

Elsa Marina Rodrigues da Silva

**Serviço de Apoio Domiciliário:
no contexto local de uma IPSS**



Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Elsa Marina Rodrigues da Silva

**Serviço de Apoio Domiciliário:
no contexto local de uma IPSS**



**Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2014**

Elsa Marina Rodrigues da Silva

**Serviço de Apoio Domiciliário:
no contexto local de uma IPSS**

Atesto a Originalidade do Trabalho

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de
licenciado em Serviço Social, sob a orientação
Prof. Doutora Paula Mota Santos

Dedicatória

Dedico este Projeto de Graduação à minha filha,
minha força motriz.

Agradecimentos

À minha filha pelo que me ensina todos os dias;

Ao meu marido pela paciência nos momentos mais difíceis;

Aos meus pais pelo esforço na construção da pessoa que sou, pelo apoio e incentivo para ir sempre mais além;

A toda a família pela ajuda e presença incondicional sempre que necessitei;

Às todas as pessoas que sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu não acreditei;

Aos idosos da CCNSC pelas lições de vida e aos do SAD em particular, pela participação;

À Direção e Diretora Técnica por me facilitarem a conclusão do curso;

Aos professores e funcionários da UFP – Ponte de Lima pela simpatia e disponibilidade constantes;

À Prof. Paula Mota Santos pelas sábias orientações;

Por fim, a toda a gente que por mal ou bem, me deu ânimo para seguir sempre em frente.

Resumo

O panorama demográfico em Portugal num passado recente, bem como atualmente, caracteriza-se por um gradual aumento do peso das gerações séniores, e uma diminuição do peso das gerações mais jovens. Uma tendência sem precedentes na história, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais.

De acordo com a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em 2002, em Madrid:

“Reconhecemos a necessidade de se conseguir progressivamente a plena realização do direito de todas as pessoas de desfrutar do máximo possível de saúde física e mental. O objetivo social de alcançar o grau mais alto possível de saúde é de suma importância em todo o mundo e, para que se torne realidade, é preciso adotar medidas em muitos setores sociais e económicos, fora do setor da saúde. Comprometemo-nos a proporcionar aos idosos acesso universal e igualitário aos cuidados médicos e aos serviços de saúde física e mental. As crescentes necessidades do processo de envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios. Promoveremos a independência, a capacitação dos idosos e incentivaremos todas as possibilidades de participação plena na sociedade. Reconhecemos a contribuição dos idosos ao desenvolvimento no desempenho do seu papel como guardiões”¹.

As motivações para a realização do presente estudo facilmente se espelham na anterior declaração. Em matéria de ação social orientada para as pessoas idosas, o Serviço de Apoio Domiciliário existe numa lógica de proximidade, orientada para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida. É uma alternativa à institucionalização e reposta a situações de isolamento, solidão e insegurança. Tem como fim prevenir o desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos contribuindo para a sua qualidade de vida, sendo assim uma resposta social mais humana no que respeita ao contexto natural do idoso.

Os objetivos gerais deste estudo de caso são essencialmente a caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), principalmente no contexto específico de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS); caracterizar os utentes desse serviço; caracterizar as prestadoras de cuidados; avaliar o grau de satisfação com o

serviço e com a sua estrutura organizativa; identificar mutações no tempo e antecipar possíveis estratégias de ação futuras.

Para a recolha de dados utilizou-se amostra populacional os utentes recetores do SAD e as colaboradoras do mesmo serviço. A investigação obedeceu a uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa), sendo utilizados como instrumentos de investigação observação, entrevista e inquéritos por questionário. No processo de tratamento de dados foram utilizados métodos de redução estatística e análise de conteúdo. Analisados os resultados, estes demonstram que a população beneficiária do SAD é maioritariamente feminina, de diversas idades sendo o serviço mais requisitado, a alimentação. Residem principalmente em ambiente rural, sendo a motivação para o pedido do serviço a incapacidade de realizar certas tarefas, e a iniciativa deste quase sempre por parte de familiares ou amigos.

O estudo divide-se em três partes: uma de contextualização teórica, outra de apresentação e exposição do estudo de caso e uma última de apresentação e análise de resultados, fechando-se com uma conclusão.

Palavras – chave: Envelhecimento; pessoas idosas; Serviço de Apoio Domiciliário.

¹ Artigo 14º da Declaração Política da 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, 2002, sob o lema “Sociedade para Todas as Idades”.

Abstract

The Portuguese demographic reality in a recent past, as well as nowadays, is characterized by an increase of the proportion of older generations and a decrease of the younger one. This is a trend with no precedents in human history which leads to great social, economic and cultural repercussions.

As said in the World Assembly on Ageing, held in 2002, in Madrid:

“We recognize the need to achieve progressively a full realization of the right of all people to enjoy the maximum health possible, physically and mentally. The social goal of achieving the highest level of health possible throughout the world is of paramount importance and to become a reality, we need to adopt measures in many departments outside the health one. We pledge to provide older people with universal and equal access to medical care, as well as physical and mental health services. The growing needs of the aging population impose new policies requiring care and treatment, promoting healthy maintenance and enabling environments. We will promote independence, empowerment of the elderly and encourage all the possibilities for their full participation in society. We acknowledge the contribution of older people to develop the performance of their role as guardians”¹.

The motivations for the realization of the present study could easily be inspired by the previous statement. In the context of social work oriented geared to seniors, the Home Care is based in a proximity policy and it's directed to maintaining the people in their usual way of life. It's an alternative to institutionalization and it prevents isolation, avoids loneliness and insecurity. The big purpose of this kind of care is to prevent the uprooting of the person in relation to his family and friends, giving an important contribution to their quality of life. So, this is a humanly greater social response regarding the natural environment of the elderly.

The goals of this study are the characterization of Home Care in the context of one Private Institution of Social Solidarity (IPSS); the characterization of the receivers of Home Care; characterization of the caregivers; evaluate the degree of satisfaction with the cares and its organizational structure; identify changes over the years and anticipate new action strategies aimed at higher quality in the future.

For the collection of data, were chosen as sample the receivers oh the Home Care, as well as its caregivers. The research followed a mixed methodology (quantitative and qualitative). The instruments used were document research, observation, interview and questionnaire survey. The analysis of results indicates that most of the receivers are female of different ages and residing in rural environment. The service most provided is the delivery of the meals. The request of Home Care was done mostly by the person family or friends because of a greater or less dependence.

The study is divided in three parts: a theoretical contextualization of the theme, an exposure of the problematic and a final presentation and analysis of the results, closing with brief remarks at the conclusion.

Key Words: Aging; older people; Home Care.

¹ Article 14° of the Political Declaration of the 2nd World Assembly on Ageing, held in Madrid in 2002, under the motto “Society for All Ages”.

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|----|
| Índice de Siglas----- | 7 |
| Índice de Gráficos----- | 8 |
| Índice de Quadros----- | 8 |
| Introdução----- | 11 |
| Parte I – Enquadramento Teórico----- | 13 |
| Capítulo I - O Envelhecimento----- | 14 |
| 1 Breves considerações sobre o envelhecimento----- | 14 |
| i) Envelhecimento biológico----- | 15 |
| ii) Envelhecimento psicossocial----- | 17 |
| iii) Idadismo----- | 18 |
| iv) A dimensão demográfica e social do envelhecimento----- | 19 |
| Capítulo II - Apoios sociais para pessoas idosas em Portugal----- | 24 |
| i) Acolhimento familiar para pessoas idosas----- | 24 |
| ii) Estrutura residencial para pessoas idosas----- | 24 |
| iii) Centro de Convívio----- | 24 |
| iv) Centro de Dia----- | 25 |
| v) Centro de Noite----- | 25 |
| vi) Serviço de Apoio Domiciliário----- | 25 |
| Parte II - Estudo empírico----- | 27 |
| Capítulo III – O caso em estudo----- | 28 |
| 1. Concelho Ponte de Lima – dados demográficos----- | 28 |
| 2. Respostas Sociais Locais----- | 29 |
| 3. Casa de Caridade Nossa Sra. da Conceição, Ponte de Lima----- | 30 |
| 3.1- O Serviço de Apoio Domiciliário da CCNSC----- | 32 |
| 3.1.1 – Descrição do SAD----- | 35 |
| i) Enquadramento legal----- | 35 |
| ii) Processo de admissão----- | 36 |
| iii) Tabela de Comparticipações----- | 37 |
| iv) Serviços prestados e organização do serviço----- | 37 |
| v) Recursos humanos e materiais----- | 39 |

| | |
|--|----|
| vi) Direitos e deveres dos utentes----- | 40 |
| Capítulo IV – Objetivos e Metodologia----- | 42 |
| 1 - Delimitação do tema----- | 42 |
| 2 - Objetivos do estudo----- | 42 |
| 2.1 - Objetivo geral----- | 42 |
| 2.2 - Objetivos específicos----- | 42 |
| 3 – População estudada----- | 43 |
| 4 - Instrumentos e Procedimentos ----- | 44 |
| 4.1- Observação participante----- | 44 |
| 4.2 – Entrevista----- | 44 |
| 4.3 - Análise documental e em suporte informático----- | 44 |
| 4.4 – Inquéritos por questionário----- | 44 |
| Capítulo V – Apresentação e Leitura de resultados----- | 47 |
| 1. Introdução----- | 47 |
| 2. Caracterização sócio demográfica da amostra populacional----- | 47 |
| 2.1– Utentes SAD----- | 47 |
| 2.2 – Colaboradoras SAD----- | 58 |
| 3. Discussão de resultados----- | 59 |
| 3.1 – Utentes----- | 60 |
| 3.2 – Colaboradoras----- | 63 |
| 3.3 – Conclusão e limitações do estudo----- | 64 |
| 4. Considerações finais----- | 65 |
| Referências Bibliográficas----- | 67 |
| Anexos----- | 70 |
| Anexo I – Enquadramentos Legais----- | 71 |
| Anexo II – Questionário a utentes----- | 76 |
| Anexo III – Questionário a colaboradoras----- | 83 |

Índice de Siglas

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISS – Instituto de Segurança Social

ADI - Apoio Domiciliário Integrado

CCNSC – Casa de Caridade Nossa Senhora da Conceição

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Índice de envelhecimento populacional----- | 19 |
| Gráfico 2 – Índice de fecundidade----- | 20 |
| Gráfico 3 – Taxa de natalidade----- | 21 |
| Gráfico 4 – Taxa de mortalidade----- | 21 |
| Gráfico 5 - Distribuição da população residente por grupos etários----- | 29 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Freguesias do concelho de Ponte de Lima----- | 28 |
| Quadro 2 – Tabela de participações familiares SAD----- | 34 |
| Quadro 3 – Tabela base de participações financeiras do ISS por serviços SAD----- | 35 |
| Quadro 4 – Percentagens a aplicar em mensalidade, por serviço prestado----- | 37 |
| Quadro 5 – Distribuição rotas SAD----- | 38 |
| Quadro 6 – Recursos materiais por serviços prestados----- | 40 |
| Quadro 7 – Caracterização utentes em função do sexo----- | 47 |
| Quadro 8 – Média de idades----- | 47 |
| Quadro 9 – Caracterização em função do estado civil----- | 47 |
| Quadro 10 – Caracterização em função da atividade profissional ----- | 48 |
| Quadro 11 – Caracterização em função da naturalidade----- | 48 |
| Quadro 12 – Caracterização em função da residência----- | 48 |
| Quadro 13 – Caracterização em função da escolaridade----- | 48 |
| Quadro 14 – Descrição do acompanhamento dos utentes----- | 49 |
| Quadro 15 – Número de pessoas no agregado familiar----- | 49 |
| Quadro 16 – Género dos componentes do agregado familiar----- | 49 |
| Quadro 17 – Idades dos componentes do agregado familiar----- | 49 |
| Quadro 18 – Relação de proximidade----- | 49 |
| Quadro 19 – Ocupação dos componentes do agregado familiar----- | 50 |
| Quadro 20 – Caracterização dos cuidadores informais em função do sexo----- | 50 |
| Quadro 21 – Média de idades dos cuidadores informais----- | 50 |
| Quadro 22 – Relação de proximidade com o utente----- | 50 |
| Quadro 23 – Coabitação dos cuidadores informais com o utente----- | 50 |

| | |
|---|----|
| Quadro 24 – Situação laboral dos cuidadores informais----- | 50 |
| Quadro 25 – Periodicidade dos cuidados prestados----- | 51 |
| Quadro 26 – Antiguidade como cuidador informal----- | 51 |
| Quadro 27 – Longevidade na habitação----- | 51 |
| Quadro 28 – Proximidade do centro de saúde----- | 52 |
| Quadro 29 – Proximidade do hospital----- | 52 |
| Quadro 30 – Proximidade da farmácia mais próxima----- | 52 |
| Quadro 31 – Proximidade do gabinete de atendimento da segurança social----- | 52 |
| Quadro 32 – Proximidade dos CTT----- | 52 |
| Quadro 33 – Proximidade do café mais próximo----- | 52 |
| Quadro 34 – Proximidade da mercearia mais próxima----- | 52 |
| Quadro 35 – Tipologia e dimensão da habitação----- | 53 |
| Quadro 36 – Número de quartos na habitação----- | 53 |
| Quadro 37 – Regime de propriedade da habitação----- | 53 |
| Quadro 38 – Infraestruturas do imóvel – acessos à residência----- | 53 |
| Quadro 39 – Infraestruturas do imóvel – luz elétrica----- | 53 |
| Quadro 40 – Infraestruturas do imóvel – aquecimento----- | 53 |
| Quadro 41 – Infraestruturas do imóvel – gás----- | 53 |
| Quadro 42 – Infraestruturas do imóvel – água canalizada----- | 53 |
| Quadro 43 – Infraestruturas do imóvel – rede municipal de esgotos----- | 54 |
| Quadro 44 – Infraestruturas móveis – fogão----- | 54 |
| Quadro 45 – Infraestruturas móveis – esquentador----- | 54 |
| Quadro 46 – Infraestruturas móveis – frigorífico----- | 54 |
| Quadro 47 – Infraestruturas móveis – televisão e/ou rádio----- | 54 |
| Quadro 48 – Infraestruturas móveis – telecomunicações----- | 54 |
| Quadro 49 – Pessoa requerente do serviço----- | 54 |
| Quadro 50 – Motivação para a requisição do serviço----- | 54 |
| Quadro 51 – Ano de início da prestação do SAD----- | 55 |
| Quadro 52 – Serviço de transporte e entrega de refeição----- | 55 |
| Quadro 53 – Serviço de higiene pessoal----- | 55 |
| Quadro 54 – Serviço de higiene habitacional----- | 55 |
| Quadro 55 – Serviço de tratamento de roupas----- | 55 |

| | |
|--|----|
| Quadro 56 – Serviço de socialização----- | 55 |
| Quadro 57 – Serviços adicionais indispensáveis----- | 56 |
| Quadro 58 – Grau de satisfação com os serviços – alimentação----- | 56 |
| Quadro 59 – Grau de satisfação com os serviços – higiene pessoal----- | 56 |
| Quadro 60 – Grau de satisfação com os serviços – higiene habitacional----- | 56 |
| Quadro 61 – Grau de satisfação com os serviços – tratamento de roupas----- | 56 |
| Quadro 62 – Grau de satisfação com os serviços – socialização----- | 57 |
| Quadro 63 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – pontualidade----- | 57 |
| Quadro 64 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – adequação às necessidades básicas----- | 57 |
| Quadro 65 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – tempo utilizado na prestação dos cuidados----- | 57 |
| Quadro 66 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – custo associado aos cuidados----- | 57 |
| Quadro 67 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – prestação das colaboradoras----- | 57 |
| Quadro 68 – Média de idades----- | 58 |
| Quadro 69 – Caracterização em função da idade----- | 58 |
| Quadro 70 – Caracterização em função das habilitações literárias----- | 58 |
| Quadro 71 – Frequência de formação profissional----- | 58 |
| Quadro 72 – Frequência de formação profissional por iniciativa das inquiridas----- | 58 |
| Quadro 73 – Frequência de formação profissional por iniciativa da entidade patronal----- | 58 |
| Quadro 74 – Outras profissões exercidas----- | 58 |
| Quadro 75 – Ano de início da atividade na CCNSC----- | 59 |
| Quadro 76 – Outras funções exercidas na CCNSC----- | 59 |
| Quadro 77 – Avaliação do SAD – adequação às necessidades básicas----- | 59 |
| Quadro 78 - Avaliação do SAD – disponibilidade para a prestação de cuidados----- | 59 |
| Quadro 79 - Avaliação do SAD – adequação do número de colaboradoras----- | 59 |

Introdução

Indo de encontro à reflexão de Saraiva (2013), o envelhecimento, mais especificamente a realidade do “ser velho” foi desde sempre, motivo de reflexão e medos para a Humanidade. Porque se trata de uma fase da vida que permite um vislumbre do seu fim, sempre gerou sentimentos diversificados extremos, que poderão ir do ponto da negação e revolta, ao ponto da aceitação e realização pessoal. No entanto, não é possível ignorar o impacto constante e permanente da problemática, na vida em sociedade de qualquer indivíduo. Olhar nos olhos o envelhecimento é ter um vislumbre do futuro. Assim, a delimitação do tema deste estudo incide sobre o envelhecimento, não como principal objeto do mesmo, mas sim como o contexto, pois o seu conteúdo foca maioritariamente a caracterização de uma realidade específica, no tempo e no lugar: o serviço de apoio domiciliário, no contexto de uma IPSS do concelho de Ponte de Lima. Com a realização deste estudo pretende-se assim dar a conhecer as características de uma determinada população, beneficiária de um dos vários apoios sociais à velhice existentes em Portugal: o Serviço de Apoio Domiciliário. Tratando-se do único apoio existente que permite à pessoa idosa receber cuidados no seu domicílio trata-se de um serviço que, apesar de se guiar por normas e regras legalmente instituídas, é altamente mutável, no sentido em que se adapta a contextos geográfico, institucional, estrutural e individual, dotando-o de uma “personalidade” muito própria conforme o seu raio de ação. Assim, ao apresentar as características da amostra de população escolhida, também se apresentarão as características da resposta social que as serve.

A escolha desta resposta social e instituição específicas está fortemente imbuída de cunho pessoal. A ligação profissional com a 3ª idade e com este serviço recua a quase duas décadas sendo que cada passo dado no sentido do crescimento, foi feito par a par com o SAD nesta Instituição, desde que foi criado até aos dias de hoje. A partir desse primeiro momento, foi vivido sob várias perspetivas: o de colaboradora cuidadora, o de familiar de utente/cuidador informal e o de colaboradora supervisora. Assim, mais do que uma mera exposição de dados, este estudo tem igualmente o objetivo de apelar à reflexão sobre a problemática em causa, considerando que atitudes negativas e fatalistas

relativamente ao envelhecimento deverão ser coisa do passado e que as próximas décadas serão vitais para uma mudança de comportamentos em todos os níveis da sociedade.

O estudo encontra-se dividido em duas partes. A Parte I é a fundamentação teórica da temática em análise e é composta por um capítulo; a Parte II é o estudo empírico em si, composto por três capítulos:

Capítulo I – O Envelhecimento – no primeiro ponto faz-se uma abordagem global do envelhecimento, explicando as diversas dimensões do mesmo. Enumeram-se, caracterizando, as respostas sociais à problemática em questão, existentes em Portugal;

Capítulo II – Apoios Sociais para Pessoas idosas em Portugal –breve descrição sobre as respostas sociais à terceira idade, mais significativas em Portugal.

Capítulo III – O Caso em Estudo – aqui faz-se a exposição da situação demográfica da região em causa, comparando com a realidade demográfica nacional; é feita uma breve apresentação das respostas sociais locais; caracteriza-se a Instituição e a amostra populacional em estudo, bem como a resposta social com ela relacionada.

Capítulo IV – Objetivos e metodologia do estudo – salientam-se os objetivos do estudo e os aspetos metodológicos utilizados.

Capítulo V - Apresentação e discussão de resultados – apresentam-se os resultados e as conclusões alcançados, finalizando o estudo expondo algumas breves considerações sobre a temática, apresentando futuros caminhos de reflexão e ação.

Parte I

Enquadramento Teórico

Cap. I – O Envelhecimento

1. Breves considerações sobre o envelhecimento

O conceito de envelhecimento e as atitudes perante o mesmo, são mutáveis no tempo e no espaço e simultaneamente, reflexo do grau de conhecimentos adquiridos sobre a fisiologia do envelhecer, das diferenças culturais e das sociedades como um todo. A forma como se encara o envelhecimento pode ser divergente dentro de uma mesma sociedade ao longo de todo o seu percurso histórico, fruto da realidade social e económica vivida em cada época. Essas diferenças de perspectivas podem mesmo variar entre grupos ou indivíduos.

A lei natural dita que todos os seres vivos se submetem a um contínuo de crescimento e de mudanças. Essas mudanças são únicas, diferentes de indivíduo para indivíduo, sendo que todos vivem os processos de nascimento/morte e saúde/doença numa dinâmica própria com maior ou menor controle por parte dos mesmos e sob influência de variáveis externas. A filosofia do envelhecimento, conforme referido por Berger e Mailloux-Poirier (1995), é uma filosofia humanista que considera a pessoa idosa como um ser global, com capacidade de adaptação, crescimento e aprendizagem. Considera o envelhecimento como um período igualmente importante na vida que, tal como qualquer outro, tem vantagens e desvantagens. Considera esta fase como a última do ciclo da vida durante a qual o corpo sofre sucessivas mudanças com características específicas.

Quando se passa a ser idoso?

O envelhecimento não é algo que possa ser datado com precisão pois trata-se de um processo diferencial, gradual que acontece a vários níveis, ou seja, não se envelhece de uma vez só e homogeneamente. Existem sim, alguns sinais observáveis de envelhecimento, como por exemplo as rugas, os cabelos brancos ou lentidão da marcha. Ainda assim não é possível indicar o exato momento em que se passa esse limiar. Na realidade, a idade cronológica é indicativa somente de há quantos anos uma pessoa existe.

Nas sociedades atuais, principalmente as industrializadas, a idade da reforma, está legislada, entre 60 e os 65 anos. Assim, é considerado cronologicamente idosa a pessoa que já não exerce formalmente uma profissão e recebe uma reforma estatal e/ou privada. No entanto, tal demarcação não tem, obrigatoriamente, efeito sobre as capacidades, a saúde e a autonomia da pessoa.

Segundo Birren e Cunningham *cit in* Engenheiro (2008), poderão ser identificadas três tipologias de idade:

- *A biológica*- relativa ao funcionamento dos sistemas vitais do corpo humano;
- *A psicológica* – referente às capacidades psicológicas de adaptação ambiental relacionadas com a autoestima.
- *A sociocultural* – que diz respeito aos papéis sociais das pessoas numa sociedade e a influência que exercem na sua vida diária.

Independentemente das diversas categorizações existentes para datar o envelhecimento, nenhuma delas poderá ser rigorosa. O que se pode identificar é uma existência múltipla de idades possíveis, ou seja, processos de envelhecimento diferenciados e individuais, fruto de características pessoais, biológicas, psicológicas e ambientais.

i) Envelhecimento Biológico

Esta dimensão do envelhecimento está relacionada com as evidências físicas da degeneração natural do corpo. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), a abordagem biológica do envelhecimento humano define-o como uma série de mudanças que diminuem gradualmente as probabilidades de sobrevivência do indivíduo, tendo sido desenvolvidas pelos cientistas várias teorias que tentam explicar essas mudanças:

- *A Teoria Imunológica* – esta teoria defende que o sistema imunitário do organismo deixa de conseguir distinguir as células sãs, das substâncias estranhas entrando assim, em falência, tornando o corpo mais vulnerável a doenças e infeções;

- *A Teoria Genética* – defende que o envelhecimento está previamente programado e gravado no ADN, acompanhando todo o processo de desenvolvimento orgânico (embriogénese – puberdade – maturação);
- *As Teoria do Erro da Síntese Proteica* - alterações da molécula do ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes.
- *A Teoria do Desgaste*- defende que certas zonas do organismo deterioram-se com o uso, o que pode explicar porque todos os órgãos do corpo não envelhecem em sintonia;
- *As Teoria dos Radicais Livres*- os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células.
- *A Teoria Neuro-endócrina* - a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções dos sistemas nervoso e endócrino.

A velhice não é obrigatoriamente sinónimo de doença, nem a saúde desaparece automaticamente com a chegada da mesma. Uma e outra são mais processos evolutivos do que estados em si. No processo de envelhecimento todos os sistemas importantes do organismo são atingidos tendo, inevitavelmente efeito nos comportamentos dos indivíduos. No entanto, trata-se de processos normais, e não de sinais de doença.

Nesta linha de pensamento, Paúl e Fonseca (2005) referem que o envelhecimento é um fenómeno natural e irreversível, que não estando associado à doença, pode conduzir a ela, pela diminuição da resistência do indivíduo e conseqüente vulnerabilidade. Ainda no âmbito do envelhecimento biológico é possível distinguir duas tipologias:

- *O envelhecimento Primário*, entendido como o processo, dito normal, de envelhecimento sem implicância de doença. Significa que o limite da longevidade do organismo depende apenas da sua “programação” celular. Tem início antes dos sinais externos visíveis, aproximadamente pelos 40 anos.
- *O envelhecimento Secundário*, relacionado com o surgimento de lesões patológicas associadas ao processo de envelhecimento Primário, ou seja, as vulgares doenças que surgem com a idade. É fruto de efeitos ambientais acumulados, traumatismos ou doenças e aumentam a incapacidade de adaptação do indivíduo.

Envelhecer é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos, que se reflete na diminuição da capacidade de adaptação ao meio e na alteração das capacidades funcionais do organismo. É um processo natural e irreversível sendo de vital importância, nesta fase, o delinear de estratégias que possam servir como “almofada” para o declínio fisiológico e as perdas decorrentes deste, no sentido de um envelhecimento com qualidade de vida.

ii) **Envelhecimento Psicossocial**

As alterações fisiológicas no idoso têm repercussões psicológicas, que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos pois o envelhecimento é um processo dinâmico. Do ponto de vista psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento. Nesta perspetiva, a qualidade de vida assume uma importância vital, na qual a satisfação e o bem estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem sucedido.

A forma como cada um se vê e se sente inserido na sociedade, com as suas próprias características, são fundamentais na sua interação com o meio em que vive bem como na obtenção da qualidade de vida desejada. Deste modo, a história de vida, os sistemas de valores e o contexto social são fatores determinantes para um envelhecimento bem sucedido. Neste contexto e segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), as teorias psicossociais do envelhecimento procuram explicar a influência dos fatores sociais e culturais no processo:

- *A Teoria da Desinserção* - sobre a alienação recíproca na relação indivíduo/sociedade;
- *A Teoria da Atividade* - defende que a pessoa idosa deve tentar manter-se ativa com o fim de obter maior qualidade de vida, satisfação e descobrir novos papéis na vida;
- *A Teoria da Continuidade* - a pessoa idosa encara o envelhecimento como parte integrante da vida e não um final. Mantém uma continuidade nos seus hábitos de vida e toda a sua vivência e personalidade.

iii) **Idadismo**

Conforme argumenta Berger *cit in* Ferreira (2002): “A gerontofobia, ou seja, o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e a velhice, parece ser um fenómeno social generalizado. Dá origem a um bloqueio afectivo que provoca desdém, apatia, indiferença e resistência/recusa face ao processo de envelhecimento.

As sociedades têm expectativas próprias sobre os comportamentos adequados a cada idade, abrindo caminho para uma possível discriminação dos comportamentos considerados desviantes. Esta constatação encontra-se também em atitudes perante os idosos. De acordo com Stuart-Hamilton (2002), nas sociedades modernas industrializadas, a velhice (associada à reforma) raramente é vista como um tempo de recompensa depois de uma vida de trabalho, mas de relaxamento forçado. A cultura ocidental espera que as pessoas com mais de 60 anos se comportem de forma essencialmente “sossegada”, pouco ativa e quase nada interventiva. Conforme referido por Carneiro *et alii* (2012), vários estudos demonstram que os rótulos atribuídos à velhice podem ser positivos, negativos e/ou neutros, no entanto, essas interpretações nascem de estereótipos maioritariamente negativos. É o desconhecimento do envelhecimento como um processo natural da vida de qualquer indivíduo que pode levar a preconceitos e falsas considerações. Estas ideias preconcebidas são duradouras e apoiam-se frequentemente em generalizações discriminatórias. A transmissão frequente dessas falsas ideias, aliada à incompreensão acabam por proporcionar o isolamento social dos idosos.

J. Martins Correia, *in* Introdução à Gerontologia (2003), faz alusão à abordagem da Antiguidade Clássica, nomeadamente de Cícero, relativamente à velhice: Cícero tentou afastar mitos relacionados com o envelhecimento, considerando esta condição humana como um facto positivo e de valor, significado de experiência, sensatez e respeito.

Muitas vezes, os idosos são vítimas dos seus próprios preconceitos, uma vez que no passado assimilaram e alimentaram os mesmos estereótipos, com os quais são identificados na sua velhice, fazendo com que tenham uma imagem negativa de si mesmos e da sua condição.

Carneiro *et alii* (2012) identificam alguns mitos frequentes relativamente aos idosos que os enquadram numa perspetiva homogénea:

- A maioria dos idosos é senil ou doente;
- A maior parte dos idosos é infeliz;
- No que se refere ao trabalho, os idosos não são tão produtivos quanto os jovens;
- A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas atividades quotidianas;
- Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar;
- Todos os idosos se assemelham;
- Os idosos não necessitam de relações afetivas e não têm vida sexual;
- A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão.

Poderá facilmente entender-se que a proliferação de atitudes idadistas, está relacionada com a associação: velhice – fim da vida e o receio que todo o ser humano tem da morte.

iv) A dimensão demográfica e social do envelhecimento

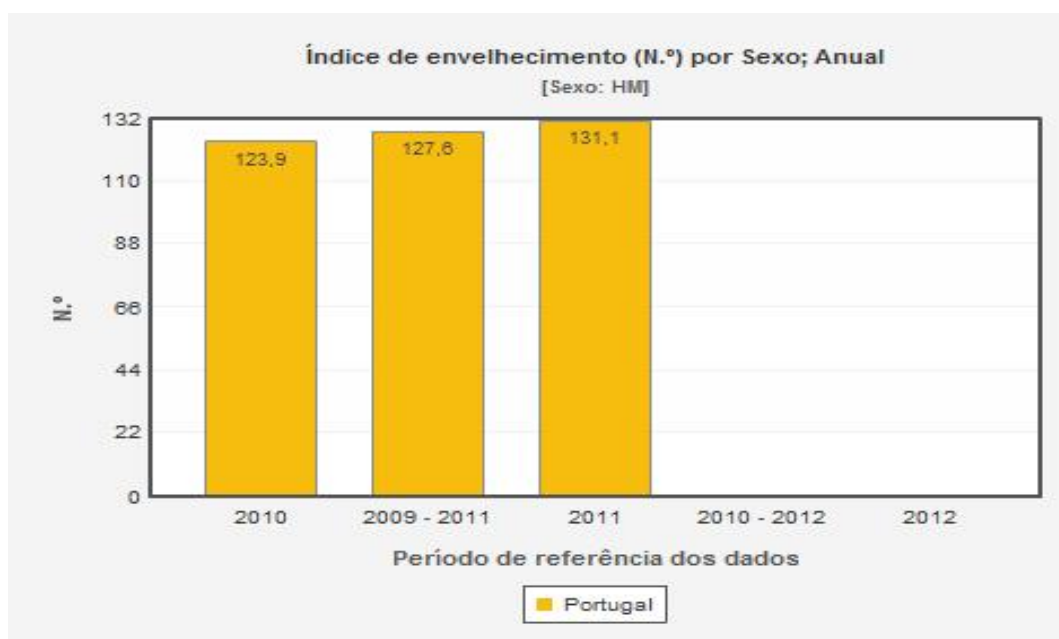


Gráfico 1 - Índice de envelhecimento populacional (INE)

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2012), pela primeira vez na história da humanidade a quantidade de anos que uma pessoa consegue viver aumentou consideravelmente em quase todo o mundo. Esse crescimento reflete uma maior fatia da população com idade superior a 65 anos, sendo que essa tendência está longe de ser invertida. Este aumento da população idosa é uma característica comum às sociedades industriais e resultado da conjugação de vários fatores, como a diminuição da taxa de natalidade e fecundidade, aumento da esperança média de vida, maior facilidade em aceder a cuidados de saúde e consequente diminuição da taxa de mortalidade.

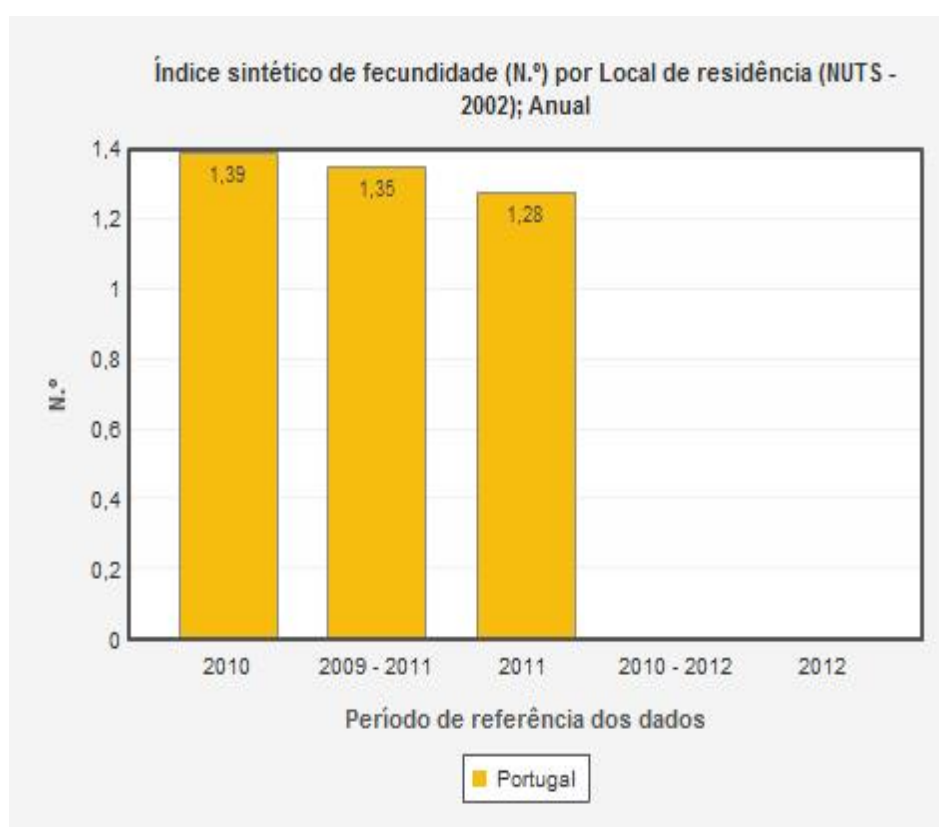


Gráfico 2 - Índice de fecundidade (INE)

Mais do que uma evolução demográfica, verifica-se atualmente uma revolução demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da população a um ritmo acelerado

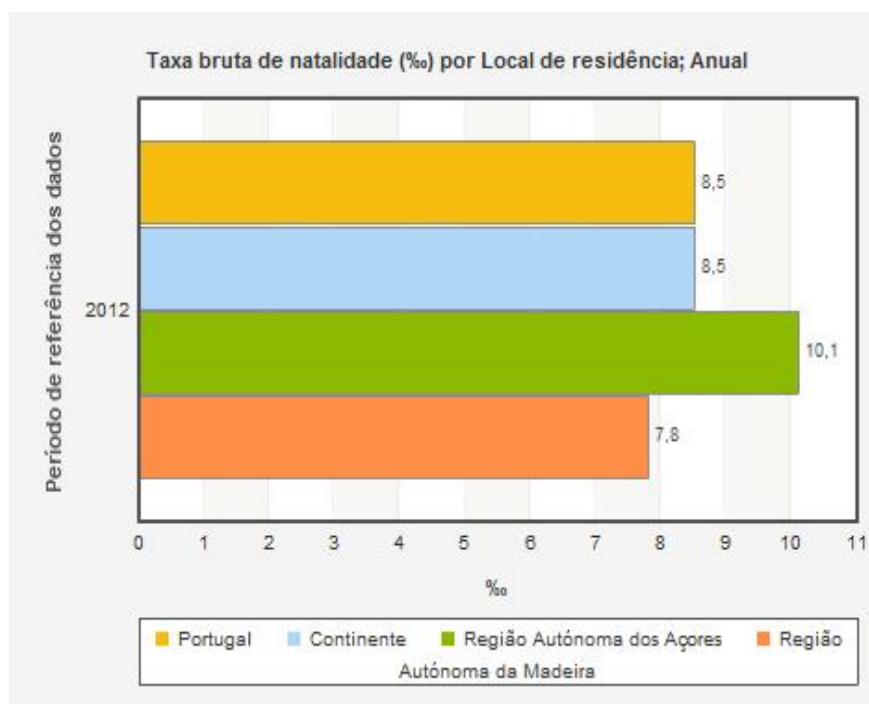


Gráfico 3 - Taxa de natalidade (INE)

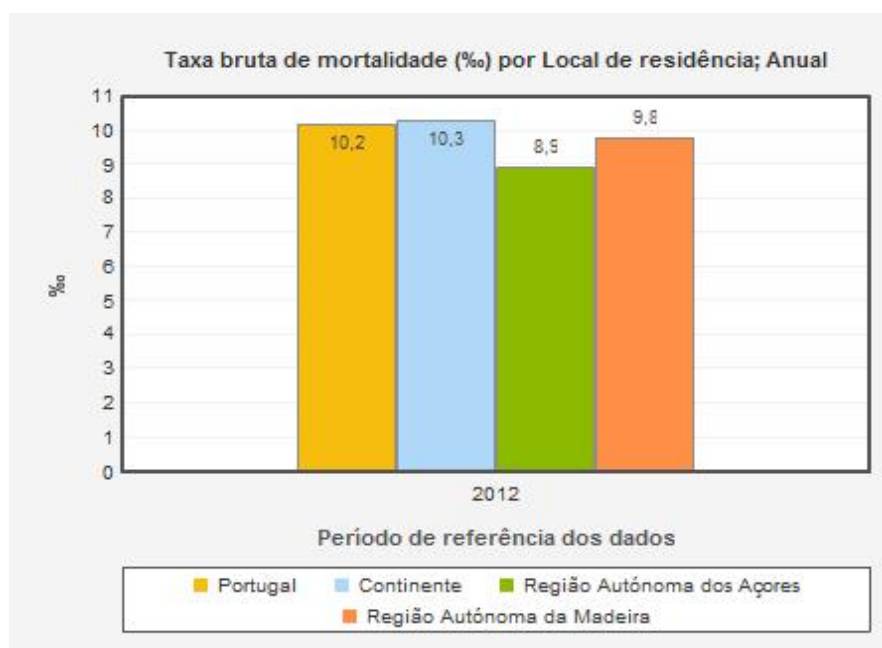


Gráfico 4 - Taxa de mortalidade (INE)

O aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total da população é um fenómeno mundial, característico igualmente, da Europa e de Portugal. Na Europa, as projeções da Comissão Europeia são para a progressão do envelhecimento, perspetivando a paragem do crescimento da população em idade ativa. Portugal segue a

mesma tendência. A pirâmide etária altera-se, caracterizando-se pelo envelhecimento populacional na base (diminuição da população jovem) e envelhecimento no topo (aumento da população idosa). Verifica-se simultaneamente uma tendência para fluxos migratórios, maioritariamente de saída do país pela fatia da população mais jovem, consequência da situação económica e social atual, no país. Este êxodo, não se limita a “esvaziar” a nação de uma franja populacional em idade produtiva a nível laboral, mas também em idade fértil, o que se traduz na perda de duas gerações: os pais e os futuros filhos, que, provavelmente, nascerão fora de Portugal.

Conforme referido por Oliveira (2007), antes de tudo, o envelhecimento populacional sendo uma prova do sucesso das políticas de saúde pública dos países, assim como do desenvolvimento económico e social dos mesmos é igualmente um dos maiores desafios da atualidade, devido às implicações sociais, económicas e políticas que acarreta. A prioridade da preocupação com o envelhecimento na sociedade não está relacionada apenas com os afetos ou com os problemas económico-sociais, é simultaneamente um mercado emergente de conhecimento, de necessidades, de serviços, de intervenção política e social.

Embora a noção de envelhecimento, associado à passagem dos anos, seja um fenómeno de constatação universal nas sociedades humanas e o seu reconhecimento consensual, o surgimento da categoria *terceira idade* resulta da representação da velhice marcada cronologicamente pela reforma e considerada como problema social. Assim, entrar na mesma representa ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade. Esta visão, está historicamente ligada à industrialização, pela situação de extrema pobreza em que se encontravam os operários de idade avançada incapacitados de trabalhar e sem meio de subsistência. Contudo, o problema social do envelhecimento resulta, simultaneamente, de alterações profundas ao nível das relações familiares.

Um fator historicamente determinante para as alterações da estrutura familiar foi a emancipação feminina. A escolarização feminina e a inserção no mercado de trabalho promoveram a sua autonomia alterando definitivamente o seu papel na sociedade e no seio familiar deixando de estar limitada ao cuidado dos seus, incluindo os mais velhos,

passando assim, a gestão dos encargos com as pessoas idosas do âmbito privado para o estatal.

A dimensão social do envelhecimento pode ser considerada sob duas perspectivas:

- A perspectiva humana, da pessoa idosa enquanto indivíduo necessitado cuidados diretos que visam o seu bem estar;
- A perspectiva da sociedade, da pessoa idosa enquanto indivíduo que necessita dos recursos da mesma.

Capítulo II - Apoios sociais para pessoas idosas em Portugal

Segundo definição do ISS (2013) entende-se como apoios sociais um conjunto de respostas destinadas a pessoas idosas e/ou com deficiência que estejam em situação de carência socioeconómica, dependência ou qualquer outro tipo de vulnerabilidade social. Estas respostas visam a saúde, autonomia e integração social dos seus beneficiários. Todas obedecem a legislação específica. (Anexo I)

i) Acolhimento familiar para pessoas idosas

A sua principal característica reside no facto de se tratar de famílias, que se disponibilizam para acolher na sua habitação, temporária ou permanentemente, pessoas com mais de 60 anos e/ou deficiência em situação de carência, isolamento social ou dependência de terceiros. Tem como objetivos garantir ao acolhido um ambiente familiar e afetivo, satisfazendo as suas necessidades básicas e evitar ou adiar ao máximo a institucionalização.

ii) Estrutura residencial para pessoas idosas

É definido como um estabelecimento que visa alojamento coletivo de pessoas idosas de forma temporária ou permanente, conforme cada situação particular. Tem como objetivos proporcionar serviços adequados às necessidades de cada pessoa, tais como atividades de apoio social e enfermagem. Deve contribuir para o processo de um envelhecimento ativo com qualidade de vida e potenciar a integração social do idoso.

iii) Centro de convívio

Trata-se de um estabelecimento de cariz recreativo, lúdico e cultural onde se organizam atividades para as pessoas idosas da comunidade onde está inserido com o objetivo de prevenir o isolamento social através da promoção das relações interpessoais da comunidade e incentivar a participação das pessoas na vida social local.

iv) Centro de dia

Local que funciona apenas durante o dia e que presta serviços adequados às necessidades das pessoas idosas permitindo que se mantenham no seu meio familiar e social. Tem como objetivos prevenir a dependência e a institucionalização, retardar as consequências negativas do envelhecimento, promover relações interpessoais e intergeracionais e prestar apoio psicológico e social.

v) Centro de noite

Este tipo de estabelecimento acolhe exclusivamente em horário noturno, dando prioridade às pessoas que, ainda sendo autónomas mas porque vivem isoladas, necessitam de acompanhamento durante a noite. Tem como fim manter a pessoa idosa no seu meio ambiente assegurando o seu bem estar e segurança.

vi) Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

É um serviço que funciona em formato de equipa e presta os seus serviços no domicílio dos idosos. Destina-se a pessoas que se encontrem em situação temporária ou permanente de dependência física e/ou psíquica, estando impossibilitadas de satisfazer autonomamente as suas necessidades básicas.

Objetiva a melhoria da qualidade de vida das pessoas e familiares, garantir os cuidados adequados a cada indivíduo, promover a autonomia, auxiliar o agregado familiar nos cuidados ao idoso e adiar a institucionalização do mesmo.

A diversidade de serviços disponível para a satisfação das necessidades básicas da pessoa idosa, se bem que possam variar consoante a comunidade em que operam, procuram responder, de modo global, a todas essas necessidades. Estas respostas variam igualmente, conforme o quadro clínico e social da pessoa ou a sua associação institucional.

No caso de serviços associados à insuficiência/ausência de suporte familiar, encontra-se o Serviço de Apoio Domiciliário. O SAD pode ser definido como um serviço que consiste basicamente na prestação de serviços de cariz social, de saúde, ou ambos, no domicílio da pessoa. A prestação deste serviço é requerida, maioritariamente, devido a

alguma situação de perda de autonomia funcional parcial e/ou ausência/insuficiência de retaguarda familiar, por um período de tempo que pode ser limitado ou continuado. A dupla dimensionalidade do SAD (a esfera individual e a esfera social) implica, igualmente uma bidimensionalidade de objetivos. Assim, os objetivos de natureza individual são direcionados para o próprio utente, procurando o seu bem estar, e os objetivos de natureza social visam a manutenção do mesmo no seu domicílio, junto da sua comunidade e da sua família.

Parte II

Estudo Empírico

Cap. III – O caso em Estudo

1. O concelho de Ponte de Lima – dados demográficos

Segundo os dados do Município de Ponte de Lima (2013), este concelho tem uma área de 321km² e é constituído por 51 freguesias. É um dos dez concelhos que integram o distrito de Viana do Castelo, da qual dista 24km. Ponte de Lima é conhecida como a vila mais antiga de Portugal (reconhecida por foral em 1125 pela rainha D. Teresa) e está situada no centro do vale do Rio Lima, na região do Alto Minho.



Quadro 1 – Concelho de Ponte de Lima

Os dados estatísticos apurados nos recenseamentos de 2001 e 2011 do INE, demonstram que a totalidade da população residente diminuiu nesse espaço de tempo,

em 845 indivíduos: em 2001 residiam no concelho 43.498 cidadãos e em 2011, esse número era de 44.343 habitantes. Em 2012, o número já tinha descido para 43.283 residentes.

É uma região de emigração intensa, principalmente da população jovem - adulta, consequência da conjuntura económica e social dos últimos anos que vem reforçando esta tendência.

Analisando a distribuição da população por grupos etários, é evidente um maior número de pessoas idosas residente (8567 indivíduos), do que da população jovem, dos 15 aos 24 anos (5195 indivíduos). Verificando-se assim, em Ponte de Lima, uma consonância com o panorama demográfico nacional, observa-se um processo rápido de envelhecimento populacional.

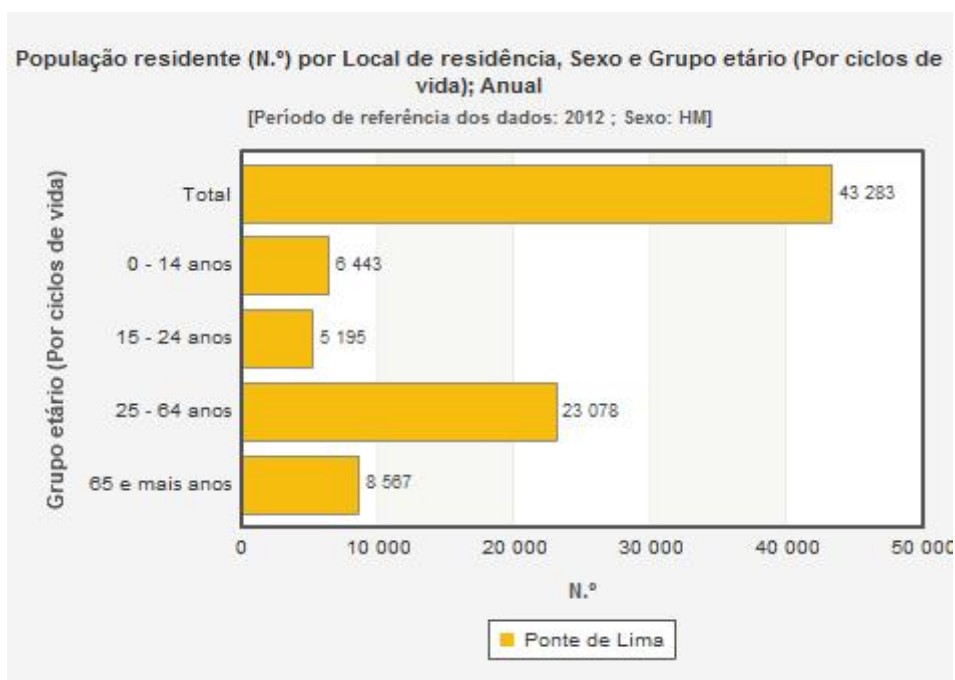


Gráfico 5 – Distribuição da população residente por grupos etários.

2. Respostas Sociais Locais

Com o objetivo de responder às necessidades e fragilidades da população, existem no concelho 16 equipamentos de apoio social, que dão resposta a 2,9% do total da população abrangendo a infância e juventude, adultos dependentes e pessoas idosas.

Estes equipamentos estão distribuídos pelas várias freguesias do concelho, estando mais concentrados no centro e distribuídos pelas freguesias com maior número de residentes. Destes 16 equipamentos, 13 têm serviços de apoio à pessoa idosa. Dividem-se em Centros de Dia, Centros de Convívio, Lares de Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário (11 equipamentos).

3. Casa de Caridade Nossa Senhora da Conceição, Ponte de Lima

Conforme descrito em Moraes (2008), a história da CCNSC começa com Agostinho José Taveira, natural de Ponte da Barca que fez fortuna no Brasil, no ramo da pirotecnia. Depois de regressar a Portugal este tornou-se cidadão de Ponte de Lima, onde ocupou diversos cargos de cariz público e social e onde construiu uma luxuosa habitação, denominada Casa do Pomar. Executor de muitas ações beneméritas em prol dos menos beneficiados, sem ter herdeiros, foi de sua vontade deixar em testamento a sua habitação, bem como grande parte da sua fortuna com a intenção de fundar uma casa de caridade com o objetivo de prestar auxílio aos mais pobres e idosos, sendo que esta deveria ser dedicada a Nossa Sra. da Conceição, uma vez que fora em vida, Comendador da Ordem de Nossa Senhora da Conceição de Vila Viçosa. Faleceu a 11 de Setembro de 1888.

“... instituir o seguinte legado – para a fundação e criação de uma casa de caridade nesta vila, para recolher e sustentar os pobres velhos desvalidos, com as condições aqui declaradas:

Hei por bem doar a minha casa nova e o quintal que possuo nesta vila, no sítio conhecido pelo nome de ‘Pomar’ com tudo o que no dia do meu falecimento existir dentro da dita casa e pomar ou quintal.”

*(Excerto do testamento de Agostinho José Taveira,
Ponte de Lima, 2 de Novembro de 1883)*

Atualmente, a *Casa de Caridade Nossa Sra. da Conceição* enquadra-se no conceito de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas – “estabelecimento que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em que sejam desenvolvidas

atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”, de acordo com a Portaria nº 67/2012 de 21 de Março onde são definidas a organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para idosos;

No que respeita aos corpos gerentes é composta por uma Assembleia Geral, um Conselho Fiscal e a Direção, sendo que os cargos exercidos pelos corpos gerentes são gratuitos. Estes são nomeados através de eleição pelos sócios, exercendo mandatos de três anos que não podem ser mais do que dois consecutivos salvo exceções referidas nos estatutos da Instituição.

A Casa de Caridade Nossa Sra. da Conceição (CCNSC) enquadra-se atualmente e na tipologia IPSS.

As receitas para a sua gestão e sobrevivência provêm das quotas dos associados; das contribuições dos utentes; de rendimentos provenientes de bens próprios; de doações, legados e heranças; subsídios do Estado ou organismos oficiais e de donativos de pessoas singulares ou coletivas.

A Instituição é composta pela sede, situada na R. Agostinho José Taveira, com as valências de alojamento e apoio domiciliário, e pelo Centro Comunitário de Refoios, (criado em Outubro de 2003) situado na freguesia de Refoios, concelho de Ponte de Lima, igualmente com as valências de alojamento, apoio domiciliário e centro de dia.

Mais recentemente, em cooperação com outras entidades de e ao abrigo de vários protocolos, foram criados dois gabinetes de apoio social à comunidade, nomeadamente:

- O RSI (Rendimento Social de Inserção), criado em 2005, inicialmente num gabinete do Centro Comunitário de Refoios, passando mais tarde (2010) para novas instalações, propriedade da Instituição, na R. Formosa em Ponte de Lima.
- O CLDS – Ponte para a Inclusão, que funcionou entre 2009 e 2012 e mais recentemente (2013), foi assinado o Protocolo de Compromisso para a criação do programa, CLDS+ (Contratos Locais para o Desenvolvimento Social) entre

o Instituto de Segurança Social, a Câmara Municipal de Ponte de Lima e a CCNSC. A funcionar no mesmo edifício da R. Formosa.

3.1 O Serviço de Apoio Domiciliário da CCNSC

Nas últimas duas décadas tem-se assistido, no nosso país, a um crescimento gradual de diversos tipos de respostas sociais para idosos. Trata-se de respostas desenvolvidas quase exclusivamente pelo sector privado, designadamente, IPSS's. No entanto, é apenas na década de 90 que se assiste à verdadeira expansão do SAD, nos moldes atualmente conhecidos.

No caso em estudo, a génese do SAD remonta a 1996 por iniciativa da Direção em gerência. Conforme relatado em entrevista pelo Presidente de então², começou a evidenciar-se a crescente necessidade da prestação de algum tipo de apoio a idosos, refletida pela lista de espera para institucionalização. Considerando a importância de manter as pessoas idosas no seu meio ambiente o máximo de tempo possível, apercebeu-se da lacuna de respostas sociais a esse nível, pois das duas únicas Instituições orientadas para a 3ª idade na região (CCNSC e Santa Casa de Misericórdia), nenhuma tinha serviço de Apoio Domiciliário. Assim, ficou decidido em consonância com os restantes membros da Direção, dar-se o primeiro passo no sentido de criar um serviço que prestasse cuidados básicos a idosos no seu domicílio e, simultaneamente, alertar a Segurança Social para a emergência de apoiar financeiramente bem como regulamentar estes apoios sociais.

Uma vez que a CCNSC se mostrava pioneira regionalmente na criação do SAD, toda essa envolvimento foi uma novidade, uma experiência e aprendizagem, pois uma vez que se tratava de uma resposta social de atividade ainda diminuta, não existiam diretivas formais ou qualquer tipo de estudos fundamentadores.

Em 27/05/1996 foi celebrado o Acordo de Cooperação entre o Centro Regional de Segurança Social do Norte/Serviço Sub-Regional de Viana do Castelo e a CCNSC

² Entrevista realizada em 20 de Novembro de 2013.

criador do Serviço de Apoio Domiciliário. Este acordo definia o serviço e os seus objetivos, estipulava o número de utentes, os recursos humanos necessários e a comparticipação financeira por cada utente. Iniciou-se com uma só equipa que dava resposta a 15/20 utentes distribuídos por 8 freguesias, e prestava os serviços de distribuição da alimentação, higiene habitacional, higiene pessoal e tratamento de roupas.

Inicialmente a Segurança Social prestava uma colaboração financeira limitada aos serviços prestados durante a semana, contudo, os idosos necessitavam igualmente de apoio ao fim de semana, pelo que os custos com os serviços prestados ao sábado e domingo eram suportados unicamente pela instituição. Durante o primeiro ano de atividade este serviço foi prestado sem qualquer custo para os utentes. No entanto, existia dificuldade em conhecer a real necessidade destes como justos beneficiários de tal medida, pelo que foi implementada então uma mensalidade de 5.000 escudos. Transição essa, obviamente difícil de aceitar por parte dos utentes.

A procura deste tipo de serviços foi aumentando e passado um ano, em 1997, foi criada uma segunda equipa de prestação de cuidados, nos mesmos moldes, passando assim a ser possível dividir a área de intervenção das equipas por duas áreas geográficas diferentes.

Mais tarde começaram a surgir pelas várias freguesias do concelho de ponte de Lima, Centros de Dia e Centros Paroquiais e Sociais que a pouco e pouco, começaram igualmente a prestar Apoio Domiciliário nas suas áreas geográficas.

Como forma de rentabilizar recursos, o Presidente de então defendia um SAD em rede, ou seja, cada equipa teria um raio de atividade num espaço entre o ponto A e o ponto B, de preferência “em linha”, sem grande dispersão desse trajeto, sendo que, idealmente, cada instituição trabalharia, não individualmente, mas de forma complementar, dando cobertura a todas as zonas em vez de irem instituições diferentes ao mesmo lugar, por exemplo. Sendo gerido centralmente pela Segurança Social. Valorizava e apostava, igualmente na formação profissional dos colaboradores.

Dos tempos iniciais, o entrevistado recorda as dificuldades da dispersão geográfica de utentes bem como dos difíceis acessos e considera que os sucesso do SAD na altura não se deveu apenas ao seu pioneirismo, mas também pela colaboração dos funcionários envolvidos nos serviços, facilitando assim o seu arranque. Entende que qualquer resposta social é melhor do que nenhuma resposta social.

A tendência de procura maior que oferta deste apoio manteve-se. A 07/12/2000 o Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Norte, o Centro Regional de Segurança Social do Norte/Serviço Sub-regional de Viana do Castelo e a CCNSC cria uma terceira equipa de Apoio Domiciliário – Apoio Domiciliário Integrado (ADI), regulamentado no Despacho Conjunto nº407/98. Este tipo de serviço era diferente do SAD criado inicialmente, na sua organização e ação. Tinha como objetivo a intervenção articulada da saúde e ação social, numa cooperação entre a instituição e o Centro de Saúde de Ponte de Lima e dirigia-se, não apenas a idosos, mas a pessoas em situação de dependência. Mais tarde veio a ser criada uma segunda equipa de ADI, totalizando assim, duas equipas de SAD que davam resposta a 30/40 utentes e duas equipas de ADI que davam resposta a 15 utentes. A 18/09/2012, o ADI foi extinto por iniciativa do ISS e as equipas reestruturadas sendo os beneficiários integrados no SAD.

Em 02/11/2010 um novo Acordo de Cooperação entre as partes faz uma reformulação e ajuste à legislação em vigor. Este acordo vem alterar a capacidade do serviço para 40 utentes, presta orientações sobre os recursos humanos adequados à resposta social e estabelece uma nova tabela base de participações familiares.

| Resposta Social Funcionamento respostas | | % sobre o rendimento <i>per</i> <i>capita</i> | Serviços prestados | % sobre o rendimento por serviço prestado |
|--|---|---|--------------------|---|
| Apoio Domiciliário | Serviços básicos Dias úteis | 50% | Alimentação | 25% |
| | | | Hig. pessoal | 15% |
| | Todos os dias ou para além do horário normal | 60% | Hig. habitação | 5% |
| | | | Trat.Roupas | 5% |

Quadro 2 - Tabela de participações familiares SAD

Aos longos dos anos, vários acordos de cooperação, reformulações e ajustes têm vindo a regulamentar o SAD, fruto das atualizações internas do ISS, dos tempos e num esforço em acompanhar as necessidades da população alvo do serviço.

Atualmente vigoram as normas estabelecidas pelo Protocolo de Cooperação 2013-2014 entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e os diferentes órgãos representativos das instituições. Este alterou de forma significativa a regulamentação do serviço, criando mais dois serviços (teleassistência e animação/socialização) e alterando a tabela base de comparticipações financeiras por utente bem como as disposições exigidas para pagamento destas.

| Serviços prestados | Nº serviços indispensáveis | Dias úteis | Dias úteis + sábado | Dias úteis + sábado e domingo |
|-------------------------|--|------------|---------------------|-------------------------------|
| Serviços indispensáveis | 2 | 85% | 100% | 110% |
| | 3 | 90% | 110% | 125% |
| | 4 | 130% | 130% | 145% |
| | Serviços indispensáveis extra ou serviços pontuais | | | |
| Majoração | 5 | 105% | 135% | 150% |

Quadro 3 - Tabela base de comparticipações financeiras ISS por serviços SAD.

3.1.1.- Descrição do SAD

O SAD tem como objetivos gerais prestar cuidados de modo a contribuir para o bem estar do idoso bem como dos seus familiares; prevenir a dependência e promover a sua autonomia; contribuir para a melhoria da qualidade de vida e assegurar os cuidados das suas necessidades básicas de modo a prevenir a institucionalização, o máximo de tempo possível. Conforme disposto no Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário da CCNSC o serviço obedece às seguintes regras:

i) *Enquadramento legal*

O Apoio Domiciliário da Casa de Caridade Nossa Senhora da Conceição partiu, formalmente, do Acordo de Cooperação, celebrado entre a mesma e o Centro Distrital de Segurança Social de Viana do Castelo, em 27/05/ 1996. No terreno avançou em Julho do mesmo ano. Este serviço rege-se pelas normas legalmente aplicáveis (anexo I).

ii) Processo de admissão

As condições para admissão no Serviço de Apoio Domiciliário são, possuir a idade mínima de 65 anos ou, tendo idade inferior, existir uma necessidade do serviço comprovada e justificada. A pessoa candidata ao serviço deverá preencher uma ficha de identificação, que fará parte do seu processo. A candidatura deverá ser feita presencialmente nas instalações da Instituição, caso não seja possível, deverá ser feita por um representante legal, mediante entrega de cópia de documentos de identificação pessoal, documentos de informação clínica pertinente (Ex: boletim de vacinas) e comprovativos de rendimentos e despesas fixas. Para além do preenchimento da ficha de identificação, é parte integrante do processo de admissão uma entrevista do candidato e/ou seu representante com a diretora técnica da Instituição. A admissão no serviço obedece igualmente a alguns critérios de seleção como a incapacidade para satisfazer as suas necessidades básicas; ausência ou indisponibilidade da família para assegurar essas necessidades; o candidato encontrar-se em risco e/ou isolamento social; viver em habitação precária; ser uma situação previamente sinalizada por outras entidades (Ex: Segurança Social) e data de entrada da candidatura.

Após entrada da candidatura nos serviços administrativos da Instituição, será analisada pela diretora técnica que elaborará uma proposta de admissão à consideração da Direção. O candidato será admitido como utente SAD após uma visita domiciliária da diretora técnica, ou de quem ela designar para tal. Após a admissão, é realizado o acolhimento do utente por uma equipa multidisciplinar, composta pela diretora técnica, a equipa prestadora dos cuidados e a encarregada do SAD, de forma a definir a atuação adequada a cada caso, definindo regras, monitorizando e prestando esclarecimentos sempre que necessário.

A todos os utentes corresponde um Processo Individual do Utente constituído pelo formulário da candidatura; pelas cópias dos documentos entregues; pela avaliação diagnóstica do utente; o programa de acolhimento inicial; o plano de desenvolvimento individual; o contrato de prestação de serviços e as folhas de registo prestados.

iii) *Tabela de Comparticipações*

A tabela de comparticipações familiares é calculada de acordo com o disposto na Circular Normativa nº3, de 02/05/1997 e na Circular Normativa nº7, de 14/08/1997. Sendo o cálculo do rendimento *per capita* realizado da seguinte forma:

$$R = \frac{RF - D}{N}$$

R = Rendimento *per capita*

RF = Rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D = Despesas fixas

N = Número de elementos do agregado familiar

A comparticipação mensal é efetuada no total de 12 mensalidades, sendo que o valor do rendimento mensal ilíquido do agregado familiar é o duodécimo da soma dos rendimentos anualmente auferidos, por cada um dos seus elementos. A comparticipação familiar devida é determinada pela aplicação da percentagem de 50% sobre o rendimento *per capita* (60% no caso de serviços prestados ao fim de semana) e corresponde à prestação dos serviços requeridos, distribuída da seguinte forma:

| Serviço | Percentagem |
|----------------------|--------------------|
| Alimentação | 25% |
| Higiene Pessoal | 15% |
| Higiene Habitacional | 5% |
| Tratamento de Roupas | 5% |
| Socialização | |

Quadro 4 - Percentagens a aplicar em mensalidade, por serviço prestado

iv) *Serviços prestados e organização do Serviço*

- Alimentação

Aos utentes que assim o requereram é entregue uma refeição diária entre as 12h e as 13:30h, composta por sopa, refeição de carne ou peixe + guarnição, sobremesa e dois pães. No caso de utentes cujo quadro clínico o justifique, a refeição será confeccionada de acordo com a dieta indicada. A refeição é confeccionada nas instalações da Instituição.

- Higiene Pessoal

A prestação de cuidados de higiene e conforto obedece a um plano de tratamentos elaborado aquando da primeira visita ao utente, realizada pela pessoa responsável

pelo SAD, em conjunto com o utente ou os familiares e de acordo com as necessidades do mesmo. Esses cuidados podem ser prestados uma ou duas vezes ao dia.

- **Higiene Habitacional**

Trata-se de arrumação e pequenas limpezas no domicílio do idoso, que contribuam para o seu bem estar no seu lar. Realizadas na medida da necessidade do utente e da disponibilidade das equipas prestadoras dos cuidados

- **Tratamento de roupas**

Este serviço implica a recolha e transporte das roupas sujas pelas equipas prestadoras de cuidados; lavar e secar pela equipa da lavandaria da instituição; engomar, reparar (caso necessário) e separar por uma equipa SAD dentro da instituição, transporte e entrega ao utente pela equipa SAD que lhe presta os cuidados.

- **Animação/Socialização**

Sendo este um serviço criado recentemente por imposição normativa do ISS, encontra-se ainda pouco dinamizado, limitando-se neste momento à socialização decorrente do contacto diário das colaboradoras com os beneficiários do SAD.

- **Serviços indispensáveis extra**

São serviços esporádicos prestados devido à dependência do utente e/ou à inexistência de apoio familiar. Enquadra-se aqui a aquisição de bens, a marcação/levantamento de exames médicos e consultas, a administração de refeições, etc.

Atualmente o SAD da CCNSC divide-se em 3 rotas, distribuídas por 8 freguesias:

| Rota | Freguesias |
|-------------|---|
| Rota 1 | Arcozelo, Sta. Comba, Correlhã |
| Rota 2 | Ponte de Lima, Arcozelo, Calheiros |
| Rota 3 | Ponte de Lima, S. João da Ribeira, Feitosa, Rebordões - Souto |

Quadro 5 - Distribuição Rotas SAD.

Existe ainda uma quarta rota, prestando serviços de apoio às restantes a partir do interior da Instituição, nos setores da lavandaria e da cozinha, a qual funciona igualmente como substituta em ausências por parte das restantes. Os utentes de cada rota são servidos e cuidados por equipas fixas de 2 colaboradoras, rotativas mensalmente.

v) *Recursos humanos e materiais*

O quadro de colaboradores desta valência da CCNSC é composta por:

- 8 Ajudante Familiares Domiciliárias cujas funções são prestar cuidados de socialização, higiene, alimentação e tratamento das roupas dos utentes do apoio domiciliário bem como conduzir os carros da instituição. Estas prestam serviço a 100% no SAD;
- 2 Encarregadas de Serviços Gerais que coordenam e orientam as atividades dos colaboradores dos serviços sob a sua responsabilidade;
- 1 Chefe de Secção Administrativa que executa as tarefas mais exigentes do serviço administrativo e coordena as atividades dos restantes trabalhadores administrativos;
- 2 Escriturários que executam várias tarefas de cariz administrativo;
- 2 Cozinheiras têm como funções preparar e executar as refeições dos utentes, bem como outros serviços de cozinha. Orientam a sua equipa de trabalhadores da área alimentar, neste caso, as auxiliares de serviços gerais.
- 2 Auxiliares de Serviços Gerais que executam serviços de limpeza e outros para os quais possam ser requeridas, dentro das funções existentes na instituição e no âmbito das suas competências, na relação com o SAD, executam funções na cozinha;

- 3 Lavadeiras as quais fazem a preparação e a vigilância da lavagem mecânica das roupas, engomam, executam pequenos arranjos de costura assim como distribuição das roupas, no caso do SAD, a distribuição das roupas é responsabilidade das Ajs. Familiares Domiciliárias;
- 1 Diretora Técnica que tem competências de gestão da Instituição, no entanto, acumula funções de cariz social uma vez que não existe a categoria de Técnica de Serviço Social na Instituição.

Os recursos materiais utilizados no SAD são maioritariamente de utilização conjunta com as restantes valências da CCNSC uma vez que, parte dos serviços funcionam nas suas instalações (cozinha e lavandaria), assim, a utilização de materiais em função de cada um dos serviços prestados, organiza-se da seguinte forma:

| Serviços Prestados | Recursos materiais da CCNSC | Recursos materiais do utente |
|----------------------|--|--|
| Alimentação | - 3 Veículos automóveis - Equipamento de confeção alimentar - Material de transporte alimentar | - Loiça |
| Higiene Pessoal | - 3 Veículos automóveis - Atoalhados (caso seja necessário) - Roupa de cama (caso seja necessária) - Cadeira higiénica - Luvas latex | - Atoalhados - Produtos de higiene - Roupa de cama - Roupa individual - Fraldas e resguardos |
| Higiene Habitacional | - 3 Veículos automóveis - Sacos do lixo - Material de limpeza (caso seja necessário) | - Produtos de limpeza - Material de limpeza |
| Tratamento Roupas | - 3 Veículos automóveis - Saco plástico para transporte das roupas - Luvas latex - Produtos de higiene de roupas - Equipamento de lavandaria | |
| Socialização | - 3 Veículos automóveis - Fardamento das colaboradoras (batas) | |

Quadro 6 - Recursos materiais por serviços prestados

vi) *Direitos e deveres dos utentes*

São direitos dos utentes usufruir de um plano de cuidados previamente estabelecido em função das suas necessidades; a qualidade máxima possível dos serviços prestados; o respeito inegável pela sua individualidade e privacidade, bem como pelos seus usos e costumes; tem igualmente direito à reclamação e ao tratamento das mesmas.

São deveres dos utentes colaborar com a equipa prestadora de cuidados do SAD, na medida dos seus interesses e possibilidades, não exigindo prestação de serviços para além do estabelecido; respeitar a integridade física, psicológica e moral das colaboradoras; zelar pelo bom nome da instituição junto da comunidade; colocar à disposição da equipa os materiais necessários e requeridos à prestação dos serviços; satisfazer os custos da prestação, de acordo com o contrato estabelecido; respeitar o regulamento interno do SAD.

Capítulo IV – Objetivos e Metodologia

A elaboração de um projeto/estudo implica o reconhecimento inicial do tipo de investigação que se pretende realizar e a partir daí dever-se-á elaborar uma planificação metodológica consistente que permita alcançar conclusões e respostas objetivas.

O facto de o presente estudo ter nascido a partir da ligação profissional com a temática escolhida, enquadra-o na tipologia Estudo de Caso. Segundo Bruyne (*cit. in* Michelle Lessard-Hèrbert *et al*, 1990, p.169) :“(...) Ele aborda o seu campo de investigação a partir do interior.”

1 - Delimitação do tema

Conforme descrito na primeira parte do estudo, o envelhecimento é uma problemática que se pode dizer, estar “na ordem do dia”. Mas mais do que a evidência da realidade sociodemográfica nacional, a pertinência desta temática deve-se principalmente, à familiaridade e proximidade diária, numa perspetiva profissional, com a mesma.

O envelhecimento, considerado como questão social promove a emergência de respostas sociais adaptadas, o mais possível, à qualidade de vida. O meio ambiente da pessoa idosa, o seu lar, por mais modesto que possa ser, é um dos promotores principais dessa qualidade de vida, a par com a prestação de cuidados básicos, pelo que o Serviço de Apoio Domiciliário, tem sido, ao longo dos anos uma resposta social em crescimento e uma forma de adiar a institucionalização dos idosos.

2 - Objetivos do estudo

2.1 – Objetivo Geral:

O principal objetivo deste estudo é descrever e caracterizar o SAD no contexto da CCNSC, na pessoa dos seus intervenientes, avaliar o grau de satisfação dos utentes e a adequação do serviço às necessidades reais dos utentes, num esforço de idealizar a sua ação, num futuro próximo.

2.2 - Objetivos específicos

- i) Descrever e analisar o SAD no seu contexto local;
- ii) Caracterizar os utentes do SAD;

- iii) Caracterizar as colaboradoras do SAD;
- iv) Identificar motivações subjacentes aos pedidos de SAD;
- v) Avaliar graus de satisfação e expetativas dos utentes SAD e colaboradoras;
- vi) Identificar alterações no Serviço ao longo da sua história e a sua relação com o contexto socioeconómico
- vii) Identificar limitações do SAD;
- viii) Descobrir possíveis caminhos para o futuro do SAD;

3 – População estudada

Segundo Fortin (1996), a população é o objeto de estudo, e denomina-se de população alvo, sendo que a população alvo é um conjunto de pessoas que satisfazem critérios de seleção previamente definidos. Aqui a população alvo do estudo é o total de beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário da CCNSC. Tradicionalmente, quando um estudo implica uma população alvo em grande número, procede-se à escolha de uma amostra representativa dessa população, no entanto, neste caso tal não foi necessário, devido á sua pequena dimensão. Aliás, aqui podem ser mesmo consideradas duas populações alvo, pois as Ajudantes Familiares Domiciliárias que prestam cuidados aos utentes, constituem uma micro população ligada aos utentes pelo SAD.

4 - Instrumentos e Procedimentos

A colheita e tratamento dos dados sobre a população estudada foram feitos tendo em consideração pesquisas de vários autores como Silva (data irreconhecível) ou Barata (2007), através de metodologias qualitativas e quantitativas.

4.1- Observação Participante

De acordo com esta metodologia o próprio investigador partilha a condição humana dos indivíduos que observa (Lessard-Hèrbert *et al*, 1990). No contexto do estudo em causa, a ocupação profissional como colaboradora, ligada ao SAD da CCNSC, permitiu uma visão a partir do interior do serviço e da instituição;

4.2 – Entrevista

Para recolher dados acerca do início do SAD na instituição, foi elaborada uma entrevista ao Presidente da Direção da CCNSC no ano de criação do serviço. A entrevista durou 60 minutos e foi gravada com conhecimento e autorização do entrevistado, sendo a informação obtida, posteriormente transcrita e reduzida de forma a tratar os dados (Pourtois e Desmet *cit in* Lessard-Hèrbert *et al*, 1990). Sendo uma entrevista orientada para a obtenção de informação e não diretiva, não foi elaborado um guião com questões específicas, mas sim lançada uma questão inicial sobre a génese do Apoio Domiciliário na instituição. A partir daí o entrevistado impôs o seu próprio grau de estruturação, abordando os seguintes os seguintes tópicos:

- Motivação para criação do serviço;
- Apoios à criação do serviço;
- Moldes em que foi criado;
- Organização do serviço;
- Recursos humanos e materiais iniciais;
- Colaboração e formação profissional das funcionárias;
- Limitações e dificuldades encontradas;
- Custos associados à criação do serviço;

4.3 – Análise documental escrita e em suporte informático

Os documentos analisados para recolha de dados foram os processos individuais dos utentes e registos de serviços, assim como alguma informação adicional em suporte informático.

4.4 Inquéritos por questionário

A escolha deste instrumento de colheita de informação prendeu-se com a possibilidade da obtenção de maior número de respostas a um maior número de pessoas. Na recolha de dados foram realizados dois inquéritos por questionário, um aos utentes do SAD e outro às colaboradoras que prestam os cuidados, com o objetivo a sua caracterização e avaliação do serviço. A recolha de dados obedeceu a princípios éticos de informação, liberdade de participação ou desistência, confidencialidade e não julgamento. No caso dos inquéritos aos utentes o preenchimento deste instrumento de

recolha, foi efetuado pela investigadora em presença dos inquiridos e mediante a suas respostas, sem qualquer tipo de influência, limitando-se a esclarecer dúvidas possíveis. Os inquéritos às colaboradoras foram entregues mediante pedido de colaboração prévia e informação sobre a sua confidencialidade, preenchidos pelas próprias, entregues a uma representante as mesmas ao acaso, e entregues à investigadora depois de todos recolhidos, fechados em envelopes sem identificação.

O questionário aos utentes (Anexo II), é constituído por perguntas fechadas e abertas e 4 grupos de questões:

Grupo 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes com questões sobre a idade, sexo, estado civil, profissão enquanto ativos, naturalidade e residência, e escolaridade. É composto por 6 perguntas fechadas e 1 pergunta aberta.

Grupo 2 – Questões sobre o agregado familiar dos inquiridos e a relação do(s) cuidadore(s)/utente, tendo como objetivo conhecer o nível de solidão dos utentes e o tipo de apoio informal existente para a satisfação das suas necessidades básicas.. Constituído por 3 perguntas fechadas.

Grupo 3 – Sobre as condições habitacionais dos inquiridos e composta por 1 pergunta aberta e 4 perguntas fechadas. O objetivo deste grupo é avaliar o grau de isolamento dos utentes e a sua qualidade de vida habitacional.

Grupo 4 – Este grupo é constituído por 4 perguntas fechadas e 3 perguntas abertas, sendo que a pergunta da alínea c) permite ambos os tipos de resposta. Aqui pretende-se obter informação sobre as condições pré-dispositivas para o pedido do serviço, quais os serviços prestados, a sua periodicidade e longevidade, avaliar o grau de satisfação dos utentes com os serviços prestados, possibilitando sugestões e a sua opinião sobre o impacto destes na sua vida diária.

O questionário às prestadoras dos cuidados SAD (Anexo III), é composto igualmente por perguntas abertas e fechadas, com 3 grupos de respostas.

Grupo 1 - Neste grupo não foi dada grande ênfase à caracterização sócio-demográfica, por se entender colocar em causa a confidencialidade das inquiridas, dado o seu pequeno número. É composto por 2 questões fechadas sobre a idade e a escolaridade.

Grupo 2 – Está constituído por 2 questões fechadas e abertas com o objetivo de conhecer a sua formação e percurso profissional, bem como a longevidade no SAD.

Grupo 3 – Constituído por 3 questões fechadas e 4 questões abertas, com o objetivo de obter informações sobre a avaliação que fazem à estruturação e resposta do serviço, bem como permitir sugestões para a sua melhoria

O tratamento estatístico dos dados obtidos por este instrumento foi realizado informaticamente, utilizando o programa SPSS (Statistic Package for the Social Sciences), versão 22, da IBM para Windows.

Capítulo V – Apresentação e Leitura de resultados

1. Introdução

Neste capítulo faz-se a apresentação e análise dos dados recolhidos assim como uma breve discussão sobre os resultados obtidos. A recolha de dados por inquérito foi realizada entre os dias 5 de Março e 23 de Abril de 2014 a 40 utentes, dos 42 beneficiários do SAD da CCNSC, sendo que um deles faleceu e outro recusou-se a participar no questionário. Das 8 colaboradoras, apesar de, numa primeira abordagem todas concordarem em participar no questionário, apenas 5 o entregaram.

2. Caracterização sócio demográfica da amostra populacional

2.1 – Utentes SAD

Grupo 1 - No primeiro grupo de questões pretende-se fazer uma caracterização sóciodemográfica dos utentes do SAD.

| Género | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Feminino | 24 | 60,0 |
| Masculino | 16 | 40,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 7 - Caracterização em função do sexo.

Uma vez que o quadro representativo da idade de todos os inquiridos seria extenso, optou-se por calcular a média de idade. A idade menor dos inquiridos é de 45 anos a idade superior é de 95 anos

| Média de idades | Nº de participantes |
|-----------------|---------------------|
| 74,65 | 40 |

Quadro 8 - Média de idades.

| Estado civil | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Solteiro/a | 11 | 27,5 |
| Casado/a | 10 | 25,0 |
| Divorciado/a | 3 | 7,5 |
| Viúvo/a | 16 | 40,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 9 - Caracterização em função do em função do estado civil

No que diz respeito à última profissão dos participantes enquanto pessoas ativas, a maioria desempenhou atividade na agricultura.

| Profissão | Frequência | Percentagem |
|-----------------------|------------|--------------|
| Construção Civil | 5 | 12,5 |
| Doméstica | 8 | 20,0 |
| Operário(a) | 2 | 5,0 |
| Agricultor(a) | 12 | 30,0 |
| Comerciante | 3 | 7,5 |
| Reforma por Invalidez | 4 | 10,0 |
| Ferreiro | 1 | 2,5 |
| Pedreiro | 1 | 2,5 |
| Costureira | 1 | 2,5 |
| Cozinheira | 1 | 2,5 |
| Sem resposta | 2 | 5,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 10 - Caracterização em função da atividade profissional.

Nos dois seguintes quadros apuraram-se os resultados sobre o ambiente (rural ou urbano) de naturalidade e residência dos inquiridos, verificando-se que existiu uma migração do rural para o urbano.

| Naturalidade | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Rural | 35 | 87,5 |
| Urbana | 5 | 12,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 11 - Caracterização em função da naturalidade

| Residência | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Rural | 30 | 75,0 |
| Urbana | 10 | 25,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 12 – Caracterização em função do local de residência.

Relativamente ao grau de escolaridade dos utentes, o maior nº de pessoas frequentou o ensino primário, apesar de na maioria ser proveniente de famílias de agricultores.

| Escolaridade | Frequência | Percentagem |
|---------------------|------------|--------------|
| Não frequentou | 14 | 35,0 |
| Sabe assinar | 3 | 7,5 |
| Ensino primário | 19 | 47,5 |
| Ensino preparatório | 4 | 10,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 13 - Caracterização em função da escolaridade.

Grupo 2 - No segundo grupo de questões o objetivo foi recolher dados sobre o agregado familiar dos inquiridos e dos cuidadores informais para os caracterizar e obter resultados sobre os cuidados extra serviço de que dispõem.

| O utente vive: | Frequência | Percentagem |
|----------------|------------|--------------|
| Sozinho/a | 22 | 55,0 |
| Agregado/a | 18 | 45,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 14 - Descrição do acompanhamento dos inquiridos.

| De 1 a 4, nº de pessoas no agregado (inquirido excluído) | Frequência | Percentagem |
|--|------------|-------------|
| 1 | 15 | 35,7 |
| 2 | 1 | 2,4 |
| 3 | 1 | 2,4 |
| 4 | 1 | 2,4 |
| Total | 18 | 42,9 |

Quadro 15 – Número de pessoas no agregado familiar.

| Género dos componentes do agregado | Frequência | Percentagem |
|------------------------------------|------------|-------------|
| Feminino | 8 | 19,0 |
| Masculino | 8 | 19,0 |
| Ambos | 2 | 4,8 |
| Total | 18 | 42,9 |

Quadro 16 - Género dos componentes do agregado familiar (excluindo os inquiridos).

| Idade dos componentes do agregado | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| 20 aos 40 | 1 | 2,4 |
| 40 aos 60 | 3 | 7,1 |
| + De 65 | 8 | 19,0 |
| Conjugação de várias | 3 | 7,1 |
| Não responde | 3 | 7,1 |
| Total | 18 | 42,9 |

Quadro 17 – Idades dos componentes do agregado familiar (excluindo os inquiridos)

| Relação familiar com o utente | Frequência | Percentagem |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Filhos/as | 4 | 9,5 |
| Netos/as | 1 | 2,4 |
| Cônjuge | 9 | 21,4 |
| Progenitor/a | 2 | 4,8 |
| Filho/a + Cônjuge | 1 | 2,4 |
| Filhos/as + netos/as | 1 | 2,4 |
| Total | 18 | 42,9 |

Quadro 18 – Relação de proximidade.

No quadro 19 estão os resultados sobre a ocupação dos componentes do agregado familiar. Sendo que, como vimos nos quadros anteriores, devido à idade, a maioria é reformada.

| Ocupação dos componentes do agregado | Frequência | Percentagem |
|--------------------------------------|------------|-------------|
| Desempregado/a | 3 | 7,1 |
| Reformado/a | 10 | 23,8 |
| Empregado/a | 2 | 4,8 |
| Não responde | 1 | 2,4 |
| Conjugação de várias | 2 | 4,8 |
| Total | 18 | 42,9 |

Quadro 19 – Ocupação dos componentes do agregado familiar (excluindo os inquiridos).

Nos próximos quadros estão os dados recolhidos sobre os cuidadores informais, com o objetivo de perceber se os inquiridos usufruem do apoio extra SAD e as características dos mesmos

| Género do cuidador informal | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Feminino | 14 | 87,5 |
| Masculino | 2 | 12,5 |
| Total | 16 | 100,0 |

Quadro 20 – Caracterização dos cuidadores informais em função do sexo.

| Média de idades | Número de casos |
|-----------------|-----------------|
| 55,15 | 16 |

Quadro 21 – Média de idades dos cuidadores informais.

Quadro 22- Relação de proximidade dos cuidadores informais com o utente.

Quadro 23- Coabitação dos cuidadores informais com o utente.

| Relação com o utente | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| Filho/a | 8 | 50,0 |
| Neto/a | 2 | 12,5 |
| Outro/a | 2 | 12,5 |
| Progenitor/a | 2 | 12,5 |
| Cônjuge | 2 | 12,5 |
| Total | 16 | 100,0 |

| Residência do cuidador com o utente | Frequência | Percentagem |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| Sim | 8 | 50,0 |
| Não | 8 | 50,0 |
| Total | 16 | 100,0 |

Sobre a situação laboral dos cuidadores informais verifica-se que a maior parte deles estão desempregados, o que poderá justificar a disponibilidade para prestar cuidados.

Quadro 24 – Situação laboral dos cuidadores informais.

| Ocupação | Frequência | Percentagem |
|----------------|------------|--------------|
| Empregado/a | 2 | 12,5 |
| Desempregado/a | 8 | 50,0 |
| Reformado/a | 5 | 31,3 |
| Estudante | 1 | 6,3 |
| Total | 16 | 100,0 |

Os resultados sobre a periodicidade dos cuidados prestados aos utentes, extra SAD, são, na maioria dos casos, diários, possivelmente porque os serviços não cobrem a totalidade do dia.

| Periodicidade | Frequência | Percentagem |
|----------------|------------|--------------|
| Diários | 12 | 75,0 |
| Fins de semana | 2 | 12,5 |
| Ocasional | 2 | 12,5 |
| Total | 16 | 100,0 |

Quadro 25 – Periodicidade como cuidador.

Quando inquiridos sobre a antiguidade dos cuidados, a maioria dos participantes não sabe responder, porque a presença dos filhos sempre existiu, não havendo bem a noção de quando surgiu a necessidade de receber cuidados.

| Antiguidade | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Não sabe/responde | 6 | 37,5 |
| Há 1 ano ou - | 2 | 12,5 |
| 1 a 5 anos | 3 | 18,8 |
| 5 a 10 anos | 2 | 12,5 |
| + De 10 anos | 3 | 18,8 |
| Total | 16 | 100,0 |

Quadro 26 – Antiguidade como cuidador.

Grupo 3 – Neste grupo de questões pretende-se obter resultados que permitam caracterizar as condições habitacionais dos inquiridos.

| Tempo de residência | Frequência | Percentagem |
|---------------------|------------|--------------|
| 0 a 10 anos | 5 | 12,5 |
| 10 a 20 anos | 10 | 25,0 |
| 20 a 30 anos | 7 | 17,5 |
| 30 a 40 anos | 6 | 15,0 |
| + de 40 anos | 12 | 30,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 27 – Longevidade na habitação.

Nos 7 quadros seguintes tentou-se avaliar o grau de isolamento dos inquiridos em função da distância em minutos (de automóvel) entre a sua habitação e os locais possíveis de ter alguma relevância no seu quotidiano. Verificando-se que a maioria reside a menos de 20 minutos de distância de qualquer um dos locais, o café, a

mercearia e a farmácia são os locais que ficam mais próximos e descentralizados, sendo que os locais de cariz institucional estão centralizados dentro da vila, por isso, mais próximos dos participantes aí residentes.

| Centro de saúde | Frequência | Percentagem |
|-----------------|------------|--------------|
| 5 min | 11 | 27,5 |
| 10 min | 11 | 27,5 |
| 15 min | 12 | 30,0 |
| 20 min | 6 | 15,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 28 - Proximidade do centro de saúde.

| Hospital | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 5 min | 11 | 27,5 |
| 10 min | 11 | 27,5 |
| 15 min | 12 | 30,0 |
| 20 min | 6 | 15,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 29- Proximidade do hospital.

| Farmácia | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 5 min | 14 | 35,0 |
| 10 min | 16 | 40,0 |
| 15 min | 5 | 12,5 |
| 20 min | 5 | 12,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 30- Proximidade da farmácia mais próxima.

| Segurança social | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|--------------|
| 5 min | 11 | 27,5 |
| 10 min | 11 | 27,5 |
| 15 min | 11 | 27,5 |
| 20 min | 7 | 17,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 31 – Proximidade do gabinete de atendimento da segurança social

| CTT | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 5 min | 11 | 27,5 |
| 10 min | 11 | 27,5 |
| 15 min | 12 | 30,0 |
| 20 min | 6 | 15,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 32- Proximidade dos CTT.

| Café | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 5 min | 31 | 77,5 |
| 10 min | 6 | 15,0 |
| 15 min | 1 | 2,5 |
| 20 min | 2 | 5,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 33 – Proximidade do café mais próximo.

| Mercearia/supermercado | Frequência | Percentagem |
|------------------------|------------|--------------|
| 5 min | 29 | 72,5 |
| 10 min | 8 | 20,0 |
| 15 min | 1 | 2,5 |
| 20 min | 2 | 5,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 34 – Proximidade da mercearia mais próxima.

Os próximos 3 quadros apresentam os resultados que definem a tipologia de habitação em que os inquiridos residem e o seu regime de propriedade. A maioria é dono da própria residência. A hipótese “outra” na variável regime de propriedade refere-se a habitação social.

| Tipo de habitação | Frequência | Percentagem |
|---------------------|------------|--------------|
| Casa térrea | 13 | 32,5 |
| Casa 1º andar ou + | 15 | 37,5 |
| Apartamento T1 | 3 | 7,5 |
| Apartamento T2 | 6 | 15,0 |
| Apartamento T3 ou + | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

| Nº de quartos | Frequência | Percentagem |
|---------------|------------|--------------|
| 1 | 9 | 22,5 |
| 2 | 16 | 40,0 |
| 3 | 13 | 32,5 |
| 4 | 2 | 5,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 35- Tipologia e dimensão da habitação.

Quadro 36 – Número de quartos na habitação.

| Regime de propriedade | Frequência | Percentagem |
|-----------------------|------------|--------------|
| Própria | 19 | 47,5 |
| Arrendada | 10 | 25,0 |
| Familiares | 3 | 7,5 |
| Outra | 8 | 20,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 37 – Regime de propriedade da habitação.

Nos seguintes quadros apresentam-se os resultados relativos aos dados sobre as condições habitacionais dos inquiridos, nomeadamente as infraestruturas do imóvel. Verifica-se que apenas um dos inquiridos não possui luz elétrica. Os resultados sobre os acessos à habitação prendem-se com o objetivo de saber se os inquiridos têm a sua mobilidade facilitada.

| Acessibilidade | Frequência | Percentagem |
|----------------------------|------------|--------------|
| Escadas | 26 | 65,0 |
| Nenhum | 13 | 32,5 |
| Ambos (escadas + elevador) | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 38 – Infraestruturas do imóvel – acessos à residência

| Luz elétrica | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Sim | 39 | 97,5 |
| Não | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 39 - Infraestruturas do imóvel – luz elétrica.

Quadro 40 – Infraestruturas do imóvel – aquecimento.

| Aquecimento | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Sim | 5 | 12,5 |
| Não | 35 | 87,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

| Gás | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Sim | 39 | 97,5 |
| Não | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 41 - Infraestruturas do imóvel – gás.

Quadro 42 – Infraestruturas do imóvel – água canalizada.

| Água canalizada | Frequência | Percentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| Sim | 40 | 100,0 |

Quadro 43 – Infraestruturas do imóvel – rede municipal de esgotos.

| Rede municipal de esgotos | Frequência | Percentagem |
|---------------------------|------------|--------------|
| Sim | 20 | 50,0 |
| Não | 20 | 50,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Nos quadros seguintes expõem-se os resultados respeitantes às infraestruturas móveis com o objetivo de compreender o grau de conforto em que os inquiridos vivem

| Fogão | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Sim | 39 | 97,5 |
| Não | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 44 – Infraestruturas móveis – fogão.

| Esquentador | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Sim | 34 | 85,0 |
| Não | 6 | 15,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

| Frigorífico | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| Sim | 34 | 85,0 |
| Não | 6 | 15,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 45 - Infraestruturas móveis – esquentador.

Quadro 46 – Infraestruturas móveis – frigorífico.

| Televisão e/ou rádio | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| Sim | 39 | 97,5 |
| Não | 1 | 2,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

| Telefone e/ou telemóvel | Frequência | Percentagem |
|-------------------------|------------|--------------|
| Sim | 17 | 42,5 |
| Não | 23 | 57,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 47 - Infraestruturas móveis – televisão.

Quadro 48 – Infraestruturas móveis – telecomunicações.

Grupo 4 – O último grupo de questões tem como objetivo obter resultados sobre as motivações para a requisição do serviço, saber o tempo de vinculação ao mesmo, caracterizar os cuidados prestados e o seu impacto.

| Requerimento dos serviços | Frequência | Percentagem |
|---------------------------|------------|--------------|
| Próprio | 16 | 40,0 |
| Terceiros | 24 | 60,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 49 – Pessoa que requerente do serviço.

| Motivação | Frequência | Percentagem |
|---|------------|--------------|
| Porque vive só | 6 | 15,0 |
| Porque necessita de apoio para executar tarefas | 10 | 25,0 |
| Porque não têm disponibilidade | 13 | 32,5 |
| Porque vivem distantes do utente | 5 | 12,5 |
| Outro | 6 | 15,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 50 – Motivação para a requisição do serviço.

No quadro 51 estão os resultados sobre o ano em que os inquiridos aderiram ao SAD, o ano de 2004 serve como ano mínimo de referência uma vez que não existe documentação anterior, ou seja, os inquiridos sinalizados como iniciados em 2004, podem tê-lo requerido muito antes.

| Início | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 2004 | 13 | 32,5 |
| 2005 | 1 | 2,5 |
| 2007 | 1 | 2,5 |
| 2008 | 2 | 5,0 |
| 2009 | 2 | 5,0 |
| 2010 | 2 | 5,0 |
| 2011 | 4 | 10,0 |
| 2012 | 5 | 12,5 |
| 2013 | 8 | 20,0 |
| 2014 | 2 | 5,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 51 – Ano de início no serviço.

Os resultados sobre os serviços prestados aos inquiridos revelam que o serviço mais requerido é a alimentação. O serviço Socialização acaba por ser, de certo modo, “imposto” aos requeridos uma vez que se relaciona com o contacto colaboradora/utente. Por serviços adicionais entende-se a aquisição de bens ou a execução de alguma tarefa não programada.

| Alimentação | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 7x semana | 37 | 92,5 |
| Não tem | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 52 – Serviço de transporte e entrega de refeição.

Quadro 53 – Serviço de prestação da higiene pessoal.

| Higiene Pessoal | Frequência | Percentagem |
|-----------------|------------|--------------|
| 1x semana | 2 | 5,0 |
| 2/3x semana | 5 | 12,5 |
| 5x semana | 6 | 15,0 |
| 7x semana | 3 | 7,5 |
| Não tem | 24 | 60,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

| Higiene Habitacional | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| 1x semana | 8 | 20,0 |
| 5x semana | 1 | 2,5 |
| Não tem | 31 | 77,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 54 – Serviço de higiene da habitação.

Quadro 55 – Serviço de tratamento de roupas.

| Tratamento de roupas | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| 1x semana | 6 | 15,0 |
| 2/3x semana | 5 | 12,5 |
| 5x semana | 9 | 22,5 |
| 7x semana | 2 | 5,0 |
| Não tem | 18 | 45,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

| Socialização | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 5x semana | 4 | 10,0 |
| 7x semana | 36 | 87,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 56 – Serviço de socialização.

| Serviços adicionais | Frequência | Percentagem |
|---------------------|------------|--------------|
| Ocasional | 4 | 10,0 |
| Não tem | 36 | 90,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 57 – Serviço adicionais indispensáveis.

Relativamente ao grau de satisfação dos inquiridos com os serviços verifica-se que, na generalidade estão satisfeitos, sendo o tratamento de roupas o serviço que menos lhes agrada.

| Alimentação | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Satisfatório | 12 | 30,0 |
| Muito bom | 20 | 50,0 |
| Não tem | 3 | 7,5 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 58 – Grau de satisfação com serviços - alimentação

| Higiene pessoal | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Satisfatório | 7 | 17,5 |
| Muito bom | 6 | 15,0 |
| Não tem | 24 | 60,0 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 59 – Grau de satisfação com serviços – higiene pessoal.

| Higiene habitacional | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| Mau | 1 | 2,5 |
| Satisfatório | 6 | 15,0 |
| Muito bom | 1 | 2,5 |
| Não tem | 29 | 72,5 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 60 – Grau de satisfação com serviços – higiene habitacional.

| Tratamento de roupas | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| Mau | 1 | 2,5 |
| Satisfatório | 16 | 40,0 |
| Muito bom | 2 | 5,0 |
| Não tem | 18 | 45,0 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 61 – Grau de satisfação com serviços – tratamento de roupas.

| Socialização | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Satisfatório | 14 | 35,0 |
| Muito bom | 23 | 57,5 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 62 – Grau de satisfação com serviços – socialização.

Os quadros que se seguem contêm os resultados obtidos sobre o grau de satisfação dos inquiridos com a organização e funcionalidade dos serviços prestados.

| Pontualidade | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Mau | 2 | 5,0 |
| Satisfatório | 23 | 57,5 |
| Muito bom | 12 | 30,0 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 63 – Avaliação da funcionalidade dos serviços - pontualidade.

| Adequação | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Mau | 2 | 5,0 |
| Satisfatório | 21 | 52,5 |
| Muito bom | 14 | 35,0 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 64 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – adequação às necessidades básicas.

| Tempo | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Mau | 4 | 10,0 |
| Satisfatório | 20 | 50,0 |
| Muito bom | 13 | 32,5 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 65 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – tempo utilizado na prestação dos cuidados.

| Custo | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Mau | 8 | 20,0 |
| Satisfatório | 26 | 65,0 |
| Muito bom | 3 | 7,5 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 66 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – custo associado aos cuidados prestados.

| Colaboradoras | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Mau | 2 | 5,0 |
| Satisfatório | 18 | 45,0 |
| Muito bom | 17 | 42,5 |
| Não sabe/responde | 3 | 7,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Quadro 67 – Avaliação da funcionalidade dos serviços – prestação das colaboradoras.

2.2 – Colaboradoras SAD

A seguir apresenta-se os dados obtidos sobre a caracterização sociodemográfica, a caracterização académica e profissional das prestadoras de cuidados, assim como a sua opinião sobre a estrutura do SAD.

Grupo 1 - Média de idades e as idades das inquiridas.

| Idade Média | Nº de participantes |
|-------------|---------------------|
| 42,20 | 5 |

Quadro 68 – Média de idades.

| Idade | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|--------------|
| 37 | 1 | 20,0 |
| 39 | 1 | 20,0 |
| 43 | 1 | 20,0 |
| 46 | 2 | 40,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 69 – Caracterização em função da idade.

| Habilitações literárias | Frequência | Percentagem |
|-------------------------|------------|--------------|
| Preparatório incompleto | 1 | 20,0 |
| Secundário completo | 4 | 80,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 70 – Caracterização em função das habilitações literárias.

Grupo 2 - Caracterização profissional, das inquiridas.

| Formação profissional | Frequência | Percentagem |
|-----------------------|------------|-------------|
| Sim | 5 | 100,0 |

Quadro 71 – Frequência de formação profissional.

| Iniciativa própria | Frequência | Percentagem |
|--------------------|------------|--------------|
| Sim | 2 | 40,0 |
| Não | 3 | 60,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 72 – Frequência de formação profissional por iniciativa das inquiridas.

| Promovida pela entidade patronal | Frequência | Percentagem |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Sim | 5 | 100,0 |

Quadro 73 – Frequência de formação profissional por iniciativa da entidade patronal.

| Outras profissões | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|--------------|
| Sim | 4 | 80,0 |
| Não | 1 | 20,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 74 – Outras profissões exercidas.

| Início atividade | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|--------------|
| 1996 | 1 | 20,0 |
| 1998 | 1 | 20,0 |
| 1999 | 1 | 20,0 |
| 2000 | 2 | 40,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 75 – Início de atividade na CCNSC.

| Outras funções | Frequência | Percentagem |
|----------------|------------|--------------|
| Sim | 4 | 80,0 |
| Não | 1 | 20,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 76 – Outras funções exercidas dentro da CCNSC.

Avaliação feita pelas inquiridas ao serviço:

| Necessidades utentes | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|--------------|
| Razoável | 3 | 60,0 |
| Bom | 2 | 40,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 77 – Avaliação do SAD – necessidades básicas.

| Tempo disponível | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|--------------|
| Razoável | 3 | 60,0 |
| Bom | 2 | 40,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 78 – Avaliação do SAD – disponibilidade prestação dos cuidados.

| Adequação nº de colaboradoras | Frequência | Percentagem |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Razoável | 3 | 60,0 |
| Bom | 2 | 40,0 |
| Total | 5 | 100,0 |

Quadro 79 – Avaliação do SAD – número de colaboradoras.

3. Discussão de resultados

3.1 – Utentes

Os dados obtidos sobre os beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário demonstram que o género feminino está em maior número, facto algo previsível uma vez que o índice taxa de mortalidade masculina (INE, indicadores demográficos) é superior ao feminino.

Relativamente à idade, existe uma larga variedade de idades, o utente mais novo tem 45 anos e o utente mais idoso tem 95, sendo a média total de idades 74,65 anos.

No que respeita ao estado civil, a maioria dos utentes são viúvos(as), no entanto existem 3 casos de separação/divórcio, tratando-se estas situações dos utentes mais jovens.

A ocupação laboral enquanto pessoas ativas mais mencionada foi a agricultura, o que se justifica pela realidade geográfica do concelho ser maioritariamente rural no presente, e mais ainda no passado e também por ser uma ocupação passível de ser executada por ambos os sexos. Não deixa de ser curioso os inquiridos do sexo feminino mais idosas, mencionarem o trabalho rural como ocupação enquanto ativas, uma vez que a lide da casa e a educação dos filhos também ser da sua responsabilidade, tal posição poderá explicar-se pelo facto de, efetivamente, a maior parte das horas serem passadas no campo, inclusive com as crianças. Alguns dos homens referiram também a construção civil como última atividade profissional.

Quanto à naturalidade e residência atual, verifica-se que a maioria dos inquiridos nasceram em meio rural, o que também ajuda a justificar os resultados da variável de profissão, no entanto a maioria reside atualmente em meio urbano. No contexto geográfico deste estudo, é considerado como meio urbano a vila de Ponte de Lima. Esta mudança de residência justifica-se com a proximidade dos filhos e, noutros casos, com a necessidade de ter mais acessibilidade a equipamentos, como clínicas, hospital, centro de saúde, etc. Outro dado curioso, é o facto de uma maioria dos inquiridos, apesar de provenientes do meio rural, ter frequentado a ensino primário. O largo espetro de idades dos inquiridos é uma explicação para estes resultados.

Relativamente aos resultados sobre o agregado familiar dos utentes, sabe-se que a sua maioria vive sozinha. Dos que vivem em agregado, tem como componente principal apenas o cônjuge, e em alguns casos os filhos. Sobre a situação laboral dos componentes do agregado familiar (inquirido excluído), uma vez que se trata principalmente dos cônjuges com mais de 65 anos, esta é uma situação de reforma. Nos casos em que vivem conjuntamente com os filhos, a situação é principalmente, de desemprego.

Quando inquiridos se recebiam cuidados de cuidadores informais, apenas uma pequena parte referiu ser cuidado extra serviços institucionais. Nesses casos, os cuidadores informais caracterizam-se como sendo do sexo feminino, familiares próximos dos utentes (filhos/as), residem com o utente, estão desempregados pelo que prestam cuidados com frequência diária e uma média de idades de 55,15anos. Estes cuidados justificam-se uma vez que o serviço de apoio domiciliário cobre poucas horas do dia. Sobre a antiguidade dos cuidados, grande parte dos inquiridos não soube responder, tal prende-se com a relação familiar entre as partes que limita uma data consciente de início dos cuidados.

No tópico caracterização de habitação, os resultados demonstram que a maioria dos utentes reside em habitação própria, uma pequena percentagem reside em habitação social. Residem em habitação com um piso, ou mais, com uma média de 2 quartos e acessíveis por meio de escadas, o que pode dificultar a mobilidade dos utentes. Quase todos os inquiridos usufruem de infraestruturas móveis promotoras de conforto básico, no entanto, poucos possuem qualquer tipo de aquecimento e telefone, dependendo de terceiros utilizar as telecomunicações, familiares, vizinhos ou no café/mercearia. Quando se pretendeu avaliar o possível isolamento dos inquiridos, em função da proximidade de locais de referência para o seu quotidiano, chegou-se à conclusão que poucos residem a uma distância de 20minutos ou mais (por automóvel). Os resultados demonstraram que equipamentos institucionais como os CTT, a segurança social, hospital e centro de saúde se encontram centralizados na vila, estando mais acessíveis a utentes residentes na vila e arredores, enquanto farmácias, cafés e mercearias estão mais espalhados pelas aldeias, aliás, café e mercearia, muitas vezes estão concentrados num só espaço.

Os resultados motivacionais da requisição do SAD demonstram que foram quase sempre terceiros (familiares) quem tomou a iniciativa, sendo a motivação falta de disponibilidade para cuidar dos utentes durante todo o dia. Relativamente ao tempo de vinculação dos inquiridos ao serviço, a maioria aderiu em 2004 ou antes, o que demonstra um constante decréscimo da procura, com um ligeiro aumento em 2013.

Os resultados sobre os serviços prestados dizem que o serviço com maior procura é a alimentação, sendo que todos que a recebem usufruem desta, todos os dias da semana., dos poucos utentes que recebem a higiene pessoal, recebem-na de segunda a sexta – feira, apenas 3 a recebem também ao fim de semana, uma vez serem utentes vindos do extinto ADI, serviço que era prestado igualmente nesses dias. A maior parte dos inquiridos que têm higiene habitacional recebem-na uma vez por semana. A maioria usufrui de tratamento de roupas e todos eles usufruem do serviço de socialização, pois este está relacionado com o contacto direto colaboradoras/utente. Poucos recebem serviços ocasionais, sendo considerados como tal aquisição de bens, marcação de exames e consultas, levantamento de exames, etc.

Sobre o grau de satisfação com os serviços prestados dois deles foram mencionados como Muito Bom – alimentação e socialização, demonstrando a sua satisfação com as refeições recebidas e o relacionamento com as colaboradoras, sendo os restantes serviços considerados como razoáveis. Ainda sim, nas questões abertas deste grupo foi referido algum desagrado com o tratamento das roupas, devido a atrasos de entrega e perda de itens. Os resultados sobre o grau de satisfação sobre a adequação estrutural dos serviços às suas necessidades básicas, apenas o nº de colaboradoras a prestar cuidados foi referido como Muito Bom, mais uma vez, o contacto pessoal no topo das preferências. Na adequação do tempo utilizado nos cuidados às suas necessidades, os participantes referiram na questão aberta, “elas vão embora a correr”, ou seja, não será tanto o tempo despendido no serviço, mas o tempo não despendido fazendo companhia ao utente. Na adequação às necessidades entenderam ser na sua generalidade, adequada, sendo que alguns mencionaram na questão aberta, esperar uma higiene habitacional mais profunda, e outros entendem não necessitar de higiene pessoal tão minuciosa! A questão abordada com mais reservas, foi a adequação custo – serviços, sendo queixa comum o valor das reformas. Tanto neste grupo de questões, como no anterior, 3 participantes optaram por não responder.

Na questão aberta, sobre em que medida a qualidade de vida aumentou desde que lhes é prestado o SAD, a maior parte dos inquiridos referiu ter melhorado bastante devido ao

apoio na execução de tarefas que sozinhos já não conseguiam desenvolver, assim como conforto de uma refeição completa quente, diária, a horas certas.

3.2 - Colaboradoras

Do universo total (8) de Ajudantes Familiares Domiciliárias do SAD da CCNSC, apenas 5 decidiram participar nos inquéritos por questionário. Esta amostra representa uma percentagem demasiado pequena para que se possa fazer uma caracterização fidedigna dessa população alvo, ainda assim, entende-se importante descrever os resultados obtidos no estudo bem como fazer uma breve discussão sobre os mesmos. Os resultados obtidos demonstram que a idade média das Ajudantes Familiares Domiciliárias é 42 anos.

Relativamente à sua caracterização em função do percurso académico, todas frequentaram o ensino até ao 12º ano de escolaridade e todas frequentaram ações de formação profissional, sendo que em 2 casos receberam formações por iniciativa própria e promovidas pela entidade patronal, enquanto nas restantes, a formação frequentada limitou-se há que foi promovida pela instituição empregadora. As ações de formação mencionadas em questão aberta foram: Primeiros socorros; Higiene e segurança no trabalho; Apoio à comunidade; Ética profissional e legislação laboral; Higiene da pessoa idosa no domicílio; Geriatria e cuidados humanos; Saúde da pessoa idosa e Cuidadores de doentes de Parkinson. Sendo possível concluir a frequência geral de formação profissional na área profissional exercida atualmente.

Sobre o percurso profissional das inquiridas, quase todas já exerceram outras profissões nas seguintes áreas: turismo, costura, serviços, restauração, serviços administrativos, indústria e comércio. Por períodos que vão desde meses a 18 anos. Iniciaram a sua atividade profissional na CCNSC em períodos diferentes, entre os anos de 1996 e 2000, e dentro da mesma instituição já executaram funções de auxiliares de serviços gerais nos setores da lavandaria, cozinha, refeitório e limpeza, este facto demonstra a possibilidade de subida de categoria à medida que foram sendo criadas novas equipas de Apoio Domiciliário. Apenas uma inquirida entrou diretamente para o Serviço de Apoio Domiciliário, em 1996, coincidindo com a criação desse serviço.

Sobre a opinião das participantes relativamente à estrutura e organização do SAD todas as alíneas foram avaliadas como maioritariamente razoável.

Na última questão aberta, as respostas foram variadas, sendo as sugestões de melhoria do serviço as seguintes:

- o serviço já cumpre os objetivos e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e familiares contribuindo para o seu bem estar;
- o serviço beneficiaria se fosse alargado a atividades de lazer e a entrega de 3 refeições diárias;
- crítica construtiva à atualização organizativa por rotas, apontando como vantagem, a igualdade de condições de trabalho no terreno, e como desvantagem a descontinuidade de métodos de trabalho, incluindo falta de trabalho de equipa de mês para mês
- apontamento à possível pouca dedicação ao utente, sugestão de efetuar mais visitas diárias aos utentes e alargamento dos serviços, nomeadamente acompanhamento a consultas médicas.

3.3 – Conclusão e limitações do estudo

Pode-se, finalmente concluir sobre o SAD da CCNSC que, ao longo dos seus 18 anos de existência tem sofrido várias transformações em consequência da realidade socioeconómica e das políticas sociais. Após um período inicial de, sensivelmente 10 anos em que o crescimento foi constante, mas pouco se fez para dinamizar o serviço, verificou-se um declínio gradual da procura, inicialmente pelo aumento de novas instituições e valências, mais recentemente, devido à conjuntura socioeconómica nacional e às medidas sociais governamentais. A “conhecida” crise provocou desemprego, muitos familiares de pessoas idosas passaram a ficar em casa e a cuidar dos seus familiares igualmente, tem-se verificado um retorno à prática do cuidador informal em troca de pagamento, de forma ilegal, como meio de sustento. O desemprego dos mais jovens também provocou a que alguns idosos tenham de disponibilizar parte das suas reformas para os ajudar financeiramente, a fraca situação económica da maior parte dos idosos, mais o grande número de ofertas institucionais na região, tudo tem influenciado para a diminuição da procura do serviço, passando-se de

uma lista de espera para o serviço a uma situação de, menos utentes na valência do que está contemplado no último Acordo de Cooperação. Além disso, as políticas mais recentes, nomeadamente a extinção do ADI, a nova tabela de participações financeiras, maior rigor nas exigências de funcionalidade do SAD têm contribuído para uma realidade de luta diária para manter o serviço em funcionamento na instituição.

O grande desafio futuro poderá estar na dinamização do SAD, na maior abrangência de serviços como forma de resposta a mais necessidades, na consciencialização geral da importância de uma valência que respeita a individualidade de cada um, que cuida a pessoa no seu espaço, sem a desenraizar ou fragilizar mais. Esta consciencialização deve ser transversal a todos os intervenientes, pois só compreendendo a essência e a importância do Serviço de Apoio Domiciliário se conseguirá mantê-lo em funcionamento e melhorar.

Como referido na Introdução, a escolha da temática do estudo deveu-se essencialmente à ligação profissional à CCNSC e ao seu Apoio Domiciliário. A ligação existente à 3ª idade e a este serviço específico não se limita à vulgar troca trabalho/remuneração, mais do que isso, tem sido parte constituinte de crescimento pessoal, é uma forma de estar na vida e em sociedade. A valorização do envelhecimento, da pessoa idosa, em todas as suas dimensões é, acima de tudo homenagear a vida. Neste sentido, as limitações de cariz documental, na execução deste estudo, são compensadas com a prática diária e o conhecimento de causa, do conhecimento interior do SAD.

4. Considerações finais

Como abordagem final deste estudo, será feita uma breve alusão à Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid, Abril de 2002): “ As potencialidades das pessoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, permitindo que a sociedade conte cada vez mais com as competências, experiência e sabedoria dos idosos para que se aperfeiçoem por iniciativa própria e contribuam ativamente para o aperfeiçoamento da sociedade em geral” (*cit. in* Comunicado de Imprensa de Informação Pública da ONU, 2002).

É necessário que governos e a sociedade civil tomem consciência definitiva da verdadeira situação demográfica atual, sob um ponto de vista construtivo e positivo, o envelhecimento não é um problema, mas uma conquista, assim, deve ser dada prioridade a políticas de envelhecimento e cooperação intergeracional, pois as pessoas idosas representam a ligação entre o passado, o presente e o futuro. Nesta linha de pensamento, o futuro passa por garantir um envelhecimento ativo, por meio da promoção de estilos de vida saudáveis, de acesso aos serviços, de investimento nos serviços sociais e da proteção dos direitos das pessoas idosas.

Faz todo o sentido, cada vez mais, privilegiar o envelhecimento em casa, fazendo do Serviço de Apoio Domiciliário a resposta social por excelência, no que respeita ao princípio da manutenção do idoso no seu domicílio.

O SAD atual e mais ainda, o SAD do futuro será influenciado pelas necessidades de uma população envelhecida, mas também mais instruída, mais ciente dos seus direitos, com maior acesso a cuidados de saúde, consequentemente com maior esperança de vida, e também mais exigente no que concerne à abrangência e qualidade dos serviços prestados. Por todas estas razões prevê-se a contínua mutação do apoio domiciliário como forma de se adequar ao progresso e exigências dos seus beneficiários. É vital que as políticas sociais e as instituições se predisponham a acompanhar qualitativamente esse progresso, com os objetivos da satisfação de necessidades, da promoção da autonomia e da construção de uma sociedade mais equilibrada.

Referências bibliográficas

Barata, Óscar Soares (2007). *Introdução às Ciências Sociais*. Lisboa, Bertrand Editora

Berger, Louise e Mailloux-Poirier, Danielle (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta

Carneiro, Roberto “et alii” (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Relatório Final*. Lisboa, Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

Disponível em <http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento-populacao.pdf>

(Consultado a 25/03/2014)

Casa de Caridade Nossa Sra. da Conceição (2012). *Regulamento Interno de funcionamento Serviço de Apoio Domiciliário*. Ponte de Lima, Edição da Casa de Caridade Nossa Sra. da Conceição

Comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU (2002). *Segunda Assembleia Mundial sobre envelhecimento conclui em Madrid: Aprova plano de ação e declaração política*. Centro de Informação da ONU em Portugal

Correia, J. Martins (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa, Universidade Aberta

Departamento Social do Município de Ponte de Lima. (2013) *Diagnóstico Social do Concelho de Ponte de Lima*. Disponível em: <http://www.cm-pontedelima.pt>

(Consultado a 05/05/2014)

Engenheiro, Sílvia Pimentinha Ferreira (2008). Tese de mestrado. *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3382/2/PDF%20Disserta%C3%A3o%20MPS.pdf>

(Consultado em 06/04/2014)

Ferreira, Salete (2002). Tese de mestrado. *O Prestador Informal de Cuidados À Pessoa Idosa Alvo de Apoio Domiciliário Integrado*. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.

Disponível

em

<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/584/1/Tese%20de%20Mestrado%20para%20publicar.pdf>

(Consultado a 15/04/2014)

Instituto da Segurança Social, I.P. (2013). *Guia Prático, Apoios Sociais – Idosos*. Instituto da Segurança Social I.P. Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos

(Consultado a 24/04/2014)

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas.- Revista de Estudos Demográficos*. INE

Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=ine&xpigd=ine_estudos

(Consultado a 23/04/2014)

Lessard – Hébert, Michelle “*et alii*” (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Éditions d’ARC inc.

Morais, Adelino Tito de (2008). *120 Anos do Lar N^a S^a Da Conceição*. Ponte de Lima, Edição da Casa de Caridade Nossa Senhora da Conceição

Oliveira, Laura Maria Alves (2007). Tese de mestrado. *Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário: A dinâmica entre necessidades e serviços*. Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3266/1/2007001123.pdf>

(Consultado a 06/04/2014)

Paúl, Constança e Fonseca, António M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa, CLIMEPSI Editores

Saraiva, Marco Paulo Morais (2013). Projeto de Graduação. *Pessoas Institucionalizadas e seus graus de (in)satisfação pessoal.* Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Silva, Augusto Santos e Pinto, José Madureira. *Metodologia das Ciências Sociais.* Biblioteca das Ciências do Homem.

Stuart – Hamilton, Ian (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução.* S. Paulo, Brasil, Artmed

ANEXOS

ANEXO I

Enquadramentos Legais

Serviço de Apoio Domiciliário

Decreto –Lei nº99/2011, de 28 de Setembro

Altera o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, regulado pelo Decreto – Lei nº64/2007, de 14 de março, contemplando os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento previstos no Decreto –Lei nº 92/2010, de 26 de julho, e atualiza as remissões e referências legislativas constantes do Decreto – Lei nº 64/2007, de 14 de março.

Decreto- Lei nº64/2007, de 14 de Março

Define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços dos estabelecimentos de apoio social.

Portaria nº 38/2013, de 30 de Janeiro

Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, e revoga o Despacho Normativo nº 62/99, de 12 de novembro que aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário.

Decreto-Lei nº 141/89, de 28 de Abril

Define as condições de exercício e o regime de proteção social da atividade que, no âmbito da ação social realizada pela Segurança Social ou por outras entidades, é desenvolvida por ajudantes familiares.

Circular normativa nº3, de 97/05/02 da Ex-direcção Geral de Ação Social

Define o Modelo de Regulamento das Comparticipações dos Utentes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS:

Circular normativa nº 7, de 97/08/14 da Ex-direcção Geral de Ação Social

Interpretação da Circular nº3, de 97/05/02.

Centro de dia

Decreto –Lei nº99/2011, de 28 de Setembro

Altera o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, regulado pelo Decreto – Lei nº64/2007, de 14 de março, contemplando os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento previstos no Decreto –Lei nº 92/2010, de 26 de julho, e atualiza as remissões e referências legislativas constantes do Decreto – Lei nº 64/2007, de 14 de março.

Decreto- Lei nº64/2007, de 14 de Março

Define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços dos estabelecimentos de apoio social.

Despacho do MESS de 03/08/1993

Estabelece as normas reguladoras das comparticipações dos utentes/famílias pela utilização de serviços e equipamentos sociais integrados orgânicos e funcionalmente nos centros distritais de solidariedade e segurança social.

Circular normativa nº3, de 97/05/02 da Ex-direcção Geral de Ação Social

Define o Modelo de Regulamento das Comparticipações dos Utentes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS:

Circular normativa nº 7, de 97/08/14 da Ex-direcção Geral de Ação Social

Interpretação da Circular nº3, de 97/05/02.

Centro de Noite

Portaria nº 96/2013, de 4 de Março

Estabelece as condições de instalação e funcionamento do centro de noite.

Acolhimento familiar para pessoas idosas

Despacho Conjunto nº 727/99, de 23 de Agosto

Estabelece as condições de formação para as famílias de acolhimento para pessoas idosas e pessoas adultas com deficiência.

Decreto – Lei nº 391/91, de 10 de Outubro

Disciplina o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência.

Estrutura residencial para pessoas idosas

Portaria nº 67/2012, de 21 de Março

Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas.

Despacho nº7837/2002, de 16 de Abril

Licenciamento e fiscalização dos lares para pessoas idosas.

Despacho nº9400/2001 do SESS, de 4 de Maio de 2001

Condições e atribuição às Instituições das comparticipações adicionais previstas na norma VII dos protocolos de cooperação para 2001, celebrados entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade e a União das IPSS, a União das Misericórdias e a União da Mutualidades Portuguesas, relativas aos lares de idosos.

Despacho do MESS de 03/08/1993

Estabelece as normas reguladoras das comparticipações dos utentes/famílias pela utilização de serviços e equipamentos sociais integrados orgânicos e funcionalmente nos centros distritais de solidariedade e segurança social.

Circular normativa nº3, de 97/05/02 da Ex-direcção Geral de Ação Social

Define o Modelo de Regulamento das Comparticipações dos Utentes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos sociais das IPSS:

Circular normativa nº 7, de 97/08/14 da Ex-direcção Geral de Ação Social
Interpretação da Circular nº3, de 97/05/02.

Anexo II

Questionário a Utentes

Serviço de Apoio Domiciliário - Utentes

Data:

1 - Dados Sociodemográficos

Idade: anos

Sexo: Feminino

Masculino

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Separ./Divor.
 União de facto

Profissão: _____

a) Naturalidade e Residência

Naturalidade:

Residência:

b) Grau de Escolaridade

Não frequentou escola

Não frequentou escola mas
sabe ler e/ou escrever/assinar

Ensino Primário
Completo
Até ao ____ ano

Ensino Preparatório
Completo
Até ao ____ ano

Ensino Secundário
Completo
Até ao ____ ano

Ensino Universitário
Completo
Até ao ____ ano

Serviço de Apoio Domiciliário - Utentes

:

2 – Caracterização Individual e do agregado

O utente vive: Sozinho Em agregado

a) Agregado Familiar

| Género | Idade | Parentesco | Profissão |
|--------|-------|------------|-----------|
| Utente | ----- | ----- | ----- |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b) Cuidadores Informais¹

| Género | Idade | Parentesco | Vive com o utente | | Profissão | Periodicidade dos Cuidados | Antiguidade dos cuidados |
|--------|-------|------------|-------------------|-----|-----------|----------------------------|--------------------------|
| | | | Sim | Não | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Serviço de Apoio Domiciliário - Utentes

| c) Características e Condições habitacionais | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Água canalizada | <input type="radio"/> | Fogão | <input type="radio"/> | | |
| Luz | <input type="radio"/> | Frigorífico | <input type="radio"/> | | |
| Rede de esgotos | <input type="radio"/> | Esquentador | <input type="radio"/> | | |
| Gás | <input type="radio"/> | TV / Rádio | <input type="radio"/> | Escadas | <input type="radio"/> |
| Aquecimento | <input type="radio"/> | Telefone/ telemóvel | <input type="radio"/> | Elevador | <input type="radio"/> |

Serviço de Apoio Domiciliário - Utentes

4 – Serviço de Apoio Domiciliário

| a) Motivação para o pedido | |
|--|-----------------------|
| Pedido efetuado pelo próprio | <input type="radio"/> |
| Porque vive só | <input type="radio"/> |
| Porque tem dificuldades de mobilidade | <input type="radio"/> |
| Porque necessita de apoio para executar tarefas .. | <input type="radio"/> |
| Outro _____ | <input type="radio"/> |
| Pedido efetuado por terceiros | <input type="radio"/> |
| Porque não são cuidadores informais do utente | <input type="radio"/> |
| Porque não têm disponibilidade para cuidar | <input type="radio"/> |
| Porque vive distante do utente | <input type="radio"/> |
| Outro _____ | <input type="radio"/> |

Data de início do serviço:

| b) Serviços Prestados / Periodicidade | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|----------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| Serviços | Ocasional | 1 dia / semana | 2 ou 3 dias / semana | 5 dias / semana | 7 dias / semana |
| Alimentação | | | | | |
| Higiene Pessoal | | | | | |
| Higiene Habitacional | | | | | |
| Tratamento de Roupas | | | | | |
| Socialização | | | | | |
| Outras: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Serviço de Apoio Domiciliário - Utentes

| c) Grau de Satisfação / Serviços Prestados | | | |
|---|--------------------|--------------|-----------|
| Serviços Prestados | Grau de Satisfação | | |
| | Mau | Satisfatório | Muito Bom |
| Alimentação: O que modificaria no serviço? | | | |
| Higiene Pessoal O que modificaria no serviço? | | | |
| Higiene Habitacional O que modificaria no serviço? | | | |
| Tratamento Roupas O que modificaria no serviço? | | | |
| Socialização O que modificaria no serviço? | | | |

| d) Grau de Satisfação / Funcionalidade dos Serviços | | | |
|---|--------------------|--------------|-----------|
| Características Funcionais | Grau de Satisfação | | |
| | Mau | Satisfatório | Muito Bom |
| Pontualidade serviços | | | |
| Resposta às necessidades | | | |
| Tempo utilizado nos cuidados | | | |
| Custo adequado ao serviço | | | |
| Número de colaboradoras adequado aos serviços | | | |

e) Em que medida o Serviço de Apoio Domiciliário melhorou a sua vida?

3

³ São aqui considerados cuidadores informais, todas as pessoas que prestem cuidados básicos ao utente, sem nenhuma ligação a empresa ou instituição.

² A localização da habitação, é considerada em função do meio de transporte utilizado e do tempo gasto, no percurso entre a mesma e locais de relevante importância para o utente.

Anexo III
Questionário a Colaboradoras

Serviço de Apoio Domiciliário – Colaboradoras

Data:

1 - Dados Sociodemográficos

Idade: anos

c) Habilitações Literárias

| | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Ensino Primário | | Ensino Secundário | |
| completo | <input type="radio"/> | completo | <input type="radio"/> |
| até ao ____ano | <input type="radio"/> | até ao ____ano | <input type="radio"/> |
| Ensino Preparatório | | Ensino Universitário | |
| completo | <input type="radio"/> | completo | <input type="radio"/> |
| até ao ____ano | <input type="radio"/> | Curso _____ | <input type="radio"/> |
| | | até ao ____ano | <input type="radio"/> |

2 – Caracterização Profissional

a) Formação Profissional

Frequência de Formação Profissional Sim Não

- Se sim, indique o(s) curso(s)

frequentado(s) _____

—

- Formação Profissional obtida por iniciativa própria

- Formação Profissional promovida pela entidade patronal

Serviço de Apoio Domiciliário – Colaboradoras

| b) Percurso Profissional | |
|---|---|
| Já exerceu outras profissões? - Se respondeu Sim, quais e por quanto tempo? | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> |
| Profissão | Tempo de atividade |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Em que ano iniciou atividade na Instituição _____ | |
| Já exerceu outras funções dentro da Instituição? - - Se respondeu Sim, quais e por quanto tempo? | Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> |
| Função | Tempo de atividade |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Serviço de Apoio Domiciliário – Colaboradoras

3 – Opinião sobre o SAD

| Características do Serviço de Apoio Domiciliário | | | | |
|--|-----|----------|-----|-----------|
| a) Como avalia Serviço de Apoio Domiciliário face às necessidades dos utentes? | | | | |
| Muito Mau | Mau | Razoável | Bom | Muito Bom |
| | | | | |

Se marcou Mau e Muito Mau, procure explicar _____

| | | | | |
|---|-----|----------|-----|-----------|
| b) Como avalia o tempo disponível para os cuidados necessários ao utente? | | | | |
| Muito Mau | Mau | Razoável | Bom | Muito Bom |
| | | | | |

Se marcou Mau e Muito Mau, procure explicar _____

| | | | | |
|---|-----|----------|-----|-----------|
| c) Como avalia a adequação do número de colaboradoras aos serviços necessários? | | | | |
| Muito Mau | Mau | Razoável | Bom | Muito Bom |
| | | | | |

Se marcou Mau e Muito Mau, procure explicar _____

Se pudesse melhorar o SAD em qualquer aspeto, o que melhoraria e porquê?

Obrigada pela colaboração.