas idosas, quando comparadas com outras faixas etárias, é fundamental perceber aspetos essenciais deste processo, de modo a encontrar formas mais eficientes de prestar cuidados na velhice. O envelhecimento demográfico tem implicações sociais e financeiras significativas para as famílias e governos, em termos de suporte para a população idosa e do balanço entre cuidados fornecidos diretamente pela família e cuidados fornecidos pelo Estado (Tomassini & Lamura, 2009).

Além disso, o envelhecimento populacional/demográfico tem também efeito direto sobre as Políticas Sociais e, apesar deste tema ser retomado mais à frente, o envelhecimento passou a constituir uma preocupação dos diferentes atores da sociedade e decisores políticos, devido essencialmente aos custos que lhe são

associados. Assim, torna-se pertinente assinalar que o envelhecimento constitui um dos principais tópicos de interesse para a Política Social, não sendo possível compreender as origens, desenvolvimentos e os debates contemporâneos acerca dos “Welfare States” (Estados de Bem-estar) sem uma dimensão do envelhecimento (Walker, 2009).

A importância da dimensão do envelhecimento na Política Social deve-se em primeiro lugar ao facto de a maior parte dos Estados de Bem-estar serem fundados na ideia de proteção à velhice. Walker (2009) aborda o envelhecimento tendo em conta aspetos sociais e destaca essencialmente três fases: (1) entre 1940-1970, em que se enfatiza a dimensão social do envelhecimento, através de uma série de questões colocadas em torno da reforma/saída do mercado de trabalho; (2) entre 1970-1980, em que o envelhecimento passa a ser considerado um problema económico; (3) de 1980 à atualidade, em que se enfatiza o envelhecimento enquanto problema económico, na medida em que representa uma sobrecarga nos Sistemas de Proteção Social, apelando aos políticos para uma maior consciencialização e sensibilização para esta causa.

O aumento da despesa com as Políticas Sociais representa um desafio para toda a sociedade, na procura de respostas criativas que possibilitem atenuar os custos e garantir a qualidade das avaliações e das intervenções, de modo a evitar que as pessoas idosas se tornem ainda mais vulneráveis. Assim, os diversos tipos de cuidados na velhice revelam-se essenciais tendo ainda em conta que a dependência na velhice obriga os decisores políticos a pensar em novas medidas programáticas.

O envelhecimento individual, abordado por Rosa (2012) pode ser abordado a nível biopsicológico, sendo vivido por cada indivíduo de forma diferente. Torna-se assim fundamental perceber o envelhecimento normal, no que se refere aos aspetos biológicos e psicológicos, a fim de perceber os défices associados a este tipo de envelhecimento, diferente do envelhecimento patológico.

O envelhecimento biológico é essencialmente caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução de trocas energéticas do organismo.

Verifica-se ainda uma diminuição da capacidade de regeneração das células, levando ao envelhecimento dos tecidos (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009). O envelhecimento biológico pode ser considerado o grande desencadeador da dependência tendo em conta que o declínio de alguns sistemas sensoriais condiciona o contacto com o meio ambiente e dificulta as ações do quotidiano, essencialmente no que se refere aos órgãos dos sentidos, mais concretamente, a visão e a audição (Sequeira, 2010). As perdas nestes sentidos constituem um problema quer na prestação de cuidados, quer no estabelecimento da relação entre o familiar e a pessoa idosa. É essencial ainda referir que, devido às alterações ocorridas em vários sistemas, especialmente no sistema cardiovascular, a pessoa idosa encontra maior probabilidade de aparecimento de patologias (Acidente Vascular Cerebral, hipertensão, obesidade, etc.) que podem condicionar a independência nas atividades de vida diária e a autonomia. A nível cerebral também ocorrem alterações e estima-se que morrem cerca de 60000 neurónios diariamente, verificando-se ainda uma diminuição da plasticidade em função da diminuição do fluxo sanguíneo que ocorre com o envelhecimento, podendo implicar alterações cognitivas (Sequeira, 2010).

Segundo a mesma fonte, ao envelhecimento biológico associa-se ainda a diminuição da atividade muscular e a perda de tecido muscular traduzindo-se numa coordenação sensório-motora menos eficiente. A manutenção da atividade física constitui uma forma de compensação, preservando as estruturas orgânicas e do bem-estar aos quais se associa uma menor degeneração neurofisiológica.

No que se refere ao envelhecimento psicológico, as alterações corporais na pessoa idosa têm repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos (Sequeira, 2010). A Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida ("life span") de Baltes e colaboradores (1987;1997;2003) constitui grande importância para este estudo, tendo em vista que o autor defende que a Psicologia "life-span" lida com o estudo do desenvolvimento do indivíduo desde o nascimento até à morte, assumindo que o desenvolvimento não está completo na idade adulta e se manifesta durante todo o curso de vida. Este autor, considera ainda que o envelhecimento é um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orientadas por

influências biológicas (genéticas), e socioculturais de natureza normativa e não normativa, marcado por ganhos e perdas e pela interatividade do indivíduo-cultura.

Em termos psicológicos, Baltes e Baltes (1990) reforçam a importância do envelhecimento bem-sucedido, obrigando a uma reanálise da natureza da velhice e da imagem que normalmente se faz dela. Assim, o envelhecimento bem-sucedido está dependente da aquisição de atitudes e *processos de coping*<sup>1</sup> que permitam à pessoa idosa permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo possível e reflete a importância de dois conceitos nucleares para a compreensão do envelhecimento – a variabilidade interindividual e a plasticidade intra-individual, sendo que em conjunto se adaptam à mudança e propõem a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico. É essencial referir que o modelo proposto foi sendo aperfeiçoado a partir (1) do balanço entre ganhos e perdas desenvolvimentais, (2) do recurso à Seleção, Otimização e Compensação (SOC), como explicação básica do processo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito e (3) da modificação das modalidades de regulação da identidade pessoal, através da capacidade para alterar objetivos e níveis de aspiração a fim da realização pessoal (Fonseca, 2005).

Referindo-nos especificamente ao balanço entre ganhos e perdas desenvolvimentais, o envelhecimento bem-sucedido refere-se à maximização de acontecimentos positivos e desejáveis, e à minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis. Em termos de capacidade funcional é inevitável que ocorram perdas, havendo também a noção que o envelhecimento bem-sucedido tem os seus limites (Baltes & Baltes 1990). Nas idades mais avançadas torna-se fundamental ter em conta o facto de existirem mais perdas do que ganhos e no sentido de um progressivo predomínio das perdas sobre os ganhos, o envelhecimento pode tornar-se bem-sucedido através da natureza ecológica, ajustando as condições ambientais de forma a

---

<sup>1</sup> Estratégias para lidar com exigências externas (do ambiente) ou internas.

fazer face aos desafios do envelhecimento, procurando alcançar um ajustamento recíproco entre o indivíduo e o meio ambiente (Lawton, 1982).

No entender de Baltes (1987), a complexidade e globalidade do desenvolvimento humano, para alcançar o êxito nos múltiplos processos adaptativos que no decurso desse desenvolvimento implica sempre uma interação pessoa-ambiente em que se procura maximizar os ganhos e minimizar as perdas desenvolvimentais. Sobre este assunto, Baltes e Baltes (1990) defendem que o envelhecimento bem-sucedido requer uma análise conjunta de indicadores de natureza objetiva e subjetiva, por meio dos quais seja possível compreender a variabilidade interindividual a todo o momento observada nas pessoas idosas em termos de interesses, valores, saúde, recursos, capacidades de realização, etc. Em cada situação de envelhecimento, estamos por isso perante um novo arranjo, devendo atender à singularidade e heterogeneidade de cada indivíduo. Através de uma relação estreita entre o indivíduo e o meio é possível maximizar o envelhecimento bem-sucedido. Os mecanismos de Seleção, Otimização e Compensação regulam a adaptação do indivíduo ao meio (Baltes, 1997). O envelhecimento bem-sucedido encara o processo de envelhecimento de uma forma otimista. De acordo Shultz e Heckhausen (1996 como citado em Paúl & Fonseca, 2005), os requisitos essenciais para regular o comportamento são lidar com a diversidade e seletividade e desenvolver a capacidade para lidar com o insucesso.

No entanto, Baltes (1997) aborda três princípios que sugerem que a arquitetura do ciclo de vida se torna cada vez mais incompleta à medida que a idade avança. O primeiro princípio fundamental da arquitetura do ciclo de vida afirma que os benefícios resultantes da seleção evolucionária evidenciam uma correlação negativa com a idade. Como consequência, o genoma humano em idades mais avançadas está previsto para conter um número cada vez maior de genes deletérios e expressões gênicas disfuncionais do que em idades mais jovens. O segundo ponto a salientar é o facto de na arquitetura do ciclo de vida existir um aumento, relacionado à idade, na necessidade para a cultura. A cultura, neste contexto, refere-se à totalidade do psicológico, social, material e recursos simbólicos (do conhecimento) que os seres

humanos têm gerado ao longo dos milénios e tornaram possível o desenvolvimento humano como o conhecemos hoje. O terceiro princípio afirma que existe uma perda, relacionada com a idade, na eficácia ou eficiência de fatores e recursos culturais, condicionada principalmente pela trajetória biológica negativa do curso da vida. Assim, embora continue a existir plasticidade na segunda metade do ciclo de vida, (e a sua extensão pode mesmo ser maior do que se acreditava) o alcance da plasticidade do organismo humano diminui com a idade. Devido ao facto da arquitetura do ciclo de vida ser incompleta, Baltes (1997) refere a probabilidade da intervenção no desenvolvimento humano passar por uma opção do tipo “genetic-intervention”, uma vez que os fatores culturais e psicológicos por si só são insuficientes para gerar o tipo de estatuto funcional em idade avançada em que os ganhos superem as perdas e onde a dignidade humana prevaleça.

## **1.2. As múltiplas faces da dependência**

A necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram de forma exponencial nos últimos anos em consequência do envelhecimento demográfico da população, com um crescimento das pessoas idosas com 80+anos (quarta-idade), aumento da esperança média de vida (maior longevidade), progressos na Medicina e ainda com dificuldades verificadas no apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da participação da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2010).

A dependência, em termos de saúde, é definida como uma situação de uma pessoa que devido a um *deficit* anátomo–fisiológico não pode substituir funções, efetuar gestos essenciais à vida quotidiana, a não ser com a colaboração de outra pessoa ou com recurso a próteses e/ou medicação (Azeredo, 2003). A dependência do indivíduo, quando acrescida à provocada por patologias associadas, pode levar à perda de autonomia, definida como a qualidade dinâmica que o indivíduo tem de encontrar o seu equilíbrio pessoal entre as regras que ele próprio escolhe e as que lhe são impostas pela sociedade. A autonomia consiste em dispor de si próprio segundo suas



próprias leis e por extensão segundo os seus próprios desejos. De acordo com Azeredo (2003) é a maneira livremente consentida que um indivíduo tem de gerir as suas dependências, dependendo entre outros fatores da plasticidade em modificações de conduta e da importância prática de tudo o que foi aprendido.

A dependência na velhice é considerada um dos problemas mais preocupantes nesta fase do ciclo de vida, sendo vista como um produto do declínio e deterioração, mais especificamente, como uma perda no funcionamento físico e mental (M. Baltes, 1996). Como a dependência na infância, que é vista como um passo natural no desenvolvimento humano, também a dependência na velhice é considerada uma consequência inevitável do envelhecimento. Esta autora demonstra que a dependência devido ao declínio, na velhice, se deve essencialmente às atitudes negativas da sociedade em relação a esta fase do ciclo de vida e defende que a dependência pode ser altamente adaptativa, representando assim não só perda, mas também ganho. Quando os idosos se tornam conscientes das restrições, tanto nas suas próprias capacidades como nas oportunidades ambientais, recorrem invariavelmente à seleção e à compensação (SOC), ou seja, para manter e otimizar o funcionamento em alguns domínios, as múltiplas dependências têm que ser levadas em conta.

Sequeira (2010) aborda dois tipos de dependência, a dependência física e mental, direcionada para a “dependência individual”. No entanto, M. Baltes (1996) aborda a dependência na velhice distinguindo outros tipos de dependência: (1) dependência estruturada, criada essencialmente pelas estruturas sociais e sociedade que não têm em consideração a variabilidade do envelhecimento, implica que o valor humano seja determinado pela participação no processo produtivo (idade ativa) (2) dependência física, causada pela doença na velhice, sendo que escalas acerca das Atividades de Vida Diária (AVD) são normalmente usadas para tomar decisões sobre a capacidade do indivíduo viver de forma autónoma na comunidade e (3) dependência comportamental que, segundo a mesma autora, tem pelo menos três etiologias e que é muitas vezes o foco dos estudos psicológicos. O primeiro tipo de dependência comportamental é designado de dependência devido ao desamparo aprendido (“dependency due to learned helplessness”), sendo o segundo a dependência devido à

dependência aprendida (“dependency due to learned dependency”), e o terceiro a otimização seletiva com compensação (SOC) (M. Baltes, 1996, p. 3). Apesar de no nosso estudo empírico não nos centrarmos especificamente nestes tipos de dependência convêm ter presente que estes diferentes tipos de dependência resultam da interferência de variáveis do ambiente. Neste sentido, é de salientar um programa de investigação que abrangeu 20 anos, orientado por M. Baltes (1996), na Alemanha, e que levou à formulação do modelo de dependência aprendida (“learned-dependency model”). Os resultados da investigação da sua equipa demonstraram que a dependência comportamental resulta de um ambiente excessivamente protetor produzindo o guião de dependência/suporte (“dependency-support-script”). Segundo a autora, a incompetência aprendida (mas não incompetência real) dos idosos que são protegidos em excesso resulta em perda de independência devido à falta de uso. A intervenção pode ser fundamental para desacelerar a deterioração, sendo que a autora aponta mudanças no ambiente que podem promover o guião de independência/suporte (“script independence-support”). Nesta obra, M. Baltes (1996) introduz ainda um outro tipo de dependência comportamental, que é auto-induzida e auto-selecionada e que é uma parte integrante do envelhecimento bem-sucedido. A autora refere que as perdas incontroláveis só podem ser enfrentadas com sucesso quando a pessoa idosa reconhece essas perdas e usa estratégias compensatórias e de seleção para manter e ou otimizar seu funcionamento (SOC).

### **1.2.1. As grandes questões na investigação sobre a Dependência no envelhecimento**

M. Baltes (1996) refere duas grandes questões, que confrontam a investigação sobre a dependência no envelhecimento: a primeira diz respeito à dependência como conceito multidimensional, multifuncional e multicausal, e a segunda refere-se à conotação errada de que dependência implica incompetência, enquanto a independência implica competência.

No que se refere à multidimensionalidade da dependência, M. Baltes (1996) refere que na literatura gerontológica se encontra uma grande variedade de

dependências. Além disso, a dependência pode ser analisada segundo diferentes níveis, como por exemplo ao nível comportamental, pessoal, situacional, ou interpessoal, dependendo da abordagem teórica e metodológica utilizada. Assim, qualquer abordagem à dependência centra-se provavelmente em aspetos específicos da dependência e raramente em todo o quadro de dependência. As dependências podem ser interligadas ou podem ocorrer independentemente uma da outra, ou seja, uma pessoa pode ser fisicamente dependente e ter, ou não, dependências psicológicas.

Relativamente à multifuncionalidade, a autora refere que em geral a dependência parece ser indesejável na sociedade ocidental existindo, no entanto, variações até na cultura ocidental. Alguns autores (ex. Clark, 1969, como citado em M. Baltes, 1996) defendem que existem alguns períodos ou ocasiões no curso da vida de um indivíduo nos quais os comportamentos dependentes são julgados como necessários. M. Baltes (1996) posiciona-se nos estudos de Freud, que amplia ainda mais a visão de dependência, e refere que a interdependência é necessária para as relações sociais em geral.

Por fim, a dependência enquanto conceito multicausal deve-se ao facto de não ser apenas associada aos aspetos biológicos, mas ser também fortemente influenciada pelas condições socio-ambientais, sendo que os fatores sociais, culturais, económicos e psicológicos são reconhecidos como interferindo na dependência. Por exemplo, a fragilidade física pode ser uma das principais razões para a dependência, embora não seja automaticamente relacionada com o envelhecimento (M. Baltes, 1996). Os défices sensoriais, a doença física e as doenças crónicas podem ser fonte de dependência. O uso de medicamentos e os seus efeitos adversos podem estar na origem da dependência. Por último, mas não menos importante, as condições ambientais “físicas e sociais” são também responsáveis pela dependência.

Ainda relativamente à dependência no envelhecimento, M. Baltes (1996) refere-se à arbitrariedade da definição cultural de quem, quando, onde e porque se é dependente. As tarefas desenvolvimentais em qualquer fase da vida, afetam a

interação dinâmica entre a autonomia e a dependência. Certas tarefas desenvolvimentais, como a intimidade e a generatividade (tarefas da juventude e meia-idade na perspectiva de Erikson, 1980) dão mais ênfase à dependência, ao passo que outras tarefas, como a identidade ou integridade (adolescência e velhice), dão mais ênfase à autonomia. Assim, de acordo com uma visão desenvolvimental do ciclo de vida em que as tarefas desenvolvimentais são fontes de crescimento, o desenvolvimento não significa um crescimento da dependência para a independência, mas sim de um equilíbrio da dependência e da independência e confiando na “agência” quando necessária ou na conexão quando solicitado, permitindo assim uma visão mais positiva em relação à dependência e evitando o problema de incompetência.

A segunda grande questão com que se confronta a investigação sobre a dependência no envelhecimento, no entender de M. Baltes (1996), deve-se ao facto de, com demasiada frequência, os domínios específicos da dependência (ex. dependência física) serem regularmente equiparados a dependências na tomada de decisão (ex. incompetência total). Este alinhamento tem graves consequências já que justifica assumir a vida das pessoas, considerando-as incompetentes e negando-lhes direitos, liberdades, escolhas e privacidade na vida diária. Este tipo de paternalismo aplica-se, com frequência, aos idosos que frequentam instituições de cuidados a longo prazo (ex. Lar de Idosos), onde o controlo sobre muitos aspetos da vida do indivíduo é generalizado.

Além da necessidade de reduzir a associação de dependência com a incompetência, existem tipos de dependência que não devem ser associados a incompetência total. Por exemplo, M. Baltes (1996) faz referência aos trabalhos de Gilligan (1982) relativamente aos relacionamentos íntimos como sendo da ordem da dependência, na medida em que têm um efeito sobre o parceiro na própria pessoa. Tal dependência não implica ser indefeso ou impotente, visto que cuidar e ser cuidado fortalece tanto a pessoa como o parceiro. A interdependência, em vez da dependência, tem sido utilizada para descrever este tipo de comportamento. Além disso, no caso de dependência como um resultado de um esforço por parte de uma

pessoa para ceder o controlo a outra num domínio específico da vida, a associação entre a dependência e a incompetência também é questionável. Nestas situações, a fim de ser capaz de perseguir outros domínios da vida mais prioritários e mais em linha com as competências e recursos ambientais, a pessoa idosa pode pedir a outra pessoa para assumir um determinado domínio da vida. Aqui, a sensação de perda ou a perda esperada e a incompetência que daí advém poderia conduzir a pessoa a seleccionar a ajuda de outras pessoas num domínio específico e, assim, compensar as suas próprias limitações, a fim de otimizar e manter o funcionamento.

Face ao exposto, as variedades de dependência destacam a necessidade de nos concentrarmos em análises que nos permitam identificar as condições, tanto no nível micro como macro, que fomentam e mantêm a dependência nos idosos. Em contraste com a macrodependência, Matras (1989, como citado em M. Baltes, 1996) refere a microdependência, que se refere às dependências na vida diária. Este tipo de dependência tem sido um domínio de interesse e tem como objetivo definir as necessidades específicas da população idosa e descobrir os processos subjacentes à dependência, sendo essencial também para perceber as respostas sociais específicas a desenvolver, tendo em conta as necessidades específicas da população idosa.

**Dependência Física na Velhice** – Tem existido um crescente interesse em analisar a proporção da população que está física ou funcionalmente dependente. Entre aqueles que vivem na comunidade/casa, segundo M. Baltes (1996), estima-se que entre 5% e 8% das pessoas com idade acima de 65 anos mostram dependências em alguns domínios do autocuidado ou de cuidados domésticos. Sobre este assunto, a autora refere que existe uma forte correlação entre a idade e a dependência física. Relativamente ao risco de institucionalização estimado durante a vida é de aproximadamente 25%. Além disso, a probabilidade de ser institucionalizado em lares de idosos (“nursing homes”) aumenta com a idade, sendo de 22% para pessoas acima de 85 anos e mais de 30% em pessoas com 95+ anos. Em qualquer caso, é consensual que a institucionalização é precedida pelo aumento da dependência e pela

necessidade de apoio e de ajuda, mais especializada. No entanto, Maddox (1984, como citado em M. Baltes, 1996) refere que cerca de 40% dos idosos institucionalizados poderiam gerir a casa com ajuda de recursos adequados para uma vida independente, sendo de realçar neste sentido a importância dos serviços de cuidados formais no domicílio, a fim de evitar a institucionalização.

Segundo M. Baltes (1996), apesar de algumas dificuldades em definir e medir a dependência física, existe acordo geral sobre as atividades relevantes para a dependência que a maioria dos estudos tenta identificar, nomeadamente as áreas de auto-cuidado (“self-maintenance”), de cuidados da casa (“home-maintenance”), de mobilidade e de incapacidade na audição e visão. Subsistem, no entanto, diferenças quanto ao procedimento de classificação de independência/dependência. Na comparação de uma série de estudos, as classificações variam de uma estimativa muito global para um sistema de pontuação de diferenciação entre os domínios de atividades de vida diárias, incluindo o auto-cuidado e as atividades instrumentais.

No que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), e aos seus domínios, as dependências permanecem bastante baixas pelo menos até aos 85 anos de idade. Relativamente à sua classificação, a maioria dos instrumentos de avaliação orienta-se segundo os três critérios: (1) as atividades que podem ser executadas sem ajuda ou esforços especiais; (2) as atividades que só podem ser executadas com esforços acrescidos pelo indivíduo e; (3) as atividades que são executadas com ajuda de outros. Nesta classificação tanto é avaliada a estimativa global para um domínio completo, como o auto-cuidado, como é também avaliada cada uma das subáreas dos domínios, como tomar banho. Para a pontuação global são somadas as pontuações de cada domínio. Um ponto de corte arbitrário é muitas vezes usado para diferenciar independência da dependência. Apesar de tudo, têm sido feitos esforços para o desenvolvimento de outras escalas de medida com vista a melhorar a precisão da medição e a previsibilidade do grau de dependência. Ainda de acordo com a mesma fonte, quando apenas os idosos que precisam de ajuda efetiva e regular nas tarefas de autocuidado são considerados, as percentagens de pessoas idosas classificadas como dependentes são reduzidas. No entanto, ao alargar a definição de dependência para

incluir aquelas pessoas que precisam de ajuda efetiva e regular tanto para o autocuidado, como para a realização das atividades instrumentais da vida diária, como é o caso da realização de tarefas domésticas, as percentagens aumentam drasticamente.

Em síntese, face ao exposto, o grau de dependência física é afetado por uma série de variáveis, entre as quais se destacam o gênero, a institucionalização e a idade. Assim, “a dependência física é maior nas mulheres, em pessoas com mais de 85 anos de idade e em pessoas que frequentam instituições de longa permanência”, como refere M. Baltes (1996, p.18). Os resultados de estudos de base comunitária sobre dependência necessitam de análises cuidadosas, sendo também necessário maior conhecimento sobre as taxas de prevalência, a fim de se especificar as necessidades relacionadas com dependência dos idosos e se projetarem melhores condições ambientais. Embora não haja dúvida de que exista um aumento de dependência física com a idade, esta expectativa levou a que a dependência física fosse generalizada a todos os idosos, independentemente da idade, das condições de vida e de saúde, e que a pessoa fosse rotulada como mentalmente incompetente e incapaz de cuidar dos seus próprios assuntos. Um aspeto central é o facto de existir a probabilidade da dependência física ser um precursor para a dependência comportamental, se após a necessidade física para ser ajudado terminar e essa ajuda não for retirada.

**Dependência Mental e Dependência Comportamental** - No entender de Sequeira (2010), a dependência mental pressupõe como comprometimento básico a cognição, podendo implicar alterações nas AVD, devido à inexistência de recursos cognitivos que permitam desempenhar determinadas tarefas que comprometem a capacidade funcional para a sua execução. Por seu turno, considera-se uma situação de dependência física quando se verifica um comprometimento nas atividades de vida diária.

O mesmo autor, a propósito da dependência mental, aborda a demência como um exemplo de uma dependência de causa mental. A demência trata-se de uma patologia com um conjunto de sintomas específicos e características da doença

mental, sendo que o seu diagnóstico implica uma dependência, na qual é necessário intervir, seja por meio dos cuidadores formais ou informais. A referência à demência deve-se ao facto de numa fase terminal/final a dependência ser total, ou seja, a pessoa idosa encontra-se acamada e as principais repercussões são associadas ao desgaste físico, sendo a necessidade de cuidados muito similar a um idoso com dependência física, relacionadas com as atividades básicas e instrumentais da vida diária, abordadas anteriormente. É essencial, no entanto, referir também que a demência constitui um dos maiores problemas de saúde da população idosa da Europa e que cerca de 6% a 8% das pessoas com mais de 65 anos sofrem de Demência de Alzheimer, atingindo cerca de 39% das pessoas com mais de 90 anos.

Apesar de nesta dissertação não nos centrarmos especificamente na demência enquanto dependência, convém realçar algumas estratégias de intervenção não farmacológica referidas por Sequeira (2010), a fim de entender desenvolvimentos que podem ser essenciais na Gerontologia Social e na formulação de Políticas Sociais. Estas técnicas podem trazer benefícios, quando implementadas de forma integrada com o contexto em que a pessoa se insere. Deste modo, as intervenções devem assentar na reabilitação e estimulação, de modo a minimizar as necessidades de outrem. É certo que qualquer técnica a implementar deverá ter por base uma avaliação neuropsicológica, de modo a identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas. No caso da Gerontologia Social será de ter em conta a avaliação multidimensional.

Relativamente à dependência comportamental (diferente de dependência mental), no entender de M. Baltes (1996), importa saber mais sobre os processos subjacentes às dependências, voltando-se para os principais esforços teóricos no campo da psicologia da dependência. O curso do desenvolvimento normativo (da dependência para a interdependência), prometendo total ajustamento pessoal na idade adulta, foi também alargado à terceira fase do ciclo de vida (velhice). Em contraste com o reconhecimento de conflitos entre independência e dependência na adolescência e início da idade adulta, nenhuma teoria da personalidade prevê um conflito entre dependência e autonomia na idade adulta (meia idade e idade



avançada), apesar do facto das competências pessoais e das exigências ambientais mudarem drasticamente. Parmelee e Lawton (1990) analisaram a relação dialética entre dependência e autonomia, criada pela interação dinâmica entre as alterações na competência pessoal e as exigências ambientais.

Talvez por isso, se possa entender que a auto-realização na velhice pode ser uma tarefa muito difícil. Nesta fase do ciclo de vida, também as tarefas desenvolvimentais exigem dependência, interdependência e autonomia. Ser ou tornar-se um fardo para os filhos ou para a família, por um lado, ou entrar numa instituição, por outro, constitui um dos maiores medos e das tarefas mais difíceis dos idosos. Assim, a autonomia pessoal parece surgir como uma garantia para lidar com sucesso as tarefas desenvolvimentais. M. Baltes (1996) defende que a dependência e a autonomia apresentam uma luta de desenvolvimento tanto para os idosos no seu ambiente como para adolescentes no seu ambiente. A autora refere ainda que para lidar com eventos que produzem dependência, incorporar a dependência, aceitá-la e adaptar-se a ela onde e quando é necessário - e evitá-la quando não é necessário - é parte integrante do processo de envelhecimento bem-sucedido.

Tendo em mente o risco de excessiva simplificação, M. Baltes (1996) considera que os estudos sobre a dependência na velhice são, muitas vezes, enviesados pela crença de que a dependência é o resultado de declínio biológico e a consequente perda de controlo (de ordem psicológica), sendo considerada a norma na velhice e valorizada negativamente. O risco de perder a autonomia pessoal pode surgir, no entanto, não só a partir de causas intrínsecas, tais como declínio biológico, mas também a partir de causas extrínsecas, tais como os estereótipos face ao envelhecimento, ou a partir de uma combinação dos mesmos. As causas intrínsecas são muitas vezes consideradas corolários necessários do envelhecimento e podem levar à dependência física. Muitas vezes uma incapacidade física pode desencadear a dependência comportamental, podendo esta ser reforçada pelo meio ambiente e ser um exemplo de dependência causada por fatores extrínsecos. A incapacidade de lidar com determinado aspeto da nossa vida parece depender de diferenças no efeito cumulativo de eventos sociais e físicos ao longo da vida.

M. Baltes (1996) refere o facto de o balanço na velhice entre segurança e autonomia ser altamente precário exigindo investimentos na sociedade que devem passar por proporcionar ambientes “amigos” dos idosos, bem como estimular o crescimento pessoal até ao final da vida. A pessoa idosa deve também assumir um papel ativo na conceção do seu envelhecimento via acumulação de recursos, antecipando e percebendo as perdas, e aplicando com sabedoria os recursos para manutenção e otimização do seu funcionamento. Numa perspetiva mais ampla, torna-se ainda essencial criar condições para que a assistência nas Atividades de Vida Diária promova a dignidade do alvo dos cuidados. Parece ainda necessário o aumento das parcerias entre os cuidadores formais e informais, através de ações concertadas que se traduzam em ganhos em saúde, para quem cuida e para quem é cuidado.

## **2. Política Social à luz da perspetiva “Life Course”**

Glen Elder (1998) publicou o que viria a ser uma das obras de referência da perspetiva do curso de vida (“life course perspective”) intitulada de “The children of great depression”. Neste trabalho, publicado pela primeira vez em 1974, Glen H. Elder apresenta o primeiro estudo longitudinal de uma coorte nascida durante a Grande Depressão, de 1929. Elder seguiu 167 indivíduos nascidos em 1920-1921 a partir dos seus dias de escola primária, em Oakland, Califórnia, até à década de 1960. Usando uma abordagem que combinou aspetos históricos, sociais e psicológicos, Elder avaliou a influência da crise económica (estrutura social) sobre o curso de vida dos indivíduos (agência individual). Em termos teóricos, Elder (1998) enunciou quatro princípios essenciais na perspetiva “life course”, sendo dados outros passos significativos por Mary Riley e colaboradores (1994) e Marshall (2009).

Assim, segundo Mary Riley, (1982) existem quatro premissas centrais da “emerging life course perspective”: (1) o envelhecimento é um processo ao longo da vida (“Aging is a lifelong process”) e tornar-se velho começa com o nascimento e finaliza na morte; (2) envelhecer (“Aging”) consiste em processos biológicos,

psicológicos e sociais que são sistematicamente interativos entre si ao longo do curso de vida (“life course”); (3) o padrão do curso de vida (“life course pattern”) de qualquer pessoa individual é afetado por mudanças sociais e ambientais; (4) novos padrões de envelhecimento podem causar mudança social (“New patterns of Aging can cause social change”).

A referência à perspectiva do curso de vida torna-se essencial para compreender as Políticas Sociais do envelhecimento pois entende o desenvolvimento humano como uma interação entre a estrutura social e a agência individual ao longo da vida, ou seja, é conceptualizada como uma sequência de transições ligadas à idade, incorporadas socialmente e historicamente (Bengtson, Elder, & Putney, 2005).

Centrando-se especificamente na velhice, Walker (2009) refere que esta fase do ciclo de vida foi reconhecida coletivamente como uma situação de “risco” a partir do início do século XX. Porém, foi no advento do “Estado do Bem-estar” ocidental, no período pós-Segunda Guerra Mundial, que os riscos associados à velhice foram aceites como socialmente legítimos face ao “mercado”. No entanto, os idosos foram vistos como um grupo de necessitados, implicando assim a sua construção social como dependentes em termos económicos (relacionado com a dependência estruturada). Mesmo após a criação de sistemas públicos de pensões, uma proporção significativa de pessoas com mais de 65 anos permaneceram na pobreza, levando a renovar os esforços para combater a pobreza na velhice. Assim, entre 1960 e 1985, os gastos totais das pensões públicas nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) subiram significativamente mais rápido do que a produção económica, contribuindo para que uma percentagem crescente do Produto Interno Bruto (PIB) fosse alocada às pensões (Walker, 2009). Nesse período de expansão do Estado de Bem-estar (“Welfare State”), a velhice foi identificada como um problema social. Porém, na década de 1980, tornou-se num problema económico, devido essencialmente à relação entre Estado-Mercado-Sociedade (Walker, 2009; Caeiro, 2008). Portanto, há aqui um viés introduzido pelas contribuições sociais (ex. sistema de pensões) e o declínio associado ao processo de envelhecimento.

## **2.1. A compreensão do Social para a operacionalização da Política Social**

Relativamente ao Envelhecimento e à Política Social, Walker (2009) analisa esta relação e argumenta que sem uma conceitualização adequada do Social não é possível entender o seu significado e operacionalização, ou prever uma nova forma histórica em que esta relação não seja impulsionada pela ideologia política e económica. A teorização do Social, segundo Walker (2009), coloca em análise a reciprocidade entre o envelhecimento societal e o envelhecimento biográfico. Assim para Walker (2009), o Social é o resultado da constante mudança de processos através dos quais as pessoas, em maior ou menor grau, se realizam a si mesmas como seres sociais em constante interação. Em primeiro lugar, os indivíduos são essencialmente atores sociais. Além disso, a individualidade é uma função da natureza social dos seres humanos. Em segundo lugar, os contextos de auto-realização são interações sociais ou identidades coletivas. Estas relações dinâmicas mudam, em interação com os outros, ao longo do tempo. Em terceiro lugar, a fim de ter a competência para agir socialmente, os indivíduos requerem a capacidade de auto-referência que, mais uma vez, é produzida pela combinação da auto-realização (eu) e das identidades coletivas (outros). Finalmente, deve haver uma "estrutura de enquadramento" (framing structure), pois o ambiente construído ou natural cria oportunidades, potencialidades e barreiras/limitações (ex. exclusão social). Assim, a interdependência constitutiva (entre a auto-realização e a formação de identidades coletivas) é a condição básica para o desenvolvimento do Social e é construída por variadas expressões, decorrentes das relações entre os atores sociais competentes e a sua estrutura (social) de enquadramento.

De acordo com Walker (2009), a interdependência constitutiva é criada pelas interações de duas tensões recíprocas, podendo ser ilustrado por um modelo bidimensional. O eixo horizontal reflete de um lado a tensão entre os sistemas, instituições e organizações, e do outro as comunidades, as famílias, as redes e assim por diante. Na teoria da qualidade social, o plano horizontal é um campo de interações entre atores desiguais com ambos os polos sendo separados, mas dependendo uns dos outros. O eixo vertical é o campo de oportunidades, realizadas ou não, e representa a

tensão entre o desenvolvimento societal e biográfico. Esta é uma abordagem *multi perspectiva* que tenta conectar símbolos, significados, construções, valores, normas, tradições e cognição em ambos os níveis. Esta perspectiva teórica argumenta que toda a vida social é incorporada numa rede no sentido das relações sociais e que as identidades sociais (aqui designadas de identidades coletivas) são constituídas relacionalmente. Os quatro fatores que contribuem para a constituição dos atores sociais são a segurança pessoal (“personal security”), o reconhecimento social (“social recognition”), a responsividade social (“social responsiveness”) e as capacidades pessoais (“personal capacities”). Estes quatro fatores podem estar localizados dentro do campo de tensão anteriormente referido a propósito do modelo bidimensional. Uma vez que os atores sociais reflexivos são constituídos como tal, podem participar em identidades coletivas para experienciar, bem como fabricar a qualidade do Social. A medida em que há oportunidades de fazer isso é determinada por quatro fatores localizados nos campos de ação: Segurança socioeconómica, Coesão social, Inclusão social e *empowerment* social. Significa isto que o processo de envelhecimento é limitado pela estrutura social (i.e. classe social de pertença, por exemplo) e pela capacidade de agência do indivíduo ao longo do curso de vida. A abordagem concetual para o Social define a relação entre as estruturas sociais e a agência humana, mantendo o carácter distintivo de ambos (Walker, 2009). Na prática, não são uma dicotomia, mas sim "dois lados da mesma moeda". Centrando-nos neste ponto, temos a base para compreender a interação entre agência e estrutura ao longo do curso de vida. A vida social consiste na "agência coletiva" em que as pessoas não independentes (“nonindependent”) afetam rotineiramente as ações uns dos outros. Como sujeitos sociais reflexivos, as pessoas idosas são capazes de exercer as opções de agência relativamente aos seus estilos de vida e às suas abordagens do envelhecimento, assim como quando eram jovens adultos que decidiram (dentro de certos limites) sobre as carreiras, habitação, formação da família, e assim por diante. Mas estas escolhas são sempre exercidas dentro das relações estruturais imediatas e históricas e dependendo da categoria estrutural, um grande número de jovens e idosos não é capaz de fazer quaisquer escolhas sobre os aspetos fundamentais das suas vidas, designadamente

sobre a idade de se aposentar, o nível do seu rendimento, o acesso a cuidados de saúde e cuidados de longa duração, entre outros.

Uma questão-chave que requer uma investigação mais aprofundada refere-se aos problemas que são estruturalmente induzidos para os idosos, ou seja, problemas que são inevitáveis e devem ser respondidos por eles nas suas próprias formas individuais ou coletivas, apontando ainda para os aspetos negativos da ação social onde a agência está restrita. Uma segunda questão-chave de investigação diz respeito ao papel da Política Social e ao Estado de Bem-estar, em particular, e na medida em que as suas instituições facilitam ou dificultam os processos de auto-realização exercidos por pessoas idosas.

## **2.2. Envelhecimento e Estado de Bem-Estar a nível internacional**

As orientações políticas a nível internacional, em particular na União Europeia, foram recentemente abordadas por Pinto (2011). A autora começa por fazer referência ao Ano Europeu de Combate à Pobreza e Exclusão Social, em 2010, que foi celebrado no pico da maior crise em décadas vivida pelas sociedades europeias (embora com intensidades muito diferentes entre Estados-Membros). Apesar do reconhecimento da crise, a Comissão Europeia (2010) salienta que o efeito poderia ser pior caso as intervenções nos “mercados” e nos “sistemas de proteção social” existentes não fossem feitas atempadamente.

A preocupação com a pobreza e exclusão social, em 2010, levou ao reconhecimento das profundas desigualdades na União Europeia, especialmente na educação, emprego/trabalho e saúde. A pobreza e a exclusão social traduzem-se em desperdícios de capitais (humanos, económicos e de recursos materiais e energéticos). Sobre este assunto, a Comissão Europeia realça a ideia da simbiose e interdependência entre a dimensão económica e a Política Social, sendo a defesa desta interligação de realimentação mútua que fundamenta as opções e orientações para o espaço comunitário. A pobreza e a exclusão social levam a que o estatuto de cidadania não seja o mesmo para todos os cidadãos, havendo um grande esforço socioeconómico e

político para combater estes fenómenos. Dados referidos por Pinto (2011), do Eurostat, para 2008 referem que o indicador de risco de pobreza<sup>2</sup> na UE-27 era de 17% para o geral da população, ou seja, cerca de 80 milhões de pessoas em risco de pobreza após transferências sociais, sendo maior em crianças e jovens (20%) e em adultos com 65 ou mais anos (19%; homens - 16%; Mulheres – 22%). Existem diferenças entre os Estados-Membros, no que se refere ao risco de pobreza, com Portugal a apresentar 18%.

O grau de desigualdade na distribuição dos recursos<sup>3</sup>, outro indicador de vulnerabilidade social, em 2008, na UE-27, era de 5,0. Em Portugal o valor (6,1) foi mais próximo das maiores desigualdades entre os Estados-membros da UE.

Outra dimensão essencial das Políticas Sociais a realçar ao nível da UE é o peso no Produto Interno Bruto das despesas sociais, nomeadamente com os cuidados de saúde e com as pensões sociais (despesas com velhice e sobrevivência). Em 2007, o total das despesas sociais revelou um peso médio para a UE-27 de 26,2%. Portugal apresentou um valor de 24,8%, abaixo da média da UE-27. Tendo em conta aspetos da dependência individual, convém salientar que a percentagem das despesas com a saúde, o valor médio foi de 7,4% do PIB na UE-27. Os valores para Portugal foram, de 6,6%, abaixo da média na UE-27. Quanto às despesas com benefícios na velhice e sobrevivência, na UE-27 o valor foi de 11,7%, valor igual ao registado em Portugal, mas de realçar que existem 20 países da UE-27 com valores mais baixos. Note-se, sobre este assunto, os instrumentos mais normativos de Política Social passam pela legislação europeia (hard law) e pelo Método Aberto de Coordenação (MAC). Este último tem proporcionado grandes avanços em termos de Políticas Sociais na UE.

---

<sup>2</sup> Indicador que representa a percentagem de pessoas com um rendimento equivalente disponível inferior a 60% do rendimento equivalente mediano nacional, sendo o valor de referência português, em 2008, de 4878€ para o agregado de uma pessoa (Pinto, 2011)

<sup>3</sup> Indicador referente ao rácio do rendimento social recebido pelos 20% da população com maior rendimento em relação ao rendimento total recebido pelos 20% da população com menor rendimento (S80/S20) (Pinto, 2011).

### **2.2.1. A Coordenação da Proteção Social na União Europeia**

De acordo com Pinto (2011), no seguimento da Cimeira Extraordinária de Lisboa 2010, a inclusão/exclusão social, como tema de interesse comum comunitário, passou a integrar-se no Processo de Coordenação da Proteção social, operacional desde 2006. O Método Aberto de Coordenação veio permitir maior coerência e diversidade nas Políticas Sociais paralelamente a um reconhecimento das diferentes situações existentes nos Estados-Membros. No âmbito do MAC da Proteção Social passou a ser lançado anualmente, a partir de 2005, um relatório conjunto sobre a Proteção Social, cobrindo as áreas da inclusão social, das pensões e dos cuidados de saúde.

No que diz respeito à inclusão social, os elementos principais do Método Aberto de Coordenação são: objetivos e indicadores de avaliação comuns, elaboração de planos nacionais que concretizem esses objetivos, elaboração de relatórios conjuntos sobre a inclusão social e implementação de programa comunitário de ação. Referindo os objetivos e indicadores comuns é visível a referência ao acesso de todos aos recursos, direitos e serviços necessários a uma participação ativa na sociedade, à inclusão social ativa de todos, através da promoção da participação no mercado de trabalho e da luta contra a pobreza e exclusão social e o reforço da governança das políticas de inclusão social. Relativamente aos Planos Nacionais de Ação para a Inclusão (PNAI), foram elaborados por cada Estado-Membro, ao longo da década de 2010, sendo referido o princípio da subsidiariedade: a luta contra a exclusão da responsabilidade dos Estados-Membros e sobretudo das autoridades regionais e locais, e dos parceiros sociais e civis, fazendo referência também aos cuidados de proximidade. São ainda elaborados relatórios conjuntos sobre a inclusão social, para uma regular monitorização e avaliação de todo o processo. A Proteção Social e do Emprego desempenham papéis importantes neste processo. O MAC integrou ainda o Programa Comunitário PROGRESS que visou acompanhar e apoiar a ação dos estados membros, em cinco áreas de intervenção prioritárias: emprego, inclusão e proteção sociais, condições de trabalho, não discriminação e igualdade de género. Do Programa de Ação Comunitário PROGRESS (2007-2013), destacam-se os seguintes objetivos: (a)



melhorar o conhecimento da situação social dos estados-membros, através de estudos, avaliações e acompanhamento das políticas; (b) apoiar e acompanhar a aplicação da legislação comunitária e de objetivos políticos nos estados-membro e; (c) promover o estabelecimento de redes, a identificação e divulgação de boas práticas e de práticas inovadoras a nível comunitário.

### **2.3. O “Aging in Place” em resposta aos desafios do envelhecimento**

Apesar de algumas das pessoas mais velhas caminharem para a dependência, a maior parte manifesta o desejo de envelhecer em casa. Fange, Oswald e Clemson (2012) num número especial do “Journal o Aging Research” assumem que o “Aging in Place” diz respeito a continuar a viver na sua própria casa ou vizinhança e adaptar-se às suas necessidades e condições em mudança (“is about being able to continue living in one’s own home or neighborhood and to adapt to changing needs and conditions” (p.1). Com o atual panorama demográfico, tornou-se fundamental repensar os paradigmas associados ao envelhecimento, ao ambiente e aos cuidados a pessoas idosas (Vasunilashorn, Steinman, Liebig & Pynoos, 2012). O “Aging in place”, apesar das diversas definições, surge como uma política emergente que focaliza a sua discussão na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no ambiente envolvente, elegendo a manutenção da pessoa no seu meio natural como meio preferencial de vida (Pynoos, Caraviello & Cicero, 2009). Segundo Van Leeuwen et al. (2014), envelhecer em casa pelo máximo de tempo possível é a preferência da maior parte das pessoas idosas visto que, além de envelhecerem num lugar familiar, evitando ainda a opção dos cuidados institucionais que têm vários entraves, entre os quais os custos elevados. O crescente interesse por “Aging in Place” deve-se, essencialmente, ao envelhecimento da população, tanto da terceira como da quarta-idade, em grande parte das sociedades e ao desafio que constitui para os investigadores, profissionais e políticos nas diversas áreas sociais e científicas, e nas diferentes disciplinas (Fange, Oswald & Clemson, 2012).

Nos últimos anos, o “Aging in Place” tornou-se um conceito determinante para decisores políticos, bem como para investigadores nos seus esforços conjuntos para criar comunidades que facilitem a preferência amplamente reconhecida pela maioria das pessoas idosas de permanecer nas suas casas e comunidades o máximo tempo possível (Vasunilashorn, Steinman, Liebig & Pynoos, 2011). Note-se que a mudança nas prioridades e recursos em direção à desinstitucionalização, como o Serviço de Apoio Domiciliário, resultou em políticas e programas explícitos que refletem uma mudança de paradigma em que os lares de idosos são agora vistos como uma opção de último recurso, quando no passado eram a alternativa mais provável para pessoas idosas que necessitavam de diversos serviços (Vasunilashorn et al., 2011).

Os esforços iniciais para conceptualizar e definir “Aging in Place” como um importante tópico de discussão focam-se na compreensão do processo do envelhecimento em termos das mudanças que ocorrem tanto nas pessoas, como nos seus ambientes/contextos de vida. Em configurações mais eficientes, as características do ambiente devem funcionar para acomodar as perdas de capacidade física (Lawton & Nahemow, 1973). O conceito de “Aging in Place” tem evoluído de modo a enfatizar os Serviços e a Tecnologia como contribuições importantes para a capacidade de uma pessoa idosa permanecer na sua casa. Consistente com a opinião de Lawton, o objetivo principal dos serviços e da tecnologia é fazer coincidir o nível de suporte fornecido pelo ambiente habitacional com o nível de capacidades individuais. A posição de Lawton e Nahemow é ainda reforçada por Duarte e Paúl (2007) quando referem que a adaptação do idoso ao contexto ambiental constitui um aspeto central da Gerontologia Ambiental.

Vasunilashorn e colaboradores (2011) referem que ao longo dos últimos 30 anos, os decisores políticos e profissionais que prestam serviços a idosos com doenças crónicas e incapacidades têm dado ênfase à conceptualização do “Aging in Place” como um objetivo atingível e que vale a pena. Para acompanhar as tendências no “Aging in Place”, estes autores examinaram artigos publicados entre 1980-2010, que incluíam o conceito, observando através desta revisão da literatura, um aumento no número absoluto e da proporção de manuscritos sobre “Aging in Place”. Os tópicos

relacionados com o ambiente e os serviços foram os mais comumente examinados durante 2000-2010 (35% e 31%, respetivamente), com um aumento substancial em manuscritos relativos à tecnologia e saúde/funcionamento, realçando assim o aumento da diversidade de temas que envolvem o “Aging in Place”. Os autores concluíram ainda que o Aging in Place está longe de ser um tema único, visto que difere entre as populações devido a vários fatores, como por exemplo, a cultura, a demografia e os sistemas jurídicos.

Relativamente à investigação, é de salientar que as perspetivas das pessoas mais velhas acerca das relações e conexões sociais, exclusão e inclusão social, bem como o impacto do bairro foram exploradas por Emlet e Mocerri (2012) num estudo qualitativo, em que os idosos foram entrevistados acerca da perceção de conexão social, de como a sociedade podia ajudar com as transições de vida no sentido de apoiar o “Aging in Place” e dos tipos de dificuldades percebidas na casa e no bairro. Foram ainda abordados temas semelhantes, embora com diferente enquadramento conceptual e diferentes métodos, nos estudos de Yen, Shim, Martinez e Barker (2012) e de Burns, Lavoie e Rose (2012). Os estudos revelaram que as pessoas mais velhas que permanecem no mesmo bairro podem enfrentar experiências de estranheza, exclusão social, exclusão económica e insegurança devido à gentrificação (valorização imobiliária de uma zona urbana) e aos poucos laços sociais positivos na vizinhança. Apesar de essas pessoas terem um forte impulso para se manterem ativas e com interações sociais significativas, querendo também contribuir para a sociedade, experienciaram barreiras estruturais consideráveis nas cidades, por exemplo, no acesso aos transportes e a outros serviços do bairro, tornando difícil manterem-se ativas e interligadas com a sociedade.

Em contraste, os comportamentos no interior da casa (“indoor behavior”) podem incluir várias formas de relações da pessoa com o ambiente de interesse científico. Yang e Sanford (2012) investigaram as relações entre o meio ambiente, o desempenho de atividades em casa e a participação na comunidade, e seu potencial para o “Aging in Place”. Comparando as pessoas idosas com e sem limitações de mobilidade, os autores verificaram que as pessoas com limitações de mobilidade

experimentaram mais barreiras ambientais em casa e na comunidade do que as sem limitações de mobilidade. Yan e Sanford (2012) referem também que as barreiras ambientais em casa e na comunidade explicam a baixa participação em viagens e na comunidade entre as pessoas que têm mobilidade limitada, sendo que a redução de barreiras ambientais nestes contextos é apontada como uma solução para que sejam mais ativas na comunidade, visto que economizam mais energia.

Van Leeuwen e colaboradores (2014) reforçam a importância de tornar o “Aging in Place” eficiente, tendo em conta a austeridade económica que o mundo está a viver. Esta tarefa parece difícil, sendo que, na Inglaterra, Van Leeuwen et al. (2014) referem que tendo em conta que o sucesso do “Aging in Place” depende de muitos fatores, entre os quais a habitação, os transportes públicos e o planeamento da cidade, é essencial que os diversos departamentos desenvolvam os seus trabalhos de forma conjunta, ou seja, que, no fundo, olhem de uma forma mais integrada de forma a permitir uma maior eficiência do “Aging in Place”. Um processo que é cada vez mais reconhecido como importante para a qualidade de vida das pessoas idosas é a interação das pessoas idosas com a casa e com as comunidades (Rowles & Bernard, 2013). À medida que as pessoas envelhecem, muitas experienciam declínio nas capacidades funcionais, aumentando a necessidade de ambientes familiares e de suporte. Os espaços familiares e personalizados proporcionam sensação de identidade, privacidade, apego, segurança e proteção e suporte, permitindo que as pessoas idosas permaneçam com mobilidade, independentes e com controlo das suas rotinas diárias.

Van Leeuwen e colaboradores (2014) realçam três características, referidas pela OMS (2007) como determinantes para a eficiência do “Aging in Place”: (1) acesso à informação e aconselhamento sobre suporte, serviços e benefícios, visto que as informações e os conselhos são importantes para ajudar as pessoas idosas e seus cuidadores informais; (2) desenho (“design”) da habitação, uma vez que as pessoas idosas com incapacidades funcionais podem ser confrontadas com inúmeras dificuldades na realização das atividades diárias e na mobilidade dentro da casa, sendo que o desenho da habitação pode ter grande influência no tipo e na quantidade de ajuda necessária e; (3) acessibilidades na área local, pois o tipo e a quantidade de

ajuda que uma pessoa idosa necessita para chegar aos lugares/serviços na sua área de residência depende da interação entre as características pessoais e as características do ambiente externo. Van Leeuwen et al. (2014) vão mais uma vez de encontro à posição de Lawton e Nahemow (1973), que referem que quanto menos competência as pessoas têm, maior é a sua dependência das circunstâncias ambientais. Assim, este estudo sugere que o ambiente doméstico e a prestação de informação podem ser tão importantes para a qualidade de vida das pessoas idosas como os fatores de saúde física e mental. No entanto, os autores não determinaram se a qualidade de vida está tão fortemente associada ao ambiente doméstico e à prestação de informações, como os fatores de saúde física e mental.

Ao longo desta abordagem ao “Aging in Place”, é observável que nos baseamos na literatura mais recente sobre o tema, sendo que se pode tornar numa questão limitativa pelo facto de se basear noutros contextos, que diferem do contexto português. No entanto, salienta-se o facto desta abordagem ser essencial uma vez que, além de serem publicações inovadoras que referem o estado atual da literatura existente neste domínio, leva-nos a (re)pensar acerca do caso português, e das formas mais eficazes e eficientes de responder aos desafios colocados pelo envelhecimento. Neste sentido, Fange, Oswald e Clemson (2012) referem que em alguns países é obrigatório para os municípios organizar e realizar visitas domiciliárias preventivas, sendo os principais objetivos destas visitas informar e identificar os riscos atuais ou potenciais para a saúde, atividade e participação da população idosa, de modo a que se possa intervir antes dos problemas ocorrerem. Antes de ser abordado o caso português e as oportunidades de Portugal para uma maior aposta no “Aging in Place”, convém ainda salientar o estudo de Jutkowitz e colaboradores (2012) que investigou o custo-eficácia de uma intervenção baseada em casa, direcionada para idosos mais vulneráveis. Os resultados foram definidos como anos de vida ganhos. No grupo de intervenção, as pessoas viveram significativamente mais tempo. Para avançar, no que diz respeito aos serviços e políticas que apoiem o “Aging in Place”, é necessário análises económicas dos programas.

A variedade em foco, da teoria e da metodologia, da investigação analisada são um sinal importante do interesse e do esforço que tem sido aplicado às questões do “Aging in Place” por investigadores e profissionais dos diversos campos. Em conjunto e separadamente, os artigos têm o potencial de influenciar o debate social através de questões acerca do envelhecimento que são de interesse geral e ajudam também a informar os decisores políticos nos diversos campos sobre a necessidade de tomar medidas que apoiem o “Aging in Place” na idade avançada (“in later life”). Greenfield (2011) aponta a importância dos quadros teóricos, referindo que o seu desenvolvimento pode ajudar a orientar a avaliação de programas, explicar e resolver um problema ou necessidade relacionada com o “Aging in Place”. Na posição de Martín e colaboradores (2012), o sucesso do “Aging in Place” depende em grande medida da satisfação residencial e do contexto social onde a pessoa se insere, exigindo assim a integração de medidas de cariz ambiental e a consideração de medidas de teor social, de que é exemplo a prestação de serviços diversificados no domicílio (ex. Serviço de Apoio Domiciliário) e redes de vizinhança, bem como medidas de carácter tecnológico que, reunidas, respondam às necessidades das populações mais vulneráveis. A falha na resposta à carência de uma dessas medidas poderá, por si só, impelir a pessoa idosa a uma situação de internamento, de cariz clínico ou social. Assim, tornam-se necessárias respostas multidisciplinares, com a implicação da população e de diferentes agentes da comunidade que visem, sobretudo, a adoção de medidas preventivas (Martín et al., 2012), visto que o “Aging in place” é o resultado de um “ajuste” e da “otimização” que ocorre entre as pessoas, as alterações biopsicofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e os seus ambientes em constante mudança.

Apesar de nos centrarmos maioritariamente na importância da prestação de serviços no domicílio, é essencial referir que os fatores que contribuem para a criação de um ambiente confortável, integram constituintes do ambiente interno (habitação), do ambiente externo de proximidade e do ambiente em torno das redes locais de suporte. Os acessórios e equipamentos da habitação são indicadores que permitem determinar com maior ou menor dificuldade a forma como a pessoa idosa gere a

habitação (Martín et al., 2012). A existência de água canalizada e de estruturas funcionais como casa de banho com, pelo menos, sanita com autoclismo e base de chuveiro ou equiparado, assim como estruturas que permitam cozinhar nas instalações, são os elementos mais referenciados na análise das condições de vida dos idosos na UE (Martín et al., 2012). Poucos estudos têm sido realizados no sentido de avaliar o número de casos de carência habitacional na população idosa em Portugal. A residência em alojamentos não clássicos é um dos principais indicadores representativos das debilidades associadas às condições habitacionais das pessoas idosas.

As condições de habitabilidade vão além das condições elementares de bem-estar visto que, com a idade, destacam-se comprometimentos individuais (alterações biológicas, psicológicas e sociais) que originam vulnerabilidade e dependência e, juntamente com a pobreza e a exclusão social são problemas associados à população idosa em Portugal. Martín e colaboradores (2012) referem um estudo realizado pelo Instituto Universitário de Lisboa (CET/ISCTE, 2008) em que se concluiu que a restrição na mobilidade foi apresentada como sendo a situação mais comum e a que apresentava maior destaque na população com idade igual ou superior a 75 anos. As condições habitacionais podem agravar o declínio das funções e capacidades da pessoa idosa sendo que o desequilíbrio na dinâmica envelhecimento-saúde-acesso a serviços e ambientes adequados origina fragilidade, num processo que se compreende cíclico e indutor de dependência, traduzindo-se em elevado custo individual e social que leva muitas vezes a situações de isolamento e institucionalização (Pynoos, Caraviello & Cicero, 2009). O ambiente pode servir também como um meio de compensação das limitações decorrentes do envelhecimento, quando se concebe e concretiza um plano de adaptações facilitadoras da vivência autónoma no domicílio e posicionando-nos nos estudos de Martín e colaboradores (2012, pp.186), é de salientar o facto de “uma habitação inclusiva compreender quatro conceitos que procuram redefini-la como uma tecnologia capacitadora para a vida, sendo eles “accessible design” (cumprimento mínimo de normas de acessibilidade e adequabilidade), “visitability” (eliminação de três barreiras principais: i. degraus, ii. corredores e portas

estreitas e iii. casa de banho inacessível no andar de acesso ao exterior), “adaptability” (recursos que suportam atualizações fáceis e de baixo custo para melhorar as condições de acesso no futuro) e “lifespan design” (inclui uma gama de recursos adaptativos que facilitam a segurança e a prevenção de quedas)”.

Relativamente aos problemas mais comuns das habitações, Pynoos, Caraviello e Cicero (2009) referem que podem ser resolvidos com soluções economicamente acessíveis (custo estimado muito inferior às obras de remodelação profundas) que potenciam a melhoria no desempenho do idoso, a redução de acidentes e que apoiam uma vida independente como: instalar barras de apoio em locais estratégicos; instalar superfícies antiderrapantes; melhorar a iluminação, principalmente escadarias e corredores de acesso; desobstruir passagens; eliminar ou fixar tapetes; identificar ajudas técnicas adequadas que facilitem a realização de tarefas diárias; construir rampas, entre outras. As entradas de acesso à habitação, a casa de banho e a cozinha são normalmente as áreas mais problemáticas mas, também, as que oferecem mais oportunidades de melhoria. As principais limitações relativamente à adaptação ambiental, segundo Bayer e Harper, (2000) devem-se essencialmente ao custo proibitivo (custos que se tornam significativos para uma população com baixos rendimentos), à incapacidade das próprias pessoas em realizarem as adaptações (por incapacidade física e/ou por mero desconhecimento de medidas de adaptabilidade adequadas à situação), à carência de serviços qualificados e de confiança ou ao desconhecimento da potencialidade da adaptação habitacional. Baseando-nos na posição de Martín e colaboradores (2012), percebe-se que é essencial envolver a pessoa idosa no processo de modificação ambiental, tendo sempre em conta que se devem priorizar essas melhorias de acordo com a rentabilidade e impacto na vida da pessoa idosa. É, assim, imprescindível promover e garantir uma gama de serviços, cuidados e adaptações funcionais que facilitem a continuidade da pessoa idosa no seu domicílio ou até mesmo na instituição de acolhimento, num amplo espectro de situações e graus de dependência (Vasunilashorn, Steinman, Liebig & Pynoos, 2012).

Embora se destaque a experiência positiva associada a uma situação de envelhecer no domicílio, fatores relacionados com dependência, restrições ambientais,



carências socioeconómicas e familiares, conciliados com a carência no acesso a serviços que seriam essenciais na resposta a este quadro de vulnerabilidade, podem refletir-se numa vivência negativa que resulta numa redução da qualidade de vida da pessoa idosa (Sixsmith & Sixsmith, 2008). Martín e colaboradores (2012) referem a importância de medidas de teor social, de que é exemplo a prestação de serviços diversificados no domicílio. Segundo Carp (1976, como citado em Martín et al., 2012), para uma qualidade de vida satisfatória, o envelhecimento no domicílio deve apresentar uma relação óbvia com cada aspeto da vida da pessoa idosa, incluindo o sistema de serviços, sendo que Oswald, Joop, Rott & Wahl (2011) referem que deve existir uma adequação e facilidade da pessoa idosa em obter o apoio social que necessita, através da rede de vizinhança e de uma conveniente rede de cuidadores formais. Não excluindo a família como um recurso determinante, os serviços do âmbito do Social e de cuidados tornam-se cada vez mais importantes como instrumento de apoio às famílias e garantia, reparação e prevenção de situações de carência e de exclusão social (Marques & Santinha, 2011). A necessidade de serviços dirigidos às pessoas idosas constitui-se essencial devido a fatores como as condições de vida precárias, solidão, dificuldades no relacionamento interpessoal, saúde física e mental e capacidade funcional diminuída, “com a inerente necessidade de cobertura de tarefas domésticas, cuidados pessoais (serviços de apoio domiciliário e de enfermagem) e serviços de integração social (ex. apoio na criação e manutenção de contatos sociais)” (Martín et al., 2012 p. 195).

Concretamente, no que se refere à resposta de Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal, Martin, Oliveira e Duarte (2012) referem que se apresenta como um serviço subutilizado, cujos modelos organizativos se encontram orientados para a prestação de serviços básicos, embora apresentem potencial para uma prestação mais efetiva com base na análise do perfil da pessoa idosa. Apesar dos Serviços de Apoio Domiciliário serem abordados mais à frente, eles podem ser abordados no âmbito de uma resposta social que contribui para o sucesso do “Aging in place”, tendo em conta que a prestação de uma resposta adaptada aos diferentes níveis de necessidade e de comprometimento apresentados pela população idosa reflete uma carência de

respostas sociais integradas que contribuam para o envelhecimento bem-sucedido no domicílio.

#### **2.4. Políticas Sociais e cuidados de proximidade: A prestação de serviços no quotidiano**

As políticas sociais e os cuidados de proximidade são analisadas por Esgaio (2011) como “outputs” do Sistema Político, já que visam responder às necessidades específicas da população. Posto isto, as Políticas Sociais são definidas como sendo Políticas Públicas que se dirigem à resolução de problemas identificados na estrutura e no funcionamento da sociedade e das comunidades que a compõe, assentando em normativos legais, que sistematizem decisões e orientações tendencialmente gerais, abstratas e tipificadas, numa ótica macro e meso. A nível macro, as Políticas Sociais visam responder às necessidades de bem-estar social, através da defesa dos direitos humanos e da promoção do desenvolvimento, operacionalizando-se em Políticas sectoriais: Políticas de qualificação do capital humano (Educação e Formação) – Políticas de coesão e de fenómeno do capital social (Segurança Social e Saúde) - e as Políticas sociais e transversais (Ambiente e Cultura).

As Políticas de coesão e de fomento do capital social utilizam o conceito de capital social que se edifica nas relações entre pessoas. A teoria do capital social assenta na ideia de que através de estruturas sociais de cooperação, da partilha de normas e valores e do exercício da reciprocidade de direitos e obrigações, se produz um valor que beneficia os indivíduos, mas também a sociedade. Segundo Esgaio (2011) capital social é um conjunto de elementos constituintes de uma sociedade, comunidade ou organização, que aumentam a sua eficácia por facilitarem a ação conjunta dos indivíduos na realização de objetivos comuns. No âmbito das políticas de coesão e de fomento do capital social destacamos as políticas na área da proteção social embora a autora aborde também as políticas de saúde.

A Constituição Portuguesa define no Artigo 64.º (Saúde) no Ponto 1 que “para assegurar o direito à proteção de saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a)

Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, o que indica a criação de um sistema universalista (Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional, 2005). Na mesma fonte, o ponto 2 do artigo 67º (Família) refere que, “Incumbe, designadamente, ao Estado para a proteção da família: b) Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade”. Ainda fazendo referência à Constituição Portuguesa, nota para o Artigo 72.º (Terceira Idade) no ponto 1, referindo que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” e no ponto 2, referindo que “a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade. Esta política de terceira idade a que se refere a constituição portuguesa é operacionalizada na Lei de Bases da Segurança Social. Basicamente trata-se de um sistema público de cobertura limitada que satisfaz as necessidades básicas de pessoas em situação de dependência ou com escassos recursos económicos. No modelo português, o Estado assume um papel importante na proteção social, mas reparte essa responsabilidade com as famílias, com o terceiro sector e com o mercado (Martín & Brandão, 2012), mas não obriga a que todos os cidadãos com dependência tenham um acesso garantido ao sistema de cuidados formal. Os sistemas assistencialistas, caso de Portugal, caracterizam-se, sobretudo, pela separação dos Sistemas Social e de Saúde, pela insuficiência de recursos económicos e pela cobertura limitada à satisfação das necessidades das pessoas em situação de dependência, mas onde também as famílias têm um papel relevante na prestação de cuidados.

Em Portugal, as políticas dirigidas à intervenção na dependência em Portugal caracterizam-se pela centralização da Segurança Social, pelo papel determinante das parcerias com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e pela falta de coordenação entre os sectores social e de Saúde. A Segurança Social é, neste sentido, a

única entidade estatal responsável por reger as respostas dirigidas à população idosa, tendo por um lado a função de supervisionar e por outro financiar instituições com respostas dirigidas às populações mais carenciadas. A Segurança Social compreende duas áreas, a Ação Social, que presta apoio institucional traduzido em serviços e equipamentos, e os Regimes, que englobam as pessoas decorrentes do regime geral ou contributivo (Carvalho, 2006), sendo que neste sentido o poder relativamente às políticas para a dependência está fortemente centralizado, algo que não acontece em outros países como, por exemplo, na Suécia ou na República Checa, em que as autoridades locais e regionais têm um papel cada vez mais importante na preparação de planos de desenvolvimento social, assegurando o compromisso de parceria entre o Governo central e as autoridades locais.

Em Portugal, as Leis de Bases da Segurança Social posteriores a 1984 deram origem a desenvolvimentos de outras leis de bases da Segurança Social, sendo de referir neste sentido a Lei de Bases da Segurança Social nº4/2007, de 16 de Janeiro (DR, 2007). No que se refere à Lei nº4/2007, de 16 de Janeiro, o princípio da subsidiariedade continua a constituir um dos princípios gerais do Sistema de Segurança Social. Este princípio apresenta algumas diferenças na sua formulação. É agora identificado como consistindo na responsabilidade coletiva das pessoas entre si na realização das finalidades do sistema e envolvendo o concurso do Estado no seu financiamento. Na composição do sistema da segurança social o campo que contempla a ação social é designado como sistema de proteção social de cidadania. Em termos globais são objetivos deste sistema: garantir os direitos básicos dos cidadãos e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e a coesão sociais através da efetivação do direito a mínimos vitais dos cidadãos; a prevenção e erradicação da pobreza e de exclusão; a compensação por encargos familiares ou por encargos nos domínios da deficiência e da dependência. Este sistema engloba o subsistema de ação social, o subsistema de solidariedade e o subsistema de proteção familiar.

O Subsistema de Ação Social tem como objetivos gerais a prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade socio-económica, de dependência,

de disfunção, exclusão ou vulnerabilidade sociais, com referência para as pessoas idosas em particular, devendo a ação social ser conjugada com outras Políticas Sociais públicas, bem como ser articulada com a atividade de Instituições não públicas, sendo que se concretizam através de: a) Serviços e equipamentos sociais; b) Programas de combate à pobreza, disfunção, marginalização e exclusão sociais; c) Prestações pecuniárias, de carácter eventual e em condições de excecionalidade; e d) Prestações em espécie. O Subsistema de solidariedade destina-se a assegurar, com base na solidariedade de toda a comunidade, direitos essenciais de forma a prevenir e a erradicar situações de pobreza e de exclusão, bem como a garantir prestações em situações de comprovada necessidade pessoal ou familiar, não incluídas no sistema previdencial, podendo abranger situações de compensação social ou económica em virtude de insuficiências contributivas ou prestacionais do sistema previdencial. O subsistema de proteção familiar abrange a generalidade das pessoas com vista a assegurar a compensação de encargos familiares acrescidos quando ocorram eventualidades previstas como sejam encargos familiares acrescidos, encargos no domínio da deficiência e no domínio da dependência, sendo destacado essencialmente para o âmbito do cuidado informal.

Na Lei de Bases da Segurança Social nº4/2007, é referido que a ação social é desenvolvida pelo Estado, pelas autarquias e por instituições privadas sem fins lucrativos, de acordo com as prioridades e os programas definidos pelo Estado e em consonância com os princípios e linhas de orientação definidos”. Aqui são expressamente definidos os princípios e orientações a que deve obedecer a concretização da ação social, nomeadamente: (i) A intervenção prioritária das entidades mais próximas dos cidadãos, mais uma vez, numa insistência implícita ao princípio da subsidiariedade; (ii) A utilização eficiente dos serviços e equipamentos sociais, com eliminação de sobreposições, lacunas de atuação e assimetrias na disposição geográfica dos recursos envolvidos; (iii) A valorização das parcerias, constituídas por entidades públicas e particulares, para uma atuação integrada junto das pessoas e das famílias. Aparece, como novidade, a referência à comparticipação do utilizador, quando admite que “a utilização de serviços e equipamentos sociais pode

ser condicionada ao pagamento de comparticipações pelos respetivos destinatários, tendo em conta os seus rendimentos e os dos respetivos agregados familiares”. Ainda na linha do desenvolvimento da ação social, no âmbito da intervenção local, esta lei reforça que este desenvolvimento se concretiza pelo estabelecimento de parcerias, designadamente, através da rede social, envolvendo a participação e a colaboração dos diferentes organismos da administração central, das autarquias locais, de instituições públicas e das instituições particulares de solidariedade social e outras instituições privadas de reconhecido interesse público.

Segundo Esgaio (2011), os cuidados de proximidade atuam no campo de implementação das Políticas Sociais, através da execução e prestação de serviços tendencialmente personalizados. Assim, envolvem a concretização de uma serie de atividades ligadas à vida quotidiana e familiar, estando implantados numa determinada unidade territorial e implicando o estabelecimento de uma relação de confiança entre o prestador e o cliente, no sentido de construir respostas adequadas a necessidades individuais e comunitárias específicas, conferindo-lhes um carácter de utilidade social. As dimensões fundamentais dos cuidados de proximidade são: a existência de um conjunto de atividades ligadas à vida quotidiana e familiar que, sendo tradicionalmente desempenhadas pelas famílias, passaram a ser incomportáveis para as mesmas, a proximidade objetiva dos cuidados, conferindo um elevado potencial na intervenção pela maior proximidade de necessidades sociais, proximidade subjetiva dos cuidados, em que a prestação do serviço se constrói através da relação entre o prestador e cliente; a criação de respostas específicas para situações específicas, revelando assim atividades de utilidade social.

Especificamente no que se refere ao tipo de serviços prestados na velhice, os Serviços de Ação Social têm serviços variados sendo de realçar os Serviços de Apoio a Idosos e Dependentes que é traduzido em Lares, Centros de Dia e de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário, entre outros (Esgaio, 2011). Os cuidados de proximidade são prestados por diversas entidades, apesar da grande expressividade das entidades particulares sem fins lucrativos (IPSS). Os serviços ao operacionalizarem as políticas sociais e visando concretizar o acesso aos direitos económicos e sociais, acabam por

responder a necessidades materiais e imateriais e apoiam o processo de construção de cidadãos. Neste sentido, a resposta a necessidades imateriais exige níveis de confiança entre o prestador e cliente bastante elevados, revelando útil o estabelecimento de relações primárias, baseadas numa proximidade física e emocional facilitadora dessa confiança. Por outro lado, a resposta mais próxima das populações permite adaptar o carácter abstrato das Políticas Sociais às especificidades do contexto, procurando assegurar a eficácia e eficiência das medidas planeadas.

Estão assim estabelecidas as grandes linhas de orientação para o exercício da Ação Social bem como criados os normativos jurídicos que regulamentam a ação destas estruturas de proximidade, no entanto, segundo Hespanha et al. (2000), verificam-se incumprimentos recíprocos, nomeadamente: (i) No que respeita às obrigações da Segurança Social, a falta de orientações técnicas para aplicação das normas que regulamentam os acordos de cooperação, dá lugar a diferentes interpretações das mesmas e, conseqüentemente, a desvios no cumprimento esperado, uma vez que o acompanhamento e ação fiscalizadora escasseiam; (ii) Da parte das IPSS nem sempre as cláusulas são rigorosamente respeitadas, seja por défices de recursos humanos com competência técnica, seja por falta de esclarecimento das Direções no que respeita ao conhecimento esclarecido das suas incumbências e poderes.

#### **2.4.1. Parcerias com as Instituições Particulares de Solidariedade Social**

As IPSS são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. Caracterizam-se ainda por prosseguirem, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, objetivos do âmbito da Segurança Social, nomeadamente, na proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho. Estes objetivos são concretizados através de respostas de Ação Social em equipamentos e serviços, bem como de parcerias em programas e projetos.

As pressões demográficas exigem novas soluções no que se refere à prestação de Serviços do Social (Santana, 2007). Segundo o artigo nº1 da Portaria Nº 139/2007 de 29 de Janeiro, as IPSS devem prosseguir, exclusiva ou principalmente, os seguintes objetivos do âmbito da ação social do sistema de Segurança Social: a) apoio a crianças e jovens; b) apoio à família; c) proteção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente pessoas com deficiência e idosos; d) integração e promoção comunitária das pessoas e desenvolvimento das respetivas capacidades; e) prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência, de disfunção, exclusão ou vulnerabilidade sociais.

Como mencionado por Hespanha et al., (2000, como citado em Martin & Brandão, 2012), tendo em conta as necessidades locais, são estabelecidos acordos com os Centros Regionais de Segurança Social que constituem a principal fonte de receitas financeiras deste tipo de instituições, podendo tomar duas formas: (1) os acordos de cooperação (podem ser típicos ou atípicos) e (2) os acordos de gestão. Os acordos de cooperação referem-se ao contrato escrito entre as IPSS e o Estado, que apoia técnica e financeiramente, em que se estabelece uma relação jurídica, nos termos do regime de cooperação, com o objetivo do desenvolvimento de uma determinada resposta social. Os acordos típicos são estabelecidos para respostas sociais que se encontram tipificadas. Relativamente aos acordos atípicos, estes contêm regras especiais para matérias inovadoras que não se enquadram nas regras gerais do regime de Cooperação. Por último, os acordos de gestão acontecem quando a Segurança Social confia a uma instituição a gestão das instalações e serviços, mantendo-se, no entanto, ligados no âmbito da ação social e de que resultam benefícios para os utentes, interesse para a comunidade e melhor aproveitamento de recursos disponíveis. O acordo implica um contacto próximo com a instituição, através de visitas às respostas sociais, reuniões com direções e equipas técnicas, contactos telefónicos e/ou contacto eletrónico, mantendo o registo organizado acerca dos elementos relativos a cada instituição, assim como os que são solicitados. Neste sentido, existem também as ações de acompanhamento técnico que se traduzem em apoios de carácter técnico, administrativo, de planeamento/arquitetónico, entre outros, definidos conforme as



necessidades/solicitações das instituições, e conforme a legislação em vigor aplicável. Os principais objetivos destas ações são, o cumprimento das disposições legais e dos normativos específicos de cada resposta social, e o apoio à concretização de uma intervenção técnica em que a qualidade dos serviços seja cada vez mais elevada.

Martín e Brandão (2012) analisam os acordos de cooperação entre a Segurança Social e IPSS na área da velhice. Relativamente ao caso português, segundo o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social (IGFSS, 2010, como citado em Martín & Brandão, 2012), o número de acordos celebrados aumentaram, verificando-se um aumento de 1075 acordos celebrados apenas para a terceira idade entre 2005 e 2009, sendo que os gastos por ano em milhares de euros aumentaram de 399.661€ para 490.412€. As despesas com os acordos de cooperação globais representaram 71,6% das despesas correntes da Ação Social no ano de 2009, sendo que entre 2005 e 2009, verificou-se um aumento de 20,4% nas despesas com acordos de cooperação. Relativamente aos gastos desagregados por tipo de serviços sociais, referentes ao ano de 2009, é possível referir que os serviços de Lar para Idosos (44,75%) e Serviço de Apoio Domiciliário (41,52%) são os que representam a maior despesa, sendo também os serviços com maior número de utentes, com 49.429 e 67.420 utentes, respetivamente. Martín e Brandão (2012) referem ainda o preço por utente nos diversos tipos de serviços sociais, sendo que as respostas sociais Residência para Idosos (5.339, 58€) e Lar para Idosos (4.256,22€) são as que apresentam preços mais elevados. Neste sentido, importa ainda salientar os Serviços Sociais de Apoio Domiciliário Integrado, visto que também apresentam um preço por utente próximo das respostas acima referidas, com 4.041,77€ e os Serviços de Apoio Domiciliário, que apresentam uma média de 2.912,85€ por utente. Na atualidade, e como referido por Hespanha et al. (2000; Instituto da Segurança Social, 2011, como citado em Martín e Brandão, 2012), constata-se que os acordos de cooperação, entre a Segurança Social e as IPSS, são a forma privilegiada do exercício da Ação Social em Portugal, sendo ainda referido pelos autores que o crescimento das várias valências, e dos custos com as mesmas, tem sido sustentado.

#### **2.4.2. Cuidados no âmbito da Política de Apoio Domiciliário**

As respostas de proteção social e de saúde para as pessoas idosas evoluíram substantivamente nos últimos trinta anos, e com mais frequência nos últimos dez anos no que se refere às transferências financeiras e à prestação de cuidados institucionais e domiciliários (Carvalho, 2012). Esta área de política teve os seus primeiros desenvolvimentos após a reestruturação jurídica da relação entre o Estado e as IPSS (em 1979) e posteriormente, com a publicação dos estatutos das IPSS. Esta reforma legislativa contribuiu para o surgimento de novas instituições e para o alargamento e a reconfiguração das atividades, com especial enfoque para as instituições seculares, até aí dirigidas exclusivamente à área da saúde, como era o caso das Misericórdias. A maioria destas instituições seguiu pelo desenvolvimento de atividades de ação social. Neste contexto sociopolítico surgiram os primeiros SAD das IPSS, com um relativo desenvolvimento na década de 80, e com um crescimento exponencial na década de 90, fruto de profundas mudanças na política de cuidados domiciliários a nível internacional e nacional. A intervenção do Estado nesta área concretizou-se no sentido de adequar a Segurança Social e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao envelhecimento da população e às necessidades de cuidados da população mais idosa, exigindo um maior investimento financeiro do Estado nestas áreas, particularmente, no financiamento das entidades prestadoras de cuidados sociais ou de saúde, mas também numa maior regulamentação consubstanciada em decretos-lei, despachos e normativos que orientam o funcionamento dos serviços, o acesso e o tipo de prestação, tendo em vista a qualidade. Para este alargamento, contribuíram várias medidas políticas, denominadas ativas, que pressupunham uma nova relação entre as instituições e o Estado: mais financiamento, mais transparência, mais iniciativa, mais inovação e implicação de outros atores sociais, tendo em vista o aumento da quantidade e da qualidade dos serviços. Exemplos destas medidas foram o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) e a lei dos Cuidados Continuados Integrados.

Nos últimos anos, foi crescendo o destaque dos cuidados de saúde e sociais, assim como a qualidade dos cuidados e o combate à pobreza, sendo evidente, desde 2006, com a criação de um modelo de avaliação da qualidade de respostas sociais, ou

seja, um manual de procedimentos para os serviços, na área das pessoas idosas, e também à reconfiguração da Rede Social (Decreto-lei nº115, de 14 de Junho de 2006). Também o Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI, 2006), já referido no âmbito europeu, considerou o grupo das pessoas idosas como um eixo prioritário da sua intervenção, tendo como objetivos a continuidade do complemento solidário para idosos com 65 ou mais anos com baixos recursos; o projeto-piloto de requalificação habitacional da população idosa e; o Programa de Alargamento de Rede de Equipamentos e Serviços (PARES). No que se refere ao programa PARES de referir que um dos seus objetivos era, até 2009, a criação de um maior número vagas em lares de idosos e SAD. O PARES tinha também entre outras metas até 2009 aumentar os SAD para deficientes em 30% e os SAD para idosos em 10%.

Tanto o PAII, como a lei de cuidados continuados integrados possibilitaram novos SAD, integrando a área social e de saúde, assim como o alargamento e a qualidade dos serviços existentes (Carvalho, 2012). Atualmente, a política de cuidados tem duas vertentes, ambas com duplo desenvolvimento: por um lado, a rede de cuidados integrados, com a valorização dos cuidados de saúde e sociais; por outro, a política de cuidados sociais. Estas vertentes refletem a renovação operada no país no âmbito das políticas, mas também da manutenção de formas “tradicionais” anteriores à revolução de 1974 (Carvalho, 2012).

Os cuidados de saúde focam-se nos cuidados de saúde e sociais após alta hospitalar, sendo desenvolvidos por centros de saúde e hospitais, em articulação com o sistema de segurança social, através de equipas especializadas. Para a prossecução dos objetivos e a fim de potenciar os recursos existentes, foram efetuados protocolos entre o Ministério do Trabalho e da Segurança Social (MTSS) (Carvalho, 2012).

Relativamente aos cuidados sociais estes estão associados à solidariedade, apoio e ajuda, valores implícitos aos ideais judaico-cristãos, à doutrina social da Igreja católica e aos direitos humanos, sendo estes cuidados tutelados pelo Estado, mas tendo também a regulação das entidades religiosas quando as instituições têm esse cariz. Estas valências são desenvolvidas em centros comunitários, misericórdias e

outras organizações laicas, que desenvolvem suportes de dia e de noite em lares e domicílios. Apesar da existência de normas e regras de funcionamento destes serviços, cada instituição tem autonomia para o desenvolvimento destes serviços, dependendo das necessidades do meio ou do tipo de gestão e organização prosseguida. No âmbito da solidariedade, verifica-se que não existe colaboração local nem regional, tendo as organizações uma gestão autónoma e pouca permeabilidade à mudança. No que diz respeito aos cuidados prestados, são realizados em equipamentos tipo lar ou domicílio, englobando cuidados básicos, como higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupa ou compras, e também apoio emocional e social, entre outros (Carvalho, 2012).

Carvalho (2012) refere alguns problemas identificados na política de cuidados domiciliários, em Portugal, que se prendem com a forte ideologia familiar que leva o Estado a prosseguir uma política de baixo nível de provisão. É importante ter em conta que a família pode não conseguir prestar um apoio com qualidade, devido não só à multiplicidade de tarefas que envolve todos os elementos, mas sobretudo porque os cuidados exigem maior especialização, como é o caso de cuidados com as escaras, a alimentação com sonda, os cuidados específicos com doentes de Alzheimer, entre outros aspetos. Além da elevada taxa de trabalho feminino integral em Portugal, existem outros défices gravosos, sobretudo no que diz respeito à área de reabilitação física e cognitiva, das ajudas técnicas e dos transportes adequados a este tipo de população dependente. Considerando estes aspetos juntamente com os níveis de pobreza absoluta e relativa deduz-se que muitas pessoas idosas não têm cuidados adequados à sua situação, nem as mínimas condições de velhice com qualidade. Espera-se que famílias e pessoas nestas circunstâncias se constituam como um grupo de pressão para modificar as suas condições de vida, agindo em seu favor nas orientações da política social, depois de devidamente informadas e organizadas. Giddens (2007), refere que os direitos sociais não são um dado adquirido, devido às diversas transformações sociais, sendo que os direitos têm de ser mais uma vez e permanentemente reivindicados. O desafio do estado-providência é encontrar

alternativas de financiamento e favorecer o desenvolvimento de mecanismos económicos inovadores que gerem riqueza e diminuam as perdas (Carvalho, 2012).

### **3. O Serviço de Apoio Domiciliário**

Genet e colaboradores (2011) apresentam uma revisão sistemática da literatura acerca dos cuidados domiciliários na Europa na última década. Segundo os mesmos autores o sistema de cuidados no domicílio parece diferir tanto entre países europeus, como dentro desses mesmos países. As situações de dependência nas pessoas idosas são questões complexas e requerem novas “políticas ativas” que potenciem as competências nas famílias com idosos a cargo e as integrem como complemento dos cuidados a prestar. No que se refere à família como habitual suporte de cuidados, vários autores referem alterações significativas que colocaram dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio (Sequeira; 2010; Carvalho, 2012). Esta nova realidade implica a necessidade de pensar em formas de assistência que promovam a qualidade de vida do idoso no domicílio, que não sobrecarreguem a família e que permitam diminuir a vulnerabilidade física e psicológica do indivíduo. Neste sentido, as políticas sociais, juntamente com as de saúde, devem contribuir para a promoção do envelhecimento bem-sucedido, incentivo de coesão e interação familiar e proteção do idoso de negligência, de más práticas, de violência física e psicológica.

Das respostas sociais para a população idosa o SAD é essencial, sendo considerado um dos pilares que serve de base aos serviços de assistência e de ação comunitária (Walker, 1996). No entanto, existem grandes variações entre os países da Comunidade Europeia no que concerne à cobertura e em termos da relação auxiliar/assistido, desde 1 ajudante de ação direta por cada 5 habitações encabeçadas por uma pessoa de mais de 65 anos na Dinamarca e um por cada 200 em Portugal (Walker, 1996). Além de contextualizarem os cuidados no domicílio na Europa, Genet e colaboradores (2011) referem concretamente os trabalhos de Santana (2007) que

estudou a importância de outros serviços em Portugal designados de Apoio Domiciliário Integrado, no entanto, é de salientar o facto de o SAD, fornecido por instituições sem fins lucrativos, para a população idosa, ser acreditado como uma primeira abordagem aos cuidados integrados.

Na área da prestação de cuidados, o domicílio foi eleito como objeto de ação política, constituindo-se como um dos meios de apoio às atividades da vida diária necessários à manutenção do quotidiano familiar e também de integração social (Carvalho, 2012). Os Serviços de Apoio Domiciliário constituem uma resposta social organizada, a que as pessoas em situação dependência podem ter acesso para a satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida diária e atividades recreativas, contribuindo ainda para a promoção da autonomia e prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento. Esta resposta, para as pessoas idosas e em situação de dependência, orienta para uma articulação entre as áreas da saúde e do social, entre responsabilidades públicas e privadas, entre modos de atuação formal e informal e entre cuidadores e beneficiários, adquirindo especial importância o Estado como regulador, financiador e promotor, e as organizações não lucrativas ou de solidariedade social (IPSS), como prestadoras de cuidados. O trabalho destas instituições é desenvolvido num quadro de proximidade territorial, de convivência com os problemas das pessoas e das famílias, sem necessidade de desenraizamento da sua vida habitual. Os cuidados prestados procuram sobretudo adequar-se ao modo de vida das pessoas e oferecer-lhes uma ampla gama de modalidades e de possibilidades, que tentam contribuir para a permanência do idoso na sua casa.

O SAD aproveita, em grande parte, as solidariedades informais, que ainda são, no nosso país, o grande suporte do cuidado aos idosos (Pimentel, 2000). Segundo Quaresma (1999), o SAD carece de novos dinamismos que o projetem para o surgimento de conteúdos menos homogêneos, mais flexíveis e diversificados, capazes de satisfazer as reais necessidades da população alvo. Confrontando-se com situações específicas e complexas, os SAD integram diferentes formas de atuação, não havendo um modelo único de apoio. É necessário no entanto, que as intervenções sejam

modelares. Kane (1999) estuda a eficiência dos cuidados domiciliários e alerta para a importância do conhecimento da complexidade dos casos e da clarificação dos objetivos, para avaliar a eficácia (effectiveness). Os objetivos dos cuidados domiciliários devem ser pensados e planeados como uma satisfação e/ou compensação para as necessidades decorrentes da dependência dos clientes. Os Serviços de Apoio Domiciliário só farão sentido como uma prestação de cuidados personalizada se permitirem ir ao encontro das necessidades da pessoa idosa, estimulando a autonomia e a liberdade de escolha do/a cliente.

Rodriguez e Sanchez (2000, como citado em Carvalho, 2012), definem o SAD como sendo uma resposta social de carácter preventivo e reabilitador, em que se conjugam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional consistentes se articulam com os cuidados pessoais, familiares e comunitários de base instrumental, complementares e especializados. Esta resposta social é um programa individualizado, que não se quer homogéneo e padronizado, mas flexível e heterogéneo, exigindo planificação, direcção por objetivos e flexibilidade, de acordo com as particularidades dos recursos com que se intervém e das circunstâncias pessoais e sociais das pessoas idosas e do contexto familiar. O enfoque preventivo e reabilitador é realçado por Carvalho (2012) de um modo específico. Em termos preventivos, abrange cuidados que impedem a evolução de situações de dependência e de fragilidade social, realçando a importância da criação de hábitos de vida saudável que abarquem a alimentação, desporto, prevenção de quedas e eliminação de barreiras arquitetónicas, assim como o reforço de vínculos familiares e de vizinhança. A reabilitação implica a recuperação de funções físicas, cognitivas e intelectuais perdidas, o auto-ensino de atividades básicas e instrumentais da vida diária perdidas, mas também o desenvolvimento da capacidade de comunicação com o exterior através da participação em atividades lúdicas e recreativas.

As técnicas de intervenção do SAD devem implicar uma intervenção de proximidade, de avaliação e de reflexão sistemáticas da concretização das respostas (Carvalho, 2012). Sendo assim, exige-se uma intervenção profissionalizada e de preferência multidisciplinar que permita avaliar as necessidades, os problemas e as

capacidades e definir os planos de intervenção compatíveis. Os profissionais que concretizam os cuidados necessitam cada vez mais de formação especializada, tendo em conta a complexidade dos cuidados a prestar, especialmente as pessoas dependentes e com problemas de demência. Os cuidados a prestar centram-se na relação e comunicação com a pessoa, nos cuidados domésticos, em atividades de apoio psicossocial, a ela e ao cuidador primário, e na integração deste núcleo na comunidade e nos recursos comunitários existentes. Assim, os cuidados instrumentais incluem a alimentação e acompanhamento na refeição, higiene pessoal e tratamento de feridas, vestir e cuidados de beleza, mudança da cama, adequação do domicílio, apoio na mobilidade em casa, limpeza/conforto da casa. As atividades com cuidados complementares incluem serviço de cabeleireiro, manicura e pedicura, compras e respetiva entrega no domicílio, acompanhamento ao exterior, ajuda do idoso no escolher da ementa, acompanhamento do idoso a votar, gestão do dinheiro, ajudas técnicas, adaptação e obras no domicílio, administração de medicamentos, transporte e apoio em tempo de descanso do cuidador. As atividades com cuidados especializados incluem aconselhamento legal, serviços religiosos, apoio psicossocial ao cuidador e ao cliente, grupos de auto-ajuda e formação do cuidador, cuidados médicos, cuidados de enfermagem, cuidados de reabilitação física, atividades de animação no exterior, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia com animais e outras. O SAD baseia-se assim em princípios de desinstitucionalização e de integração social (Trigueros, 2006).

Quaresma (1999) refere a heterogeneidade como um pressuposto do SAD, visto que se fundamenta no conhecimento das questões relativas ao envelhecimento individual e coletivo, (1) substitui o conceito de perdas, pelo da diminuição; (2) permite tomar consciência de que o grupo das pessoas idosas é mais heterogéneo e que o aumento da idade acentua a heterogeneidade; (3) proporciona a identificação das necessidades específicas; (4) abre caminho à definição de políticas com objetivos claros; (5) tem em conta a necessidade da diferenciação; (6) exige a adoção e a efetivação de medidas condizentes com os objetivos; (7) considera e ajusta-se aos dinamismos gerados pelo avanço da técnica e do conhecimento científico e pela



evolução das sociedades; (8) avalia e reformula a medidas em termos de garantia de direitos; (9) investe na personalização da qualidade de vida (Quaresma, 1999). Outro pressuposto relaciona-se com a contextualização, visto que a intervenção social é condicionada pelas transformações sociais, económicas e políticas. Estas transformações originam tensões, que determinam as escolhas em termos de medidas de política social (Quaresma, 1999). Constitui um desafio uniformizar a aplicação das medidas, mesmo quando os objetivos são idênticos. Como intervenção específica que se processa no âmbito da intimidade e do espaço privado individual, tem que ter presente a diversidade de contextos com que vai conviver. Quaresma (1999) refere ainda que o SAD deve estar cimentado na política da velhice, orientado para a diversificação de serviços de qualidade, adequados à heterogeneidade das situações. A diversidade das situações reclama respostas adequadas (Trigueros, 2006). Por fim, Quaresma (1999) sublinha que o SAD, enquanto serviço de primeira linha, deve ser concebido em função da intervenção precoce garantindo assim uma ação preventiva de inestimável importância na autonomia das pessoas idosas.

### **3.1. O Serviço de Apoio Domiciliário em termos legais**

Em diploma autónomo constam as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário. O SAD é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Os objetivos dos SAD, de acordo com a Portaria n.º 38/2013, são: a) concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; b) contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; c) contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; d) promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; e) prestar os cuidados e serviços adequados às

necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização; f) facilitar o acesso a serviços da comunidade e; g) reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores. A Portaria n.º 38/2013 realça que: “importa garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, no respeito pelos direitos individuais”. Neste contexto, a Portaria n.º 38/2013 vem proceder ao ajustamento da resposta social de SAD, estabelecendo as condições de instalação e funcionamento deste serviço, tendo em conta uma gestão eficaz e eficiente dos recursos, uma gestão da qualidade e segurança que incide ao nível da equidade do acesso a cuidados flexíveis, transitórios ou de longa duração e a promoção de famílias mais inclusivas e qualificadas para a prestação dos cuidados, garantindo condições para a permanência das pessoas no seu ambiente familiar.

O SAD deve garantir um conjunto diversificado de cuidados e serviços, devendo tendencialmente ser disponibilizados todos os dias da semana. Relativamente ao tipo de serviços e cuidados prestados, o SAD deve reunir condições para prestar, pelo menos, quatro dos seguintes serviços: (1) Cuidados de higiene e conforto pessoal; (2) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; (3) Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; (4) Tratamento da roupa do uso pessoal do utente; (5) Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade e; (6) Serviço de teleassistência. O SAD pode, ainda, assegurar outros serviços, designadamente: (a) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; (b) Apoio psicossocial; (c) Confeção de alimentos no domicílio; (d) Transporte; (e) Cuidados de imagem; (f) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; (g) Realização de atividades ocupacionais. Sem prejuízo de o SAD poder assegurar os serviços referidos nas alíneas a), b) e g) do número anterior, deve ter-se em conta a existência na comunidade de serviços mais apropriados à satisfação das necessidades dos utentes. Importa também fazer referência aos princípios sobre os quais assentam a atuação do SAD, sendo eles:

“a) qualidade, eficiência, humanização e individualização; b) interdisciplinaridade; c) avaliação das necessidades do utente; d) reserva da intimidade da vida privada e familiar; e) inviolabilidade do domicílio e da correspondência; f) participação e corresponsabilização do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços”. Na Portaria n.º 38/2013 são referidos artigos para o normal funcionamento desta resposta social, nomeadamente no que diz respeito à obrigatória elaboração de um processo individual do utente (artigo 6º), à celebração, por escrito, de um contrato de prestação dos serviços com o utente e/ou seus familiares (artigo 7º), à afixação em local bem visível de informação, relativa à licença de funcionamento, identificação da direção técnica, período de funcionamento, tipologia de cuidados e serviços, mapa semanal de ementas (deve também ser entregue, antecipadamente, cópia ao utente), preçário e ou tabela de comparticipação familiar, publicação de apoios financeiros da segurança social e referência à existência de livro de reclamações (artigo 10º), à existência de um regulamento interno, que defina as regras e princípios específicos do SAD (artigo 11º), ao funcionamento do serviço, em edifício autónomo ou integrado em parte de edifício destinado a outros fins desde que cumpra a legislação em vigor (artigo 12º), e à composição do SAD, por quatro áreas funcionais, (receção, direção, serviços técnicos e administrativos, instalações para o pessoal e cozinha e lavandaria) com um conjunto de requisitos específicos (artigo 14º). Relativamente à direção técnica (artigo 8º), é assegurada por um elemento com formação adequada para tal, sendo que lhe compete dirigir o SAD assumindo a responsabilidade pela sua organização e funcionamento, coordenação e supervisão dos profissionais, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada, tendo em conta a melhoria da prestação de cuidados e serviços. Relativamente ao artigo nº9, refere que as unidades de pessoal técnico, ajudantes de ação direta e outro, necessárias ao normal funcionamento dos serviços, devem possuir a formação adequada às funções que desempenham, dispor de capacidade de comunicação e fácil relacionamento que lhe permita adotar uma atitude de escuta e observação quanto às necessidades dos utentes, ter capacidade de prestar as informações necessárias à avaliação da adequação do programa de cuidados

e serviços e, por fim, ter formação que permita uma intervenção adequada em situações de dependência decorrentes de envelhecimento e ou de deficiência.

Em Portugal, o enquadramento legal evidencia em primeiro lugar que o SAD é tutelado pelo sistema público da Segurança Social no quadro da sua ação social. Em segundo lugar, o enquadramento legal da SAD é de criação recente (ver Despacho Normativo, nº 62/99 de 29 de Setembro) pelo que a instalação de numerosas estruturas foi feita sem as exigências estabelecidas na legislação hoje aplicável. Em terceiro lugar, o enquadramento do SAD dá uma forte importância aos aspetos físicos dos equipamentos o que pode estar relacionado ou com influência do enquadramento legal de outros equipamentos (Lares ou Centros de Dia) e/ou ainda por causa da existência do serviço de refeições confeccionadas nas instalações do equipamento.

### **3.2. A evolução da rede de serviços e equipamentos destinadas à população idosa**

De acordo com dados disponibilizados, no Relatório de 2013 da Carta Social (2013), as respostas sociais do âmbito da Rede de Serviços destinadas às pessoas idosas evidenciam um desenvolvimento notório entre os anos de 2000 e 2013 (47%), traduzindo-se em mais 2300 novas respostas desde 2000 (Anexo I). À semelhança dos anos anteriores, o Serviço de Apoio Domiciliário é a resposta com o maior crescimento (66%) no âmbito deste grupo-alvo, seguindo-se a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (55%) e o Centro de Dia (32%). Relativamente à capacidade das respostas para as pessoas idosas tem-se verificado, igualmente, um aumento significativo (53%) desde 2000, refletindo um incremento superior a 95.700 novos lugares, dos quais 52.700 lugares na resposta social de SAD. Esta resposta destaca-se neste conjunto, apresentando um crescimento de 108% entre 2000 e 2013, confirmando a sua importância na prestação de cuidados à população idosa.

De acordo com a Carta Social (2013) é possível verificar a distribuição espacial das respostas sociais por concelho, disseminadas por todo o território continental (Anexo II). Em 2013, do total de concelhos do Continente (278), 227 tinham 10 ou mais respostas em funcionamento dirigidas a esta população. Quanto à natureza jurídica da

entidade proprietária destes equipamentos, a oferta de SAD provém principalmente de entidades não lucrativas, designadamente da rede solidária.

O peso da população com 65 ou mais anos tem aumentado nos últimos anos por todo o território do continente, embora se evidenciem assimetrias entre as regiões do interior e do litoral do país. De destacar, que 11 dos 18 distritos do território continental (a nível concelhio 195 dos 278 concelhos) apresentavam em 2013 um peso de população com 65 ou mais anos superior à média do Continente (20,2%), resultando na procura acrescida de respostas de apoio a este grupo-alvo. Da relação entre a distribuição da oferta de lugares nas respostas dirigidas a esta população e a distribuição da população com  $\geq 65$  anos por distrito destaca-se um saldo positivo na maioria dos distritos a favor da oferta (Carta Social, 2013).

A cobertura de respostas sociais dirigidas à população idosa é também analisada na Carta Social (2013), referindo evolução positiva ao longo do período de análise (2006-2013), reflexo do aumento significativo do número de lugares disponíveis nas respostas para esta população. Contudo, atendendo à evolução demográfica e ao agravamento do peso da população  $\geq 65$  anos, o crescimento da taxa de cobertura tem decorrido de forma lenta. A taxa de cobertura média das principais respostas para este grupo-alvo situou-se nos 12,6 % em 2013, evidenciando um incremento de 14% por referência a 2006, segundo dados disponibilizados pela Carta Social (2013). A distribuição territorial da cobertura denota alguma assimetria ao longo do território continental. Os concelhos do interior do país registam uma cobertura superior à que é oferecida nos concelhos do litoral, devido sobretudo ao peso mais elevado de idosos em comparação com os restantes grupos populacionais. De realçar é também o facto de em 2013, 179 concelhos em 278, registarem uma taxa de cobertura igual ou superior à média do Continente (12,6%), dos quais 84 apresentaram uma taxa acima dos 20%.

Outro ponto essencial para a compreensão da rede de serviços e equipamentos disponíveis para a população idosa em Portugal é a taxa de utilização das principais respostas sociais para esta população, que tem sofrido uma diminuição, sendo

apontada a situação económica e financeira de algumas famílias, que optam por outras alternativas de apoio a familiares idosos, como a principal causa. Em 2013, a valência ERPI constituía a resposta com maior taxa de utilização (90,1%), seguido pelo Centro de Dia (82,9%) e Centro de Convívio (82,9%). A resposta de SAD, em virtude do elevado ritmo de crescimento da oferta nos últimos anos, não acompanhado pela procura, apresentava a taxa de utilização mais baixa (75,1%) no conjunto destas respostas. A taxa de utilização média das principais respostas para a população idosa em 2013 situou-se nos 78,1%, observando-se alguma assimetria ao longo do território continental. É de salientar, todavia, uma predominância de taxas de utilização baixas nos concelhos do interior do país, devido a um aumento da capacidade não acompanhado pela procura (Carta Social, 2013).

Relativamente ao funcionamento das respostas sociais para as pessoas idosas importa referir o caso dos SAD's no nosso país. O período de funcionamento desta resposta tem vindo a ser alargado nos últimos anos, verificando-se que em mais de 50% dos equipamentos, por referência a 2013, a resposta já era desenvolvida durante 7 dias por semana, evidenciando assim uma maior oferta de serviços face ao aumento das necessidades dos utentes (Carta Social, 2013). Esta realidade é comum a todas as respostas de SAD, quer da rede lucrativa, quer das redes solidária e pública (entidades não lucrativas). De referir que a modalidade de funcionamento 7 dias por semana coexiste, geralmente, com outras modalidades (só dias úteis, dias úteis + sábado ou só fins de semana), uma vez que as necessidades e o nível de utilização dos serviços varia de utente para utente.

Na Carta Social (2013) são comparadas ainda as características dos utentes de ERPI com as características dos usuários de SAD, referindo quanto aos primeiros, que em 2013, 71% tinha mais de 80 anos, e 47% dos quais tinha 85 ou mais anos, traduzindo uma institucionalização da população idosa em idades já bastante avançadas. Quanto ao género, a proporção de utentes do género feminino acentua-se com o aumento da idade. Relativamente à população utilizadora da resposta SAD é composta igualmente, e maioritariamente, por utentes com 80 ou mais anos (55%), porém os escalões etários abaixo dos 80 anos apresentam em conjunto uma

representação bem mais significativa, por comparação à resposta ERPI, refletindo uma manutenção do idoso no seu espaço habitacional e no seu meio habitual de vida por mais anos. No que diz respeito à distribuição por género dos utentes em SAD, verifica-se a mesma tendência observada na resposta ERPI. Para uma análise mais integrada e completa da Rede de Equipamentos e Serviços dirigida à população idosa no continente, a Carta Social (2013), no seu relatório publicado, analisa o grau de dependência dos utentes das respostas dirigidas à população idosa. Apesar de não fazer referência aos instrumentos que medem o grau de dependência, a Carta Social definiu quatro grupos para distinguir o grau de dependência dos clientes: grandes dependentes, dependentes, parcialmente dependentes e autónomos. O grau de dependência difere de resposta para resposta, em função das idades e das necessidades de apoio desta população. Se por um lado em ERPI, cerca de 80% dos utentes apresenta alguma dependência, este valor desce para os 60% em SAD. Importa referir que, por outro lado, a maioria dos utentes em Centro de Dia são independentes (56%).

### **3.3. Limitações do SAD e perspetivas futuras para o seu desenvolvimento**

Como refere Gil (2009) num estudo efetuado com apoio da Segurança Social, IP., o Serviço de Apoio Domiciliário encontrou algumas limitações em termos práticos, seja por dificuldades de organização dos serviços ou como estratégia de poupança de recursos por parte das instituições, seja por limitações financeiras dos utentes, ou por uma contenção extrema (ou subvalorização) das suas necessidades, seja, ainda, pelo facto de por vezes existir pressão e tendência para responder a mais solicitações do que os recursos humanos disponíveis permitem. Além disso, o predomínio do serviço de fornecimento de refeições pode originar o risco deste serviço perder a sua perspetiva mais abrangente e integrada impedindo, assim, uma resposta eficaz e global aos problemas das pessoas e vir a desenvolver uma imagem demasiado associada a “serviços de catering”. O PAII (2001 – 2004, como citado por Gil, 2009) refere alguns constrangimentos dos SAD, nomeadamente a insuficiente e pouca diversidade dos

serviços, limitando-se às atividades de apoio social (alimentação e higiene pessoal), deficiências em termos de funcionamento, reduzidos somente aos dias úteis, e insuficiências no que se refere aos termos formativos dos recursos humanos e da qualidade da prestação. Acerca do modelo de funcionamento e financiamento, Gil (2009) realça o facto de ser necessário o seu redimensionamento, não só pelo alargamento da oferta, como também a passagem de uma lógica reparadora de respostas a populações unicamente desfavorecidas para uma visão universal e preventiva, com participações diferenciadas, dirigidas a diferentes grupos-alvo. Gil (2009) realça também a necessidade deste tipo de serviços estar aliado a uma vertente de saúde e de reabilitação, podendo a lógica meramente social ser pouco eficaz para responder às crescentes necessidades das pessoas mais velhas em situação de dependência.

A “avaliação de impacte<sup>4</sup>”, realizada em 2005, teve como finalidade recolher informações acerca do processo de estruturação e desenvolvimento dos projetos de serviços de apoio domiciliário, no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos. A análise dos dados revelou um conjunto de limitações, sendo de destacar: - o número de pessoas usuárias deste tipo de serviço ser preferencialmente feita em regime diurno em detrimento do noturno e ao fim-de-semana/feriados, devido fundamentalmente aos elevados custos financeiros que comportam ter um serviço permanente (24h), sobretudo ao nível dos recursos humanos; - deficiências ao nível da formalização dos diagnósticos, nomeadamente diminuta participação da população no diagnóstico social, e ainda o facto de tanto o diagnóstico social como o de saúde serem efetuados isoladamente, contrariando assim o princípio inerente às parcerias (nota para o facto de articulação dos SAD com os parceiros existentes da comunidade local ser um dos princípios em que alicerçam este tipo de serviço, privilegiando também a participação das próprias pessoas idosas, incentivando o trabalho multidisciplinar,

---

<sup>4</sup> Tinha como objetivo analisar os resultados intermédios dos projetos de Serviço de Apoio Domiciliário, no âmbito do PAII, com idade igual ou superior a 2 anos que tivessem concluído a sua execução ate Dezembro de 2001. O questionário foi enviado à totalidade das entidades promotoras (76) e obtiveram-se 48 respostas, à data de Julho de 2004 (Gil, 2009)



sustentado em processos de diagnóstico, acompanhamento e avaliação contínua); - constrangimentos ao nível da execução de ações planeadas. A não colaboração de alguns parceiros existentes nas comunidades locais, justificada pela falta de tempo, indisponibilidade derivada da sobrecarga de alguns parceiros, pela dispersão da intervenção e também o facto de não ter existido uma clarificação prévia das tarefas e competências atribuídas a cada ator social foram algumas causas realçadas por Gil (2009); - dificuldade de implementação das redes locais de parceiros, devido à difícil mobilização das instituições e à escassez de recursos (humanos, financeiros e temporais) existentes em determinados contextos locais; - ausência de colaboração das equipas de saúde na deslocação ao domicílio, constituindo problema acrescido em populações em situação de grande vulnerabilidade física e ainda; - falta de standardização de procedimentos relativos à constituição do processo de admissão dos utentes, conduzindo a situações anómalas tais como, a inexistência de um plano sustentado de cuidados que privilegie os aspetos individuais e alvo de avaliação periódica, com o objetivo da elaboração de planos de melhoria, bem como ao nível de serviços, tendo em consideração os aspetos processuais fundamentais para a implementação futura de sistemas de gestão da qualidade. A melhoria dos planos de avaliação, como meio para envolver os atores, assim como mais e melhores condições para a contratação de pessoal, devendo a formação constituir um critério obrigatório para o exercício das funções exigíveis num SAD centrado nas pessoas, são essenciais para um serviço de qualidade.

Gil (2009) refere os relatórios de atividades do PII para fazer um retrato social das pessoas que acedem ao SAD. Segundo a mesma fonte, estes serviços vão de encontro às tendências no que diz respeito a termos demográficos, ou seja, a feminização do envelhecimento e o aumento do número de pessoas idosas, sendo ainda de referir também o aumento das pessoas muito idosas e o aumento progressivo da população do género masculino. Segundo o Programa de Apoio Integrado a Idosos (2003, 2004, como citado em Instituto da Segurança Social, IP (2009), a população que acede aos SAD tem idade média de 76 anos para a população feminina sendo de 73 anos para a população masculina. Segundo o PAII (2003) a população a receber este

tipo de serviços está maioritariamente em situação de dependência, necessitando de apoios de terceiras pessoas para executar as atividades da vida diária. Muitos destes idosos recebem apoio de cuidadores informais, vivendo a maioria em coabitação familiar, embora não haja referência a dados numéricos na fonte consultada. O ISS, IP (2009) refere os serviços de higiene pessoal e habitacional, alimentação e tratamento de roupas como os serviços mais prevalentes.

Ainda que a população abrangida pelos Serviços de Apoio Domiciliário seja uma população muito idosa e em situação de grande dependência, os serviços que foram criados, no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos, revelam uma forte componente social, pela predominância das atividades de higiene e conforto. Apesar da presença dos cuidados de saúde, através de cuidados de enfermagem e médicos, ser uma realidade traduzida em parcerias efetivas e maiores acessibilidades conseguidas, estas acabam muitas vezes por depender da maior ou menor afinidade que se cria entre os atores existentes localmente, sem existir, na sua ação, um carácter sistemático, permanente de prestação de cuidados e de supervisão. Ao invés, esta surge muitas vezes como uma ação pontual, ativada somente em casos de emergência.

Repensar a lógica de funcionamento dos atuais serviços de apoio domiciliário, assentes na diversidade da oferta, que não se reduzam a uma lógica exclusivamente social, bem como a promoção de um modelo de financiamento múltiplo que preconize a liberdade de escolha dos serviços no mercado social, privado ou das IPSS, será uma forma de ultrapassar o modelo vigente. Quaresma (1999), por exemplo, sublinha que, enquanto serviço de primeira linha, o SAD deve ser concebido em função da intervenção precoce, na base da flexibilidade e da intersectorialidade necessárias, garantindo assim uma ação preventiva de inestimável importância na valorização da autonomia das pessoas idosas. Segundo estudos sociológicos realizados (Rodriguez & Sanchez, 2000), a generalidade das pessoas idosas temem mais que nenhuma outra coisa, perder a independência funcional não podendo realizar as atividades da vida diária autonomamente e passando a depender dos outros. Quando surgem os primeiros sintomas deve intervir-se de imediato com a prestação de cuidados do SAD. Quaresma (1999) acentua que os SAD, constituem um dos eixos da política de

equipamentos e serviços no âmbito das pessoas idosas, enquanto serviços de primeira linha, sublinhando que o seu desenvolvimento exige articulação com outras medidas devendo ser definidos objetivos específicos, fundamentação dos mesmos, metas a atingir, horizonte temporal e recursos a mobilizar e metodologias a utilizar. A prestação de cuidados no domicílio exige o estabelecimento de redes de apoio integrado que garantam a efetiva continuidade dos cuidados necessários. A diversidade dos serviços oferecidos, permite a escolha de um serviço mais adequado a cada situação, contribuindo para o equilíbrio físico, emocional e social do indivíduo e da sua família (Silva & Ribeiro, 1999).

Em síntese, face ao exposto, o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade, nas últimas décadas, nos países desenvolvidos, como no caso de Portugal, põe em evidência os desafios relacionados com os serviços de retaguarda à velhice, pois ao aumento de pessoas de idade cada vez mais avançada, juntou-se também o aumento de pessoas cada vez mais dependentes. As famílias são muitas vezes responsabilizadas pelos cuidados às pessoas idosas mesmo sem se avaliar se estas têm condições sociais, económicas, psicológicas e, mesmo, físicas para assumirem essa responsabilidade, sem comprometerem o equilíbrio familiar e a qualidade dos cuidados (Carvalho, 2012; Esgaio, 2011).

Os cuidados de proximidade são prestados por diversas entidades, apesar da grande expressividade das entidades privadas sem fins lucrativos, sendo que este tipo de serviços ao operacionalizarem as políticas sociais e visando concretizar o acesso aos direitos económicos e sociais, acabam por responder a necessidades materiais e imateriais e apoiam o processo de construção de cidadãos (Esgaio, 2011). Neste sentido a resposta a necessidades imateriais exige níveis de confiança entre o prestador e cliente bastante elevados, revelando útil o estabelecimento de relações primárias, baseadas numa proximidade física e emocional facilitadora dessa confiança. Por outro lado, a resposta mais próxima das populações permite adaptar o carácter

abstrato das Políticas Sociais às especificidades do contexto, procurando assegurar a eficácia e eficiência das medidas planeadas.

O Serviço de Apoio Domiciliário surge como uma resposta social que, além de ter como objetivo manter a pessoa no seu contexto habitacional, permite a conjugação dos cuidados formais e informais, sendo ainda apontadas várias vantagens para este tipo de serviços, como por exemplo os custos mais baixos quando comparados com outros serviços institucionais. Os Serviços de Apoio Domiciliário podem ainda contribuir para uma perspetiva de apoio ao “Aging in Place”.

Tendo por base estes pressupostos, formulamos as seguintes questões que estiveram na base da orientação do estudo: - Como avaliam os clientes (recetores) e os colaboradores (prestadores) o Serviço de Apoio Domiciliário? Tendo em conta colaboradores e clientes, que melhorias poderiam ser implementadas no SAD, a fim de tornar o serviço mais eficiente? Apoiando-nos nas questões que norteiam a investigação delinearam-se os seguintes objetivos: Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico os clientes e colaboradores do SAD; Analisar a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária dos clientes do SAD; Analisar o grau de satisfação de clientes e colaboradores com aspetos específicos e globais da resposta social SAD.

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA**

---



Este capítulo apresenta as opções metodológicas que estão na base do Plano de Investigação que orientou a investigação, com vista a atingir os objetivos estabelecidos.

Com este estudo pretende-se analisar a satisfação dos clientes e colaboradores relativamente ao SAD, com base em características específicas. Para concretizar os objetivos de investigação definidos, optamos por um estudo descritivo de natureza quantitativa em linha com a proposta de Sampieri, Collado e Lucio (2006). Os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que se submeta a análise. (Danhke, 1989). Para a concretização deste estudo, toma-se como referencia um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do distrito de Viana do Castelo, tendo em conta os seus clientes e colaboradores.

## **1. Plano de Investigação e participantes**

O distrito de Viana do Castelo é um distrito português pertencente à província tradicional do Minho. O distrito limita a norte e a leste com Espanha, a sul com o distrito de Braga e a oeste com o Oceano Atlântico. Este distrito está situado entre o rio Minho e o rio Neiva. É importante referir que esta região é bastante montanhosa, podendo daí resultar uma maior densidade populacional na zona litoral (Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2015).

Este distrito é composto por 10 concelhos sendo eles Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira. Pelo que se pode observar na Tabela 1, o distrito de Viana do Castelo tem 244836 habitantes, sendo que 23,1% da população tem 65 anos ou mais. Relativamente aos concelhos com mais população destacam-se Viana do Castelo, com 88725 habitantes, juntamente com os concelhos de Ponte de Lima, com 43498 habitantes e Arcos de Valdevez, com 22847 habitantes. Quanto aos concelhos com menos população destacam-se Paredes de Coura, com

9198 habitantes, Melgaço, com 9213 habitantes e Vila Nova de Cerveira, com 9253 habitantes (INE, 2011).

Os dados do INE (2011) referem que existem 56628 pessoas idosas no distrito de Viana do Castelo, correspondendo a 23,1% da população total. Os concelhos onde existe maior percentagem de população idosa são Melgaço (36,6%) e Arcos de Valdevez (30,9%) com 3376 e 7057 pessoas idosas, respetivamente. Os concelhos com menor percentagem de população idosa do distrito são Viana do Castelo (19,5%) e Ponte de Lima (19,8%), com 17335 e 8620 pessoas idosas, respetivamente. Segundo os resultados disponibilizados nos Censos de 2011 e pelo Centro Distrital da Segurança Social de Viana do Castelo, é possível referir que aproximadamente 3,1% dos idosos de Viana do Castelo estão institucionalizados<sup>5</sup>.

Tabela 1 - Dados relativos à população residente no distrito de Viana do Castelo

	População total	População com 65 ou mais anos	(%) da população com 65 ou mais anos	Índice de dependência da população idosa	Índice de envelhecimento
<b>Minho-Lima</b>	244836	56628	23,1	42,3	217,7
<b>Arcos de Valdevez</b>	22847	7057	30,9	53,6	274,2
<b>Caminha</b>	16684	3946	23,7	37,1	194,9
<b>Melgaço</b>	9213	3376	36,6	67,7	412,7
<b>Monção</b>	19230	5418	28,2	46,4	261
<b>Paredes de Coura</b>	9198	2472	26,9	44,4	219,9
<b>Ponte da Barca</b>	12061	3030	25,1	40,7	197,7
<b>Ponte de Lima</b>	43498	8620	19,8	30,8	128,4
<b>Valença</b>	14127	3197	22,6	35,5	171,5
<b>Viana do Castelo</b>	88725	17335	19,5	29,6	139,3
<b>Vila Nova de Cerveira</b>	9253	2177	23,5	37,4	177,5

Fonte: INE (2011)

<sup>5</sup> Resultados obtidos através do cálculo do número total de idosos no distrito de Viana do Castelo (56628) em proporção com o número de idosos em Lares de idosos (1732);



Relativamente ao índice de dependência da população e ao índice de envelhecimento, os concelhos de Melgaço, Arcos de Valdevez e Monção são os que apresentam os valores mais elevados, como se pode observar na Tabela 1, realçando-se assim o elevado número de idosos quando comparados com as outras faixas etárias da população.

Na da Tabela 2, é possível observar o número de equipamentos disponíveis para a população idosa no distrito de Viana do Castelo, assim como a capacidade dos mesmos e o número de clientes com acordo de cooperação, no ano de 2014, consultados através do Centro Distrital da Segurança Social de Viana do Castelo. No que diz respeito à resposta de Serviço de Apoio Domiciliário, na Tabela 2, observa-se que existiam 71 IPSS com este serviço. Comparativamente com os outros tipos de respostas sociais existentes no distrito, o SAD possuía maior capacidade e maior número de clientes em acordo, ou seja, no fundo, era a resposta social mais prevalente no distrito. De realçar ainda que a segunda resposta social mais prevalente, direcionada à população idosa do distrito, com 44 IPSS, era a de Centro de Dia na qual existiam 861 pessoas com acordo de cooperação. Apesar de existirem menos Lares de Idosos (41), comparativamente com os Centros de Dia, esta resposta social tinha maior número de clientes com acordo de cooperação (1734). Por fim, a resposta social de Centro de Convívio era a menos prevalente no distrito, com 20 IPSS e 429 clientes com acordo de cooperação.

Tabela 2 - Respostas sociais no distrito de Viana do Castelo destinadas à população idosa

	Número de IPSS	Capacidade total	Clientes com acordo de cooperação	Taxa de cobertura distrital
<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>	71	2677	2118	4,73
<b>Centro de Convívio</b>	20	550	429	0,97
<b>Centro de dia</b>	44	1322	861	2,33
<b>Lar de Idosos</b>	41	1891	1734	3,34

Fonte: Centro Distrital da Segurança Social de Viana do Castelo

Através destes números é possível concluir que as respostas sociais com maior taxa de cobertura no distrito são o Serviço de Apoio Domiciliário e de Lar de idosos com uma taxa de cobertura de 4,73% e 3,34% respetivamente, visto que existem mais instituições ou maior capacidade destas respostas.

No que se refere à distribuição geográfica dos SAD no distrito não foram encontrados dados consistentes para uma análise aprofundada, no entanto, é possível afirmar que a maior parte deste tipo de serviços está situada no litoral e no sul (junto ao rio Lima) do distrito.

Para concretizar os objetivos deste estudo foi considerado um Serviço de Apoio Domiciliário do distrito de Viana do Castelo, visto tratar-se de um estudo de avaliação do mesmo, tendo em conta os seus clientes e colaboradores. Assim foram incluídos no estudo todos os clientes (n=32) e nove colaboradores do respetivo SAD.

## **2. Instrumentos de recolha de dados**

Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo abordam diversos domínios relevantes.

### **2.1. Protocolo de avaliação dos clientes**

Na avaliação dos clientes foram considerados aspetos como: (a) caracterização sociodemográfica; (b) funcionalidade para a realização das atividades de vida diária; (c) satisfação com a vida; (d) tipologia de serviços recebidos pelos clientes e; (e) satisfação com o serviço.

A *Ficha Sociodemográfica* administrada aos clientes é composta por questões de resposta aberta e fechada e permite identificar características da população em estudo, agregada em quatro tipos de informação: (a) informação sociodemográfica (como género, idade, estado civil, escolaridade, etc.); (b) informação relativa à habitação/casa (condições de habitabilidade, características da casa onde reside, tempo que reside na freguesia); (c) informação relativa à ecologia do lugar (como a

relação com a vizinhança, dificuldades em deslocar-se fora de casa, vantagens e desvantagens de morar na freguesia, etc.) e; (d) informação relativa à tipologia de serviços recebidos pelos clientes, nomeadamente serviços recebidos pelo cliente, satisfação geral face a esses serviços e vantagens e desvantagens do SAD. A ficha sociodemográfica é ainda composta por questões sociodemográficas dirigidas aos cuidadores informais, que foram utilizadas essencialmente para controlo da investigação, tendo em conta que foi previsto o facto de nem todos os clientes conseguirem participar de forma autónoma na investigação.

O *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007) avalia o grau de incapacidade na realização de dez Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), que correspondem a atividades específicas, tais como: comer, vestir e despir, tomar banho, realizar a higiene pessoal, utilizar a casa de banho, controlar os esfíncteres, subir e descer escadas, transferir de cama para a cadeira e deambular. Cada item é cotado entre 0 e 15 pontos, em que 0 corresponde à dependência total e 5, 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação de independência. A amplitude dos valores não é uniforme, havendo atividades que são cotadas entre 0 e 5, entre 0 e 10, e ainda entre 0 e 15. Na versão utilizada neste estudo, o somatório varia entre 0 e 100, sendo que a maior pontuação indica maior grau de independência para as ABVD. Assim, uma pontuação entre 90 e 100 pontos corresponde a independente, entre 60 e 85 ligeiramente dependente, entre 40 e 55 a moderadamente dependente, entre 20 a 35 a severamente dependente e inferior a 20, totalmente dependente (Araújo et al., 2007). Os mesmos autores consideram que a versão portuguesa, no que se refere às características psicométricas do instrumento, tem um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,89), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r = 0,66$  e  $r = 0,93$ , podendo constituir-se uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas.

A *Escala de Lawton* (Lawton & Brody; 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007) avalia o grau de incapacidade na realização de oito Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), tais como: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, usar o telefone, usar os transportes, usar o dinheiro e ser responsável pelos

medicamentos. De acordo com Sequeira (2007), cada item possui 3, 4 ou 5 níveis diferentes de incapacidade, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou ainda de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O resultado total varia entre 8 e 30 pontos, sendo que um total igual a 8 corresponde a independente, entre 9 e 20 a moderadamente dependente e maior que 20 a severamente dependente. No que se refere à estrutura factorial do instrumento verificada, através do método Varimax, a existência de apenas um factor que explica 65% da variância total, reforçando o carácter unidimensional deste instrumento (Sequeira, 2007). O Índice de Lawton apresenta boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,92.

*A Escala de Satisfação com a Vida* (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; versão portuguesa de Neto, Barros & Barros, 1990) mede a satisfação com a vida enquanto processo de julgamento cognitivo, no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente, pelo investigador ou por outrem (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005). É constituída por cinco itens, de natureza geral, estando as opções de resposta organizadas numa escala de tipo Likert de sete pontos, variando a pontuação entre 5 e 35. A versão original apresenta os seguintes pontos de corte (Diener, 2006): pontuações entre 5 e 9 pontos indicam extrema insatisfação com a vida, 10 e 14 pontos referem insatisfação, 15 e 19 apontam para ligeira insatisfação e 31 e 35 pontos referem extrema satisfação. Relativamente às características psicométricas da versão portuguesa do instrumento, não foram definidos pontos de corte e registou consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,78 (Neto et al., 1990).

O Modelo de Avaliação da Qualidade (MAQ; 2010) do Instituto da Segurança Social visa garantir aos cidadãos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades. No presente estudo os *Questionários de Avaliação da Satisfação* surgiram como ferramenta de apoio à implementação do Modelo de Avaliação da Qualidade. Segundo a Segurança Social, IP (2010), o tratamento dos dados obtidos permitirá monitorizar a perceção dos clientes

acerca do desempenho da entidade que presta o serviço, detetando também áreas de melhoria e, como resultado novas metas a atingir. Os *Questionários da avaliação da satisfação* visam sobretudo avaliar o grau de satisfação em relação aos aspetos específicos e globais da resposta social e identificar pontos fortes e áreas de melhoria. Na aplicação dos questionários, a obtenção de melhores resultados está diretamente relacionada com a informação que a organização presta sobre o objetivo, conceitos e terminologia dos questionários e de como é garantida a confidencialidade das informações obtidas.

O *Questionário de Avaliação da Satisfação* (QAS – Clientes) apresenta-se como *uma escala Likert* de 5 pontos, para os itens P1 a P62, variando entre “discordo totalmente” (1 ponto) e “concordo totalmente” (5 pontos), incluindo ainda “Não sei” e “Não se aplica”. A este grupo de 62 perguntas estão associadas as seguintes dimensões: *Instalações, Equipamentos e Sinalética* (P1-P9) (Pergunta 1 à Pergunta 9); *Fiabilidade/Credibilidade* (P10-P32); *Competência Técnica* (P33–P37); *Responsabilidade e Recetividade* (P38-P52) e *Atendimento e Comunicação* (P53-62). Note-se que os itens P63, P64 e P65 são avaliados numa escala dicotómica (Sim ou Não), sendo que a P63 se refere à *Satisfação do serviço em geral* e as P64-65 se referem à Fidelidade ao SAD. Para o item P66, acerca do motivo de inscrição no SAD, existe a possibilidade de escolha entre quatro alternativas de resposta (Foi-me recomendado; Respondia às minhas necessidades, entre outros). Em termos de qualidades psicométricas, o QAS - Clientes apresenta um valor de consistência interna aceitável (alpha de Cronbach de 0,78,).

## **2.2. Protocolo de avaliação dos colaboradores/ funcionários**

Para a avaliar a satisfação dos colaboradores foram incluídos os seguintes instrumentos: (a) *Ficha Sociodemográfica* e (b) *Questionário da Avaliação da Satisfação – Colaboradores* (QAS- Colaboradores), igualmente pertencente ao Modelo da Avaliação da Qualidade (2010).

Relativamente à Ficha Sociodemográfica aplicada aos colaboradores, pode referir-se que a mesma surge como um instrumento que inclui informação essencial para o estudo, nomeadamente informação sociodemográfica dos colaboradores (como o género, idade e escolaridade) e informação mais específica relativamente à formação e funções desempenhadas no SAD, para além da opinião dos colaboradores relativamente à qualidade do SAD e às vantagens e desvantagens do serviço.

Quanto ao *Questionário de Avaliação da Satisfação dos colaboradores* este é constituído por 65 itens e tem como objetivo monitorizar a perceção dos colaboradores acerca do desempenho da organização e detetar áreas de melhoria e, como resultado novas metas a atingir. A escala de resposta do questionário da avaliação da satisfação dos colaboradores é de 5 pontos para os itens P1 a P64, variando entre “Discordo Totalmente” (1) e o “Concordo Totalmente” (5). A este grupo de 64 perguntas estão associadas as seguintes variáveis: *Instalações* (P1-P5); *Autonomia Profissional e Pessoal* (P6-P13); *Compensação Financeira* (P14-P17); *Outros Benefícios* (P18-P23); *Desempenho Funcional* (P24-P27); *Supervisão* (P28-P31); *Formação* (P32-P33); *Relações de Trabalho Internas* (P34-P44); *Relações de Trabalho Externas* (P45-P46); *Política e Estratégia* (P47-P50); *Mudança e Inovação* (P51-P53); *Qualidade* (P54-P59); *Segurança* (P60-P61); *Satisfação geral* (P62); *Expectativas* (P63) e; *Lealdade* (P64). Para o item P65, também relativo à lealdade perante SAD, é questionado em que circunstâncias é que sairia do serviço, apresentando-se quatro alternativas de resposta (ex. Fosse ganhar mais dinheiro; Mudasse de profissão, etc.).

Em termos de qualidades psicométricas, o QAS - Colaboradores apresenta um valor elevado de consistência interna (alpha de Cronbach de 0,99).

### **3. Procedimentos da recolha de dados**

Após a construção dos protocolos de recolha de dados, foi realizado um primeiro contacto com uma IPSS do distrito de Viana do Castelo que possuía a resposta social de SAD, com vista à colaboração voluntária da mesma neste estudo.

No primeiro contacto com a direção técnica foram abordados os principais objetivos do estudo, assim como informações essenciais para a sua prossecução. Após a obtenção da autorização para a realização do estudo foi definida a forma de avaliação dos clientes e dos colaboradores.

Assim, os clientes foram avaliados no domicílio, após obtenção da autorização para a participação no estudo. Num primeiro momento foram efetuadas visitas aos domicílios em que o investigador foi acompanhado pelos colaboradores do SAD que prestavam cuidados aos clientes. Este procedimento teve como finalidade potenciar a participação no estudo e, no caso de algum cliente ser dependente, informar também o cuidador informal do cliente acerca da realização do mesmo.

A avaliação dos colaboradores foi realizada na estrutura onde funciona o SAD. De realçar que no momento da reunião do investigador com a direção técnica ficou acordado que a mesma informaria os colaboradores da realização do estudo, sendo que realizou uma reunião com toda a equipa de forma a proceder à aplicação da Ficha Sociodemográfica. No momento da aplicação da ficha sociodemográfica foi entregue o questionário da avaliação da satisfação a cada colaborador, sendo pedido que respondessem anonimamente e, posteriormente o colocassem numa caixa previamente disponibilizada na instituição, de forma a garantir a confidencialidade. O processo de recolha de dados decorreu entre os meses de Abril e Julho de 2014.

#### **4. Estratégias a utilizar na análise de dados**

A análise de dados foi efetuada com o *IBM SPSS Statistics 23*. Os dados relativos à satisfação de clientes e colaboradores foram descritos através de procedimentos de análise descritiva. Neste contexto, os resultados foram então analisados por meio de cálculos referentes a frequências absolutas e relativas, para variáveis categóricas, bem como a média acompanhada de desvio-padrão como medida de dispersão, para variáveis métricas.





## **CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

---



Neste capítulo apresentam-se numa primeira fase as características dos participantes seguidas da descrição das variáveis em estudo para os clientes do Serviço De Apoio Domiciliário (SAD). Em seguida são apresentados os resultados relativos aos colaboradores.

## **1. Os Clientes do SAD**

### **1.1. Caraterização dos clientes do SAD e dos seus contextos de vida**

#### **(a) Descrição das características sociodemográficas**

A tabela 3 apresenta as características sociodemográficas dos clientes do SAD em estudo. Apesar do SAD possuir 32 clientes, foram entrevistados 29. No entanto, os restantes clientes foram contactados várias vezes, mas não se encontraram disponíveis para participar neste estudo. Tal como se pode verificar na tabela 3, observa-se que a idade média dos participantes é de 83,7 anos ( $dp=9,0$ ), variando entre 56 e 98 anos. Dos 29 clientes, 16 (55,2%) são do género feminino e 13 (44,8%) do género masculino. Relativamente ao nível de escolaridade, os clientes têm em média 4 anos de escolaridade ( $M=4,1$ ,  $dp= 3,3$ ), sendo que a maioria (51,9%) tem entre 1 a 4 anos de escolaridade, 29,6% têm cinco ou mais anos de escolaridade e 18,5% não frequentaram a escola.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos clientes é casada (44,8%). Aproximadamente 38% dos clientes reside com o cônjuge e 24,1% vive só.

O estatuto atual face ao trabalho da totalidade dos clientes é reformado não ativo, sendo que no que se refere à atividade profissional desenvolvida ao longo da vida, de acordo com a classificação nacional das profissões, 27,7% era trabalhador não qualificado e 20,7% doméstica ou outras situações (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos clientes do SAD

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Género</b> (% mulheres)	16	55,2
<b>Idade</b> M (dp)	83,7(9,0)	
Min-Max	56-98	
56-79	8	27,6
80 +	21	72,4
<b>Escolaridade</b> M (dp) <sup>a)</sup>	4,1(3,3)	
Min-Max	0-12	
0	5	18,5
1-4	14	51,9
5+	8	29,6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	5	17,2
Casado	13	44,8
Viúvo	10	34,5
Separado/divorciado	1	3,4
<b>Profissão ao longo da vida</b>		
Quadros superiores da administração pública	2	6,9
Pessoal dos serviços e vendedores	3	10,3
Agricultores/trabalhadores qualificados agricultura e pesca	4	13,8
Operários, artífices e trabalhadores similares	6	20,7
Trabalhadores não qualificados	8	27,7
Doméstica e outras situações	6	20,7
<b>Estatuto atual face ao trabalho</b>		
Reformado	29	100
<b>Com filhos</b>	20	69,0
Nº de filhos M (dp)	2,7(1,7)	
Min-Max	1-6	
<b>Distância filhos em Km</b>		
Min-Max	0-2000	
<b>Vive com</b>		
Cônjuge	11	37,9
Cônjuge e filhos/netos	1	3,4
Filhos/netos	6	20,7
Irmãos	3	10,3
Outros familiares	1	3,4
Sozinho	7	24,1

<sup>a)</sup>n = 27

### (b) Contextos de vida dos participantes/ clientes do SAD

A tabela 4 apresenta as considerações dos clientes relativamente às condições da habitação onde residem e a existência de recursos considerados básicos para viver no domicílio. Um primeiro aspeto a realçar refere-se ao facto da maioria dos clientes (82,8%) considerar que a sua habitação possui condições adequadas para viver. No

entanto, 17,2% dos clientes apontou algumas características da sua habitação com as quais não está satisfeito, destacando-se a dimensão reduzida (60%), a presença de humidade (40%), o excesso de degraus (40%) e a ausência de água quente (40%).

Tabela 4 - Condições da habitação dos clientes do SAD

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Condições da Habitação</b>		
<b>Considera que a casa tem condições adequadas</b>	24	82,8
<b>Razões de boas condições <sup>a)</sup></b>		
Tem tudo o que necessita	16	66,7
Poucas escadas	14	58,3
Não tem humidade	6	25,0
Espaçosa	5	20,8
Relativamente nova/ Obras recentes	4	16,7
Tem quintal	4	16,7
<b>Considera que a casa tem más condições <sup>b)</sup></b>	5	17,2
<b>Razões de más condições</b>		
Casa pequena	3	60,0
Casa com humidade	2	40,0
Casa com muitos degraus	2	40,0
Casa sem água quente	2	40,0
Casa antiga	1	20,0
<b>Recursos da habitação</b>		
Telefone/telemóvel	28	96,6
Ausência de humidade	26	89,7
Água quente	27	93,1
Se vive num prédio, tem elevador <sup>a)</sup>	4	22,2
<b>Tem Aquecimento em Casa</b>	26	89,7
<b>Formas de aquecimento da casa</b>		
Aquecedor <sup>c)</sup>	14	53,8
Lareira/fogão de lenha <sup>c)</sup>	5	19,2
Aquecimento central/ar condicionado <sup>c)</sup>	7	26,9

<sup>a)</sup>n= 24; <sup>b)</sup>n=5; <sup>c)</sup>n=26

Relativamente aos recursos da habitação, 96,6% refere ter telemóvel ou telefone. Quando questionados acerca da existência de outros recursos no seu domicílio, 93,1% refere ter acesso a água quente e 89,7% refere que a respetiva habitação não tem humidade. Nota ainda para o facto de 89,7% dos clientes ter aquecimento na sua habitação, independentemente da forma de aquecimento (Tabela 4).

Relativamente à existência de barreiras arquitetônicas na habitação, 62,1% dos clientes refere a existência de alguma barreira que dificulta a mobilidade dentro de casa, nomeadamente degraus (88,9%), portas estreitas/corredores estreitos (33,3%) e tapetes (11,1%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Dificuldades de mobilidade dentro e fora de casa

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Dentro de casa</b>		
<b>A casa tem barreiras arquitetônicas</b>	18	62,1
<b>Tipo de Barreiras <sup>a)</sup></b>		
Degraus	16	88,9
Portas estreitas/ corredores estreitos	6	33,3
Piso com tapetes	2	11,1
<b>Fora de casa</b>		
<b>Sente dificuldades em deslocar-se fora de casa</b>	20	69,0
<b>Tipos de Dificuldades <sup>b)</sup></b>		
Não anda longas distâncias	8	40,0
Estão acamados	5	25,0
Dificuldades de mobilidade devido a patologia física	4	20,0
Desequilíbrios	2	10,0
Desloca-se em cadeira de rodas	1	5,0

<sup>a)</sup>n = 18 <sup>b)</sup>n = 20

Quanto à mobilidade fora de casa, 69% dos clientes refere sentir dificuldades em deslocar-se fora da sua habitação, sendo que 40% destes clientes refere não conseguir andar longas distâncias (Tabela 5).

Relativamente à ocupação dos tempos livres, 62,1% dos clientes tem passatempos (Tabela 6), nomeadamente atividades lúdicas do Centro de Dia (27,8%), conviver com os amigos (27,8%) e ver televisão (22,2%), entre outras.

Tabela 6 - Passatempos dos clientes

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Tem passatempo</b> <sup>a)</sup>	18	62,1
Atividades lúdicas desenvolvidas em articulação com o Centro de Dia	5	27,8
Estar com os amigos	5	27,8
Televisão	4	22,2
Tarefas domésticas	3	16,7
Cartas e jogos de Tabuleiro	3	16,7
Ler a aprender	3	10,3
Coleções	2	6,9
Atividades religiosas	2	11,1
Atividades desportivas	2	11,1
Trabalhos manuais	1	5,6
<b>Alterou os seus passatempos com a reforma</b>	11	37,9

<sup>a)</sup>n=18

Foi também recolhida informação relativa à rede de vizinhança e ao número de anos na freguesia (Tabela 7). No que se refere à rede de vizinhança, a maioria dos clientes (69%) refere que a relação com os vizinhos é próxima e amigável. No entanto, 27,6% considera ter uma relação afastada com os seus vizinhos. Os clientes residem na freguesia em média há cerca de 66 anos ( $M=65,7$   $dp=33,3$ ).

Tabela 7 – Tempo de vida na freguesia e redes de vizinhança

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Tempo que vive na freguesia (em anos) <math>M(dp)</math></b>	65,7(33,3)	
<b>Reside freguesia onde o SAD é disponibilizado</b>	29	100
<b>Relação com vizinhos</b>		
Próxima e amigável	20	69,0
Afastada	8	27,6
Conflituosa	1	3,4

Relativamente à participação em atividades na zona da residência, 69% dos clientes não participa em nenhuma atividade (Tabela 8). No entanto, dos que participam, 17,2% envolve-se em atividades de lazer e 10,5% em atividades religiosas.

Para além disso, observa-se que 17,2% dos clientes frequenta locais de apoio a pessoas idosas para além do SAD, mais concretamente, o Centro de Dia (Tabela 8). De entre os motivos de frequência, destacam-se o apoio geral (60%) e a companhia (40%).

Tabela 8 - Participação em atividades na zona de residência

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Participa em atividades na zona de residência <sup>a)</sup></b>		
Atividades de lazer	5	17,2
Atividades religiosas	3	10,3
Atividades desportivas, religiosas e de lazer	1	3,4
Nenhuma	20	69,0
<b>Frequenta local de apoio a idosos para além do SAD</b>	5	17,2
<b>Razões de frequência <sup>b)</sup></b>		
Apoio geral/estimulação/ocupar tempo	3	60
Companhia	2	40

<sup>a)</sup>n=9; <sup>b)</sup> n=5

Quando questionados acerca das vantagens em residir na freguesia, 32,1% dos clientes salienta que a freguesia “tem tudo” o que necessita (Tabela 9). Já 21,4% dos clientes aponta o ambiente tranquilo e a proximidade ao mar, 17,9% destaca o facto de viver perto de pessoas significativas e 14,3% refere sempre ter vivido na freguesia, conhecendo toda a gente.

Tabela 9 - Vantagens e desvantagens em residir na freguesia

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Vantagens em residir na sua freguesia <sup>a)</sup></b>		
Tem todos os recursos de que necessita perto de casa	9	32,1
Sempre viveu nesse local e conhece toda a gente	4	14,3
Sempre viveu nesse local e tem tudo o que necessita	1	3,6
Sempre viveu nesse local e o ambiente é tranquilo	2	7,1
Ambiente tranquilo e proximidade com o mar	6	21,4
Vive perto de pessoas significativas	5	17,9
Gosta de tudo	1	3,6
<b>De que sente falta ao residir nesta freguesia</b>		
Não sente falta de nada	23	79,3
Melhores recursos sociais e de saúde	2	6,9
Família, amigos e companhia	1	3,4
Recursos financeiros	3	10,4

<sup>a)</sup>n= 28



Questionados sobre o que sentiam falta na freguesia, 10,4% refere a falta de recursos financeiros e 6,9% a falta de recursos sociais e de saúde. No entanto, a maioria dos clientes (79,3%) considera “não sentir falta de nada” (Tabela 9).

## 1.2. Descrição da Funcionamento na Vida Diária

A tabela 10 descreve os resultados relativos à funcionalidade para as AVD'S, as AIVD'S e à satisfação com a vida. Antes de partirmos para a análise destes resultados importa salientar que, nos casos de os clientes não terem capacidade para responder ao protocolo de forma válida, previu-se a aplicação do protocolo aos clientes juntamente com o seu principal cuidador informal, servindo este de facilitador no processo de comunicação. Assim, houve sete casos em que os protocolos foram respondidos por hétero avaliação, não sendo incluídos na aplicação da Escala de Satisfação com a Vida.

Tabela 10 - Funcionalidade para as ABVD, AIVD e satisfação com a vida

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (Barthel M (dp)</b>	68,8(32,3)	
Min-Máx	0-100	
Md (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	80,0 (52,5;92,5)	
Independente	8	27,6
Ligeiramente dependente	14	48,3
Moderadamente dependente	2	6,9
Severamente dependente	1	3,4
Totalmente dependente	4	13,8
<b>Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (Lawton M (dp)</b>	19,3(6,9)	
Min-Máx	8-29	
Md (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	18,0(13,5;26,0)	
Independente	2	6,9
Moderadamente dependente	15	51,7
Severamente dependente	12	41,4
<b>Satisfação Com a vida M(dp)<sup>a)</sup></b>	22,1(6,5)	
Md (P <sub>25</sub> ;P <sub>75</sub> )	17,8;28,0	

<sup>a)</sup>n=22

Relativamente à funcionalidade, a pontuação média obtida para o Índice de Barthel foi de 68,8 (dp=32,2), correspondendo a um nível de “ligeira dependência” para a realização das ABVD, sendo que para o Índice de Lawton a pontuação média foi de 19,3 (dp=6,9), correspondendo a um nível de “moderada dependência” para a realização das AIVD (Tabela 10). É essencial referir novamente que, no caso do Índice de Lawton, a pontuação elevada corresponde a um maior grau de dependência.

No que se refere à Satisfação com a Vida, a média foi de 21,1 (dp=6,2), sendo que o valor que corresponde ao maior nível de satisfação é 35 pontos.

### **1.3. Caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário recebido pelos clientes**

Nesta secção apresenta-se dois tipos de resultados: (1) relativo à tipologia dos serviços recebidos e (2) satisfação com o serviço recebido.

#### **(a) Tipologia dos serviços recebidos pelos clientes**

Segundo a estrutura do protocolo de avaliação dos clientes do SAD, são agora apresentados os resultados relativos à tipologia dos serviços recebidos pelos clientes e as considerações dos mesmos acerca de outros aspetos específicos, enquanto clientes do SAD. Na tabela 11 é possível observar que, em média, os clientes recebem o SAD há cerca de 3 anos ( $M=2,95$   $dp=3,24$ ).

Relativamente às razões para a utilização dos serviços de SAD, destacam-se sobretudo as dificuldades em assegurar alimentação adequada (27, 6%) e o facto de constituir uma ajuda ao cuidador informal (24,1%).

O tipo de serviço maioritariamente recebido é o fornecimento e apoio nas refeições (72,4%), seguindo-se o serviço de cuidados de higiene e conforto pessoal (27,6%) (Tabela 11). Nenhum dos participantes referiu ter frequentado outro SAD, ou outro serviço idêntico.

Tabela 11 - Serviços utilizados, razões para a utilização e avaliação da qualidade do serviço recebido

	Clientes n= 29	
	n	%
<b>Tempo de benefício do SAD (em anos) M (dp)</b>	2,95 (3,24)	
<b>Razões de utilização do SAD</b>		
Doença incapacitante	4	13,8
Necessidade de Apoio no auto-cuidado	1	3,4
Ajuda ao cuidador informal	7	24,1
Dificuldade em assegurar uma boa alimentação	8	27,6
Vive sozinho, ou não tem apoio da rede social informal	4	13,8
Serviço cómodo	2	6,9
Doença do cônjuge	3	10,3
<b>Serviços de SAD recebidos</b>		
Cuidados de higiene e conforto pessoal	8	27,6
Higiene Habitacional	3	10,3
Fornecimento e Apoio nas refeições	21	72,4
Tratamento de roupa	3	10,3
Atividades de animação	1	3,4
Serviço de Teleassistência	1	3,4
Assistência medicamentosa	1	3,4
Transporte	1	3,4
<b>Qualidade do SAD M (dp)</b>	4,7(0,7)	
Excelente	12	41,4
Boa	12	41,4
Nem boa nem má	5	17,2
Má	0	0
Péssima	0	0

Os clientes foram solicitados a classificar a qualidade do SAD entre 1, referente a péssima, e 5 valores, referente a excelente, sendo observada através da tabela 11, uma média de 4,7 (dp=0,7). No que diz respeito à avaliação da qualidade do SAD, 41,4% dos clientes avaliam-na como excelente, 41,4% como boa e 17,2% classificam-na como mediana ("nem boa nem má").

Para além da descrição dos serviços utilizados pelos clientes, foram ainda explorados potenciais serviços que os clientes consideravam úteis, caso fossem fornecidos por este SAD (Tabela 12). O serviço de modificação no domicílio (24,1%) e o serviço de apoio psicossocial (20,7%) foram os mais referidos. Apesar do serviço de transportes já existir para alguns clientes, foi também apontado como necessário (13,8%), assim como o apoio ao cuidador informal (10,3%) (Tabela 12).

Tabela 12 - Considerações dos clientes acerca da importância de outros serviços no SAD

	Clientes n=29	
	n	%
<b>No caso de o SAD disponibilizar outros serviços pensaria utilizar algum dos seguintes?</b>		
Serviço de Apoio Psicossocial	6	20,7
Aquisição de géneros alimentícios	1	3,4
Serviços de transporte	4	13,8
Serviços de cuidados de imagem	1	3,4
Serviços de modificação no domicílio	7	24,1
Serviço de atividades ocupacionais	1	3,4
Serviço de apoio ao cuidador informal	3	10,3

Os clientes foram questionados acerca das vantagens e desvantagens do SAD (Tabela 13). Cerca de 76% dos clientes refere que o SAD tem vantagens. De entre as vantagens referidas, 40,9% dos clientes refere que o SAD é um serviço cómodo (ex., prestado no domicílio), 31,8% refere a simpatia dos colaboradores e 27,3% refere o facto de disponibilizar uma boa alimentação (ex., adaptada às suas necessidades em termos de dieta).

Tabela 13 - Vantagens e desvantagens do SAD

	Clientes n=29	
	n	%
<b>Referem que o SAD tem vantagens</b>	<b>22</b>	<b>75,9</b>
Serviço cómodo	9	40,9
Boa alimentação, boas refeições	6	27,3
Ajuda ao cuidador informal	4	18,2
Simpatia dos colaboradores	7	31,8
Satisfeito com o SAD na sua generalidade	2	9,1
Ajuda no auto-cuidado	1	4,5
Ajuda nas AIVD	2	9,1
<b>Referem que o SAD tem desvantagens</b>	<b>6</b>	<b>20,7</b>
Problemas com os horários dos serviços	4	66,7
Insatisfação com as refeições	3	50,0
Má relação com os clientes do centro de dia (apoio psicossocial)	1	16,7

Da totalidade dos clientes, 20,7% refere alguma desvantagem do SAD, nomeadamente no que se refere aos horários dos serviços prestados (66,7%). Mais concretamente, os clientes queixam-se do reduzido tempo que os colaboradores

dedicam à prestação de serviço (10—20 minutos) e do facto do horário deste serviço ser variável, consoante o tempo que os colaboradores despendem noutros domicílios e nas deslocações.

Por fim, os clientes foram questionados acerca do tipo de ajudas necessárias para continuar a envelhecer em sua casa, tendo respondido a esta questão apenas 55,2% (tabela 14). Dos clientes que responderam a esta questão, 50% demonstrou alguma dificuldade em identificar o tipo de ajuda necessária, mas reforçou que gostaria de continuar a viver em casa. De entre as ajudas específicas identificadas pelos clientes, salienta-se a ajuda aos cuidadores informais (18,8%) e a existência de outros serviços formais que possibilitem continuar a viver em casa (18,8%).

Tabela 14 - Ajudas percebidas para envelhecer em casa

	Clientes n =29	
	n	%
<b>Ajuda que pensa precisar para continuar a envelhecer em casa</b> <sup>a)</sup>	16	55,2
Não sabem o que necessitam, mas gostava de viver em casa	8	50,0
Ajuda de cuidadores informais	3	18,8
Serviços formais para continuar em casa	3	18,8
Ajuda de outras pessoas idosas	1	6,3
Melhorias da casa	1	6,3
Ajuda económica	1	6,3
Ir para um lar	1	6,3

#### 1.4. Satisfação dos clientes com o SAD

O primeiro conjunto de perguntas do questionário de avaliação da satisfação dos clientes permite aferir a satisfação dos clientes com as instalações, equipamentos e sinalética do SAD (Tabela 15). A pontuação média neste grupo foi de 4,9 pontos ( $dp=0,13$ ), estando muito próxima do valor 5, que indica o grau mais elevado de satisfação. Os clientes manifestaram maior satisfação relativamente às condições do espaço de atendimento, ao conforto das viaturas, à identificação dos colaboradores e à adequação do uniforme dos colaboradores. Em todas estas questões a pontuação média obtida foi 5 ( $dp=0,0$ ), que corresponde à pontuação máxima.

Tabela 15 - Satisfação com as instalações, equipamentos e sinalética

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	<i>n</i>	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>n</i>	%
<b>Instalações, Equipamentos e Sinalética</b>	<b>29</b>	<b>4,9 (0,1)</b>	<b>4,6 - 5,0</b>		
P1 - O acesso à área de atendimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é fácil.	28	4,6 (0,8)	2,0 - 5,0	1	3,4
P2 - Existe um espaço próprio para receber o(s) cliente(s) e/ou família(s).	29	5,0 (0,2)	4,0 - 5,0		
P3 - O espaço de atendimento oferece boas condições de acolhimento.	29	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0		
P4 - A(s) viatura(s) do SAD estão identificadas.	29	5,0 (0,2)	4,0 - 5,0		
P5 - A(s) viatura(s) estão limpas.	28	4,9 (0,4)	3,0 - 5,0	1	3,4
P6 - A(s) viatura(s) são confortáveis.	25	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0	4	13,7
P7 - A(s) viatura (s) é/são adequada(s) a transporte de pessoas com mobilidade reduzida.	26	5,0(0,2)	4,0 - 5,0	3	10,3
P8 - Os colaboradores estão identificados.	29	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0		
P9 - Os colaboradores vestem-se de forma apropriada ao desempenho das suas funções.	29	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0		

O acesso à área de atendimento do SAD é o item que apresenta a média mais baixa neste grupo de questões ( $M=4,61$ ,  $dp=0,83$ ), estando ainda assim próxima de um elevado grau de satisfação (Tabela 15).

Para uma melhor compreensão dos resultados relativos à avaliação da satisfação dos clientes recomenda-se a consulta do Anexo III, tendo em conta que os resultados são apresentados de forma diferente, sendo possível observar as classificações que os clientes atribuíram a cada questão. Desta forma, o Anexo II, por exemplo, permite distinguir os clientes que referem que determinada questão não se aplica daqueles clientes que referem não saber.

Relativamente à satisfação com a fiabilidade e credibilidade do serviço, a pontuação média foi de 4,1 ( $dp=0,45$ ) (Tabela 16).

Tabela 16 - Satisfação com a fiabilidade/credibilidade

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M(dp)	Min-Max		
<b>Fiabilidade/ Credibilidade</b>	<b>29</b>	<b>4,1(0,5)</b>	<b>2,8 - 5,0</b>		
P10 – Participo na programação das minhas atividades.	26	3,8(0,8)	2,0– 5,0	3	10,3
P11 – As atividades programadas são executadas conforme o planeado.	25	4,5(0,6)	3,0 - 5,0	4	13,8
P12 - Participei na elaboração do meu Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).	25	3,4(0,6)	3,0 - 5,0	4	13,8
P13 - Participo na(s) alteração(ões) do meu PDI.	26	3,6(0,7)	2,0 - 5,0	3	10,3
P14 - Estou satisfeito(a) com o meu PDI.	27	4,0(0,9)	2,0 - 5,0	2	6,9
P15 - O meu PDI corresponde à satisfação das minhas necessidades/expectativas.	25	4,0(0,8)	3,0 - 5,0	4	13,8
P16 - Estou satisfeito(a) com as refeições que me são fornecidas.	24	4,2(1,0)	2,0 - 5,0	5	17,2
P17 - É-me fornecida dieta de acordo com as indicações médicas.	23	4,8(0,5)	3,0 - 5,0	6	20,7
P18 - As refeições quando são servidas são sempre bem apresentadas.	24	4,3(0,8)	3,0 - 5,0	5	17,2
P19 - As refeições vêm sempre bem acondicionadas.	23	4,4(0,8)	3,0 - 5,0	6	20,6
P20 - As refeições são sempre servidas à temperatura adequada.	24	4,3(0,8)	3,0 - 5,0	5	17,2
P21 - Na prestação de cuidados pessoais e imagem são respeitos os meus ritmos.	8	4,9(0,4)	4,0 - 5,0	21	72,4
P22 - O plano de cuidados de saúde corresponde às minhas necessidades.	3	4,7(0,6)	4,0 - 5,0	25	86,2
P23 - O plano de atividades socioculturais corresponde às minhas necessidades/expectativas.	5	4,4(0,9)	3,0 - 5,0	24	82,8
P24 - O apoio psicológico corresponde às minhas necessidades.	6	3,8(0,4)	3,0 - 4,0	23	79,3
P25 - O plano de apoio às atividades domésticas corresponde às minhas necessidades	13	4,3(0,8)	3,0 - 5,0	16	55,2
P26 - O serviço de acompanhamento ao exterior respeita o meu ritmo.	4	4,6(0,5)	4,0 - 5,0	25	86,2
P27 - Estou satisfeito(a) com o serviço de tratamento de roupas.	3	5,0(0,0)	5,0 - 5,0	26	89,7
P28 - Estou satisfeito(a) com o serviço de limpeza doméstica.	3	5,0(0,0)	5,0 - 5,0	26	89,7
P29 - Sempre que necessito são asseguradas pequenas reparações no domicílio.	16	3,0(0,9)	2,0 - 5,0	13	44,8
P30 - Estou satisfeito com o serviço de reparações no domicílio.	10	3,2(1,0)	2,0 - 5,0	19	65,5
P31 - Estou satisfeito(a) com os horários de funcionamento do apoio domiciliário.	29	4,6(0,5)	2,0 - 5,0		
P32 - Estou satisfeito(a) com os horários das atividades programadas.	29	4,7(0,2)	3,0 - 5,0		

De entre os itens que obtiveram pontuação média mais elevada, destacam-se aqueles relacionados com o serviço de tratamento de roupas e o serviço de limpeza doméstica (M=5,0, dp=0,0), o respeito pelo ritmo do cliente na prestação de cuidados pessoais e de imagem (M=4,9, dp=0,4), o fornecimento de dieta de acordo com indicações médicas (M=4,8, dp=0,5), a adequação do plano de cuidados de saúde (M=4,7, dp=0,6) e os horários das atividades/serviços programados (M=4,7, dp=0,2) (Tabela 16).

Nos itens com pontuação mais baixa relativamente ao grau de satisfação dos clientes, destacam-se aqueles relacionados com pequenas reparações no domicílio (P29 e P30; M<3,2, dp>0,9), com a participação dos clientes na elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual (M=3,4, dp=0,6) e nas suas alterações (M=3,6, dp=0,7), na programação das atividades (M=3,8, dp=0,8) e com apoio psicológico (M=3,8, dp=0,4) (Tabela 16).

Quanto à satisfação relativamente à competência técnica dos colaboradores, a pontuação média foi de 4,8 (dp=0,38) (Tabela 17). De entre os itens com pontuação média mais elevada, destacam-se os relacionados com a adequação do perfil dos colaboradores (M=4,97 dp=0,19) e a “forma profissional e humanizada com que são assegurados os cuidados de higiene” (M=4,92 dp=0,58).

Tabela 17 - Satisfação com a competência técnica

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M(dp)	Min-Max	n	%
<b>Competência Técnica</b>	29	4,8(0,4)	3,8 - 5,0		
P33 - Os colaboradores têm perfil adequado ao desempenho das suas funções.	29	5,0(0,2)	4,0-5,0		
P34 - Os colaboradores têm os conhecimentos adequados para cuidarem de mim.	29	4,7(0,7)	3,0-5,0		
P35 - Quem me presta cuidados de higiene, fá-lo de forma profissional e humanizada.	13	4,9(0,3)	4,0-5,0	16	55,2
P36 - Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais que prestam cuidados de saúde.	3	4,7(0,6)	4,0-5,0	26	89,6
P37 - Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais que prestam cuidados pessoais (p.e. alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupas).	29	4,7(0,6)	3,0-5,0		



O conjunto de perguntas relativas à responsabilidade e à recetividade do serviço apresentou uma pontuação média de 4,8 (dp=0,1) (Tabela 18).

Tabela 18 - Satisfação com a responsabilidade e recetividade

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M(dp)	Min-Max	n	%
<b>Responsabilidade e Recetividade</b>	29	4,8 (0,1)	4,4 - 5,0		
P38 - Os colaboradores apresentam um aspeto limpo.	29	5,0(0,0)	5,0-5,0		
P39 - Todos os serviços prestados respeitam os meus hábitos.	29	4,9(0,3)	4,0 - 5,0		
P40 - Todos os serviços prestados respeitam a minha privacidade e intimidade.	29	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0		
P41 - Todos os serviços prestados respeitam a minha autonomia.	29	4,9(0,4)	3,0 - 5,0		
P42 - Todos os serviços prestados são objeto de confidencialidade.	29	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0		
P43 - A assistência medicamentosa é assegurada de acordo com a prescrição médica.	5	5,0(0,0)	5,0 - 5,0	24	82,7
P44 - O uso da chave da minha casa é efetuado de forma apropriada, respeitando as regras de propriedade.	25	5,0(0,0)	5,0 - 5,0	4	13,8
P45 - Os colaboradores só entram em minha casa após pedido de autorização.	29	5,0(0,0)	5,0 - 5,0		
P46 - Considero que o serviço prestado justifica a mensalidade praticada.	27	4,4(0,8)	3,0 - 5,0	2	6,9
P47 - Não sinto os meus bens ameaçados.	29	4,8(0,5)	3,0 - 5,0		
P48 - Quando é confiado dinheiro aos colaboradores, este é sempre utilizado apenas para o fim a que se destina.	22	5,0 (0,0)	5,0 - 5,0	7	24,1
P49 - É sempre pedida a minha autorização quando é solicitado informação a meu respeito ao SAD.	27	4,9(0,5)	3,0 - 5,0	2	6,9
P50 - As minhas reclamações são sempre respondidas.	28	4,7(0,5)	3,0 - 5,0	1	3,4
P51 - Sou sempre informado antecipadamente quando não é possível realizar uma atividade programada.	29	4,9(0,3)	4,0 - 5,0		
P52 - Aos meus problemas são sempre apresentadas soluções.	28	4,4(0,7)	3,0 - 5,0	1	3,4

As questões onde se observaram pontuações mais elevadas referem-se ao aspeto cuidado e limpo dos colaboradores, ao respeito dos mesmos pela privacidade e intimidade dos clientes, à confidencialidade dos serviços prestados, à garantia da assistência medicamentosa, de acordo com a prescrição médica, ao adequado uso da

chave do domicílio, ao pedido de autorização por parte dos colaboradores para a entrar no domicílio e ao uso devido do dinheiro dos clientes por parte dos colaboradores. Todas estas questões apresentaram uma pontuação média de 5 (dp=0,0), correspondendo à pontuação máxima (Tabela 20).

O último grupo de questões relativas à satisfação dos clientes refere-se ao atendimento e comunicação, no qual a pontuação média obtida foi de 4,7 pontos (dp=0,21) (Tabela 19). As classificações médias nas questões são maioritariamente superiores a 4,5 pontos, destacando-se o facto de os clientes considerarem os colaboradores da equipa do SAD atenciosos (P61) e disponíveis (P62), ambas as questões com uma média de 5,0 (dp=0,2).

Tabela 19 - Satisfação com o atendimento e comunicação

	Escala de Likert		
	n	M (dp)	Min-max
<b>Atendimento e Comunicação</b>	29	4,7(0,2)	4,3—5,0
P53 – Tenho conhecimento do Regulamento Interno.	29	3,3(0,9)	2,0 - 5,0
P54 – Tenho acesso fácil ao número de telefone do responsável do SAD	29	4,9(0,3)	4,0 - 5,0
P55 - O sistema de comunicação com o SAD, em caso de necessidade, é eficaz.	29	4,9(0,4)	4,0 - 5,0
P56 - Sei sempre a quem me dirijo para obter a informação que necessito.	29	4,8(0,4)	4,0 - 5,0
P57 Nos meus contactos com os responsáveis/ colaboradores pelo apoio domiciliário sou sempre bem atendido.	29	4,9(0,3)	4,0 - 5,0
P58 O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário está sempre contactável.	29	4,9(0,4)	4,0 - 5,0
P59 - Os meus problemas são sempre ouvidos.	29	4,3(0,8)	3,0 - 5,0
P60 - O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário, responde prontamente às minhas solicitações.	29	4,7(0,6)	3,0 - 5,0
P61 - De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa são atenciosos.	29	5,0(0,2)	4,0 - 5,0
P62 - De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa estão disponíveis	29	5,0(0,2)	4,0 - 5,0

A pontuação mais baixa neste grupo é observada na P53 (M=3,3 dp=0,9), que se refere ao conhecimento dos clientes acerca do regulamento interno do SAD, sendo a única questão onde a pontuação média obtida foi inferior a 4 pontos.

## 2. Os Colaboradores do SAD

### 2.1. Caracterização sociodemográfica do Colaboradores

A tabela 20 apresenta as características sociodemográficas dos colaboradores do SAD, assim como algumas características relativas às funções desempenhadas. Os sete colaboradores inquiridos (85% mulheres) têm em média 48,7 ( $dp=6,2$ ) anos, 9,1 anos de escolaridade ( $dp=2,7$ ) e trabalham no SAD há cerca de 11 anos ( $M= 10, 9 dp=9,8$ ).

Tabela 20 - Dados sociodemográficos dos colaboradores do SAD

	Colaboradores n= 7	
	n	%
<b>Género (% mulheres)</b>	6	85,7
<b>Idade M (dp)</b>	48,7(6,2)	
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	1	14,3
Casado	4	57,1
Separado/divorciado	2	28,6
<b>Escolaridade M (dp) <sup>a)</sup></b>	9,1(2,7)	
Min-Max	4-12	
<b>Anos que trabalha no SAD M (dp)</b>	10,9(9,8)	
<b>Min-max</b>	3-25	
<b>Função desempenhada no SAD</b>		
Ajudante de Ação direta	6	85,7
Motorista	1	14,3
<b>Desempenha outras funções na IPSS, além das relacionadas com o SAD</b>	6	85,7
<b>Funções desempenhadas na IPSS além de ser colaboradora do SAD</b>		
Funções em todas as respostas da IPSS direcionadas exclusivamente à população idosa	4	57,1
Funções em todas as respostas da IPSS	2	28,6
<b>Frequentou curso de valorização profissional</b>	4	57,1
<b>Designação do curso de valorização profissional <sup>a)</sup></b>		
Formações aconselhadas pela Segurança Social e pela IPSS	4	100

<sup>a)</sup>n=4

Relativamente às funções desempenhadas no SAD, 85,7% dos colaboradores é ajudante de ação direta, sendo que a maioria dos colaboradores (85,7%) desempenha também funções em outras valências da IPSS, para além do SAD: 57,1% desempenha

funções direcionadas exclusivamente à população idosa, nomeadamente em Centro de Dia e Lar de Idosos, e 28,6% está envolvido no trabalho com outras populações, como por exemplo a infância. A maioria dos colaboradores (57,1%) frequentou cursos de valorização profissional, sendo maioritariamente formações aconselhadas pela Segurança Social e pela IPSS (Tabela 20).

## 2.2. Satisfação dos colaboradores com o SAD

Para uma melhor compreensão dos resultados relativos à avaliação da satisfação dos colaboradores recomenda-se a consulta do Anexo IV, tendo em conta que os resultados são apresentados de forma distinta, sendo possível observar as classificações que os colaboradores atribuíram a cada questão.

A Tabela 21 apresenta os resultados para o primeiro conjunto de perguntas, do questionário de avaliação da satisfação dos colaboradores com as instalações e equipamentos do SAD no qual a classificação média obtida foi de 4,1 ( $dp=0,6$ ). Os colaboradores manifestaram maior satisfação com as instalações, com os equipamentos informáticos, e com o conforto no local do trabalho, sendo que a pontuação média foi de 4,3 pontos ( $dp < 0,8$ ) para as três questões.

Tabela 21 - Satisfação com as instalações

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M (dp)	Min-Max	n	%
<b>Instalações</b>	6	4,1(0,6)	3,5-5,0		
P1 Estou satisfeito(a) com as instalações (ex. gabinetes, refeitório, instalações sanitárias).	6	4,3(0,8)	3,0-5,0	-	-
P2 Estou satisfeito(a) com as aplicações e os equipamentos informáticos.	4	4,3(0,5)	4,0-5,0	2	33,3
P3 Estou satisfeito(a) com o gabinete médico (medicina, enfermagem e psicologia).	4	3,3(0,5)	3,0-4,0	2	33,3
P4 Estou satisfeito(a) com as condições de higiene e segurança das instalações e equipamentos.	6	4,2(0,8)	3,0-5,0	-	-
P5 Existe conforto e bem-estar físico no meu local de trabalho (ex. temperatura, espaço, limpeza).	6	4,3(0,5)	4,0-5,0	-	-

O resultado menos satisfatório refere-se à satisfação dos colaboradores com o gabinete médico, com uma média de 3,3 (dp=0,5).

O segundo grupo de questões avaliou a satisfação dos colaboradores com a autonomia profissional e pessoal que têm no SAD (Tabela 22), sendo a pontuação média de 3,9 (dp=0,6). De entre as questões com pontuação mais elevada, salienta-se a P6, a P11 e a P13 referentes à existência de meios necessários para o desempenho das funções, à satisfação com o horário de trabalho, e ao tempo que demoram em deslocar-se para o trabalho. Todas estas questões apresentaram uma média de 4,3 (dp <1,2).

De entre os itens que obtiveram uma pontuação mais baixa, destacam-se aqueles que se referem à autonomia para planear, executar e avaliar o seu próprio trabalho (M=3,5, dp=1,2), à participação dos mesmos no processo de decisão (M=3,7, dp=1,0) e ao desempenho de outras funções para além das que lhes estão atribuídas (M=3,7, dp=0,8) (Tabela 22).

Tabela 22 - Satisfação com a autonomia profissional e pessoal

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M (dp)	Min-Max	N	%
<b>Autonomia profissional e pessoal</b>	6	3,9 (0,6)	3,1– 4,6		
P6 Disponho dos meios necessários para desempenhar a minha função.	6	4,3(0,5)	4,0-5,0	-	-
P7 Tenho possibilidades de ser criativo(a).	5	3,8(0,5)	3,0-4,0	1	16,7
P8 Participo no processo de decisão. As minhas opiniões são ouvidas.	6	3,7(1,0)	2,0-5,0	-	-
P9 Tenho possibilidade de participar na definição das atividades a desenvolver e objetivos a atingir.	5	3,8(1,1)	2,0-5,0	1	16,7
P10 Tenho autonomia para planear, executar e avaliar o meu próprio trabalho.	6	3,5(1,2)	2,0-5,0	-	-
P11 Estou satisfeito(a) com o meu horário de trabalho.	6	4,3(0,5)	4,0-5,0	-	-
P12 Não demoro muito tempo na deslocação para o local de trabalho.	6	4,3(1,2)	2,0-5,0	-	-
P13 Raramente me é solicitado desempenhar outras funções para além das que me estão atribuídas.	6	3,7(0,8)	3,0-5,0	-	-

A tabela 23 apresenta os resultados relativos à satisfação dos colaboradores com a compensação financeira e outros benefícios. Relativamente à compensação financeira, a pontuação média foi de 3,5 (dp=0,9). A questão acerca do nível de remuneração dos colaboradores quando comparado com os outros colegas em situação semelhante (P16) foi a que apresentou a melhor classificação, com uma média de 4,0 (dp=0,6).

Pelo contrário, as restantes três questões, relativas à satisfação com os vencimentos tendo em conta os outros serviços (M=3,00 dp=1,14), à satisfação com as regalias e os benefícios concedidos (M=3,5 dp=1,05) e aos vencimentos dos mesmos de acordo com as suas responsabilidades (M=3,5 dp=1,4), foram as que apresentaram resultados mais baixos.

Tabela 23 - Satisfação com a compensação financeira e outros benefícios

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M (dp)	Min-Max	N	%
<b>Compensação financeira</b>	6	3,5(0,9)	2,3 - 5,0		
P14 Sou pago(a) de acordo com as minhas responsabilidades.	6	3,5(1,4)	1,0- 5,0	-	-
P15 Estou satisfeito(a) com as regalias e os benefícios concedidos.	6	3,5(1,1)	2,0-5,0	-	-
P16 Sinto que o meu nível de remuneração é justo face ao dos meus colegas em situação semelhante (ex. quanto a funções desempenhadas, tempo de serviço).	6	4,0(0,6)	3,0-5,0		-
P17 Sinto que os vencimentos são iguais ou superiores aos geralmente praticados noutros Serviços.	5	3,4(1,1)	2,0-5,0	1	16,7
<b>Outros benefícios</b>	6	3,6(0,4)	3,2-4,2		
P18 O meu trabalho é reconhecido por todos.	6	3,5(1,1)	2,0-5,0	-	-
P19 Tenho possibilidades de me desenvolver profissionalmente.	6	3,5(0,8)	2,0-4,0	-	-
P20 Considero que o Serviço fornece contributos positivos para o meio em que se insere.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0	-	-
P21 É prestigiante ser membro desta organização (ex. perante a família e amigos).	6	3,7(0,8)	2,0-4,0	-	-
P22 Sinto realização pessoal na função que ocupo na Instituição.	6	4,0(0,9)	3,0-5,0	-	-
P23 Estou satisfeito(a) com o modo como se reconhece todo o meu trabalho, dedicação e esforço enquanto colaborador(a).	6	3,5(0,8)	3,0-5,0	-	-

Relativamente à satisfação dos colaboradores com outros benefícios, a pontuação média foi de 3,6 ( $dp=0,4$ ) (Tabela 23). Neste grupo, os colaboradores manifestaram maior satisfação com o “fornecimento de contributos positivos do SAD, para o meio em que se insere” ( $M=4,2$ ,  $dp=0,4$ ) e com o sentimento de realização pessoal na função que ocupam ( $M=4,0$ ,  $dp=0,9$ ).

Por seu turno, os resultados mais baixos foram observados nas questões relativas ao reconhecimento do trabalho dos colaboradores por todos (P18), às possibilidades de desenvolvimento profissional (P19), e à satisfação com o modo como é conhecido o seu trabalho na Instituição (P23) ( $M=3,5$ ,  $dp < 1,1$ ) (Tabela 23).

Os resultados da satisfação dos colaboradores face ao desempenho funcional são apresentados na Tabela 24, onde é possível observar que a média para este grupo foi de 4,0 ( $dp=0,2$ ). Os resultados mais elevados neste grupo de questões referem-se ao conhecimento dos colaboradores acerca da função no SAD e ao sentimento de concretização dos objetivos traçados, ambas as questões com uma pontuação média de 4,2 ( $dp=0,4$ ).

O resultado mais baixo foi observado na questão relativa à satisfação com a carga de trabalho que é atribuída aos colaboradores ( $M=3,8$ ,  $dp=0,4$ ) (Tabela 24).

A tabela 24 apresenta também os resultados relativos à satisfação dos colaboradores com a supervisão, sendo que neste grupo de questões a pontuação média foi de 3,4 ( $dp=0,6$ ). A questão com a pontuação média mais elevada refere-se ao conhecimento por parte dos colaboradores do seu responsável direto ( $M=4,2$ ,  $dp=0,8$ ).

De entre os resultados mais baixos observados neste grupo destacam-se os itens relacionados com a avaliação do desempenho e posterior comunicação dos resultados aos colaboradores ( $M=2,8$   $dp=0,8$ ), com a frequência com que os colaboradores obtêm informação sobre o seu desempenho ( $M=3,2$   $dp=0,6$ ) e com a justiça da avaliação do desempenho ( $M=3,3$   $dp=0,5$ ).

Tabela 24 - Satisfação com o desempenho funcional, supervisão e formação

	Escala de Likert		
	n	M (dp)	Min-Max
<b>Desempenho funcional</b>	6	4,0(0,2)	3,8-4,3
P24 O Serviço deu-me um documento onde a minha função está claramente descrita.	6	4,0 (0,0)	4,0-4,0
P25 Estou satisfeito(a) com a carga de trabalho que me está atribuída.	6	3,8(0,4)	3,0-4,0
P26 Conheço o meu papel no Serviço (o que se espera de mim).	6	4,2(0,4)	4,0-5,0
P27 Sinto que os objetivos que me estão atribuídos são adequados e possíveis de alcançar.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0
<b>Supervisão</b>	6	3,4(0,6)	2,5-4,3
P28 Sei quem é o meu responsável direto.	6	4,2(0,8)	3,0-5,0
P29 Estou sujeito(a) a avaliação e no fim os resultados são-me comunicados.	6	2,8(0,8)	2,0-4,0
P30 Sinto que o Sistema de Avaliação de Desempenho é justo.	6	3,3(0,5)	3,0-4,0
P31 Obtenho regularmente informação sobre o meu desempenho.	6	3,2(0,6)	2,0-4,0
<b>Formação</b>	6	3,8(0,3)	3,5 - 4,0
P32 Acedo à formação necessária para o correto desempenho da minha função.	6	3,7(0,2)	3,0-4,0
P33 O Serviço permite-me frequentar as ações de formação que eu acho importantes.	6	4,0(0,6)	3,0-5,0

Na tabela 24, são ainda apresentados os resultados relativos à satisfação com a formação que o SAD possibilita aos colaboradores. Neste grupo, a pontuação média foi de 3,8 ( $dp=0,3$ ).

Relativamente à satisfação dos colaboradores com as relações internas, a pontuação média foi de 3,7 pontos ( $dp=0,2$ ) (Tabela 25). As pontuações mais elevadas foram observadas na P35, referente às expectativas das restantes pessoas do SAD relativamente aos colaboradores, e na P44, referente à capacidade de chefia do superior hierárquico, ambos os itens com uma média de 4,2 pontos ( $dp=0,4$ ).



Tabela 25 - Satisfação com as relações de trabalho internas

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M(dp)	Min-Max	n	%
<b>Relações de trabalho internas</b>	6	3,7(0,2)	3,5– 4,1		
P34 Tenho boas relações com todos os outros colaboradores.	6	4,0(0,6)	3,0-5,0	-	-
P35 Sei o que todos esperam de mim.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0	-	-
P36 Acedo a informação abrangente sobre o desenvolvimento das atividades.	5	3,8(0,5)	3,0-4,0	1	16,7
P37 Existe ajuda, colaboração e cooperação entre colegas na mesma área.	6	3,3(0,5)	3,0-4,0	-	-
P38 Existe ajuda, colaboração e cooperação com os colegas de outras áreas.	6	3,3(0,8)	2,0-4,0	-	-
P39 Considero que existe um ambiente de trabalho sem conflitos.	6	3,0(0,0)	3,0-3,0	-	-
P40 Conheço o trabalho que é desenvolvido nas outras áreas do Serviço.	6	4,0(0,6)	3,0-5,0	-	-
P41 O trabalho em equipa é estimulado.	6	3,3(0,5)	3,0-4,0	-	-
P42 Conto com todo o apoio por parte da minha chefia direta.	6	4,0(0,6)	3,0-5,0	-	-
P43 Existe envolvimento da Direção com os colaboradores.	6	3,7(0,5)	3,0-4,0	-	-
P44 Existe capacidade de chefia do meu superior hierárquico direto (definir, organizar, controlar, comunicar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores).	6	4,2(0,4)	4,0-5,0	-	-

De entre os resultados menos satisfatórios observados neste grupo, referente à satisfação dos colaboradores com as relações de trabalho internas, destacam-se os itens relacionados com a existência no trabalho de um ambiente sem conflitos (P39;  $M=3,0$ ,  $dp=0,0$ ), com estimulação do trabalho de equipa e com a existência de ajuda, colaboração e cooperação entre os colegas da mesma área e de outras (P41, P37 e P38;  $M=3,3$ ,  $dp < 0,8$ ).

No grupo de questões relativas às relações de trabalho externas dos colaboradores (relações com família dos clientes e com os próprios clientes), sendo que para este grupo a pontuação média foi de 3,8 ( $dp=0,5$ ) (Tabela 26). A questão relacionada com a forma de tratamento que os colaboradores recebem por parte da família dos clientes foi a que apresentou a pontuação mais elevada ( $M=4,2$ ,  $dp=0,8$ ) e a

questão relativa à comunicação com os familiares das atividades desenvolvidas com os clientes foi a que apresentou o resultado mais baixo (M=3,60, dp=0,6).

Tabela 26 - Satisfação com as relações externas

	Escala de Likert			Não sabe/Não se aplica	
	n	M(dp)	Min-Max	n	%
<b>Relações de trabalho externas</b>	6	3,8(0,5)	3,0-4,5		
P45 Sou bem tratado pela família dos clientes.	6	4,2(0,8)	3,0-5,0	-	-
P46 Costumo informar os familiares das actividades que desenvolvo com os clientes.	5	3,6(0,6)	3,0-4,0	1	16,7

A tabela 27 apresenta os resultados da satisfação dos colaboradores face à “política e estratégia” e à “mudança e inovação” do SAD. Relativamente à política e estratégia a pontuação média foi de 4,2 pontos (dp=0,4). O sentimento de que o trabalho dos colaboradores contribui para que o SAD atinja os objetivos globais foi o item em que se observou a pontuação média mais elevada (M=4,5, dp=0,6), seguindo-se o item relacionado com o conhecimento do plano de atividades da organização (M=4,0 dp=0,7).

Tabela 27 - Satisfação com a política e estratégia e com a mudança e inovação

	Escala de Likert			Não sabe/não se aplica	
	n	M (dp)	Min-Max	n	%
<b>Política e estratégia</b>	6	4,2(0,4)	3,6 -4,7		
P47 Conheço a Política, a Estratégia e os objetivos da organização.	6	3,8(0,4)	3,0-4,0	-	-
P48 Conheço o plano de atividades da organização.	5	4,0(0,7)	3,0-5,0	1	16,7
P49 Conheço o grau de concretização do plano de atividades.	5	3,8(0,5)	3,0-4,0	1	16,7
P50 Sinto que no meu trabalho diário estou a contribuir para que se atinja os objetivos globais.	6	4,5(0,6)	4,0-5,0	-	-
<b>Mudança e inovação</b>	6	4,1(0,5)	3,7 - 5,0		
P51 Existe participação dos colaboradores na apresentação de sugestões que visam melhorar o funcionamento do Serviço.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0	-	-
P52 São aceites e estimuladas por parte da organização, as sugestões feitas pelos colaboradores.	6	3,8(0,8)	3,0-5,0	-	-
P53 Sinto que trabalho numa organização inovadora e em permanente melhoria.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0	-	-

Os restantes dois itens, relacionados com o conhecimento dos colaboradores da política, da estratégia e dos objetivos da Organização (P47), e com conhecimento do grau de concretização do plano de atividades (P49) foram os que apresentaram as pontuações médias mais baixas (M=3,8, dp <0,5) (Tabela 27).

O conjunto de perguntas relativas à qualidade do serviço apresentou uma pontuação média de 4,0 (dp=0,2) (Tabela 28). Os itens que obtiveram pontuação média mais elevada relacionam-se com o facto de o grau de satisfação dos clientes ser uma das maiores prioridades do Serviço (M=4,3, dp=0,6), com o conhecimento dos colaboradores acerca das necessidades dos clientes (M=4,2, dp=0,4) e com nível de qualidade dos serviços prestados pela Organização (M=4,2, dp=0,4).

Tabela 28 - Satisfação com a qualidade e segurança

	Escala de Likert		
	n	M (dp)	Min-Max
<b>Qualidade</b>	6	4,0(0,2)	3,8-4,5
P54 Conheço a Política e os Objetivos da Qualidade do Serviço.	6	3,8(0,8)	3,0-5,0
P55 Conheço as necessidades dos clientes.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0
P56 O Grau de Satisfação dos Clientes é uma das maiores prioridades do Serviço.	6	4,3(0,5)	4,0-5,0
P57 A organização avalia as opiniões dos clientes.	6	3,7(0,5)	3,0-4,0
P58 As reclamações dos clientes são tratadas.	6	4,0(0,0)	4,0-4,0
P59 O nível de qualidade dos serviços prestados é elevado.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0
<b>Segurança</b>	6	4,3(0,6)	4,0 - 5,0
P60 Sinto que, se assim o desejar, poderei trabalhar neste local para o resto da vida.	6	4,3(0,5)	4,0-5,0
P61 Sinto que trabalho numa organização sólida e com perspetivas de futuro.	6	4,2(0,4)	4,0-5,0

De entre os itens que obtiveram uma pontuação mais baixa neste grupo, destacam-se a avaliação, por parte da Organização, das opiniões dos clientes (M=3,7, dp=0,5) e o conhecimento dos colaboradores acerca da política e dos objetivos da qualidade do serviço (M=3,8, dp=0,8).

Na tabela 28 são ainda apresentados os resultados relativos à satisfação dos colaboradores com a segurança no SAD, sendo que para este grupo a pontuação média foi de 4,3 (dp=0,6). No que se refere à P60, acerca da segurança para trabalhar na

organização para o resto da vida, a pontuação média foi de 4,3 ( $dp=0,5$ ), sendo de 4,2 ( $dp=0,4$ ) para a P62, relativa à solidez da organização e das perspetivas dos colaboradores para o futuro.

A tabela 29 descreve os resultados acerca da satisfação geral dos colaboradores, das suas expectativas e lealdade perante o SAD. De salientar o facto da P65, referente também à lealdade face ao SAD, solicitar ao colaborador para referir uma razão pela qual sairia do serviço. Relativamente a este assunto, dois colaboradores (33,3%) referem sair do serviço “caso fossem ganhar mais dinheiro”, e quatro (66,7%) “caso outra razão os obrigasse”.

Tabela 29 - Satisfação geral com o SAD, expectativas e lealdade

	Escala de Likert		
	n	M (dp)	Min-Max
<b>Satisfação geral do SAD</b>			
P62 Considerando todos os aspetos, estou satisfeito(a).	6	4,3(0,5)	4,0-5,0
<b>Expectativas</b>			
P63 O grau de expectativas que tinha há um ano atrás era mais elevado.	6	2,8(1,0)	2,0-4,0
<b>Lealdade</b>			
P64 Recomendaria a um(a) amigo(a) que viesse trabalhar para este local.	6	4,2(0,8)	3,0-5,0

A satisfação geral com o SAD apresenta uma pontuação média foi de 4,3 ( $dp=0,5$ ). Para a pergunta acerca do grau de expectativas dos colaboradores tendo em conta o SAD em que trabalham, quando comparado com o ano anterior, a classificação média foi 2,8 pontos ( $dp=1,0$ ) percebendo-se que as expectativas não sofreram grandes alterações.

Por fim, no que se refere à recomendação do serviço a potenciais colaboradores, a classificação média foi de 4,2 ( $dp=0,8$ ).

A tabela 30 apresenta algumas considerações dos colaboradores acerca das características do SAD, dos serviços disponibilizados que os mesmos consideram ser essenciais, e ainda as vantagens e desvantagens do respetivo serviço. A maioria dos

colaboradores inquiridos (71,4%) avalia a qualidade do serviço do SAD no qual trabalha como “excelente”.

Quando questionados sobre os serviços do SAD que consideram essenciais para os clientes, 71,4% dos colaboradores refere o serviço de higiene e conforto pessoal, seguindo-se o fornecimento e apoio nas refeições (28,6%) e o apoio emocional (14,3%). Os colaboradores foram ainda questionados acerca de outros serviços que o SAD poderia disponibilizar, tendo em conta as necessidades dos clientes. Dos quatro colaboradores que responderam a esta questão, 75% refere o serviço de cuidados de imagem, sendo o serviço de apoio psicossocial e o serviço de aquisição de géneros alimentícios mencionados por 50% dos colaboradores, respetivamente.

Tabela 30 - Avaliação global do SAD

	Colaboradores	
	n= 7	
	n	%
<b>Qualidade do Serviço prestado</b>		
Excelente	5	71,4
Boa	2	28,6
<b>Serviços essenciais para os clientes, tendo em conta a sua experiência profissional dos colaboradores</b>		
Cuidados de higiene e conforto pessoal	5	71,4
Fornecimento e apoio nas refeições	2	28,6
Apoio emocional	1	14,3
<b>Serviços que na opinião dos colaboradores pudessem ser prestados pelo SAD<sup>a</sup></b>		
Serviços de Apoio Psicossocial	2	50,0
Serviços de cuidados de imagem	3	75,0
Aquisição de géneros alimentícios	2	50,0
<b>Vantagens do SAD</b>		
Boa relação com colegas e/ou colaboradores	6	85,7
Bom funcionamento geral da instituição	1	14,3
<b>Desvantagens do SAD<sup>b)</sup></b>		
Falta de tempo para realização de todas as tarefas	2	66,7
Problemas de comunicação entre equipa de trabalho	1	33,3

<sup>a)</sup> n= 4; <sup>b)</sup> n=3

Por fim, quando questionados relativamente às vantagens e desvantagens do SAD, 85,7% dos colaboradores destaca como principal vantagem a boa relação com os colegas da equipa. Por outro lado, dos três colaboradores que referem desvantagens

do serviço, a falta de tempo para a realização das tarefas é referida por 66,7%, sendo que 33,3% aponta problemas ao nível da comunicação entre a equipa de trabalho.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO**

---





Este capítulo visa analisar e discutir os resultados obtidos mais relevantes, pelo seu significado, tendo em conta os objetivos estabelecidos. A discussão dos resultados seguirá a ordem de apresentação do capítulo anterior. Especificamente será realizada uma análise dos resultados da satisfação dos clientes e colaboradores, tendo em conta que permite monitorizar a perceção dos mesmos acerca do desempenho da entidade que presta o serviço. Por último, é discutido o cumprimento dos objetivos previamente delineados e apresentadas as implicações do estudo para a prática gerontológica.

O presente estudo inclui um SAD do distrito de Viana do Castelo, composto por 29 clientes e sete colaboradores. No que se refere à abordagem aos clientes nem todos se mostraram disponíveis para participar no estudo, sendo apenas incluídos 29 participantes, dos quais 55,2% era do género feminino (Tabela 3). A média de idades dos clientes é de 83,7( $dp=9,0$ ) anos e, destes, 72,4% tem 80 ou mais anos, tendo 27,6% dos mesmos ( $n=8$ ) entre 56 e 79 anos. Apesar de existir um cliente com 56 anos (abaixo da marca 60/65 anos como marcador do começo da velhice), optou-se pela sua inclusão. Aproximadamente 52% dos clientes tem entre um e quatro anos de escolaridade. É ainda fundamental referir que 24,1% dos clientes vive sozinho e 37,9% vive apenas com o cônjuge. Os restantes clientes vivem com outros familiares. Estas características sociodemográficas parecem ir de encontro com outros estudos consultados. Apesar de nos basearmos apenas neste caso, outro estudo de Gil (2009) refere o facto de a população que acede ao SAD ser maioritariamente feminina, sendo ainda observado um aumento do número de pessoas idosas e também o aumento das pessoas muito idosas. Gil (2009), por exemplo refere estes dados através dos relatórios do Programa de Apoio Integrado a Idosos referindo ainda o facto da idade média da população que acede aos Serviços de Apoio Domiciliário ser de 76 anos para as mulheres e 73 anos para os homens, encontrando-se maioritariamente, em situação de dependência. Ainda neste sentido importa referir a literatura consultada através da Carta Social (2013) onde são comparadas ainda as características dos utentes de ERPI com as características dos usuários de SAD. A população utilizadora da resposta SAD é composta maioritariamente por utentes com 80 ou mais anos (55%), porém os escalões etários abaixo dos 80 anos apresentam em conjunto uma representação bem

mais significativa, por comparação à resposta ERPI, refletindo uma manutenção do idoso no seu espaço habitacional e no seu meio habitual de vida por mais anos.

Neste estudo é fundamental perceber algumas características dos contextos de vida dos clientes. Como foi referido na revisão da literatura, a população que se apresenta como sendo idosa desenvolveu um sentido de pertença ao lugar, o que se comprova pelo facto de os clientes viverem em média há 65,7(dp=33,3) anos e de 69% considerar a relação com os vizinhos próxima e amigável (Tabela 7). Neste sentido, os idosos desenvolvem um maior sentido emocional ao lugar e à comunidade que os rodeia (Phillipson, 2001; Townsend, 1957, como citado em Phillipson, 2010). Outras investigações referem que o tempo de vida no mesmo lugar parece fortalecer o sentido de comunidade, facilitando o desenvolvimento de relações mais frequentes e satisfatórias entre vizinhos (Yen, Shim, Martinez e Barker, 2012; Burns, Lavoie e Rose, 2012). Quando questionados acerca das condições da sua habitação, a maior parte está satisfeita com a habitação onde reside, no entanto, 17,2% refere o facto das condições da habitação serem más. É essencial aprofundar estes resultados uma vez que nos dão informações relevantes acerca da possibilidade dos clientes continuarem a envelhecer em casa, tendo sempre em conta a importância da rede de suporte. Relativamente à existência de recursos na habitação, 96,6% dos clientes refere ter telefone ou telemóvel em casa, 93,1% tem acesso a água quente, 89,7% não tem humidade na sua habitação e 89,7% tem acesso a água quente (Tabela 4).

Assim convém realçar os casos dos clientes em que as habitações não têm estes recursos, nomeadamente a existência de habitações sem acesso a água quente (6,9%), com humanidade (12,3%) e sem qualquer forma de aquecimento (12,3%). No que se refere à existência de barreiras arquitetónicas, 61,2% dos clientes (n=18) refere a existência de alguma barreira, nomeadamente, de degraus (n=16), de portas/corredores estreitos (n=6) e de tapetes no piso (Tabela 4; Tabela 5). Tendo em conta estes resultados é essencial referir que relativamente aos problemas mais comuns das habitações, podem ser resolvidos com soluções economicamente acessíveis (custo estimado muito inferior às obras de remodelação profundas) que potenciam a melhoria no desempenho do idoso, a redução de acidentes e apoiam uma

vida independente (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009). Assim, constitui-se fundamental fazer uma avaliação das condições de cada cliente pois alterações como instalar barras de apoio em locais estratégicos; instalar superfícies anti-derrapantes; melhorar a iluminação, principalmente escadarias e corredores de acesso; desobstruir passagens; eliminar ou fixar tapeçaria; identificar ajudas técnicas adequadas que facilitem a realização de tarefas diárias, podem constituir uma função do SAD. Aqui, a existência de uma parceria poderia ser fundamental, no entanto, não foram exploradas as parcerias do SAD em estudo.

Relacionado com os contextos dos clientes, que podem também implicar alguma dependência, 69% dos clientes sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa, sendo que destes, 40% não consegue andar longas distâncias, 25% estão acamados, e 20% tem dificuldades devido a dependência física (Tabela 5). Dos cinco clientes que estão acamados podem eventualmente ter outros tipos de dependência, embora este estudo procurasse analisar a dependência para a realização das AVD.

No PAII (2003, como citado em Gil, 2009) é referido o facto de a população recetora de serviços relacionados com o SAD estar maioritariamente em situação de dependência, necessitando de apoios de terceiras pessoas para executar as atividades da vida diária. A Carta Social (2013) analisa também o grau de dependência dos clientes das respostas sociais dirigidas à população idosa. Apesar de não fazer referência aos instrumentos que medem o grau de dependência, a Carta Social definiu quatro grupos para distinguir o grau de dependência dos clientes: grandes dependentes, dependentes, parcialmente dependentes e autónomos. O grau de dependência difere de resposta para resposta, em função das idades e das necessidades de apoio desta população. Se por um lado em ERPI, cerca de 80% dos utentes apresenta alguma dependência, este valor desce para os 60% em SAD. Assim é de realçar os resultados obtidos no estudo através dos resultados da aplicação do Índice de Barthel e do Índice de Lawton. Tendo em conta a Tabela 10 é possível realçar o facto da média para a dependência na realização das atividades básicas da vida diária ser de 68,8( $dp=32,3$ ). Ainda neste sentido, apenas 27,6% dos clientes é independente para a realização das Atividades Básicas da Vida Diária, sendo que 48,3% dos clientes é

considerado ligeiramente dependente e 13,8% é totalmente dependente, para a realização destas atividades. Torna-se assim pertinente fazer referência aos resultados referentes à dependência para a realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária, sendo de referir que o resultado médio observado na aplicação do Índice de Lawton foi de 19,3(dp=6,9). Neste sentido, 51,7% dos clientes considera-se moderadamente dependente para a realização das AIVD e 41,4% severamente dependente. Apenas 6,9% dos clientes considera ser independente para a realização destas atividades (Tabela 10).

Tendo em conta a importância na intervenção na dependência física e as diversas estratégias de intervenção com a pessoa dependente, Sequeira (2010) aborda algumas orientações a adotar nos cuidados a estas pessoas. Assim, quando verificada dependência nas Atividades Básicas da Vida Diária é fundamental lidar com as alterações ao nível das atividades relacionadas com a higiene, alimentação, mobilidade, controlo de esfíncteres, entre outras. No que se refere à higiene salientamos o facto de ser executada com a periodicidade necessária, respeitando os hábitos e preferências do cliente, sendo que na prestação de cuidados deve ajudar-se apenas o necessário, de modo a manter e promover a funcionalidade. A preservação da privacidade é também fundamental, mesmo na presença de deterioração cognitiva, assim como a otimização do ambiente, através de adaptações na casa de banho, possibilitando a segurança nesta ABVD. No que diz respeito ao ato de vestir, deve ser solicitada a participação da pessoa idosa na escolha do vestuário, sempre tendo em conta a preferência pela utilização de roupas “simples” e adaptadas a cada caso, de modo a facilitar a independência da pessoa. Sequeira (2010) refere o facto de o idoso dependente sofrer com regularidade episódios de incontinência, podendo implicar um sentimento “perturbador” e desconfortante para o prestador de cuidados, devendo essencialmente ser evitadas atitudes críticas, depreciativas e de reprovação. O uso de dispositivos práticos, como pensos, fraldas, proteção da cama, entre outros, deve ser privilegiado a fim de diminuir este problema, sendo que o acesso fácil de outros dispositivos, como urinóis ou arrastadeiras, que a pessoa possa utilizar de forma independente ou com ajuda, pode promover a independência. O acesso à casa de

banho e adoção de vestuário facilitador do autocuidado, é também fundamental para alguma dependência relacionada com a eliminação. Relativamente à alimentação, o ritmo da pessoa deve ser respeitado e a participação estimulada. Deve haver especial atenção para uma alimentação equilibrada, tendo em conta a importância da ingestão hídrica para o bom funcionamento físico e mental. A mobilidade é fundamental para a autonomia e independência e deve ser promovida através da adaptação de ambientes e da minimização do risco de quedas. Tendo em conta que a pessoa se pode movimentar no exterior, deve ter-se em conta eventuais precauções de segurança. Assim, o aconselhamento por parte do SAD pode ser pertinente no apoio aos cuidadores informais, tendo em conta que tanto eles como os cuidadores formais podem ser determinantes na supervisão desta atividade. Outra orientação, neste caso para pessoas idosas com demência, deve ser a preocupação da pessoa ser sempre portadora de elementos de identificação ou lista de contactos a recorrer, devendo ter sempre em conta os riscos a que estão expostas. Por fim, Sequeira (2010) refere a transferência da cama para outros locais, devendo sempre ser solicitada a participação da pessoa através da explicação dos passos que serão feitos e as formas de colaborar, tendo também em conta a adaptação do ambiente, prevenindo o risco de quedas. Caso a pessoa se encontre totalmente dependente, deve evitar-se a permanência na cama demasiado tempo, devendo ser alternada com um cadeirão confortável e adequado.

Sequeira (2010) refere ainda algumas orientações para lidar com a dependência nas Atividades Instrumentais da Vida Diária. Assim, o autor refere a importância de considerar a manutenção das atividades como estratégia determinante para a promoção da funcionalidade e do bem-estar da pessoa dependente, promovendo o exercício de todas as atividades que não constituam risco para a pessoa, isto porque o idoso pode manter atividades como por exemplo, a participação das refeições, utilização do telefone, entre outras. No entanto, algumas atividades podem necessitar de supervisão e ajuda como precaução. A inclusão da pessoa nas tarefas diárias a fim de manter a atividade é essencial e a ocupação da pessoa em atividades do seu interesse podem contribuir na manutenção da função e promoção da autoestima e

bem-estar, devendo neste sentido privilegiar-se estas atividades de acordo com a história de vida da pessoa. Durante as atividades devem ser estimuladas outras funções físicas e mentais (memória, movimentos articulares, atenção, etc.), mas o incentivo das mesmas deve sempre ter em conta as capacidades da pessoa. O facto de não nos centrarmos em atividades específicas deve-se essencialmente ao facto de todas elas apresentarem um elevado potencial, desde que a participação da pessoa nas escolhas seja uma prioridade.

Ao centrarmo-nos especificamente nos clientes do SAD, é essencial ter em conta a dependência física como uma das razões pela qual os clientes optaram pela utilização desta resposta social. No entanto, convém ter em conta análises mais aprofundadas sobre a dependência dos clientes e qual o motivo que desencadeou essa dependência física. Assim, essa dependência física pode advir de uma dependência comportamental, ou mental. Apesar de não nos centramos na dependência mental pelo facto de se relacionar essencialmente com aspetos do envelhecimento patológico, é fundamental pensar a prestação de cuidados tendo em conta todos os tipos de dependência, tendo em conta que o SAD se destina à população em situação de dependência física e/ou psíquica.

M. Baltes (1996), por exemplo, refere o facto da dependência comportamental resultar de um ambiente excessivamente protetor. Segundo a autora, a incompetência aprendida (mas não incompetência real) dos idosos que são protegidos em excesso resulta em perda de independência devido à falta de uso. A intervenção pode ser fundamental para desacelerar a deterioração, sendo que a autora aponta mudanças no ambiente que podem promover o guião de independência/suporte ("script independence-support"). Assim, o SAD deve olhar de forma mais integrada nas suas funções, a fim de adequar o ambiente à situação de cada pessoa idosa.

Depois de realçar algumas características dos clientes, dos seus contextos de vida e do grau de dependência, importa conhecer algumas características do Serviço de Apoio Domiciliário que recebem. Deste modo, é possível concluir que o serviço de fornecimento e apoio nas refeições (utilizado por 72,4%) é o que apresenta maior taxa

de utilização, seguindo-se o serviço de cuidados de higiene e conforto pessoal (27,6%) (Tabela 11). Tendo em conta a literatura consultada, o predomínio do serviço de fornecimento de refeições, quando comparado a outros, pode originar o risco deste serviço perder a sua perspetiva mais abrangente e integrada impedindo, assim, uma resposta eficaz e global aos problemas das pessoas (Gil, 2009). Existem várias razões pelas quais os clientes utilizam o SAD, designadamente, a dificuldade em assegurar uma boa alimentação (27,7%) e o facto de possibilitar uma ajuda ao cuidador informal (24,1%). Alguns clientes que destacam a dificuldade de assegurar uma boa alimentação como uma razão para utilizarem o SAD referem-se especificamente ao facto de em alguns casos necessitarem de dieta específica, sendo que o SAD tem em conta essa necessidade do cliente.

Nesta dissertação constitui-se ainda fundamental analisar os resultados obtidos através da aplicação dos questionários de avaliação da satisfação, visto que têm como objetivo avaliar o grau de satisfação em relação aos aspetos específicos e globais da resposta social e identificar pontos fortes e áreas de melhoria.

Assim, começamos por salientar os resultados mais importantes obtidos através da aplicação do questionário de avaliação da satisfação dos clientes. Para tal, é necessário antes de mais referir que tendo em conta todas as classificações dadas pelos clientes, em todas as questões do questionário de avaliação da satisfação, a média foi de 4,6 ( $dp=0,51$ ), correspondendo o valor de 5 ao maior nível de satisfação. Quando analisados os vários grupos avaliados pelo questionário é de salientar que o grupo de questões que abordou a fiabilidade/credibilidade do SAD foi aquele em que se observou a média mais baixa, de 4,1 ( $dp=0,5$ ). Por seu turno, é de salientar o grupo de questões que abordou a satisfação dos clientes face às instalações, equipamentos e sinalética do SAD, em que as classificações médias dos clientes foram mais próximas do nível máximo de satisfação, onde se observou uma classificação média de 4,9 ( $dp=0,1$ ).

Nesta dissertação é fundamental fazer uma leitura descritiva de alguns resultados do grupo que avaliou a satisfação com a fiabilidade/credibilidade do SAD,

visto que as questões abordaram vários aspetos. Assim, neste grupo, as primeiras questões referem-se à elaboração e execução do Plano Individual (PI) do cliente e devem ser encaradas como um aspeto central nesta dissertação, uma vez que a avaliação multidimensional é essencial para a intervenção e é no Plano Individual, ou Plano de Desenvolvimento Individual (PDI), que devem constar todos os objetivos que se pretendem atingir com a intervenção/serviço disponibilizada(o) ao cliente, tendo em conta as suas expectativas e necessidades. Sobre as questões que abordam este aspeto (P10-P15), a P12 refere-se à participação do cliente na elaboração do PDI sendo que a média observada para esta questão foi de 3,4 ( $dp=0,6$ ), com 13,8% clientes a referirem não saber responder, ou não se aplicar ao seu caso. A classificação média para a questão acerca da participação nas alterações do PDI foi de 3,6 ( $dp=0,7$ ), a segunda mais baixa neste grupo de questões. Ainda neste grupo, a execução das atividades planeadas teve uma classificação média de 4,5( $dp=0,6$ ), sendo a mais elevada observada no grupo de questões relativamente ao planeamento e execução do PDI.

Posteriormente, no mesmo grupo foram abordados outros aspetos, sendo de referir questões que se referem à satisfação com os diversos serviços recebidos pelos clientes. A satisfação com aspetos relacionados com as refeições foi abordada da P16 à P20, sendo que para estes itens as médias observadas foram superiores a 4,3, significando com isto que os clientes parecem estar satisfeitos com os parâmetros avaliados. De entre os itens que obtiveram uma pontuação mais baixa relativamente ao grau de satisfação dos clientes, neste grupo, destacam-se aqueles relacionados com pequenas reparações no domicílio (P29 e P30;  $M < 3,2$ ,  $dp > 0,9$ ) e com a adequação do apoio psicológico ( $M=3,8$ ,  $dp=0,4$ ). Por seu turno é ainda de referir outros resultados de satisfação elevados neste conjunto de questões acerca da fiabilidade/credibilidade do SAD, realçando-se neste sentido aqueles relacionados com o serviço de tratamento de roupas e o serviço de limpeza doméstica ( $M=5,0$ ,  $dp=0,0$ ), o respeito pelo ritmo do cliente na prestação de cuidados pessoais e de imagem ( $M=4,9$ ,  $dp=0,4$ ), o fornecimento de dieta de acordo com indicações médicas ( $M=4,8$ ,  $dp=0,5$ ), a adequação



do plano de cuidados de saúde (M=4,7, dp=0,6) e os horários das atividades/serviços programados (M=4,7, dp=0,2) (Tabela 16).

A fim de expor os resultados mais importantes neste estudo, é ainda essencial mencionar o grau de satisfação dos colaboradores com o SAD. Apenas seis colaboradores responderam ao questionário de avaliação da satisfação. Tendo em conta todas as classificações dos colaboradores, em todas as questões do questionário, a média foi de 3,8 (dp=0,38), correspondendo o valor de 5 ao maior nível de satisfação. No que se refere aos grupos de questões avaliados pelo questionário, é de salientar positivamente o grupo que abordou a satisfação com a Segurança (M=4,3 dp=0,6), a Política e estratégia (M=4,2 dp=0,4), a Mudança e Inovação (M=4,1dp=0,5) e as Instalações (M=4,1dp=0,6).

Relativamente aos resultados mais baixos, relacionam-se com a satisfação com a Supervisão (M=3,4 dp=0,6), com a Compensação Financeira (M=3,5 dp=0,9) e com outros benefícios (M=3,6 dp=0,4).

Atendendo ao facto deste estudo se centrar essencialmente na prestação de serviços, convém salientar os grupos que abordaram a satisfação dos colaboradores com o Desempenho Funcional, com a Formação e com as Relações de trabalho externas. No que diz respeito ao desempenho funcional é de destacar que os colaboradores estão menos satisfeitos com a carga de trabalho que lhes é atribuída (M=3,8 dp=0,4), sendo que pode influenciar na qualidade da prestação de cuidados. Quanto à formação, houve também uma questão em que a média foi inferior a 4 pontos, relacionada com o acesso a formação para o correto desempenho das funções (M=3,7 dp=0,2). Nas relações externas, realça-se a P46 em que a média observada nesta questão foi de 3,6 (dp=0,6), também inferior a 4 pontos, referindo-se ao facto de informarem os familiares dos clientes acerca das atividades que desenvolvem.

No que diz respeito aos colaboradores (n=7) 87,7% do género feminino, sendo que em média têm cerca de 9 anos de escolaridade (Tabela 20). No que se refere à função desempenhada no SAD, 85,7% é ajudante de ação direta e 14,4% exerce a função de motorista. Devido à pequena quantidade de colaboradores que trabalham

especificamente na resposta social SAD, da IPSS, pretende-se apenas descrever as funções que executam no SAD de forma a perceber essencialmente que colaboradores, do SAD, estamos a estudar e qual a sua satisfação com o respetivo serviço/resposta social. No âmbito da prestação de serviços, reveladas no processo de estruturação e desenvolvimento dos projetos de SAD, tendo em conta a avaliação de impacte realizada em 2005, no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos foram referidas algumas limitações, nomeadamente: - constrangimentos ao nível da execução de ações planeadas. - falta de standardização de procedimentos relativos à constituição do processo de admissão dos utentes, conduzindo a situações anómalas tais como, a inexistência de um plano sustentado de cuidados que privilegie os aspetos individuais e alvo de avaliação periódica, com o objetivo da elaboração de planos de melhoria, bem como ao nível de serviços, tendo em consideração os aspetos processuais fundamentais para a implementação futura de sistemas de gestão da qualidade. Assim, a formação dos colaboradores deve constituir um critério obrigatório para o exercício das funções exigíveis num SAD centrado nas pessoas, revelando-se essenciais para um serviço de qualidade. Da literatura consultada, relativamente à prestação de cuidados, foi sublinhado o facto dos cuidados necessitarem cada vez mais vez do conhecimento científico e da aquisição de competências (Carvalho, 2012). Exige-se por isso uma intervenção profissionalizada e multidisciplinar que permita avaliar as necessidades, os problemas e as capacidades e definir os planos de intervenção compatíveis. Os profissionais que concretizam os cuidados necessitam cada vez mais de formação especializada, tendo em conta a complexidade dos cuidados a prestar. Os objetivos dos cuidados domiciliários devem ser pensados e planeados como uma satisfação e/ou compensação para as necessidades decorrentes da dependência dos clientes. Os Serviços de Apoio Domiciliário só farão sentido como uma prestação de cuidados personalizada se permitirem ir ao encontro das necessidades da pessoa idosa, estimulando a autonomia e a liberdade de escolha do/a cliente, e sempre tendo em conta a história de vida do cliente.

Comparando a legislação portuguesa do SAD, com os serviços recebidos pelos clientes deste SAD, é visível que existe um grande número de serviços que o mesmo não disponibiliza, mas não nos centramos neste aspeto. Contudo, a Portaria 28/2013 realça alguns dos princípios de atuação do SAD que deveriam ser reforçados salientando-se a interdisciplinaridade, a avaliação das necessidades do utente e participação e corresponsabilização do cliente na elaboração do programa de cuidados e serviços.

Os Serviços de Apoio Domiciliário podem e devem ser reconhecidos como principal resposta de apoio às pessoas idosas, desde que devidamente adaptados ao caso Português. Os Serviços de Apoio Domiciliário constituem um dos eixos da política de equipamentos e serviços no âmbito das pessoas idosas, enquanto serviços de primeira linha, mas o seu desenvolvimento exige articulação com outras medidas devendo ser definidos objetivos específicos, fundamentação dos mesmos, metas a atingir, horizonte temporal e recursos a mobilizar e metodologias a utilizar (Quaresma, 1999). A prestação de cuidados no domicílio exige o estabelecimento de redes de apoio integrado que garantam a efetiva continuidade dos cuidados necessários. Santana (2007) refere a importância da colaboração dos SAD com os Serviços de Saúde. Os serviços de fisioterapia e de enfermagem, por exemplo, são fornecidos nos Centros de Saúde, porque a maior parte das IPSS não tem recursos necessários. Os serviços de cuidados prestados são essencialmente de natureza social, consequência de uma falta de recursos e competências necessárias para a prestação de cuidados de saúde. A extensão dos limites destas instituições parece estar condicionada por um conjunto de aspetos políticos, estruturais, individuais, sociais e culturais, que precisam ser identificados e gerenciados.

A aposta nas redes de parceiros pode ser determinante e parece que as autoridades locais podem ter um papel fundamental nessa dinamização. Torna-se, por isso, fundamental realçar o facto de em alguns países europeus, como na Suécia ou na República Checa, as autoridades locais e regionais terem um papel cada vez mais importante na preparação de planos de desenvolvimento social, assegurando o compromisso de parceria entre o Governo central e as autoridades locais. Em Portugal,

caso fossem feitas alterações semelhantes as políticas para a dependência poderiam ser menos centralizadas, podendo ainda aumentar a eficiência das mesmas.

A fim de concluir esta discussão é fundamental referir o facto da maior parte dos clientes querer continuar a envelhecer em casa, apesar de não saber quais as necessidades que terão. É ainda essencial referir a posição de Carvalho (2012), que refere que os cuidados domiciliários, em Portugal, se prendem com a forte ideologia familiar que leva o Estado a prosseguir uma política de baixo nível de provisão. Tendo em conta que a família pode não conseguir prestar um apoio com qualidade e que muitas pessoas idosas não têm cuidados adequados à sua situação, nem as mínimas condições de velhice com qualidade, constitui-se fundamental que tanto este SAD, como outros, tenha em consideração a sobrecarga a que o cuidador informal está exposto.

### **Limitações do estudo**

Apesar da concretização dos objetivos da investigação, importa referir algumas limitações do estudo. A principal limitação deve-se ao facto deste estudo poder ter sido mais aprofundado, através, por exemplo, de uma abordagem qualitativa, a fim de perceber outras características que os clientes considerassem essenciais no SAD, mas que não foram avaliadas. Para aprofundar este estudo seria importante por exemplo entrevistar a direção técnica para melhor compreender o planeamento e alcance de um serviço desta natureza. Poderia também ser pertinente alargar este estudo a outros Serviços de Apoio Domiciliário de Viana do Castelo, permitindo-nos assim ter resultados sobre esta resposta social a nível distrital, alargando o potencial do estudo numa base comparativa.

Outro aspeto a realçar, também essencial, foi o facto de, enquanto estudo de caso, poder ter sido explorado o funcionamento deste serviço no meio em que se insere. Inicialmente o protocolo elaborado para os clientes foi pensado exclusivamente numa perspetiva de dependência física e no SAD, como resposta a essa dependência

física. Poderiam assim ser realizadas análises mais profundas aos tipos de dependência dos clientes, a fim de perceber a eficiência de outras intervenções para assim otimizar o funcionamento dos indivíduos. Ainda neste sentido, constituía-se essencial realizar uma avaliação multidimensional aos clientes de forma a perceber qual o suporte que têm além do SAD. A avaliação da saúde física e mental (aspectos cognitivos e emocionais), o suporte social e familiar e a utilização de serviços poderia também ser incluída em próximos estudos. Por exemplo a OARS (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2008) poderá ser um dos instrumentos a incluir na medida em que visa proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando quais as dimensões que mais diretamente comprometem a capacidade funcional da população idosa. Este questionário poderia ser útil para o levantamento de informações que auxiliassem a centrar as intervenções comunitárias e a promover estratégias de intervenção mais adequadas.

### **Conclusões e implicações deste estudo para a Gerontologia Social**

Esta dissertação teve como principal objetivo principal analisar a satisfação dos clientes e colaboradores com um Serviço de Apoio Domiciliário. No entanto, é essencial perceber a importância do SAD enquanto “output” do sistema político, que tenta responder às necessidades específicas da população. Apesar da operacionalização do estudo ter tido alguns entraves, constitui-se fundamental pensar as Políticas Sociais que, sendo Políticas Públicas, se dirigem aos problemas identificados na estrutura e no funcionamento da sociedade. Os normativos legais constituem-se fundamentais na sistematização e orientações gerais, mas têm a particularidade de serem abstratos e tipificados, numa ótica meso e macro. Assim, tendo em conta as Políticas Sociais, é essencial perceber os processos subjacentes ao envelhecimento e, particularmente, perceber ainda a dependência na velhice, como um dos problemas mais preocupantes associados à longevidade.

O estudo aqui apresentado teve como objetivo perceber o funcionamento do SAD tendo em conta os prestadores e recetores do serviço. Contudo, esta abordagem

teve limitações, sendo que o primeiro aspeto a salientar prende-se com o facto de este estudo incluir apenas um SAD, sendo que podia ser alargado a outros SAD do distrito de Viana do Castelo, a fim de perceber, por exemplo, a satisfação dos clientes e colaboradores face a esta resposta social num distrito marcado pelo envelhecimento populacional. A razão pela qual não se seguiu essa metodologia deveu-se essencialmente ao facto de a aplicação dos protocolos dos clientes ser efetuada em cada um dos domicílios dos clientes. O estudo do SAD poderia, por outro lado, ser mais aprofundado, a fim de especificar outros aspetos considerados relevantes, como o custo de serviços adicionais que o SAD pudesse disponibilizar.

Este estudo visa também perceber as Políticas Sociais e a sua implementação numa população específica, ou seja, nos recetores dessa política, tendo em conta que advém do Estado de Bem-estar. A política social deve ter em consideração o indivíduo e o seu papel na sociedade, sendo ainda de referir a importância do SAD e das potencialidades deste tipo de serviços, sendo necessárias algumas modificações na sua lógica de funcionamento, podendo a articulação com os serviços de saúde ser também determinante, uma vez que a população abrangida por este tipo de resposta parece ser cada vez mais dependente.

O facto de se tratar de um SAD permite-nos exclusivamente analisar os resultados deste contexto, numa freguesia da Região do Minho-Lima. Constitui-se pertinente o estudo do SAD, a fim de perceber de que modo esta resposta social pode permitir a prestação de cuidados à pessoa idosa na comunidade, mesmo quando confrontada com dependência.

Esta investigação permitiu ainda conhecer um contexto de uma zona do distrito de Viana do Castelo e conhecer também a forma como são prestados os cuidados. No que se refere ao contexto é essencial destacar mais uma vez a preferência amplamente reconhecida dos clientes quererem envelhecer em casa. No entanto, é de realçar o facto de como em outros casos, o serviço predominantemente utilizado ser o de fornecimento das refeições. O SAD pode ser essencial para os clientes que necessitam de uma alimentação cuidada, no entanto, a prevalência deste pode levar a

uma imagem de um serviço de *catering*. É essencial ter em conta que a importância do SAD vai além do apoio nas refeições. As visitas domiciliárias preventivas podem, por exemplo, constituir-se fundamentais na prevenção de situações de dependência e a dinamização de atividades socioculturais, por exemplo, para as pessoas que continuam nos seus domicílios, pode também ser essencial na inclusão destes clientes na sociedade. Deste modo, através de uma visão global de toda a dissertação o Estudo de Caso permitiu conhecer este contexto específico de uma forma mais aprofundada, embora houvesse também outras limitações decorrentes desta opção metodológica.

A Gerontologia Social, enquanto área científica que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento (Paul, 2005), deve ter em conta as intervenções diferenciadas na população idosa. No entanto deve também ter-se em conta o custo-eficácia da intervenção. Os factores que contribuem para um “Envelhecimento Ótimo” ou “Envelhecimento Bem-Sucedido” (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1998, como citado em Paúl, 2005), nomeadamente a autonomia física, psicológica e social do idoso, ou seja, a capacidade de decisão e o controlo sobre a sua vida e uma voz ativa na comunidade devem ser uma das preocupações do Gerontólogo Social, sendo que estas preocupações devem ser sempre tidas em conta na intervenção com a população idosa. Assim, os SAD só farão sentido como uma prestação de cuidados personalizada se permitirem ir ao encontro das necessidades da pessoa idosa, estimulando a autonomia e a liberdade de escolha do cliente, exigindo-se ainda uma intervenção profissionalizada e de preferência multidisciplinar que permita avaliar as necessidades, os problemas e as capacidades e definir os planos de intervenção compatíveis.





## **Referências Bibliográficas**

---



- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Azeredo, Z. (2003). Educação para a saúde e a autonomia/independência do idoso. *Infância Juventude: Pontes de Inclusão*. Universidade Portucalense: *Revista de Educação Social*. 1, 191-195
- Baltes, M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611–626.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366 – 380.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *“Successful Aging: perspectives from behavioral sciences”*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bandeira, L. (Direção) (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspetiva*. Lisboa: FFMS.
- Bass S. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney, D. Gans (Eds.). *“Handbook of Theories of Aging”* (pp.347-374). New York: Springer Publishing Company.
- Bayer, A. & Harper, L. (2000). *Fixing to Stay: A National Survey on Housing and Home Modification Issues*, Research Group and AARP Programs.
- Bengtson, V., Elder, G. & Putney, N. (2005). The Life Course perspective on Aging: Linked Lives, Timing, and History. In M. Johnson, V. Bengtson, P. Coleman & T. Kirkwood (Eds.) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (Pp.329-347) Cambridge: Cambridge University Press.

- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). *“Handbook of theories of aging”* (2nd ed.) New York, NY: Springer.
- Burns V., Lavoie J. & Rose D. (2012). Revisiting the Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion and Inclusion of Older People. *Journal of Aging Research*.
- Caeiro, J. (2008). Políticas Públicas, Política Social e Estado de Providência. Universidade Lusíada Editora.
- Câmara Municipal de Viana do Castelo (2015). Apresentação do Distrito. <http://www.cm-viana-castelo.pt/>. Disponível em 20 de Janeiro de 2016.
- Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos (2013). Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS), Centro de Informação e Documentação GEP – CID, Lisboa.
- Carvalho, M. (2012). *“Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social”*. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.
- Centro Distrital da Segurança Social (2014) Georeferenciação das respostas sociais. Disponível no dia 1 de Fevereiro de 2013 em: [http://georeferenciacao2012.wix.com/viana-do-castelo#!centro\\_comunitario/c20ey](http://georeferenciacao2012.wix.com/viana-do-castelo#!centro_comunitario/c20ey).
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Duarte M.& Paúl C. (2007). Avaliação do Ambiente Institucional –Público e privado: Estudos comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia: Universidade Sénior Contemporânea*.1, 1, pp.17 -29.
- Elder, G. (1998) *Children of the great depression: Social Change in Life Experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- Emler, C. & Mocerri J. (2012). The Importance of Social Connectedness in Building Age-Friendly Communities. *Journal of Aging Research*.
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: Norton.
- Esgaio, A. (2011). Os produtos do sistema político em matéria de Política Social: as Políticas Sociais e os Cuidados de Proximidade. In H. Carmo (ed.) *“Teoria da Política Social (um*

- olhar da ciência política*” (pp.157–185). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Fange, Oswald e Clemson (2012). Aging in Place in Late Life: Theory, Methodology, and Intervention. *Journal of Aging Research*.
- Ferreira, P.; Rodrigues, R. & Nogueira, D. (2008). *Avaliação multidimensional em Idosos*. Mar da Palavra - Edições, Ida
- Fonseca, A. (2005). Psicologia desenvolvimental do ciclo de vida e adaptação ao envelhecimento. In A. Fonseca (ed.) *“Desenvolvimento Humano e Envelhecimento”* (pp.205-218) Lisboa: Climepsi.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C. & Devillé, W. (2011). Home Care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11:207.
- Giddens A. (2007). A Europa na Era Global. Lisboa: Editorial Presença
- Giddens, A. (2015). *Este turbulento e poderoso continente: que futuro para a Europa?*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A. (2009) Serviços de Apoio Domiciliário – ofertas e custos no mercado privado. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- Greenfield, E. (2011). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on Aging-in-place initiatives. *The Gerontologist*.
- Hespanha, P., Monteiro, A., Ferreira, A., Rodrigues, F., Nunes, M., España, M., Madeira, R., Hoven, R. & Portugal, S. (2000). *Entre o Estado e o Mercado – As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Censos 2011 - Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014). Projeções de população residente 2012-2060. Unidade de Comunicação e Imagem. Disponível a 28 de Março de 2014 em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt).

- Irene H. Yen, Janet K. Shim, Martinez, A. & Barker J. (2012) Older People and Social Connectedness: How Place and Activities Keep People Engaged. *Journal of Aging Research*.
- Jopp, D., Oswald, F., Rott, C. & Wahl, H. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51, 238-250.
- Jutkowitz E., Gitlin L., Pizzi L. Lee E. & Dennis M. (2012) Cost Effectiveness of a Home-Based Intervention That Helps Functionally Vulnerable Older Adults Age in Place at Home. *Journal of Aging Research*.
- Kane, R.L. (1999). Examining the Efficiency of Home Care. *Jornal of Aging and Health*. 11, 3, 322-340.
- Lawton M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In: Lawton M., Windley P., Byerts T. (Eds.) *“Aging and the environment”* (pp.35-59). New York: Springer
- Lawton, M.P., Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In: Eisdorfer, C., Lawton, M. P. (Eds.) *“The Psychology of Adult Development and Aging”*. American Psychological Association: Washington, 619–674.
- Modelo da Avaliação da Qualidade (2010). - Manual de Processos-chave Serviço de Apoio Domiciliário. Instituto da Segurança Social, IP
- Marques, S. & Santinha, G. (2011). Políticas Sociais e Ambiente Construído; Contributos para um Envelhecimento Bem-Sucedido”, in Atas da 1ª Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11º Workshop da APDR sobre o tema “Território, Mercado Imobiliário e a Habitação”, Universidade de Aveiro, pp. 317-332.
- Marshall, V. (2009). Theory informing Public Policy: The Life Course perspective as a Policy Tool. In V. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney, D. Gans (Eds). *“Handbook of Theories of Aging”* (pp.595-611) New York: Springer Publishing Company.
- Martín I. & Brandão D. (2012). Políticas para a terceira idade. In C. Paúl e O. Ribeiro (Eds.) *“Manual de Gerontologia”*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda
- Martín, I., Oliveira, L.; Duarte, N. (2012). An Overview of In-home Care for Older People in Portugal. *The Journal of Long Term Home Health Care*, 31 (1).

- Martín, I., Santinha, G., Rito, S., Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Número temático: Envelhecimento demográfico*, pág. 177-203.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In: L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds.). *A Acção educativa: análise psico-social* (pp.105-117). Leiria, Portugal: ESEL/APPORT.
- Organização Mundial de Saúde (1986) – Carta de Ottawa.
- Organização Mundial da Saúde - WHO (2007) Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities. WHO Press: Geneva.
- Ornelas, J (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de século edições.
- Oswald, F.; Jopp, D.; Rott, C.; Wahl, H. W. (2011). “Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction?”, in *The Gerontologist*, 51 (2), 238-250.
- Parmelee, P. & Lawton, M. (1990). The design of special environments for the aged. In J. Birren e K. Schaie (Eds.) “*Handbook of the psychology of aging*” (464- 487). San Diego: Academic Press.
- Paúl, C. (2005) *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Departamento de Ciências do Comportamento ICBAS.UP
- Paúl, C. e Fonseca, AM. (Eds.), 2005. *Envelhecer em Portugal (Ageing in Portugal)*. Lisboa: Climepsi.
- Phillipson, C. (2010). Aging and urban society: Growing old in the “Century of the city” In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds) “*The Sage Handbook of Social Gerontology*” (pp-597-606). London: Sage.
- Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics*, Vol XIII, 125, 13-18.
- Pinto, C. (2011). Política Social para o século XXI na União Europeia. In H. Carmo (Ed.) *Teoria da Política Social (um olhar da ciência política)* (pp.187-207) Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Pynoos, J., Caraviello, R. & Cicero, C. (2009). Lifelong housing: the anchor in aging friendly communities. *Generations*, 33 (2), 26-32.

- Quaresma, M. (1999). Os direitos das pessoas idosas: da ajuda doméstica domiciliária à intervenção integrada. *Apoio Domiciliário - Comunicações e outra documentação*, 18-23. Edição: Lisboa, Direção-Geral de Ação social.
- Riley, M., Kahn, R., Foner, N. (Eds.) (1994). *Age and structural lag*. New York: Wiley
- Rodríguez, P. & Sánchez, C. (2000). El Servicio de Ayuda a Domicilio-Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares. Madrid: Editorial Paraamericana.
- Rosa, M. J. (2012). *"O envelhecimento da sociedade portuguesa"*. Lisboa: FFMS
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *"Successful aging"*. New York: Pantheon/Random House
- Rowles, G.D., Bernard, M. (2013) The meaning and significance of place in old age. In: Rowles, G.D., Bernard, M.(Eds.) *"Environmental Gerontology: Making Meaningful Places in Old Age"* (pp. 3–24). New York: Springer Publishing Company.
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2006) Metodologia de pesquisa. São Paulo:McGraw-Hill.
- Santana S: (2007) The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7.
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M., Dias, m. & Custódio, S. (2005) *"Para uma abordagem psicológica de transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões"*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Silva, I. & Ribeiro, A.(1999) Planeamento e programação de Serviços de Apoio Domiciliário. Seminário Europeu, 6-8 de Janeiro, Apoio Domiciliário – Comunicações e outra Documentação, 70-73. Edição: Lisboa, Direção-Geral de Acção Social – Núcleo .de Documentação Técnica e Divulgação Documentação Técnica e Divulgação
- Sixsmith, A.; Sixsmith, J. (2008) Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32, 219-235.
- Tomassini, C. & Lamura, G. (2009). Population Ageing in Italy and Southern Europe. In P. Uhlenberg (ed.) *International Handbook of Population Aging* (pp.69-89) USA: Springer.
- Trigueros, I. (2006) Manual de Ayuda a Domicilio. Madrid: Siglo XXI de España Editores



- van Leeuwen, K., Malley, J., Bosmans, J., Jansen, A., Ostelo, R., Van der Horst, H. (2014) What can local authorities do to improve the social care-related quality of life of older adults living at home? Evidence from the Adult Social Care Survey. *Health & Place*. 29, 104–113.
- Vasunilashorn, S.; Steinman, B. A.; Liebig, P. S.; Pynoos, J. (2012), “Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come”. *Journal of Aging Research*, 6, 1.
- Walker, A. (1996) Assistência a Domicílio en Europa: Tendências Actuales y Perspetivas Futuras – in *Sociologia de la Vejez* . Madrid, U.D.P. Ediciones.
- Walker, A. (2001) Cuidados comunitarios en el Reino Unido, Observatório de personas Mayores, Vejez y Protección Social a la dependencia en Europa. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e IMERSO, Madrid: Artegraf, S.A.
- Walker, A. (2009) Aging and Social Policy: Theorizing the Social. In V. Bengtson, M. Silverstein, N. Putney, D. Gans (Eds).”*Handbook of Theories of Aging*” (pp.595-611) New York: Springer Publishing Company.
- Yang, H., Sanford, J. (2012) Home and Community Environmental Features, Activity Performance, and Community Participation among Older Adults with Functional Limitations. *Journal of Aging Research*.
- Yen I., Shim J., Martinez A. & Barker J. (2012) Older People and Social Connectedness: How Place and Activities Keep People Engaged. *Journal of Aging Research*.

## **Legislação**

- Portugal, Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Decreto-lei nº115, de 14 de Junho de 2006 (Regulamentação da Rede Social).
- Portugal, Ministério da Segurança Social. Lei nº. 4/2007, de 16 de Janeiro (Lei de Bases da Segurança Social).
- Portugal, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria nº38/2013 de 30 de Janeiro (Condições de instalação e funcionamento dos Serviços de Apoio Domiciliário).

Portugal, Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Portaria nº139/2007, de 29 de Janeiro  
(Regulamento e Registo das IPSS no âmbito da Acção Social do Sistema da Segurança  
Social.

**Anexos**

---



## ANEXO I – EVOLUÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA AS PESSOAS IDOSAS

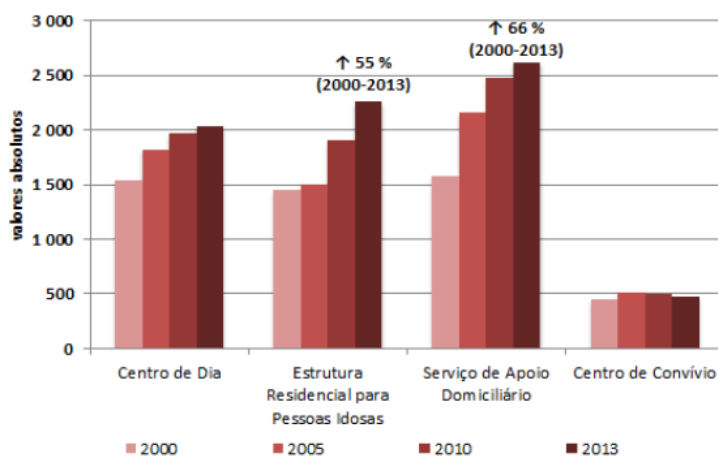


Imagem 1 - Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas entre 2000 – 2013 Fonte: Carta Social (2013)

## ANEXO II – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS DESTINADAS À POULAÇÃO IDOSA

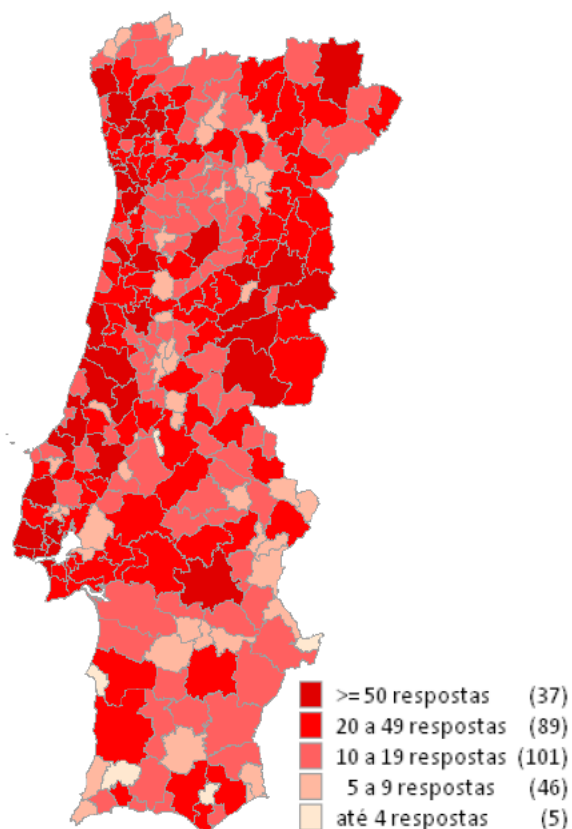


Imagem 2 – Distribuição das Respostas Sociais por concelho no Ano de 2013 Fonte: Carta Social (2013)

### ANEXO III – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O SAD - CLIENTES

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Instalações, Equipamentos e Sinalética</b>							
P1 – O acesso à área de atendimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é fácil.	-	1	3	2	22	1	-
P2 – Existe um espaço próprio para receber o(s) cliente(s) e/ou família(s).	-	-	-	1	28	-	-
P3 – O espaço de atendimento oferece boas condições de acolhimento.	-	-	-	-	29	-	-
P4 – A(s) viatura(s) do SAD estão identificadas.	-	-	-	1	28	-	-
P5 – A(s) viatura(s) estão limpas.	-	-	1	-	27	1	-
P6 – A(s) viatura(s) são confortáveis.	-	-	-	-	25	3	1
P7 – A(s) viatura(s) é/são adequada(s) a transporte de pessoas com mobilidade reduzida.	-	-	-	1	25	3	-
P8 – Os colaboradores estão identificados.	-	-	-	-	29	-	-
P9 – Os colaboradores vestem-se de forma apropriada ao desempenho das suas funções.	-	-	-	-	29	-	-
<b>Fiabilidade/ Credibilidade</b>							
P10 – Participo na programação das minhas atividades.	-	1	8	12	5	3	-
P11 – As atividades programadas são executadas conforme o planeado.	-	-	1	11	13	4	-
P12 - Participei na elaboração do meu Plano de Desenvolvimento Individual (PDI).	-	-	16	8	1	4	-
P13 - Participo na(s) alteração(ões) do meu PDI.	-	1	11	13	1	3	-
P14 - Estou satisfeito(a) com o meu PDI.	-	1	7	11	8	2	-
P15 - O meu PDI corresponde à satisfação das minhas necessidades/expectativas.	-	-	8	9	8	4	-
P16 - Estou satisfeito(a) com as refeições que me são fornecidas.	-	1	6	5	12	5	-
P17 - É-me fornecida dieta de acordo com as indicações médicas.	-	-	1	2	20	-	6
P18 - As refeições quando são servidas são sempre bem apresentadas.	-	-	5	7	12	-	5

P19 - As refeições veem sempre bem acondicionadas.	-	-	4	6	13	1	5
P20 - As refeições são sempre servidas à temperatura adequada.	-	-	5	7	12	-	5
P21 - Na prestação de cuidados pessoais e imagem são respeitados os meus ritmos.	-	-	-	1	7	-	21
P22 - O plano de cuidados de saúde corresponde às minhas necessidades.	-	-	-	1	2	1	25
P23 - O plano de atividades socioculturais corresponde às minhas necessidades/expectativas.	-	-	1	1	3	2	22
P24 - O apoio psicológico corresponde às minhas necessidades.	-	-	1	5	-	1	22
P25 - O plano de apoio às atividades domésticas corresponde às minhas necessidades	-	-	2	5	6	4	12
P26 - O serviço de acompanhamento ao exterior respeita o meu ritmo.	-	-	-	1	3	-	25
P27 - Estou satisfeito(a) com o serviço de tratamento de roupas.	-	-	-	-	3	-	26
P28 - Estou satisfeito(a) com o serviço de limpeza doméstica.	-	-	-	-	3	-	26
P29 - Sempre que necessito são asseguradas pequenas reparações no domicílio.	-	5	7	3	1	5	8
P30 - Estou satisfeito com o serviço de reparações no domicílio.	-	3	3	3	1	4	15
P31 - Estou satisfeito(a) com os horários de funcionamento do apoio domiciliário.	-	1	-	8	20	-	-
P32 - Estou satisfeito(a) com os horários das atividades programadas.	-	-	1	7	21	-	-
<b>Competência Técnica</b>							
P33 - Os colaboradores têm perfil adequado ao desempenho das suas funções.	-	-	-	1	28	-	-
P34 - Os colaboradores têm os conhecimentos adequados para cuidarem de mim.	-	-	4	1	24	-	-
P35 - Quem me presta cuidados de higiene, fá-lo de forma profissional e humanizada.	-	-	-	1	12	2	14
P36 - Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais que prestam cuidados de saúde.	-	-	-	1	2	1	25
P37 - Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais	-	-	2	5	22	-	-

que prestam cuidados pessoais (p.e. alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupas).

#### **Responsabilidade e Recetividade**

P38 - Os colaboradores apresentam um aspeto limpo.	-	-	-	-	29	-	-
P39 - Todos os serviços prestados respeitam os meus hábitos.	-	-	-	2	27	-	-
P40 - Todos os serviços prestados respeitam a minha privacidade e intimidade.	-	-	-	-	29	-	-
P41 - Todos os serviços prestados respeitam a minha autonomia.	-	-	1	1	27	-	-
P42 - Todos os serviços prestados são objeto de confidencialidade.	-	-	-	-	29	-	-
P43 - A assistência medicamentosa é assegurada de acordo com a prescrição médica.	-	-	-	-	5	2	21
P44 - O uso da chave da minha casa é efetuado de forma apropriada, respeitando as regras de propriedade.	-	-	-	-	25	-	4
P45 - Os colaboradores só entram em minha casa após pedido de autorização.	-	-	-	-	29	-	-
P46 - Considero que o serviço prestado justifica a mensalidade praticada.	-	-	5	7	15	2	-
P47 - Não sinto os meus bens ameaçados.	-	-	1	5	23	-	-
P48 - Quando é confiado dinheiro aos colaboradores, este é sempre utilizado apenas para o fim a que se destina.	-	-	-	-	22	1	6
P49 - É sempre pedida a minha autorização quando é solicitado informação a meu respeito ao SAD.	-	-	1	2	24	2	-
P50 - As minhas reclamações são sempre respondidas.	-	-	1	6	21	1	-
P51 - Sou sempre informado antecipadamente quando não é possível realizar uma atividade programada.	-	-	-	3	26	-	-
P52 - Aos meus problemas são sempre apresentadas soluções.	-	-	3	11	14	-	1
<b>Atendimento e Comunicação</b>							
P53 – Tenho conhecimento do Regulamento Interno.	-	3	17	5	4	-	-
P54 – Tenho acesso fácil ao número de telefone do responsável do SAD	-	-	-	3	26	-	-
P55 - O sistema de comunicação com o SAD, em caso de necessidade, é eficaz.	-	-	-	4	25	-	-
P56 - Sei sempre a quem me dirijo para obter a informação que necessito.	-	-	-	5	24	-	-



P57 Nos meus contactos com os responsáveis/ colaboradores pelo apoio domiciliário sou sempre bem atendido.	-	-	-	3	26	-	-
P58 O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário está sempre contactável.	-	-	-	4	25	-	-
P59 - Os meus problemas são sempre ouvidos.	-	-	6	8	15	-	-
P60 - O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário, responde prontamente às minhas solicitações.	-	-	2	4	23	-	-
P61 - De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa são atenciosos.	-	-	-	1	28	-	-
P62 - De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa estão disponíveis	-	-	-	1	28	-	-

---

**ANEXO IV - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O SAD - COLABORADORES**

	<b>Discordo totalmente (1)</b>	<b>Discordo (2)</b>	<b>Às vezes (3)</b>	<b>Concordo (4)</b>	<b>Concordo totalmente (5)</b>	<b>Não sei</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>Instalações</b>							
P1 Estou satisfeito(a) com as instalações (ex. gabinetes, refeitório, instalações sanitárias).	-	-	1	2	3	-	-
P2 Estou satisfeito(a) com as aplicações e os equipamentos informáticos.				3	1	1	1
P3 Estou satisfeito(a) com o gabinete médico (medicina, enfermagem e psicologia).	-	-	2	1	-	-	2
P4 Estou satisfeito(a) com as condições de higiene e segurança das instalações e equipamentos.	-	-	1	3	2	-	-
P5 Existe conforto e bem-estar físico no meu local de trabalho (ex. temperatura, espaço, limpeza).	-	-	-	4	2	-	-

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Autonomia profissional e pessoal</b>							
P6 Disponho dos meios necessários para desempenhar a minha função.	-	-	-	4	2	-	-
P7 Tenho possibilidades de ser criativo(a).	-	-	1	4	-	-	1
P8 Participo no processo de decisão. As minhas opiniões são ouvidas.	-	1	1	3	1	-	-
P9 Tenho possibilidade de participar na definição das atividades a desenvolver e objetivos a atingir.	-	1	-	3	1	-	1
P10 Tenho autonomia para planear, executar e avaliar o meu próprio trabalho.	-	2	-	3	1	-	-
P11 Estou satisfeito(a) com o meu horário de trabalho.	-	-	-	4	2	-	-
P12 Não demoro muito tempo na deslocação para o local de trabalho.	-	1	-	1	4	-	-
P13 Raramente me é solicitado desempenhar outras funções para além das que me estão atribuídas.	-	-	3	2	1	-	-

	<b>Discordo totalmente</b> <b>(1)</b>	<b>Discordo</b> <b>(2)</b>	<b>Às vezes</b> <b>(3)</b>	<b>Concordo</b> <b>(4)</b>	<b>Concordo totalmente</b> <b>(5)</b>	<b>Não sei</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>Compensação financeira</b>							
P14 Sou pago(a) de acordo com as minhas responsabilidades.	1	-	1	3	1	-	-
P15 Estou satisfeito(a) com as regalias e os benefícios concedidos.	-	1	2	2	1	-	-
P16 Sinto que o meu nível de remuneração é justo face ao dos meus colegas em situação semelhante (ex. quanto a funções desempenhadas, tempo de serviço).	-	-	1	3	1	-	-
P17 Sinto que os vencimentos são iguais ou superiores aos geralmente praticados noutros Serviços.	-	1	2	1	1	1	-
<b>Outros benefícios</b>							
P18 meu trabalho é reconhecido por todos.	-	1	2	2	1	-	-
P19 Tenho possibilidades de me desenvolver profissionalmente.	-	1	1	4	-	-	-
P20 Considero que o Serviço fornece contributos positivos para o meio em que se insere.	-	-	-	5	1	-	-
P21 É prestigiante ser membro desta organização (ex. perante a família e amigos).	-	1	-	5	-	-	-
P22 Sinto realização pessoal na função que ocupo na Instituição.	-	-	2	2	2	-	-
P23 Estou satisfeito(a) com o modo como se reconhece todo o meu trabalho, dedicação e esforço enquanto colaborador(a).	-	-	4	1	1	-	-

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Desempenho funcional</b>							
P24 O Serviço deu-me um documento onde a minha função está claramente descrita.	-	-	-	6	-	-	-
P25 Estou satisfeito(a) com a carga de trabalho que me está atribuída.	-	-	1	5	-	-	-
P26 Conheço o meu papel no Serviço (o que se espera de mim).	-	-	-	5	1	-	-
P27 Sinto que os objetivos que me estão atribuídos são adequados e possíveis de alcançar.	-	-	-	5	1	-	-
<b>Supervisão</b>							
P28 Sei quem é o meu responsável direto.	-	-	1	3	2	-	-
P29 Estou sujeito(a) a avaliação e no fim os resultados são-me comunicados.	-	2	3	1	-	-	-
P30 Sinto que o Sistema de Avaliação de Desempenho é justo.	-	-	3	2	-	-	-
P31 Obtenho regularmente informação sobre o meu desempenho.	-	1	2	2	-	-	-
<b>Formação</b>							
P32 Acedo à formação necessária para o correto desempenho da minha função.	-	-	2	3	-	-	-
P33 O Serviço permite-me frequentar as ações de formação que eu acho importantes.	-	-	1	4	1	-	-

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Relações de trabalho internas</b>							
P34 Tenho boas relações com todos os outros colaboradores.			1	4	1		
P35 Sei o que todos esperam de mim.				5	1		
P36 Acedo a informação abrangente sobre o desenvolvimento das atividades.			1	3	1		
P37 Existe ajuda, colaboração e cooperação entre colegas na mesma área.			4	2			
P38 Existe ajuda, colaboração e cooperação com os colegas de outras áreas.		1	2	3			
P39 Considero que existe um ambiente de trabalho sem conflitos.			6				
P40 Conheço o trabalho que é desenvolvido nas outras áreas do Serviço.			1	3	1		
P41 O trabalho em equipa é estimulado.			4	2			
P42 Conto com todo o apoio por parte da minha chefia direta.			1	4	1		
P43 Existe envolvimento da Direção com os colaboradores.			2	3			
P44 Existe capacidade de chefia do meu superior hierárquico direto (definir, organizar, controlar, comunicar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores).				4	1		
	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Relações de trabalho externas</b>							
P45 Sou bem tratado pela família dos clientes.			1	3	2		
P46 Costumo informar os familiares das atividades que desenvolvo com os clientes.			2	3			1
<b>Política e estratégia</b>							
P47 Conheço a Política, a Estratégia e os Objetivos da Organização.			1	5			
P48 Conheço o plano de atividades da organização.			1	3	1		
P49 Conheço o grau de concretização do plano de atividades.			1	4			1
P50 Sinto que no meu trabalho diário estou a contribuir para que se atinja os objetivos globais.				3	3		
<b>Mudança e inovação</b>							
P51 Existe participação dos colaboradores na apresentação de sugestões que visam melhorar o funcionamento do Serviço.				4	1		
P52 São aceites e estimuladas por parte da organização, as sugestões feitas pelos colaboradores.			2	3	1		
P53 Sinto que trabalho numa organização inovadora e em permanente melhoria.				5	1		

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Qualidade</b>							
P54 Conheço a Política e os Objetivos da Qualidade do Serviço.			2	3	1		
P55 Conheço as necessidades dos clientes.				5	1		
P56 O Grau de Satisfação dos Clientes é uma das maiores prioridades do Serviço.				4	2		
P57 A organização avalia as opiniões dos clientes.			2	4			
P58 As reclamações dos clientes são tratadas.				6			
P59 O nível de qualidade dos serviços prestados é elevado.				5	1		
<b>Segurança</b>							
P60 Sinto que, se assim o desejar, poderei trabalhar neste local para o resto da vida.				4	2		
P61 Sinto que trabalho numa organização sólida e com perspetivas de futuro.				4	1		

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Às vezes (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)	Não sei	Não se aplica
<b>Satisfação geral face ao SAD</b>							
P62 Considerando todos os aspectos, estou satisfeito(a).				4	2		
<b>Expectativas</b>							
P63 O grau de expectativas que tinha há um ano atrás era mais elevado.		3	1	2			
<b>Lealdade</b>							
P64 Recomendaria a um(a) amigo(a) que viesse trabalhar para este local.			1	3	2		

