

Adélia Cecília Fernandes de Jesus

**O Serviço de Apoio Domiciliário na Santa
Casa da Misericórdia de Gondomar**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Adélia Cecília Fernandes de Jesus

**O Serviço de Apoio Domiciliário na Santa
Casa da Misericórdia de Gondomar**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Adélia Cecília Fernandes de Jesus

O Serviço de Apoio Domiciliário na Santa Casa da Misericórdia de Gondomar

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Licenciatura em Serviço Social.

Índice

Introdução	1
Capítulo I.....	2
Fundamentação Teórica e Metodológica	2
1. <i>O Envelhecimento</i>	3
2. <i>Solidão e isolamento social</i>	7
3. <i>O Serviço de Apoio Domiciliário na Vida do Idoso</i>	9
4. <i>Metodologia de Investigação – Ação Participativa.....</i>	13
Capítulo II	15
Caracterização Institucional.....	15
1. <i>Caracterização da Santa Casa de Gondomar</i>	16
2. <i>Caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário na Santa Casa de Gondomar</i>	22
Capítulo III.....	31
Projeto de Intervenção	31
1. <i>Diagnóstico do Serviço de Apoio Domiciliário</i>	32
2. <i>Proposta de Reestruturação do Serviço de Apoio Domiciliário</i>	36
Conclusão.....	41
Documentos Institucionais da Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar:	45
Anexos	46
Guião da Entrevista	47

Índice Gráficos

Gráfico 1 – Número total de clientes por resposta social e número total de agregados familiares por programas de apoio comunitário.	22
Gráfico 2 – Distribuição etária dos clientes do SAD em dezembro de 2015.	24
Gráfico 3 – Distribuição geográfica dos clientes do SAD pelas diferentes freguesias do concelho de Gondomar.	25
Gráfico 4 – Distribuição dos clientes do SAD tendo em consideração o grau de dependência.	25
Gráfico 5 – Número de serviços prestados aos clientes do SAD em Dezembro de 2015.	28
Gráfico 6 – Motivos de integração dos clientes na resposta social de SAD.	33
Gráfico 7 – Propostas de serviços a implementar na resposta social de SAD.	34

Índice Tabelas

Tabela 1 – Distribuição do número de clientes em Acordo de Cooperação pelos equipamentos sociais	23
Tabela 2 – Distribuição dos clientes do SAD por problemas de saúde	26
Tabela 3 – Número de colaboradoras por cada equipa do SAD	27
Tabela 4 – Percentagens aplicadas para cada serviço do SAD na Misericórdia de Gondomar	29
Tabela 5 – Proposta de percentagens da União das Misericórdias Portuguesas	29
Tabela 6 – Alargamento do serviço de Alimentação para o Fim de Semana	39
Tabela 7 – Alargamento do serviço de higiene pessoal	39

Índice de Abreviaturas

GAMP – Grande Área Metropolitana do Porto

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

INE – Instituto Nacional de Estatística

A.F. – Agregados Familiares

ISS, IP – Instituto da Segurança Social

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito do estágio curricular da Licenciatura de Serviço Social da Universidade Fernando Pessoa (doravante, UFP).

O estágio decorre na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar, mais precisamente no Serviço de Apoio Domiciliário (doravante, SAD) e tem como objetivo fornecer uma perspetiva crítica acerca do seu funcionamento e esboçar uma proposta de reestruturação desta resposta social.

A escolha do tema de estágio prende-se com o facto de a estagiária intervir diretamente neste contexto profissional. Surgiu também da necessidade de obtenção de conhecimentos especializados que levantou o véu para a reflexão da práxis diária do funcionamento desta resposta social e da forma como esta vai de encontro às necessidades dos seus clientes.

O presente relatório encontra-se organizado em três partes. No capítulo I é feito o enquadramento teórico onde nos iremos debruçar em temáticas como o envelhecimento; a solidão e o isolamento social; o serviço de apoio domiciliário na vida da pessoa idosa e a ética no serviço social e no envelhecimento. No capítulo II procede-se à caracterização sumária do concelho de Gondomar, à caracterização da Instituição e, mais pormenorizadamente, do Serviço de Apoio Domiciliário. No capítulo III, realiza-se uma abordagem avaliativa do SAD e tecem-se algumas considerações para um possível projeto de reestruturação desta resposta social.

Em última análise pretende-se que este trabalho constitua um ponto de partida para a implementação de uma resposta alargada e diversificada, podendo esta contar com uma maior e melhor rede de técnicos, colaboradores e serviços diários em cada domicílio, sem que, para isso, tenha de recorrer a outras respostas, nomeadamente, à institucionalização da pessoa idosa.

É, segundo este mote, que esta reflexão se orienta: a promoção para a efetiva implementação de um leque diversificado de serviços em conformidade com as necessidades básicas de cada cliente, adequando cada vez mais o serviço prestado (ou a prestar) ao cliente e não ter de ser o cliente a adequar o seu horário, as suas rotinas, a sua individualidade ao serviço de que necessita.

Capítulo I
Fundamentação Teórica e
Metodológica

1. O Envelhecimento

O envelhecimento foi desde sempre um motivo de reflexão nas diferentes sociedades. Na atualidade, o acentuado aumento da população idosa é a principal razão para vários autores se debruçarem sobre este tema e tentarem perceber as origens e causas centrais deste fenómeno. A verdade é que não conseguimos encontrar uma definição que seja, efetivamente, correta para explicar o que é o envelhecimento, mas ao longo do tempo vão surgindo várias perspetivas de diferentes autores que se vão completando.

Definir alguns indicadores que determinem a idade para se ser idoso ou se entrar na velhice é uma tarefa muito complicada, uma vez que tudo isso varia de cultura para cultura, bem como de tempo para tempo. Por exemplo, é o que acontece quando se diz que a passagem para a reforma determina a entrada na velhice, mas a verdade é que a idade da reforma varia consoante as profissões, os países, os sistemas sociais e as épocas históricas (Paúl & Fonseca, 2005), daí não poder ser um fator determinante. Os mesmos autores (2005, p. 16) referem que:

“os 65 anos também há muito que deixaram de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice, optando atualmente por considerar a existência de múltiplas idades possíveis de transição idade adulta-velhice, ou de forma mais correta ainda, a existência de processos de envelhecimento individuais e diferenciados de pessoa para pessoa, em linha com as trajetórias desenvolvimentais a que cada um esteve sujeito ao longo da sua vida”.

Desta forma, consegue-se perceber que, de facto, não é fácil apontar um momento que determine a entrada na velhice e as recentes transformações sociais têm tornado a tarefa de concretizar o que é envelhecer ainda mais difícil, bem como determinar os factos e acontecimentos que levam ao envelhecimento (Oberg, Narvanen, Nasman e Olsson, 2004, cit. In. por Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo Paúl (2005) a Gerontologia começou a conseguir algum estatuto a partir da década de 80, visto que começaram a surgir os primeiros livros com a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre o envelhecimento e o idoso.

Para Manós (2002) quando se fala em envelhecimento fala-se numa diminuição da capacidade de adaptação aos novos estádios biológicos que limitam qualquer atividade normal. Este mesmo autor (2002) reflete sobre dois fatores: os fatores biológicos e os sociais. No que diz respeito aos aspetos biológicos sabe-se que o organismo das pessoas

vai sofrendo várias transformações que vão afetando, tanto o aspeto físico como a capacidade intelectual. Quanto aos fatores sociais o autor refere que a sociedade acaba por discriminar os idosos pelo seu estado de velhice, vendo-os como pessoas em decadência, inúteis e assexuadas. Manós (2002, p. 27) refere que “a velhice está socialmente desprestigiada e subestimada (...) tão pouco a pessoa que envelhece consegue ver como um estado positivo”.

Segundo Robert (1995, p.17) “o aumento da esperança média de vida observado desde meados do século XX parece, finalmente, acelerar este processo”. Partilhando a mesma perspetiva Robert (1995, p.17) menciona que, de facto, é uma tarefa difícil atribuir uma definição exata daquilo que é o envelhecimento, mas acaba por caracterizá-lo “pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente”.

Começa-se a perceber que, segundo a perspetiva de alguns autores, o envelhecimento acaba por ser um fenómeno individual e social e que varia de pessoa para pessoa, ocorrendo a vários níveis. Na visão de Pimentel (2005, p.40), para a biologia o envelhecimento é “um fenómeno natural, universal e necessário”, mas para a autora reduzir o conceito do envelhecimento apenas numa perspetiva biológica torna-se incompleto. A autora acrescenta que é “difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns que os distingam de outros grupos”. A forma como as pessoas envelhecem depende mais das sociedades humanas do que da natureza, isto é, o modo como envelhecemos vai variando consoante as épocas e as culturas, os modos de vida e os meios científicos (Pimentel L. , 2005).

Philibert (1984, cit. in Pimentel, 2005, p. 42) define envelhecimento referindo que “uma pessoa idosa é sempre uma pessoa idosa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam (...) segundo as condições de vida, de trabalho, de longevidade da população média de referência e os seus costumes, ela pode ter 30, 40, ou 85 anos”.

Lima (2010, citado por Carvalho, 2013), entende o envelhecimento como sendo um processo complexo que ocorre ao longo de toda a vida. Esse processo pode ser explicado através de quatro idades diferentes: idade demográfica, idade cronológica, idade fisiológica e biológica e idade psicológica, cultural e social” (Carvalho, 2013, p. 3). No que diz respeito ao fator demográfico define-se no momento em que a população idosa

aumenta no total da população, associando-se ao declínio da fertilidade, diminuição da natalidade e aumento da longevidade (Carvalho, 2013). A idade cronológica está assente na forma de organizar os acontecimentos da vida de acordo com a idade. Assim, a idade cronológica é “utilizada para organizar socialmente o ciclo de vida na velhice e para dar sentido aos acontecimentos que vão ocorrendo nessa fase do ciclo de vida (Lima, 2010, cit. In Carvalho, 2013 p. 3). O terceiro ponto tem que ver com a idade biológica que, por sua vez, está relacionada com o envelhecimento orgânico (Fontaine, 2000). Por fim, a idade psicológica ¹, social e cultural, que se encontram associadas aos papéis sociais que as pessoas adotam na sociedade ou, por outro lado, são forçadas a adotar, isto é, “explicar o envelhecimento a partir desta conceção potencia a fragmentação da análise e reforça o aspeto negativo e de discriminação baseado na idade da velhice – agism”².

As autoras Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006, p.21) definem o envelhecimento como sendo um “processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo (...) trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida (...)” acrescentando que o envelhecimento “foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo (...)”.

Para as autoras Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006) o aumento da esperança média de vida é um fator que contribui bastante para a população se tornar cada vez mais envelhecida, visto que as pessoas vivem mais tempo, quer em situação de dependência ou não. Também os avanços da medicina e as melhorias da qualidade de vida contribuem para o aumento da duração da vida.

1.1. O Envelhecimento em Portugal

Na sociedade portuguesa atual tem havido uma grande tendência para o crescimento da população idosa. Apesar de ser uma realidade comum aos vários países da Europa, só recentemente é que esta questão começou a ganhar impacto social relevante no nosso

¹ Tem que ver com a análise das capacidades comportamentais que o indivíduo mobiliza para responder às exigências do contexto, nomeadamente ao nível da motivação inteligência e memória (Fontaine, 2000).

² Em português “idadismo”.

país. Este fenómeno tem como principais fatores, as baixas taxas de natalidade e de mortalidade, a elevada esperança média de vida, com um aumento acentuado do número de idosos da população total de Portugal (Paúl & Fonseca, 2005). A estes fatores António (2013 p. 85) acrescenta outro que diz respeito aos fluxos migratórios “em que saem os jovens à procura de melhores condições de vida, ficando os mais velhos para trás e, por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem”.

Segundo os resultados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), verifica-se que a estrutura etária foi, no ano de 2001, de 102 indivíduos idosos (com mais de 64 anos) para 100 jovens (com menos de 15 anos). O INE, realizou um estudo que refere que “a proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 ou mais anos) cresceu para 19% entre os censos 2001 e 2011. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa”, este estudo acrescenta que “Portugal perdeu população em todos os grupos etários (quinquenais) entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26%. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos (102 em 2001, como referido anteriormente) ”.

Uma vez que um dos fatores que contribui para o aumento acentuado da população idosa tem que ver com a elevada esperança média de vida da população portuguesa, convém acrescentar que, segundo os dados apresentados pelo INE “o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento, era de 80,00 anos no triénio 2011-2013. Para as mulheres este valor é mais elevado: 82,79 anos para as mulheres e 76,91 anos para os homens. A esperança de vida à nascença da população residente aumentou cerca de 3 anos na última década, mais 3,36 anos para os homens e 2,58 anos para as mulheres relativamente aos valores estimados para o período 2001-2003 (73,55 e 80,21 anos para homens e mulheres, respetivamente). No âmbito do exercício de projeções da população residente, e admitindo a continuação das tendências recentes da mortalidade, projeta-se que a esperança de vida à nascença venha a atingir em 2060, para Portugal, os valores de 84,21 anos para homens e 89,88 anos para mulheres” (INE, 2013).

Estes são os principais fatores que contribuem para o estado do país no que respeita à sua tendência para um país envelhecido. A esperança média de vida da população portuguesa aumentou aceleradamente desde a década de 70 até aos dias de hoje (Carvalho, 2012).

Segundo Pimentel (2005), na nossa sociedade não é propriamente fácil estabelecer as barreiras que determinam onde começa e acaba a terceira idade, pois se a reforma (aos 65 anos) marcava o início da velhice do ponto de vista legislativo, hoje em dia já não é bem assim, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões que, várias vezes, não têm que ver com a idade, mas sim com situações de desemprego, incapacidade, reforma antecipada, etc. Por outro lado, como refere Pimentel (2005, p. 43), “o período da velhice está cada vez mais prolongado, o que põe em causa o papel passivo que a sociedade tem atribuídos a estes indivíduos”. A autora é da opinião que o papel do idoso na sociedade deve ser repensado mencionando que “não é concebível que as pessoas encarem cerca de um quarto da sua vida como um vazio de perspetivas”.

Rosa (2012, p. 26) corrobora com as ideias que têm aqui vindo a ser explanadas, mencionando que “a população de Portugal está muito mais envelhecida do que num passado não muito distante (...)”. A autora (2012, p. 27) refere que, no que respeita, à evolução ocorrida em vários países da Europa, no nosso país foi “ainda mais forte do que na Europa, passando a idade média da população de 26 anos, em 1950, para 38 anos, em 2000, e para 41 anos, em 2010, podendo a idade média da população chegar aos 50 anos em 2050, segundo as previsões das Nações Unidas”, acrescentando que todo este processo apresenta um ritmo acelerado em Portugal “condicionado pela rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade”. Rosa (2012, p. 27), deu conta de que estas alterações do perfil etário da população portuguesa aconteceram essencialmente nas últimas décadas, tornando-se assim Portugal um dos países mais envelhecidos do espaço europeu.

2. Solidão e isolamento social

O termo solidão pode ser facilmente confundido com outros conceitos, como, por exemplo, isolamento ou abandono. Nos dias de hoje, este é um termo que se encontra

bastante associado aos idosos e que, de certa forma influencia a qualidade de vida das pessoas da terceira idade.

Primeiro é importante referir que solidão e isolamento não são sinónimos, se bem que o isolamento social pode influenciar o aparecimento do sentimento de solidão na vida dos mais velhos (Freitas, 2011).

Neto (2000, cit. in Freitas, 2011, p. 21) define solidão como sendo uma “experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo, a solidão resulta de alguma forma de relacionamento deficiente”. Por outro lado, o isolamento “remete para o afastamento” (Maia, 2002, citado por Freitas, 2011, p. 22). Freitas (2011) refere-se a esse afastamento como se podendo tratar de um afastamento tanto ao nível físico ou psicológico.

Para Lopes, Lopes e Camara (2009, p.373) “a solidão afeta as atividades da vida diária e a qualidade de vida do idoso”. Para Fernandes, Luft e Guimarães (2000, cit. In Lopes, Lopes e Camara, 2009, p. 373) “a solidão é o estado de quem se sente só”, acrescentando que “provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida, e tende a ser mais frequente com o envelhecimento”.

A solidão e o isolamento social são tidos como fatores de receio no dia-a-dia dos idosos, merecendo assim este assunto especial atenção e preocupação, nomeadamente no nosso país, atendendo à tendência que tem em agravar-se, pois “uma importante parcela dos agregados familiares, em Portugal, é constituída por uma única pessoa com 65 ou mais anos” (Rosa, 2012, p. 34). Freitas (2011) dá conta que, nos dias de hoje, no nosso país, existe um grande número de idosos a viverem sozinhos, que perderam o seu cônjuge (solidão emocional) ou então perderam alguns amigos mais próximos (solidão social).

Na perspetiva de Freitas (2011, p. 21), são muitos os fatores que fazem surgir o sentimento de solidão, nomeadamente pode dever-se “à dor da perda de alguém que se ama, a um sentimento de exclusão ou marginalidade de laços sociais”. Mas estes podem não ser os únicos.

Podemos também pensar na solidão e isolamento social como sendo uma consequência dos estereótipos e preconceitos de que, muitas vezes, os idosos são alvos, por parte da sociedade. A esse preconceito dá-se no nome de “idadismo” que, segundo Pinto (2013, p. 55) refere-se “à discriminação dos idosos no acesso aos recursos e às oportunidades de participação na sociedade, veiculando uma visão maioritariamente negativa sobre as pessoas mais velhas e sobre o processo de envelhecimento” tornando-se assim um fator que propicia a solidão e isolamento dos idosos, uma vez que os afasta da sua participação da sociedade. A mesma autora (2013, p. 55) acrescenta que “a imagem incapacitante e negativa do idadismo constrói uma proteção que esmaga o indivíduo”. Fonseca (2012, p. 32) reforça esta ideia referindo que são as concepções de que as pessoas idosas “são incapazes de se desenvolverem, de que a velhice corresponde a uma segunda infância, de que os idosos são inflexíveis e resistentes à mudança, de que possuem um poder de iniciativa limitado” são aspetos que fazem os idosos sentirem-se cada vez mais afastados da sociedade. Marques (2011, p. 18), por sua vez define o idadismo como sendo “atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas somente numa característica – a sua idade”.

3. O Serviço de Apoio Domiciliário na Vida do Idoso

O envelhecimento progressivo da população tem-se tornado uma evidência nos dias de hoje e, para isso, é necessário que se tomem medidas e se encontrem estratégias que minimizem, na vida dos idosos, os efeitos mais negativos de todo este processo.

Estes efeitos negativos de que se fala dizem respeito à “dependência física, cognitiva e intelectual” (Viegas e Gomes, 2007, cit. in Carvalho, 2012, p. 22). Segundo Carvalho (2012), são estas situações de dependência que constituem problemas mais complexos e que fazem com que os cuidadores já não consigam dar uma resposta eficaz.

Lage (2005, p. 203-204) assume a perspectiva de que desde sempre as famílias foram reconhecidas “como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares e como a instituição fundamental onde se desenrola a vida das pessoas”. A verdade é que a capacidade e disponibilidade da família para assumir determinadas tarefas é uma responsabilidade a longo prazo e depende de uma série de

circunstâncias. (Lage, 2005). São várias as situações que impedem, muitas vezes, as famílias de prestarem cuidados aos idosos com determinadas dependências e, quanto a isso a autora Lage (2005, p. 223) esclarece que, a verdade é que “o aumento crescente do número de pessoas idosas portadoras de grandes incapacidades funcionais e necessitam de cuidados a longo prazo, as famílias são chamadas a prestar, cada vez mais, cuidados complexos por longos períodos de tempo, o que interfere com a dinâmica e funcionamento familiar, trabalho e responsabilidades sociais”.

Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006, p. 53) partilham da opinião da autora acima referida, mencionando que a família, de facto, deve ser o suporte de todos aqueles que necessitem de cuidados, apresentando-se esse cuidado como uma extensão das tarefas normais da família, uma vez que para muitos é encarada como uma obrigação familiar. Não obstante, nos dias de hoje “um conjunto de alterações demográficas tem vindo a alterar o panorama dos cuidadores informais³, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do aumento do número de idosos a necessitar de cuidados”. São vários os fatores impeditivos das famílias assumirem a cem por cento o papel de cuidadoras, alguns exemplos disso são a redução da taxa da natalidade que fez diminuir o número de filhos, o aumento da população idosa que elevou o número de pessoas a necessitar de cuidados, o aumento da esperança média de vida que fez alargar o número de anos a necessitar de apoio, o aumento da taxa de divórcios e a maior mobilidade geográfica das pessoas que fez diminuir a proximidade física dos elementos da família, o aumento do número de mulheres com carreiras profissionais que implica menor disponibilidade para tomar a cargo cuidados prolongados, entre outros (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006). Reduzindo o número de famílias que se encontram disponíveis para exercerem a tarefa de cuidadores, é necessário que se tomem medidas, ao nível dos cuidados formais⁴, para que as famílias possam continuar a prestar apoio aos seus idosos, com algumas ajudas externas (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

³ Cuidados informais dizem respeito à “prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem” (Lage, 2005, p. 205 -206).

⁴ Cuidados formais dizem respeito à prestação de cuidados por parte de pessoas ou entidades institucionais que recebem uma retribuição económica pelo serviço que prestam (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

No mesmo sentido, Lage (2005, p. 224) afirma que “os serviços comunitários deverão intervir tão cedo quanto possível juntos dos prestadores de cuidados e da família, reduzindo a tensão física e psicológica causada pela dependência, antes que apareça a sobrecarga.”

As autoras Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem haver impactos, positivos e negativos, na vida das famílias que assumem o papel de principais cuidadores dos elementos idosos que compõem a família. Para as autoras, apesar de muitos cuidadores principais ⁵ considerarem a tarefa de cuidar uma tarefa gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal, a prestação destes cuidados acaba por acarretar algumas consequências negativas, elencando algumas delas: a sobrecarga (que diz respeito a um conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos, que afetam vários aspetos da vida do cuidador, como as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a liberdade, intimidade e o equilíbrio emocional), a saúde física e mental (existe uma sensação de cansaço físico e de deterioração do estado de saúde, depressão e ansiedade são dois problemas que surgem frequentemente na vida dos cuidadores), a atividade profissional (torna-se difícil conciliar obrigações e podem surgir alterações como o horário de trabalho, a sensação de mau desempenho, diminuição do número de horas de trabalho, interrupções durante o trabalho e atrasos frequente) e, por fim o tempo livre e de lazer que também se vê afetado (o cuidador, uma vez que tem menos tempo acaba por fragilizar as relações sociais que estabelecia, despende também menos tempo para si). Carvalho (2012, p. 53) vem reforçar a ideia que a prestação de apoio por parte dos cuidadores informais pode trazer bastantes consequências na vida familiar, referindo que “as estratégias familiares de conciliação da vida profissional com a vida pessoal passam sobretudo pela responsabilidade da mulher em cuidar dos dependentes e traduzem-se numa sobrecarga de trabalho (...) gere a sua vida profissional, familiar e pessoal em função das necessidades sociais dos idosos a cargo e da restante família, marido e filhos”, acrescentando que essa sobrecarga pode ser causadora de “stress físico e psíquico tanto para quem cuida como para quem recebe os cuidados”. Como já foi referido anteriormente, apesar do papel de cuidador principal ser ainda atribuído à família, é importante estar-se atento à forma como esses cuidados são prestados em situações mais

⁵ O cuidador principal é definido como sendo “a pessoa que proporciona a maior parte do cuidado ao idoso, aquele sobre quem recai a maior responsabilidade, e que não é remunerado pelos serviços que presta” (Lage, 2005, p. 206).

complexas que, de alguma forma, começam a exigir outros tipos de apoio, isto é, associado a este cuidado informal devem também estar presentes os cuidados formais e o Estado deve surgir responsabilizando-se por novas medidas (Carvalho, 2012).

Na perspectiva de Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006, p. 83), “a ampliação dos apoios formais comunitários é, adicionalmente, dificultado pelos preconceitos e atitudes adversas em relação às instituições para idosos”, acrescentando que ir ou frequentar um equipamento para idosos é visto, na nossa sociedade, como “demonstração de desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares (...) interpretado com um descartar e negligenciar de uma obrigação inerente aos laços familiares”. Mas, a verdade é que, nos dias de hoje estes serviços são imprescindíveis para o apoio aos idosos, bem como, às suas famílias” (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006). Um desses serviços existentes é o Serviço de Apoio Domiciliário que, segundo o Manual de Gestão de Qualidade da resposta social de SAD (2010, p. 1), constitui-se como uma resposta social “organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades sócio recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e para a prevenção de situações de dependência ou seu agravamento”.

A definição encontrada na Portaria nº38/2013 de 30 de Janeiro (p. 605) assemelha-se bastante à anterior, referindo que o SAD “é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito”.

Esta resposta social tem como principais objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das suas famílias, colaborar na conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar, contribuir para a permanência das pessoas idosas no seu meio habitual de vida, evitando ou retardando o recurso à institucionalização, promover estratégias de intervenção ao nível da autonomia, prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades das pessoas, facilitar o acesso a serviços da comunidade e, por fim, fortalecer as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores (Portaria nº38/2013).

Para que seja possível a realização destes objetivos e se consiga responder às necessidades das pessoas, o SAD deve prestar diversos serviços, os quais devem ser disponibilizados todos os dias (incluindo sábados, domingos e feriados). Segundo a mesma Portaria, os serviços prestados pelo SAD devem ser: os cuidados higiene e conforto pessoal, a higiene habitacional, o fornecimento e apoio nas refeições (tendo em conta as dietas com prescrição médica), o tratamento de roupa do seu uso pessoal, atividades de animação e socialização (animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços e deslocação a serviços da comunidades), serviço de teleassistência. O SAD pode ainda assegurar outros serviços como a formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos idosos, apoio psicossocial, confeção de alimentos no domicílio, transporte, cuidados de imagem, bem como realização de atividades ocupacionais.

4. Metodologia de Investigação – Ação Participativa

Todo o trabalho social requer, por parte do investigador, a conceção de um quadro teórico e metodológico que se coadune com os objetivos e hipóteses que pretende testar. Neste projeto de Intervenção Social a escolha da Investigação-Ação Participativa (IAP), surge como metodologia privilegiada. Possui como princípio e objetivo a participação em todos os momentos de construção de um projeto (desde a caracterização do contexto, reconhecendo necessidades, problemas, recursos e potencialidades, até ao desenho, desenvolvimento e avaliação do projeto), existindo, inevitavelmente, momentos de reflexão e questionamento.

Os mesmos autores determinam algumas metas da IAP, mencionando que esta deve “melhorar e/ou transformar a prática social e/ou educativa”, da mesma forma que procura compreender melhor a prática, deve também “articular de modo permanente a investigação, a ação e formação”. A IAP é uma das metodologias que mais pode contribuir para a melhoria das práticas educativas, uma vez que aproxima todos os elementos envolvidos na investigação, colocando-as sempre no mesmo patamar e salientando que todos têm a sua importância ao longo de toda a investigação, desenvolvem-se “em ambientes de colaboração e partilha, retirando o fardo de solidão ao investigador, valorizando a subjetividade, ao ter sempre mais em conta as idiosincrasias

dos sujeitos envolvidos; mas, por outro lado, propicia o alcance da objetividade e a capacidade de distanciamento ao estimular a reflexão crítica” (Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira & Vieira, 2009, p. 363).

Na perspectiva de Guerra (2013, p.53), a IAP constitui-se como uma nova aproximação da investigação, surgindo como uma modalidade que “torna o ator investigador e vice-versa” considerando assim os atores não como “objetos passivos de investigação” mas como “sujeitos participantes”.

A metodologia de IAP tem como um dos seus principais objetivos alcançar a transformação ou mudança social e para que isso aconteça é necessário que todos os elementos intervenientes se tornem sujeitos participantes. Assim, cabe ao investigador, como um dos seus papéis mais importantes, promover a participação de todas as pessoas. Esta tarefa do investigador deve pressupor sempre a sua implicação e envolvimento, fazendo-se acompanhar de algumas características como a capacidade empática, a escuta ativa, o relacionamento interpessoal e o diálogo (Romans, 2003). Para Guerra (2007, p.97) a participação “apela a um compromisso entre todos os intervenientes de um processo (...)”.

O trabalhador social para além de potenciar o desenvolvimento da população e /ou indivíduos à luz da IAP, no âmbito desta metodologia, também ele faz parte do processo como elemento participativo no subsistema que cria com os participantes.

No decorrer do processo de construção do conhecimento de realidade presente neste projeto, privilegiaram-se alguns métodos e técnicas que permitiram um maior conhecimento acerca da realidade. Para Guerra (2002) estes métodos e técnicas revelam-se como uma vantagem neste projeto de investigação-ação participativa, uma vez que com a sua utilização é possível obter uma visão sistémica, permitindo conhecer a perspectiva de todos os atores intervenientes. Os métodos e técnicas privilegiadas durante o processo de construção do conhecimento sobre a realidade, com base numa metodologia mista (quantitativa e qualitativa) foram, a análise documental, a observação participante e as conversas intencionais. É importante referir que estas técnicas utilizadas foram uma mais-valia durante todo o projeto, visto que, para além de permitirem uma maior aproximação do investigador, conseguiram elucidar o investigador sobre sentimentos e opiniões sobre o Serviço de Apoio Domiciliário.

Capítulo II

Caracterização Institucional

1. Caracterização da Santa Casa de Gondomar

A Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Vera Cruz de Gondomar foi fundada no ano de 1995. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, que visa promover iniciativas de apoio social junto das pessoas mais vulneráveis, procurando sempre envolver as instituições locais, de modo a minimizar os problemas sociais existentes no Município de Gondomar⁶.

O concelho de Gondomar, como parte integrante da Região Norte e do Distrito do Porto, está inserido na Grande Área Metropolitana do Porto. Este concelho possui uma rede viária muito abrangente com bons acessos e vias de comunicação. São exemplos disso a IC29 e a estrada da Marginal valorizada pela paisagem do Rio Douro.

Gondomar é um território caracterizado por um relevo montanhoso e, apesar do acelerado processo de urbanização, preserva e privilegia os espaços rurais e a paisagem natural. Este concelho, com aproximadamente 32 km de margem ribeirinha, é constituído, atualmente por doze Freguesias, nomeadamente a Freguesia de Baguim do Monte, a Freguesia da Lomba, a Freguesia de Rio Tinto, a União de Freguesias de Fânzeres e São Pedro da Cova, a União de Freguesias de Foz do Sousa e Covelo, a União de Freguesias de Melres e Medas e a União de Freguesias de Gondomar, Valbom e Jovim.

Gondomar é considerado o sétimo maior concelho da GAMP, ao nível da área geográfica, com uma área aproximada de 131,9 Km² e ocupa o quarto lugar no que concerne à população residente, com 168.027 habitantes⁷.

Em Gondomar assiste-se a “um decréscimo na população mais jovem entre os 0 e os 24 anos de idade, e um aumento nas faixas etárias seguintes, sendo efetivamente significativo o aumento das pessoas a partir dos 65 anos de idade.” (Ibidem, pág. 33).

⁶ In Projeto Educativo da Instituição, 2013

⁷ In Diagnóstico Social, 2015, Rede Social da Câmara Municipal de Gondomar

Neste sentido, “o índice de envelhecimento registou um aumento significativo na última década, 2001/2011, ocupando (...) o 8º lugar”⁸

Desta população idosa “residem sozinhas 13.663 (...), 4.085 residem com outra pessoa em idade idêntica e 4.729 residem com duas ou mais pessoas com 65 ou mais anos de idade” (Cit. In Diagnóstico Social 2015, pág. 71).

Conclui-se assim, que Gondomar reflete o panorama nacional no que respeita ao envelhecimento da população.

Neste sentido, urge refletir, equacionar e implementar políticas sociais até porque estamos inseridos numa sociedade onde, segundo Rosa (2012, pág. 49), o seu “«corpo populacional» mudou, mas os modelos que a organizam permanecem quase intatos. Logo, o problema não pode ser imputado à alteração do corpo populacional, mas às adaptações necessárias que não aconteceram.”

Neste contexto sócio demográfico, a Santa Casa de Gondomar rege-se mediante orientações da União das Misericórdias Portuguesas, estando a sua natureza, constituição e finalidade protegidas e definidas nos Estatutos da Misericórdias. Os seus Estatutos foram publicados em Diário da República – III Série, nº155 de 8 de Julho de 1997 e revistos em 2015.

Neste documento estão definidos os objetivos desta Misericórdia:

- a) Assegurar o apoio a crianças e jovens;
- b) Apoio à família;
- c) Apoio à integração social e comunitária;
- d) Assegurar a proteção aos cidadãos, e em especial, aos mais desfavorecidos, a proteção na doença, na invalidez, na velhice, na viuvez, na infância, designadamente aos mais desprotegidos;
- e) Promoção e proteção da saúde;
- f) Educação e formação profissional dos cidadãos.

⁸ Ibidem, pág. 28

São órgãos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Gondomar a Assembleia Geral, a Mesa Administrativa e o Conselho Fiscal.

A Santa Casa da Misericórdia de Gondomar possui acordos de cooperação com a Segurança Social, o que faz com que beneficie de uma comparticipação financeira que lhe permite a manutenção das suas atividades. O valor dessa comparticipação varia conforme a resposta social em questão.

Esta Instituição desenvolve a sua ação social em diferentes equipamentos:

A – Edifício Sede

Iniciou a sua atividade em Outubro de 1996 com a resposta de Serviço de Apoio Domiciliário destinado a 15 utentes. Atualmente, através de revisões de Acordos de Cooperação com o ISS, I.P. – Centro distrital do Porto, presta apoio a 45 utentes, com prioridade para os residentes nas freguesias de S. Cosme.

No mesmo ano iniciou o Atendimento à Comunidade dirigido às famílias mais carenciadas do Concelho, no apoio em géneros alimentícios, através do Programa Comunitário Fundo Europeu de Auxílio a Carenciados (este ano a Instituição irá apoiar 264 famílias que correspondem a 783 indivíduos), distribuição de roupas, através de doações; bem como o acompanhamento e encaminhamento de situações - problema.

Em 2010 a Instituição, com a colaboração das equipas de Rendimento Social de Inserção (serviço descrito mais à frente neste relatório) implementou a “*Boutique das Vaidades*”. É uma loja social onde as pessoas carenciadas têm a oportunidade de escolher e adquirir roupas, adereços, utilidades e brinquedos, através de uma doação simbólica à Instituição.

B – Centro de Convívio de Fânzeres

Este Centro de Convívio é administrado pela Santa Casa desde o ano 2000, passando a ser proprietária do mesmo espaço desde 2008. Atualmente com 40 utentes, através de um Acordo de Cooperação com o ISS, I.P. - Centro Distrital do Porto e um Protocolo com a Junta de Freguesia de Fânzeres.

C – Associação de Reformados de Medas

Em 2001 foi assinado um acordo entre a Instituição e a Associação de Reformados de Medas, tendo como principal objetivo o desenvolvimento, manutenção e gestão por parte da Misericórdia do equipamento identificado. Nesta data também foi assinado um Acordo de Cooperação com o ISS, I.P. - Centro Distrital do Porto para o desenvolvimento das seguintes respostas: Centro de Convívio (com 20 clientes) e o Serviço de Apoio Domiciliário (com 15 clientes).

O desenvolvimento destas respostas ajudaram a responder às necessidades da população residente na freguesia de Medas e, pontualmente, à população de Melres e Covelo. Desde Abril de 2013, o Centro de Convívio mudou de instalações, cedidas para o efeito pela Câmara Municipal de Gondomar.

Em 2011 o Acordo de Cooperação do Serviço de Apoio Domiciliário de Medas foi revisto, tendo sido alargado para 36 clientes distribuídos da seguinte forma: 16 (dezassex) clientes usufruem de apenas um serviço, 13 (treze) clientes usufruem de dois ou três serviços e 7 (sete) clientes usufruem de quatro serviços.

Em Janeiro de 2015, a Instituição procedeu à revisão do Acordo de Cooperação com o ISS, I.P.- Centro Distrital do Porto, o qual passou a integrar 45 clientes no Serviço de Apoio Domiciliário.

D – Centro Comunitário de S. Cosme

Construído pela Santa Casa, encontra-se em funcionamento desde Novembro de 2001. No Centro Comunitário funcionam as seguintes respostas com Acordo de Cooperação com o ISS, I.P. – Centro Distrital do Porto: Centro de Dia (60 clientes), Centro de Convívio (30 clientes), Serviço de Apoio Domiciliário (30 clientes), Creche (33 crianças) e Centro Comunitário (Acordo atípico abrangendo o Gabinete de Apoio à Família e Projetos Comunitários).

Neste equipamento funciona também a Empresa de Inserção “Geração d’Ouro”, desde meados de 2007. Tem como principal objetivo prestar apoio a pessoas dependentes, provenientes de níveis socioeconómicos mais elevados, mas igualmente carenciados de determinados serviços para os quais não obtêm resposta, a título privado. Atualmente

disponibiliza diferentes serviços: cuidados de higiene e conforto pessoal; serviço de lavandaria e engomadoria; serviço de transporte especializado de pessoas idosas e/ou dependentes; acompanhamento diurno/noturno; acompanhamento ao exterior; confeção e acompanhamento de refeições no domicílio; assistência medicamentosa, manutenção e organização do lar e aluguer de ajudas técnicas.

E – Centro de Apoio à Família

Inaugurado em Novembro de 2007 surgiu com a finalidade de desenvolver duas respostas sociais:

- Casa de Acolhimento (CA) garante o acolhimento imediato e transitório de 20 crianças com idades compreendidas entre os 0 aos 12 anos, em situação de risco decorrente de maus-tratos, negligência, entre outras problemáticas, proporcionando condições para a definição de um projeto de vida adequado a cada situação. São previstas mais 2 vagas de emergência, cuja duração não deverá exceder as 48 horas de permanência.
- Creche: acolhe diariamente 40 crianças dos 4 aos 36 meses de idade, no sentido de lhes garantir condições apropriadas ao seu desenvolvimento.

F – Centro Social de Fânzeres

Neste edifício estão implementados serviços destinados a dar resposta às necessidades da população idosa e jovem: Centro de Dia para 40 idosos; Serviço de Apoio Domiciliário para 20 clientes; Creche para 33 crianças, com idades compreendidas entre os 4 e os 36 meses.

Esta Instituição exerce a sua ação através do estabelecimento de Protocolos e Parcerias, nomeadamente:

- **Instituto da Segurança Social** - Através da implementação do Protocolo de Rendimento Social de inserção, a Santa Casa tem em funcionamento quatro equipas. Estas equipas distribuem-se por três equipamentos desta Instituição (Edifício Sede, Centro Comunitário de S. Cosme e Centro Social de Fânzeres) cobrindo, geograficamente, a população de seis freguesias do concelho. Cada

equipa é constituída por três técnicos superiores (uma psicóloga, uma assistente social e uma educadora social) e por duas ajudantes de ação direta.

- **Rede Social** do Município de Gondomar - A Rede Social é um fórum de articulação e congregação de esforços, baseado na adesão livre por parte das autarquias e de Entidades públicas ou privadas, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social. O Programa Rede Social foi implementado em 2003. Tem como objetivo a promoção de um plano integrado, mobilizando competências e os recursos institucionais da comunidade, de forma a garantir que as respostas sociais sejam mais eficazes nas diferentes freguesias e no município de Gondomar.
- **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens** - Esta entidade funciona em modalidade alargada e restrita, sendo que a Santa Casa da Misericórdia de Gondomar foi eleita entre as IPSS's do concelho para integrar a comissão alargada, com um mandato de dois anos (2014-2016). Para este período foi designada uma Técnica da Misericórdia de Gondomar para representar a Instituição.
- **Gabinete de Atendimento Integrado** – Este Gabinete surgiu em 2014 através de um Protocolo de parceria entre o Município de Gondomar, o Centro Distrital do Porto do Instituto de Segurança Social, I.P. e a União de Freguesias de Fânzeres e S. P. da Cova. Este Gabinete pretende rentabilizar recursos, eliminando assim sobreposições de intervenção de vários técnicos, assegurando um melhor planeamento dos serviços e maior brevidade nas respostas aos indivíduos, bem como uma maior proximidade aos territórios, por parte dos beneficiários que necessitam de apoio.

Além destas parcerias, a Santa Casa de Gondomar mantém uma estreita relação com Juntas de Freguesia, Centros de Saúde, outras IPSS's do concelho, Hospital - Escola da Universidade Fernando Pessoa, Universidade Sénior, entre outras na dinamização de atividades de carácter social, cultural ou lúdico – pedagógico.

Concluindo, e para melhor se representar a abrangência populacional da intervenção da Santa Casa, seja através da implementação das respostas sociais seja através de programas de intervenção comunitária, apresenta-se o seguinte gráfico:

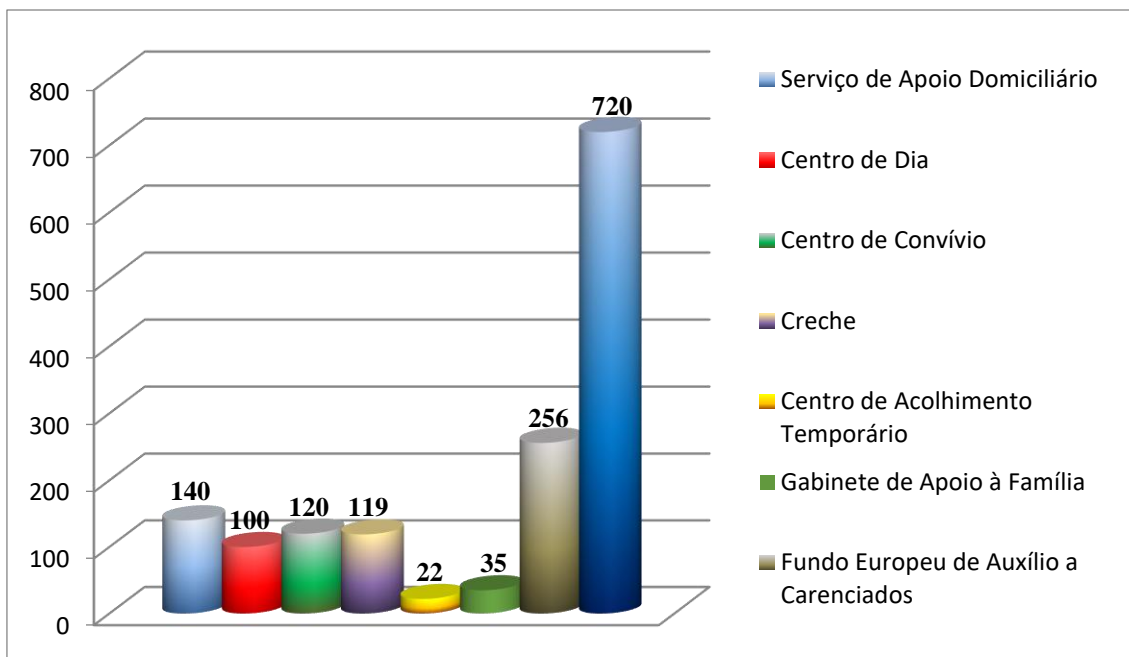


Gráfico 1 - Número total de clientes por resposta social e número total de agregados familiares por programas de apoio comunitário.

2. Caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário na Santa Casa de Gondomar

A Santa Casa da Misericórdia de Gondomar tem em funcionamento desde 1996 a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário.

Segundo o Regulamento Interno do SAD (que se rege pela Lei n.º 38/2013 de 30 de janeiro do Ministério da Solidariedade e Segurança Social) este define-se “na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.”

Para tal, constituem objetivos desta resposta social:

- a. Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- b. Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- c. Contribuir para a permanência dos clientes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;

- d. Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- e. Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos clientes, sendo este objeto de contratualização;
- f. Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- g. Reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores.
- h. Para a prossecução destes objetivos o SAD da Misericórdia de Gondomar proporciona a todos os clientes que procuram esta Instituição os seguintes serviços:
 - a) Cuidados de higiene e conforto pessoal;
 - b) Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
 - c) Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
 - d) Tratamento de roupa do uso pessoal do cliente;
 - e) Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
 - f) Serviço de teleassistência;
 - g) Apoio psicossocial;
 - h) Cuidados de imagem;

Neste contexto a Instituição dispõe de quatro Acordos de Cooperação com o ISS, I.P. – Centro distrital do Porto dando cobertura a 140 (cento e quarenta) clientes, distribuídos pelos seguintes equipamentos:

Equipamento	Número de Clientes
Sede	45
Centro Comunitário de S. Cosme	30
Centro Social de Fânzeres	20
Associação de Reformados das Medas	45
Total de Clientes	140

Tabela 1 – Distribuição do número de clientes em Acordo de Cooperação pelos equipamentos sociais.

Relativamente aos clientes do SAD, e tendo como base os dados da Carta Social (alusiva a Dezembro de 2015), pode-se constatar que são maioritariamente do sexo feminino (76 mulheres) conforme o quadro seguinte:

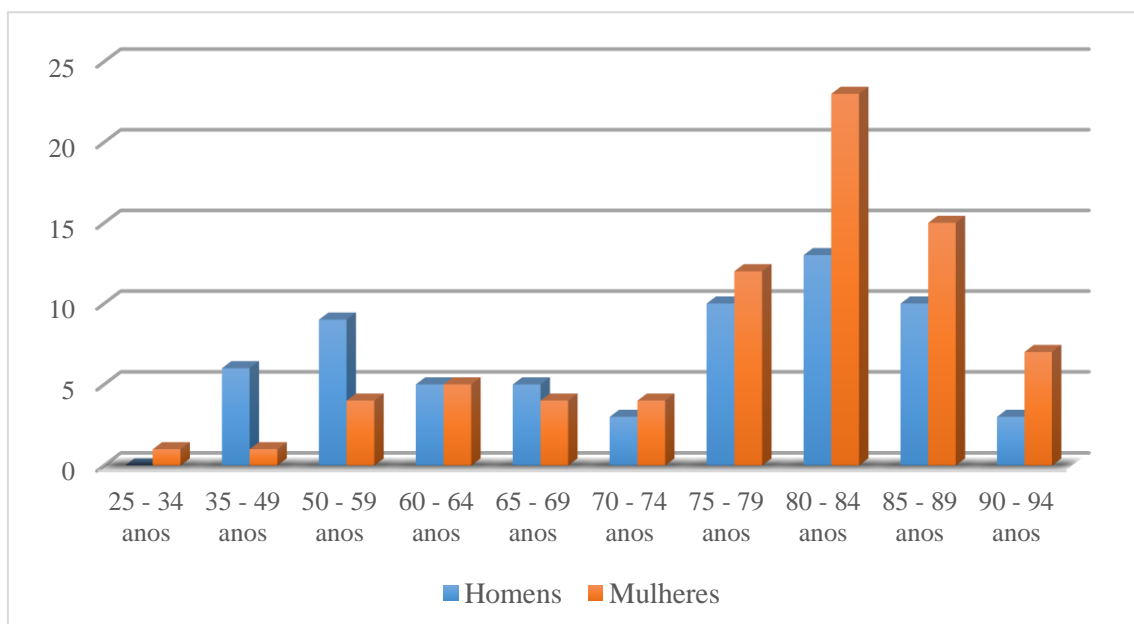


Gráfico 2 - Distribuição etária dos clientes do SAD em dezembro de 2015.

Pela análise deste gráfico verifica-se que, do total de clientes, existe uma maior prevalência de clientes com idade mais avançada (na faixa etária entre os 80 – 84 anos).

Estes clientes distribuem-se geograficamente pelas freguesias de S. Cosme (63), Fânzeres (21), S. Pedro da Cova (1), Rio Tinto (2), Jovim (28), Foz do Sousa (6), Medas (12) e Melres (7).



Gráfico 3 - Distribuição geográfica dos clientes do SAD pelas diferentes freguesias do concelho de Gondomar.

Relativamente ao grau de dependência os clientes de SAD dividem-se pelas seguintes categorias: 33 clientes autónomos, 38 clientes parcialmente dependentes, 28 clientes dependentes e 41 grandes dependentes.

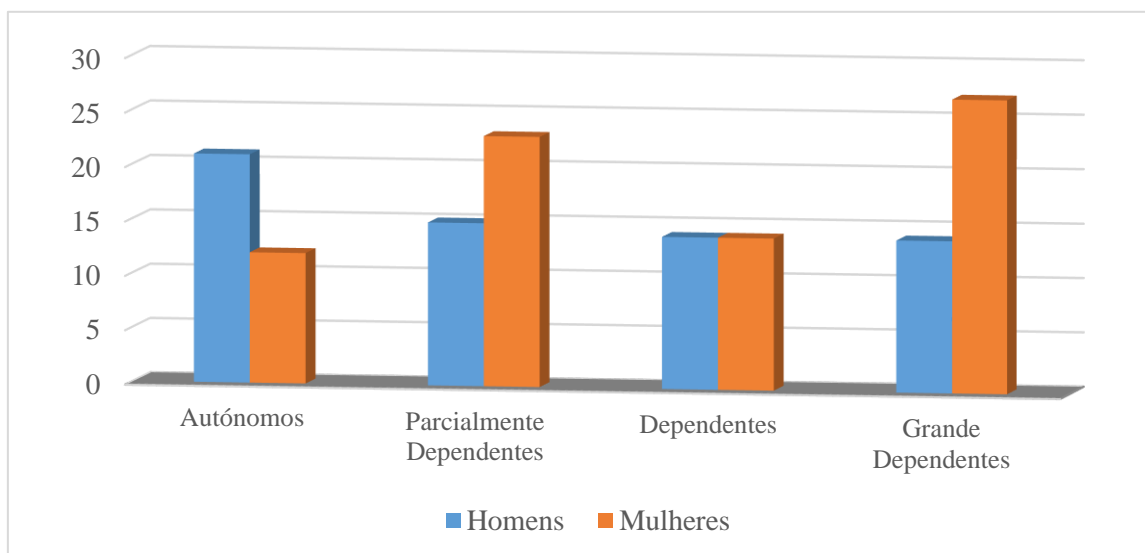


Gráfico 4 - Distribuição dos clientes do SAD tendo em consideração o grau de dependência.

A análise deste gráfico evidencia quer a equidade de géneros na categoria *Dependentes* assim como a diferença entre sexos: o sexo masculino é maioritariamente

Autónomo enquanto o sexo feminino se caracteriza por uma maior percentagem de *Grandes Dependentes*.

Nesta população evidenciam-se problemas de saúde em diferentes categorias como se destacam no quadro seguinte:

Funções	Sem Problema		Problema Moderado		Problema Grave		Problema Completo	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Funções Mentais e/ou de Desenvolvimento	35	50	9	9	10	8	8	11
Função da Visão	48	54	13	14	2	6	3	0
Funções Auditivas, de Voz e da Fala	43	49	10	9	6	13	3	7
Funções dos Órgãos ou Aparelhos Internos	43	36	9	7	17	15	3	10
Funções Relacionadas com o Movimento	39	31	10	17	8	9	9	17

Tabela 2 – Distribuição dos clientes do SAD por problemas de saúde

Para a efetiva prossecução do SAD, a Instituição dispõe de seis equipas de Ajudantes Familiares que, diariamente, entre as 08h30 e as 17h30 (excetuando uma equipa da Associação de Reformados das Medas que intervém entre as 9h e as 13h), assegurando os serviços contratualizados. O SAD “*funciona todos os dias úteis, 12 meses por ano*” e encerra aos fins de semana e feriados⁹.

Ainda relativamente aos recursos humanos da Instituição é de realçar que as colaboradoras da cozinha e da lavandaria são comuns às diversas respostas sociais que funcionam em cada equipamento (Centro Comunitário de S. Cosme, Centro Social de Fânzeres e Centro de Apoio à Família). Destaca-se também o fato de que a equipa da Sede está adstrita ao equipamento Centro Comunitário de S. Cosme e a equipa da Associação de Reformados de Medas está adstrita ao equipamento Centro de Apoio à Família devido a razões de ordem pragmática que se prendem com a maximização de recursos (arquitetónicos, económicos e humanos), das especificidades e capacidades das instalações.

O quadro seguinte resume, de forma sintética algumas especificidades desta resposta social inserida nos diferentes equipamentos:

⁹ In Regulamento Interno, Art. 6º, Ponto 1 e 2

Equipamento	N.º Clientes	N.º Colaboradoras			
		Ajud. Familiares	Ajud. Lavandaria	Cozinheira	Ajud. Cozinha
Sede	45	4	1	1	3
Centro Comunitário S. Cosme	30	2			
Centro Social de Fânzeres	20	2	1	1	1
Associação de Reformados Medas	45	4	1*	1*	2*

*colaboradoras comuns ao Centro de Apoio à Família

Tabela 3 – Número de colaboradoras por cada equipa do SAD

Ao longo de dezassete anos a Santa Casa (assim como a maior parte das Instituições do País) manteve o mesmo serviço padronizado e sem grandes alterações.

Quando os clientes recorrem à Instituição solicitam, normalmente, um ou dois serviços que consideram prementes. A responsável pelo serviço prioriza as situações sociais tendo em conta os seguintes critérios de seleção constantes no Regulamento Interno:

- a) Necessidade expressa pelo cliente;
- b) Idade elevada do cliente;
- c) Incapacidade para satisfazer algumas das necessidades básicas;
- d) Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários;
- e) Conflito familiar, marginalização ou exclusão;
- f) Ter um familiar a frequentar a resposta social;
- g) Residência na área geográfica da resposta social;
- h) Situação de Isolamento pessoal e geográfico;
- i) Situações de risco social;
- j) Situações encaminhadas por serviços da comunidade (saúde, Segurança Social, etc.)
- k) Situação económico-financeira precária.

Porém, para proceder à admissão do cliente tem de avaliar a disponibilidade da equipa. Esta situação pode (e, é o que acontece em muitos casos) levar a uma diferença

significativa entre o pedido efetuado, a contratualização do serviço e as necessidades reais dos clientes.

Em Dezembro de 2015 a Santa Casa apoiou os 140 clientes do SAD através dos seguintes serviços:

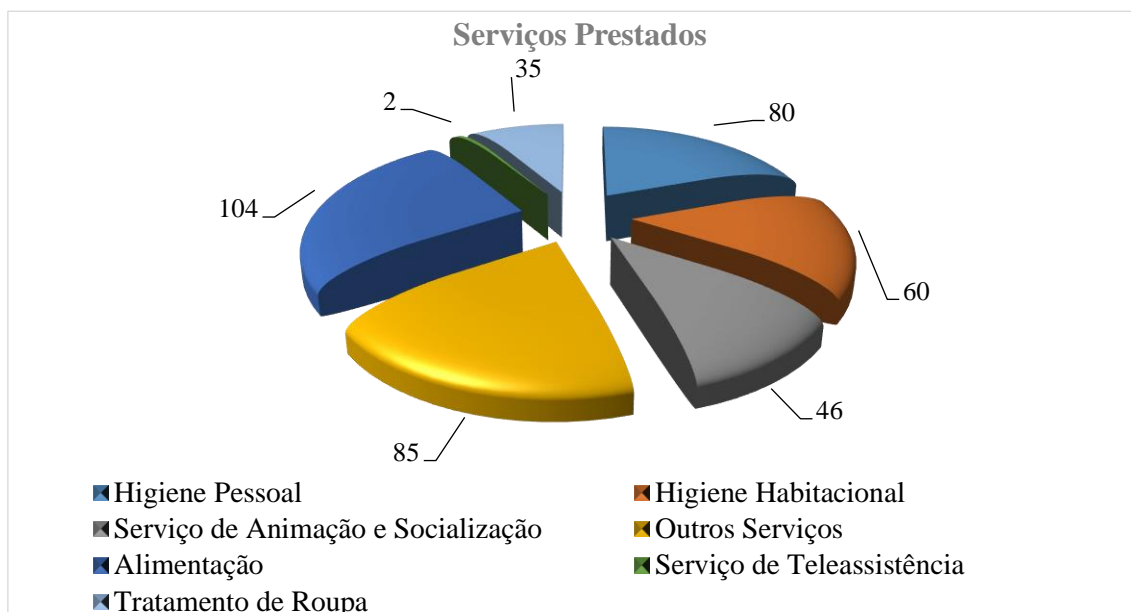


Gráfico 5 - Número de serviços prestados aos clientes do SAD em Dezembro de 2015.

É por este motivo que a maioria dos clientes da Santa Casa têm contratualizado uma média de dois a três serviços, ficando ainda aquém do que a atual legislação prevê.

No que respeita à comparticipação financeira que cada cliente tem a seu cargo é de destacar que o cálculo é realizado segundo a seguinte normativa: o Rendimento *per capita* (R) é igual à diferença entre o rendimento mensal do agregado familiar (RF) e as despesas (D) fixas mensais do mesmo a dividir pelo seu número de elementos (N).

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

É importante realçar a existência de um desfasamento entre as percentagens dos serviços contratualizados que a Santa Casa de Gondomar tem em vigor e a proposta de percentagem da União das Misericórdias Portuguesas.

Atualmente, a Santa Casa encontra-se a implementar, o Manual de Gestão de Qualidade da Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário e a Circular n.º 4 no sentido de renovar e adaptar o Regulamento Interno às novas alterações.

O Manual de Gestão de Qualidade serve de fio condutor no que respeita à forma de atuação (desde o atendimento, seleção, admissão à integração do cliente) e na implementação dos formulários específicos.

A Circular n.º 4 do Instituto da Segurança Social definiu novos critérios ao nível da comparticipação financeira, estabelecendo uma percentagem mínima (de 40%) e máxima (75%) aplicável ao cliente.

Nos seguintes quadros demonstra-se a diferença entre as percentagens aplicadas atualmente no SAD da Santa Casa de Gondomar e as orientações da União das Misericórdias Portuguesas (UMP), mediante a Circular n.º 4.

Serviço	Percentagem
Alimentação	25%
Higiene Pessoal	5%
Higiene Habitacional	5%
Tratamento de Roupas	5%
Atividades de Animação e Socialização	5%
Outros Serviços	5%

Tabela 4 - Percentagens aplicadas para cada serviço do SAD na Misericórdia de Gondomar

A comparticipação familiar calculada com base no ponto anterior poderá ser acrescida de 10% quando se verifique necessidade do fornecimento do jantar.

Nº Serviços	SAD – 5 dias	SAD dias úteis + Fim de semana
2 Serviços	45%	60%
3 Serviços	50%	65%
4 Serviços	60%	75%
5 Serviços	De 61% a 75%	
6 Serviços		

Tabela 5 - Proposta de percentagens da União das Misericórdias Portuguesas

Revela-se, assim, fundamental encontrar um equilíbrio de “forças” que permita aproximar as percentagens das participações da Misericórdia de Gondomar às da União das Misericórdias Portuguesas, possibilitando estruturar um apoio domiciliário mais integrado e ajustado às necessidades das pessoas que dele usufruem.

Capítulo III

Projeto de Intervenção

1. Diagnóstico do Serviço de Apoio Domiciliário

Após a caracterização dos clientes do Serviço de Apoio Domiciliário e do seu funcionamento da resposta social, verificou-se a necessidade de aferir junto dos mesmos o grau de satisfação pelo serviço prestado e/ou a necessidade de implementação ou do alargamento dos serviços já contratualizados.

Assim, para a prossecução deste objetivo procedeu-se à realização de entrevistas direcionadas a todos os clientes. Devido ao grau de autonomia dos clientes apoiados pelo serviço domiciliário (SAD), cerca de 15% (21 idosos) das entrevistas foram respondidas pelos seus representantes legais, quando estes não reuniam capacidades mentais e/ou cognitivas para o efeito.

As entrevistas decorreram durante as visitas domiciliárias que se processaram entre os meses de Janeiro a Abril de 2016. É de salientar que durante este período temporal houve algumas oscilações da frequência de clientes. Ocorreram sete falecimentos e duas saídas para integração de lar, o que levou a admissão de nove novos clientes que não constam dos dados estatísticos apresentados no capítulo anterior.

Pretendeu-se que esta entrevista tivesse um carácter estruturado, mas que tivesse igualmente momentos de resposta direta e outras de reflexão para que os clientes e/ou pessoa responsável pudessem emitir comentários e sugestões.

Depois da realização das entrevistas¹⁰ e da análise dos dados constataram-se alguns pontos pertinentes e dignos de registo.

Relativamente à primeira questão colocada sobre os motivos de integração na resposta social de SAD pudemos auscultar que a causa primordial prendeu-se com os problemas de saúde e com a diminuída retaguarda familiar, como se depreende da análise do gráfico seguinte.

¹⁰ Em anexo

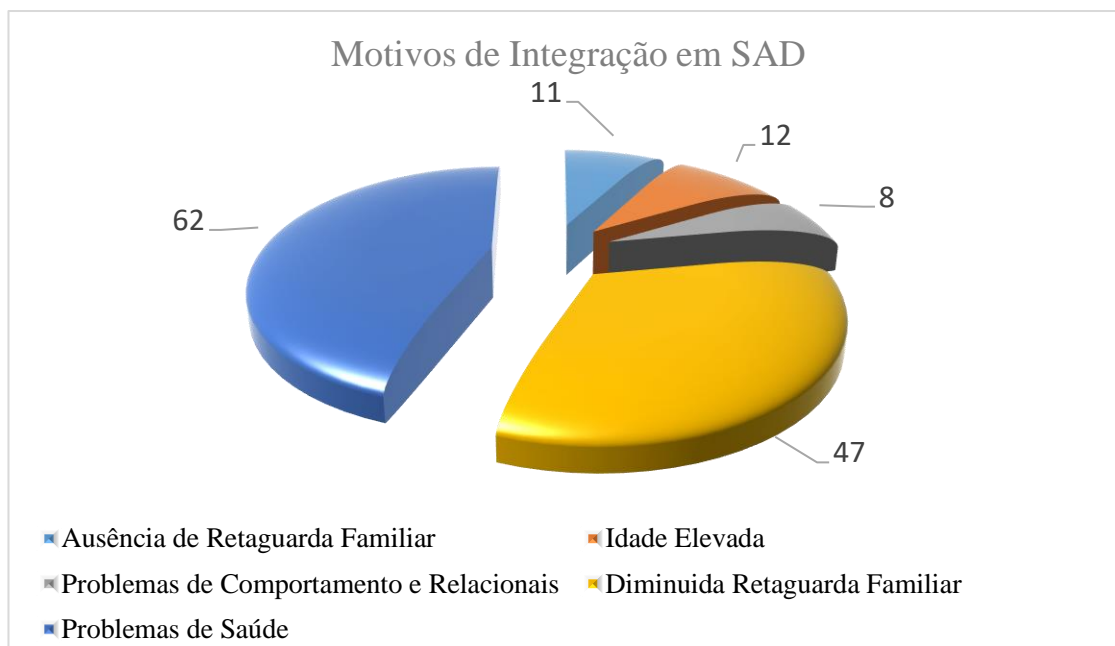


Gráfico 6 - Motivos de integração dos clientes na resposta social de SAD

Esta categorização prendeu-se com a verbalização de sentimentos e/ ou necessidades de forma mais expressiva, tais como:

- “Como a minha filha só cá aparece quando quer, um vizinho disse-me para procurar ajuda” (Sr. Delfim);
- “Eu já não consigo tratar da minha mãe sozinha. Ela piorou muito!” (cuidadora D. Maria)
- “Desde que fiquei assim preciso de quem me ajude.” (D. Maria do Céu)

É de salientar que o critério *Problemas de Comportamento e Relacionais* não foram expressos pelos clientes, mas sim pela técnica responsável pelo SAD na Instituição que, tendo conhecimento do historial de vida dos clientes, os referenciou, nomeadamente, devido à existência de problemas de alcoolismo e psiquiátricos. É de reforçar que estes clientes foram encaminhados por outras Instituições (nomeadamente, de saúde ou de apoio social) para proceder ao acompanhamento destes casos.

No que respeita à opinião dos clientes e/ou seus responsáveis em relação à suficiência do serviço face às suas necessidades é de notar que 60,7% (85 clientes) consideraram que o SAD é suficiente: “Para já não preciso de mais nada! Enquanto puder eu e a minha Marianos vamos arrançando.” (Sr. Jerónimo)

No entanto, dos restantes 40%, 12 clientes gostariam de ter mais serviços (como por exemplo, a higiene habitacional) e 43 clientes gostariam de aumentar a frequência do serviço (principalmente, existir uma maior frequência da higiene pessoal por semana e por dia).

Dos 55 clientes que apontaram como insuficiente os serviços do SAD da Santa Casa, 85% destes consideraram importante iniciar o apoio aos fins de semana e feriados (“Eu não percebo! Dizem que é Santa Casa da Misericórdia.... E os pobres não comem ao fim de semana? – Sr. Barbosa).

Outra questão colocada nas entrevistas visava perceber se existiam outros serviços que os clientes desejavam usufruir. Constatou-se que, mesmo alguns clientes que afirmaram estar satisfeitos com o SAD, demonstraram interesse por alguns serviços, como fisioterapia, cuidados de enfermagem, saídas culturais e mais tempo com as colaboradoras.

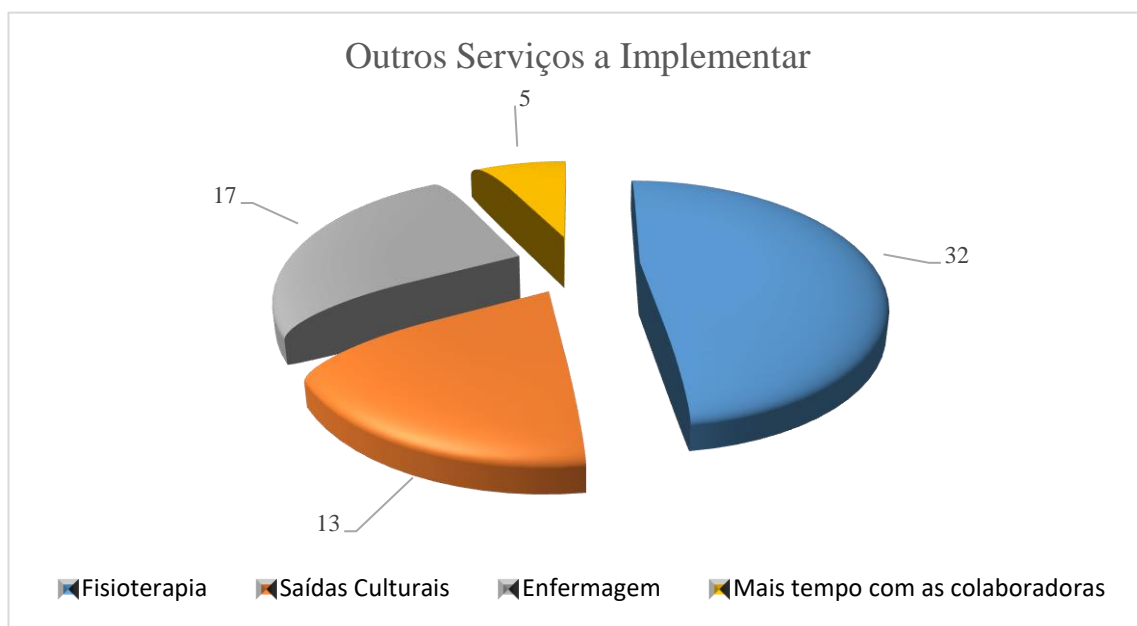


Gráfico 7 - Propostas de serviços a implementar na resposta social de SAD

Após a observação sistemática do funcionamento do SAD, através das entrevistas com os clientes (no sentido de aferir a seu grau de satisfação) e através das reuniões informais com as colaboradoras verificou-se que o regime de funcionamento desta resposta social não é adequado às necessidades das pessoas a quem são prestados os serviços.

Neste sentido, registam-se, de forma sintética, as limitações mais fulcrais do SAD no que respeita:

- Cobertura dos serviços

Como constatamos anteriormente, 34% dos clientes do SAD apresentam uma retaguarda familiar bastante diminuída e quando abordados pela questão do funcionamento referem que é “uma pena a Santa Casa não trazer o almoço ao fim de semana, tenho de arranjar alguém para ir buscar comida para mim” (D. Jerónima) ou, “é um transtorno para os meus filhos terem a preocupação de me virem trazer a comida ao sábado e ao domingo, se a Santa Casa trouxesse ficavam mais descansados” (D. Piedade). O mesmo acontece ao nível do serviço de higiene pessoal, uma vez que algumas das pessoas estão em situação de total dependência (acamados) e vivem só com o cônjuge, que não consegue assegurar este serviço sozinho, “eu bem tento ao fim de semana mudar-lhe a fralda, mas é impossível para mim, não tenho força.” (Sr. Soares).

- Horário da prestação dos serviços

O horário de funcionamento acaba por estar desajustado, pois caso fosse alargado seria possível apoiar também da parte da tarde algumas das pessoas que estão em situação de total dependência, efetuando outra muda de fralda ou até mesmo realizar mais higienes pessoais e habitacionais. A fim de conhecer outros olhares sobre este assunto, através de conversas com as ajudantes familiares, percebeu-se que estas têm consciência que este seria um ponto a ser melhorado, referindo que seria possível apoiar mais e melhor cada pessoa se conseguissem ir mais vezes ao domicílio. Foi curioso e ao mesmo tempo interessante encontrar esta perspetiva por parte das colaboradoras, visto que se mostraram consciente que, talvez tivessem de trabalhar por turnos e ao fim de semana, mas que valeria a pena se fosse para melhorar a qualidade de vida dos idosos com quem trabalham (quase) todos os dias. Neste contexto, uma delas referiu: “Oh Dra. eu vou-lhe ser sincera, eu não gostava nada que me pusessem a trabalhar por turnos, mas era muito melhor, senão qualquer dia não temos utentes.” (Laurinda)

- Desadequação dos serviços às necessidades dos clientes

Segundo o artigo nº 35 do Regulamento Interno da resposta social de SAD, quando os colaboradores apoiam as pessoas nos seus cuidados de higiene e auto estima devem proceder de forma tranquila e calma, procurando efetuá-los no mesmo horário e

seguindo os mesmos procedimentos, por ordem sequencial. Devem também garantir que, os cuidados de higiene prestados sejam, sempre que possível, adequados aos hábitos e rotinas das pessoas. Este é um dos princípios orientadores que não está a ser cumprido e, como nos apercebemos, um pouco negligenciado por motivos de gestão Institucional e de foro financeiro.

- Recursos Humanos.

Depois de perceber a forma como este serviço funciona, é fundamental pensar na importância da fase de acolhimento das pessoas que procuram resposta no SAD. Esta fase diz respeito ao momento de integração que é feito nesta resposta social, ou seja, ao contacto existente entre a Instituição e as pessoas.

Salienta-se uma postura sempre disponível dos técnicos na fase da inscrição. Porém, a partir da admissão e sendo esta fase preponderante para reconhecer os hábitos, os gostos, os interesses e necessidades dos clientes, o técnico responsável não mantém um acompanhamento eficaz.

Realça-se o facto de que os técnicos responsáveis pelos serviços de apoio domiciliários dos diferentes equipamentos acumulam outras funções dentro da Instituição que os levam a descurar esta fase, deixando-a quase nas mãos das colaboradoras.

2. Proposta de Reestruturação do Serviço de Apoio Domiciliário

Numa visão muito genérica percebe-se que o Serviço de Apoio Domiciliário na Santa Casa da Misericórdia de Gondomar funciona ainda de forma muito rudimentar.

Após conhecer o dia –a – dia destas equipas de Ajudantes Familiares, após realizar várias visitas domiciliárias no sentido de aferir o grau de satisfação dos clientes face a esta resposta social, constata – se a existência de algumas lacunas de bastante importância. Destas lacunas salientam-se:

- O SAD não funciona aos fins de semana nem aos feriados;
- O SAD abrange unicamente um período diário de oito horas;
- O SAD não consegue satisfazer todas as necessidades expressas pelos seus clientes.

Reconhece-se que o trabalho da Santa Casa é desenvolvido num quadro de proximidade territorial, de convivência com os problemas das pessoas idosas e famílias, sem necessidade de desenraizamento da sua vida habitual. Contudo, e para que esta Instituição continue a manter os seus clientes em suas casas, junto daqueles que mais amam, impõe-se pensar, definir e implementar um serviço mais alargado no que respeita ao horário e na diversidade de serviços e/ou atividades que presta, sem descuidar a qualidade da sua ação.

Atualmente urge pensar o serviço de apoio domiciliário como uma resposta individualizada, não devendo esta ser homogénea e padronizada, mas flexível e heterogénea (adequando –se assim, às necessidades de cada cliente).

Marques (2011) salienta que “Ao longo destes dez anos, os serviços de apoio domiciliário apresentam a maior taxa de crescimento (82,8%), seguidos pelos centros de dia (42,5%) e pelas residências e lares para idosos (39%).”

Contudo, e tendo em consideração que o SAD da Santa Casa (como foi relatado no capítulo anterior) é manifestamente insuficiente no que se refere à quantidade de serviços prestados diariamente e no que se refere ao tempo de cobertura diária, torna-se urgente intervir para que “o serviço domiciliário deva ser mais do que o usual “banho ou marmita” incluindo outras valências como, por exemplo, o transporte, o acompanhamento ao exterior, companhia, ida ao cabeleireiro, atividades ocupacionais” (Marques, 2011, Pág. 78).

Considerando que para muitos autores o SAD poderá ser a resposta do futuro e que, muitas famílias preferem usufruir de um serviço no domicílio do cliente em vez de optarem pela Institucionalização, é necessário refletir novas práticas de atuação e novas modalidades de ação.

Assim, e tendo em consideração os moldes estandardizados de funcionamento do SAD, propõe-se a adaptação de alguns serviços/ atividades no sentido de proporcionar melhoria dos serviços prestados a todos os clientes, bem como uma melhoria significativa da sua qualidade de vida. Consequentemente, prevê-se um maior número de pessoas satisfeitas com o serviço, transmitindo a outras uma visão positiva da Instituição.

Em relação ao funcionamento do SAD propõe-se, numa primeira fase:

- O alargamento do horário de prestação de serviços (8h30 – 19h30 ou 8h – 20h);
- Alargamento da prestação de serviços para o fim-de-semana (8h30 – 13h);
- Desvincular a obrigatoriedade da equipa de distribuição de marmitas ser a mesma que realiza a higiene pessoal (no sentido de proporcionar a entrega da refeição mais cedo e de economizar no gasóleo das viaturas);
- Iniciar a entrega de pequeno – almoço e lanche;
- Aquisição de novo material (marmitas, cestos para transporte das refeições, cestos para o transporte da roupa depois de ser lavada e engomada);
- Aquisição de novas fardas (as atuais estão muito desgastadas e não transmitem uma imagem cuidada).
- Maior divulgação do SAD (através de folhetos ou de cartazes publicitários).

Pensando no futuro do SAD e nos pedidos mais frequentes que os clientes estabelecem propõe-se o estabelecimento de novas parcerias no sentido de continuar a apoiar os clientes numa ótica de sustentabilidade da Instituição:

- Parceria com empresas de venda de ajudas técnicas (cadeira de rodas, camas articuladas...) e produtos de higiene pessoal (creme, fraldas, esponjas...) para posterior venda aos clientes;
- Parceria com uma farmácia no sentido de implementar um “cartão de cliente”. Como são confrontados com várias solicitações para aquisição de medicação e outros produtos, as colaboradoras poderiam ir comprar a uma determinada farmácia (com acordo prévio com o cliente) no sentido da obtenção de alguns descontos posteriores (não só para o cliente mas também para a Santa Casa que também é cliente);
- Parceria com o Hospital Escola da Universidade Fernando Pessoa (consultas de fisioterapia, podologia, análises clínicas...).

Para a implementação destas alterações será necessário um investimento financeiro avultado por parte da Instituição na contratação de colaboradoras, na aquisição de mais viaturas e de material de desgaste, mas que se prevê ser rentabilizado no futuro no que respeita à imagem da Instituição no concelho de Gondomar e mesmo perante o Centro Distrital da Segurança Social.

A nível concelhio existem várias Instituições que desenvolvem este serviço tendo os mesmos constrangimentos, não possuindo tanta credibilidade como a Santa Casa de Gondomar. Contudo, começam a existir algumas empresas privadas que têm evoluído e assume-se como uma crescente concorrência.

A Misericórdia de Gondomar, no contexto de várias alterações legislativas e orientações economicistas não se pode dar ao luxo de perder clientes e, conseqüentemente, verba por parte do ISS, IP.

Neste sentido, perspetiva-se que, com estas sugestões para a melhoria do SAD se verifique o aumento do número de serviços no que se refere aos serviços de alimentação e higiene pessoal, como se constata nos seguintes quadros:

Alargamento do serviço de Alimentação para o Fim de Semana		
	N.º de Clientes (Maio 2016)	Proposta Alargamento Fim de Semana
Sede	31	14
S. Cosme	21	10
Medas	26	8
Fânzeres	16	7
Total	94	39

Tabela 6 - Alargamento do serviço de Alimentação para o Fim de Semana

Alargamento do serviço de higiene pessoal			
	N.º de Clientes (Maio 2016)	Proposta Alargamento Semana	Proposta Alargamento Fim de Semana
Sede	19	6	8
S. Cosme	12	10	4
Medas	22	13	7
Fânzeres	14	5	4
Total	67	34	23

Tabela 7 - Alargamento do serviço de higiene pessoal

Estes números refletem a necessidade de alargamento da resposta de apoio domiciliário, unicamente nos serviços de alimentação e higiene pessoal (serviços mais solicitados). Porém é de realçar que, se existir o alargamento do horário e, conseqüentemente um maior número de equipas será possível aumentar o número clientes que usufruem do serviço de higiene habitacional e das atividades de animação e socialização.

Conclusão

O presente projeto de estágio baseou-se numa metodologia de investigação-ação participativa, partindo do conhecimento da realidade e do contexto social das pessoas, utilizando, para o efeito, as visitas domiciliárias e as entrevistas de forma a aferir o grau de satisfação dos clientes. Desta forma, permitiu perspetivar um caminho de mudança e de melhoria da qualidade de vida dos clientes desta resposta social.

De fato, constatou-se que o Serviço de Apoio Domiciliário não se coaduna com as necessidades da maioria dos clientes e que, propostas de alargamento de horário e o alargamento ao fim de semana são pedidos cada vez mais recorrentes.

Conclui-se que, de facto, a opinião e envolvimento de todas as pessoas que fazem parte de um projeto, só acarreta vantagens ao longo de todo o processo. Fazer com que se possa proporcionar uma melhoria da qualidade do Serviço de Apoio Domiciliário e, consequentemente, da qualidade de vida de pessoas constitui a missão de qualquer técnico superior de serviço social que entre em comunhão com os valores de equidade social, justiça, solidariedade e responsabilidade social.

Com a realização deste projeto pretende-se que, em última análise, constitua um ponto de partida para uma efetiva intervenção e mudança da práxis institucional de forma a valorizar cada vez mais o Serviço de Apoio Domiciliário. Esta valorização promoverá uma maior qualidade dos serviços prestados para uma consequente melhoria da qualidade de vida dos clientes.

Bibliografia

- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Luso didata
- Carvalho M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento* Lisboa Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
- Carvalho, M. I. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In M. I. Carvalho, *Serviço social no envelhecimento* (pp. 1-15). Lisboa: Pactor.
- Carvalho, M.I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*, Lisboa, Coisas de Ler Edições,Lda
- Freitas, P. (2011). *Solidão em idosos: Percepção em função da rede social*. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação - o planeamento de em ciências sociais*. Estoril: Principia.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). Apresentação. In F. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 15-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias* . Coimbra: Quarteto Editora.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento - factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Romans, M. (2003). Formação continuada dos profissionais em educação social. In M. Romans, A. Petrus, & J. Trilla, *Profissão: educador social* (pp. 115-199). São paulo, Brasil: Artimed.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: FFMS.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família - os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

**Documentos Institucionais da Santa Casa da Misericórdia de Vera
Cruz de Gondomar:**

Regulamento Interno da Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário

Plano de Atividades 2015

Plano de Atividades 2016

Relatório de Atividades 2015

Projeto Educativo 2013

Manual de Acolhimento do Serviço de Apoio Domiciliário

Outros Documentos:

Diagnóstico Social do Concelho de Gondomar, Camara Municipal de Gondomar

Plano de Ação 2015/2016, Conselho Local de Ação Social de Gondomar, Rede Social de Gondomar

Anexos

Guião da Entrevista

1. Qual foi o motivo principal que o levou a requerer o Serviço de Apoio Domiciliário?
2. Atualmente o Serviço de Apoio Domiciliário é suficiente face às suas necessidades?
 - 2.1. Se a resposta for negativa quais os motivos para a sua insatisfação?
3. Que outros serviços gostaria de poder usufruir como cliente da Santa Casa de Gondomar?
4. O que mais valoriza no serviço prestado por esta Instituição?
5. Que sugestões e/ou comentários lhe apraz fazer em relação a este serviço?