



Ana Catarina Correia da Rocha e Sousa

**Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções
sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no
Concelho de Oliveira de Azeméis**

*Tese de Mestrado em Serviço Social, apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
sob orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida*

Junho, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis

*Tese de Mestrado em Serviço Social, apresentado à Faculdade de Psicologia e Ciências
da Educação sob orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida*

Ana Catarina Correia da Rocha e Sousa

Junho, 2016

AGRADECIMENTOS

Durante o longo caminho que foi a elaboração da dissertação, houve um conjunto de conhecimentos e experiências que foram sendo adquiridos e que resultaram no presente trabalho.

De maneira a que este processo de realização desta Dissertação fosse possível de concretizar de forma bem-sucedida foi necessário o envolvimento e colaboração de várias pessoas, que me ajudaram, auxiliaram e apoiaram de formas diferenciadas e diversificadas. Para elas, gostaria de deixar algumas palavras de agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais e aos meus irmãos o apoio incondicional e por acreditarem em mim e nas minhas capacidades. Em especial, um enorme agradecimento aos meus pais, por tudo aquilo que me deram, principalmente por todos os sacrifícios e investimentos que fizeram na minha formação, para que eu pudesse concretizar os meus objetivos.

Deixo ainda um especial agradecimento à minha orientadora, Doutora Helena Neves de Almeida, pela motivação e incentivo prestados, pela sua disponibilidade e pela a partilha de conhecimentos, que de forma objetiva e clara me ajudaram a perceber o processo de investigação. Por tudo isto que referi anteriormente, o seu contributo foi imprescindível, para que esta etapa tivesse sucesso.

Não menos importante, agradeço às Direções das Instituições, respetivas Diretoras Técnicas e/ou coordenadoras dos SAD de Oliveira de Azeméis e a todos os Idosos que participaram nesta investigação, pela sua receptividade, apreço e por toda a colaboração que demonstraram desde o início até ao fim deste estudo.

Finalmente gostaria de agradecer aos meus amigos(as), que sempre me incentivaram e ampararam nos momentos de desânimo e de decepção. Foi fundamental a vossa amizade e carinho durante esta árdua e longa caminhada.

Certamente não teria conseguido sem a ajuda de todos vocês. Por isso, a todos um muito obrigado do fundo do coração e bem hajam a todos.

RESUMO

A presente investigação demonstra a importância do Serviço de Apoio Domiciliário, prestado por instituições particulares de solidariedade social, no concelho de Oliveira de Azeméis, pertencente ao distrito de Aveiro. Com o aumento do envelhecimento populacional, é cada vez mais importante criar ou tornar as infraestruturas existentes e respostas sociais mais adaptadas e eficazes, para que consigam promover o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida nos idosos que usufruem dos serviços. Atualmente têm-se vindo a privilegiar os cuidados em domicílio, ou seja, no seu meio natural de vida, em detrimento da institucionalização do idoso. Sendo assim, procurámos compreender as perceções existentes, tanto nos coordenadores da resposta SAD, como dos próprios utentes, acerca da sua estrutura e do seu atual funcionamento do serviço. Ainda foi possível identificar, junto de cada instituição do concelho, quais são os projetos e respostas inovadoras considerados ou em curso, dentro do serviço SAD. As instituições locais com o serviço SAD em funcionamento encontram-se mais numa fase de manutenção dos serviços e dos cuidados prestados, do que propriamente a executar ou a implementar respostas inovadoras. Apesar de este evidente facto, é possível constatar que todas as instituições têm o discernimento de orientar a sua intervenção, consoante as necessidades diagnosticadas, os recursos existentes e a população a que se destinam. Tendo em consideração os recursos financeiros de cada instituição social, estas têm procurado incrementar a participação ativa nos idosos nas atividades desenvolvidas pelo serviço, bem como o aumento da qualidade do mesmo e das respostas sociais para a população. Em suma, analisámos a intervenção de 12 instituições, com estatuto de IPSS, inseridas no concelho de Oliveira de Azeméis, onde utilizámos o estudo exploratório, para obtermos uma melhor compreensão sobre a temática, através dos intervenientes inseridos no contexto de ação, nomeadamente os coordenadores técnicos e os Utentes de SAD.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Serviço de Apoio Domiciliário, Perceções do SAD, Cuidados em Domicílio, IPSS, Inovações

ABSTRACT

This research demonstrates the importance of the Home Support Service, provided by private institutions of social solidarity, in Oliveira de Azeméis municipality, that belongs to Aveiro district. With the increasing aging population, it is important to create or make the existing infrastructures and social responses more adaptive and effective, so they can promote well-being, autonomy and quality of life in the elderly who receive the services. Currently they have been coming to privilege care at home, or in their natural habitat at the expense of the institutionalization of the elderly. Thus, we sought to understand the existing perceptions, both in coordinators of SAD response, as in the users themselves, about their structure and their current functioning of the service. It was still possible to identify from each county institution which products and innovative responses considered or underway within the SAD service. Local institutions with SAD service in operation are more in a keeping phase of services and care, than in a phase to execute or implement innovative responses. Despite this obvious fact, it is clear that all institutions have the insight to direct its action according to diagnosed needs, existing resources and the population that are intended. Taking into account the financial situation of each social institution, these have sought to increase the active participation in the elderly in the activities of the service, as well as increased quality of services and social responses to the population. So, we analyzed the intervention of 12 institutions with the status of IPSS, inserted in Oliveira de Azeméis municipality, where we used the exploratory study to get a better understanding of the theme, through the participants inserted in the context of action, including coordinators technical and users of SAD.

Keywords: aging, Home Support Service, SAD perceptions, household care, IPSS, innovations

LISTA DE ABREVIATURAS

AMPO – Associação de Melhoramentos Pró-Outeiro

ASSL – Associação de Solidariedade Social de Loureiro

AVD – Atividades de Vida Diária

CISC – Centro Infantil e Social de Cesar

Comossela – Comissão de Melhoramentos de Ossela

CPSSAMS – Centro Paroquial e Social Santo André de Macinhata da Seixa

CSCRC – Centro Social, Cultural e Recreativo de Carregosa

CSCRCP – Centro Social Cultural e Recreativo de Pindelo

CSDLASM – Centro Social Dr.^a Leonilda Aurora da Silva Matos

CSPNGC – Centro Social e Paroquial de Nogueira do Cravo

CSPPB – Centro Social Paroquial de Pinheiro da Bemposta

CTISR – Centro de Terceira Idade de S. Roque

DGSS – Direção Geral da Segurança Social

EMV – Esperança Média de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

OAZ – Oliveira de Azeméis

OSSMG – Obra Social de S. Martinho da Gândara

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PORTUGAL, RESPOSTAS SOCIAIS E INOVAÇÃO SOCIAL APLICADA À QUALIDADE DE VIDA	15
CAPÍTULO 1 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA	16
1.1 - <i>Envelhecimento Populacional</i>	16
1.2 - <i>Envelhecimento, Autonomia e Independência</i>	17
1.3 - <i>Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida</i>	19
1.4 - <i>Envelhecimento e a Animação</i>	21
CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS SOCIAIS DE APOIO À TERCEIRA IDADE E CONFIGURAÇÕES DAS RESPOSTAS SOCIAIS: AS ESPECIFICIDADES DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	23
2.1 - <i>Políticas Sociais: conceitos e evolução no quadro da sociedade portuguesa</i> 23	
2.2 - <i>Terceiro Setor e Instituições Particulares de Solidariedade Social</i>	26
2.3 - <i>IPSS e Desenvolvimento Local</i>	29
2.4 - <i>Respostas Sociais destinadas à População Idosa</i>	32
<i>Serviço de Apoio Domiciliário</i>	34
2.5 - <i>Inovações e Desafios no Serviço de Apoio Domiciliário</i>	37
2.6 - <i>Inovação e Qualidade de vida</i>	40
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	42
CAPITULO 3 – PROBLEMA DE PESQUISA E OPÇÕES METODOLÓGICAS 43	
3.1 - <i>Problema de Pesquisa</i>	43
3.2 - <i>Modelo de Análise: Objetivos, Finalidades e Dimensões</i>	44
3.3 - <i>Procedimentos Metodológicos</i>	44
3.3.1 - <i>Tipo de Investigação: Investigação Qualitativa</i>	44
3.3.2 - <i>Características do Estudo</i>	45
<i>Estudo Exploratório</i>	45
3.3.3 - <i>População e Amostra</i>	46
3.3.4 - <i>Técnicas e Procedimentos de Pesquisa</i>	47
3.3.5 - <i>Técnica de Análise dos Dados - Análise de Conteúdo</i>	50
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	51

<i>4.1 - O Contexto da Pesquisa</i>	51
<i>4.1.1 - Caracterização Sociodemográfica e Respostas Sociais do Concelho de Oliveira de Azeméis</i>	51
<i>4.1.2 - IPSS com SAD no concelho de Oliveira de Azeméis</i>	52
<i>Centro Social e Infantil de Cesar (CISC)</i>	52
<i>O Centro Social Paroquial de Pinheiro da Bemposta (CSPPB)</i>	53
<i>Centro Social Cultural e Recreativo de Pindelo (CSCRCP)</i>	53
<i>Comissão de Melhoramentos de Ossela (CMO)</i>	54
<i>Centro Social, Cultural e Recreativo de Carregosa (CSCRC)</i>	54
<i>Obra Social de S. Martinho da Gândara (OSSMG)</i>	55
<i>Associação de Melhoramentos Pró-Outeiro (AMPO):</i>	55
<i>Centro Social e Paroquial de Nogueira do Cravo (CSPNG)</i>	56
<i>Centro Paroquial e Social Santo André de Macinhata da Seixa (CPSSAMS)</i>	56
<i>Centro Social Dr.ª Leonilde Aurora da Silva Matos (CSLASM)</i>	56
<i>Centro de Terceira Idade de S. Roque (CTISR)</i>	57
<i>Associação de Solidariedade Social de Loureiro (ASSL)</i>	57
<i>4.1.3 - Serviço de Apoio Domiciliário e utentes: dados de caracterização e Quadro evolutivo dos serviços</i>	57
<i>4.2 - Caracterização da Amostra</i>	58
<i>4.2.1 - Perfil dos Diretores Técnicos e/ou coordenadores da resposta SAD</i>	58
<i>Sexo</i>	58
<i>Idade e Estado Civil</i>	59
<i>Habilitações Literárias</i>	59
<i>Cargo dos Técnicos e antiguidade na Instituição</i>	59
<i>Experiência Profissional</i>	60
<i>4.2.2 - Perfil dos Utentes de SAD considerados no estudo</i>	61
<i>Género</i>	61
<i>Idade</i>	62
<i>Estado Civil</i>	62
<i>Profissão anterior à reforma</i>	63
<i>Habilitações Literárias</i>	63
<i>Residência de origem</i>	64
<i>Número de Filhos</i>	64
<i>Ano de Inscrição no SAD</i>	64

<i>Problemas de Saúde</i>	65
<i>Rede de Suporte Informal</i>	66
<i>4.3 - SAD em Oliveira de Azeméis: realidades e perceções</i>	67
<i>4.3.1 - Sobre o funcionamento dos serviços</i>	67
<i>Objetivos</i>	67
<i>Papel da Igreja</i>	67
<i>Vantagens e limitações</i>	68
<i>Procedimentos de candidatura ao serviço</i>	68
<i>Fontes de conhecimento sobre o SAD</i>	69
<i>Encaminhamento SAD</i>	69
<i>Motivos que conduziram os idosos a usufruir do SAD</i>	70
<i>Crítérios de admissão/exclusão dos SAD e gestão da lista de espera</i>	71
<i>Serviços prestados pelos SAD e beneficiados pela população idosa</i>	72
<i>4.4 – SAD uma resposta adequada à gestão do quotidiano dos idosos no domicílio?</i>	73
<i>4.4.1 - Vidas partilhadas: A gestão do quotidiano no “antes” e o “depois”</i>	73
<i>4.4.2 - Qualidade de Vida</i>	74
<i>4.4.3 - Ocupação dos Tempos Livres</i>	76
<i>4.4.4 - Perceção avaliativa dos SAD</i>	77
<i>4.5 - Diferenciação entre serviços SAD</i>	78
<i>4.6 - Reclamações SAD</i>	79
<i>4.7 - Programas e projetos inovadores: Uma realidade ou utopia?</i>	79
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS DADOS	81
CONCLUSÃO	88
BIBLIOGRAFIA	91
APÊNDICES	102
Apêndice 1 - Carta para os Responsáveis dos SAD no Concelho de Oliveira de Azeméis	102
Apêndice 2 – Consentimento Informado dos Técnicos Responsáveis pela Gestão do Serviço de Apoio Domiciliário.....	104
Apêndice 3 – Consentimento Informado dos Utentes do Serviço de Apoio Domiciliário.....	105
Apêndice 4 – Guião de Entrevista Semiestruturada dos Técnicos	106

Apêndice 5 – Guião de Entrevista Semiestruturada dos Utentes	108
Apêndice 6 – Respostas Sociais das 12 IPSS da Amostra	110
Apêndice 7 – Área de Abrangência e Horário de Funcionamento dos SAD das IPSS	111
Apêndice 8 – Parcerias das 12 IPSS da Amostra	113
ANEXOS	116
Anexo 1 - Dados Estatísticos de Portugal e da União Europeia.....	116
Anexo 2 - Dados Estatísticos de Oliveira De Azeméis	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Regime Jurídico das IPSS	30
Figura 2: Respostas Sociais para Idosos.....	33
Figura 3 - Mapa do Município de Oliveira de Azeméis	51
Figura 4 - Respostas Sociais das IPSS	110
Figura 5 - Respostas Sociais das IPSS	110
Figura 6 - Respostas Sociais das IPSS	110

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: População Residente por Grupos Etários 2014 (concelho de OAZ).....	52
Gráfico 2: Cargos dos Técnicos nas IPSS	60
Gráfico 3: Ano de Desempenho do Cargo dos Técnicos nas IPSS	60
Gráfico 4: Género dos Utentes	62
Gráfico 5: Estado Civil dos Utentes	63
Gráfico 6: Habilitações Literárias dos Utentes (N=36).....	64
Gráfico 7: Ano de Inscrição dos Utentes no SAD (N=36).....	65
Gráfico 8: Apoio Informal dos Utentes do SAD (N=36)	66
Gráfico 9 - Índice de Dependência dos Idosos em Portugal	116
Gráfico 10 - População Residente Total em Portugal por Grandes Grupos Etários (2014)	116
Gráfico 11 - Índice de Envelhecimento de OAZ (Rácio).....	118
Gráfico 12 - Índice de Longevidade em OAZ.....	118
Gráfico 13 - Índice de Dependência de idosos (Rácio).....	119

Gráfico 14 - População Residente por Grandes Grupos Etários (2014).....	119
---	-----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Ano Fundação do SAD.....	58
Tabela 2: Utentes do SAD.....	58
Tabela 3: Idade dos Técnicos (N=12).....	59
Tabela 4: Habilitações Literárias dos Técnicos.....	59
Tabela 5: Experiência Profissional.....	61
Tabela 6: Idade dos Utentes.....	62
Tabela 7: Profissão dos Utentes por Setores (N=36).....	63
Tabela 8: Número de Filhos dos Utentes.....	64
Tabela 9: Constituição do Agregado Familiar dos Utentes do SAD (N=36).....	65
Tabela 10: Condição de Saúde dos Utentes de SAD (N=36).....	66
Tabela 11: Patologias dos Utentes do SAD.....	66
Tabela 12 - Serviços Prestados pelo SAD.....	72
Tabela 13 - Alteração dos Serviços Prestados pelo SAD (N=36).....	73
Tabela 14 - Área de Abrangência do SAD.....	111
Tabela 15 - Horário de Funcionamento do SAD.....	111
Tabela 17 - Índice de Envelhecimento dos Países da Europa dos 28 (Rácio).....	117

INTRODUÇÃO

A presente dissertação que se denomina “Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis” surge no âmbito do Mestrado em Serviço Social e tem como finalidade averiguar a perceção dos utentes e dos diretores técnicos ou coordenadores da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) sobre o serviço prestado pelas organizações existentes e o seu contributo para a promoção de autonomia, melhoria da qualidade de vida e de bem-estar dos idosos.

De acordo com dados do INE (2015), na sociedade contemporânea observa-se um aumento da população idosa em Portugal e, conseqüentemente, um aumento do número de pessoas dependentes. O envelhecimento populacional advém do aumento da Esperança Média de Vida (EMV), da baixa taxa de natalidade e da diminuição da taxa de mortalidade. Neste processo, a melhoria das condições de vida, o desenvolvimento das políticas sociais e o maior acesso aos cuidados de saúde constituem fatores importantes à compreensão do fenómeno.

O aumento do binómio relacional entre envelhecimento e dependência coloca desafios à produção de conhecimento em Portugal e implica um estudo das atuais respostas sociais e sua reformulação, de modo a contribuir para retificar lacunas e fazer face às exigências e aos desafios colocados pela sociedade.

No que diz respeito às políticas sociais em Portugal, privilegia-se uma responsabilidade partilhada entre o Estado, o Mercado e a Sociedade Civil, o que nos remete para o “*Welfare Mix*”. A escolha da temática da resposta social do Serviço de Apoio Domiciliário decorreu do facto de ser um serviço em expansão e das necessidades e desafios que têm sido colocados ao serviço relativamente à prestação de cuidados.

Tendo em consideração esta situação, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) em Portugal são as que detêm em sua posse as respostas sociais cuja finalidade é atenuar as situações de necessidade social.

Atualmente é relevante investigar o SAD em diversos países, dado que é uma resposta em expansão que privilegia a manutenção do domicílio, em detrimento da retirada do indivíduo para um contexto que não é o seu natural de vida. Como serviço de proximidade, o seu desenvolvimento em diversos países resulta das novas reivindicações

na satisfação das necessidades e na prestação de cuidados, fator esse que é determinante para a perceção de qualidade de vida e do bem-estar nas pessoas.

Atualmente, sejam os investigadores, a sociedade civil, o Estado ou mesmo os políticos têm demonstrado a relevância da busca de novas intervenções ou de reformular os serviços atuais para fazer face a este fenómeno social, que é o envelhecimento demográfico.

Sendo assim, o trabalho está organizado em três partes distintas. A primeira parte é caracterizada por ter uma fundamentação teórica, onde constam alguns conceitos chave da literatura teórica, bem como teorias que sustentam e enquadram todo o trabalho empírico. Esta primeira parte subdivide-se em dois capítulos: o primeiro designa-se por “Envelhecimento populacional, autonomia e qualidade de vida” e o segundo intitula-se por “Políticas sociais de apoio à terceira idade e configurações das respostas sociais: as especificidades do serviço de apoio domiciliário”.

A segunda parte deste trabalho refere-se à parte empírica, ou seja, aborda de forma detalhada a metodologia empregada, mencionando-se as técnicas e os respetivos procedimentos utilizados ao longo da investigação. O objetivo geral do estudo é caracterizar a perceção dos técnicos e dos utentes acerca do Serviço de Apoio Domiciliário no concelho de Oliveira de Azeméis.

Esta investigação enquadra-se maioritariamente numa abordagem qualitativa, no entanto, obteve também dados quantitativos, tornando a presente investigação numa abordagem de carácter quantitativo e qualitativo. Optou-se por um estudo misto, de modo a analisar as diferentes perceções (Diretores Técnicos e/ou coordenadores da resposta SAD e os Utes) para compreendermos aprofundadamente e de forma precisa as diferentes noções sobre o funcionamento do SAD no concelho. Para a constituição da amostra foram consideradas 12 instituições de um total de 14 existentes no distrito de Aveiro e inseridas no concelho de Oliveira de Azeméis com o Serviço de Apoio Domiciliário. Foram entrevistados 12 coordenadores da resposta de SAD e ainda 3 utentes de cada instituição do município, perfazendo um total de 48 pessoas. Foram usados dois processos de recolha de dados, nomeadamente a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados obtidos recorreu-se à técnica de análise de conteúdo. A dissertação integra ainda a discussão dos resultados recolhidos, cruzando-os com a literatura teórica da primeira parte do trabalho aqui apresentado. Por fim, ressaltam-se as conclusões finais do estudo, designadamente os objetivos alcançados,

os entraves e contributos da investigação, e ainda os desafios suscitados para futuras investigações na área.

**PARTE I - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PORTUGAL,
RESPOSTAS SOCIAIS E INOVAÇÃO SOCIAL APLICADA À QUALIDADE
DE VIDA**

CAPÍTULO 1 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA

O século XXI é mencionado na literatura como um tempo de grandes transformações sociais entre as quais o envelhecimento da população. Portugal não escapa a essa realidade. Ao longo do tempo, foi-se verificando uma quebra no número de indivíduos jovens, contrapondo-se ao número de idosos. Estes dados podem ser oriundos de alguns fatores, como o aumento da Esperança Média de Vida, da melhoria das condições de vida e naturalmente do aumento substancial da qualidade de vida que impulsionou a longevidade humana. Conseqüentemente, com o aumento da longevidade, aumentaram igualmente as doenças crónicas, a que se associam estados de saúde mais debilitados, originando quebras em vários domínios, na autonomia dos indivíduos, nas redes pessoais e sociais, implicando um acréscimo do número de indivíduos com necessidade de usufruir de apoios sociais e familiares. Efetivamente, com o crescente aumento de pessoas mais idosas, denota-se um acréscimo de patologias associadas a esta fase da vida, como é o caso do declínio das funções motoras e de saúde, acréscimo do número de indivíduos com dependências, que implicam auxílio de terceiros, para conseguir realizar as suas Atividades de Vida Diária (AVD).

No âmbito da investigação efetuada, considera-se que *“os idosos do século XXI serão em maior número (...), terão maior rendimento, mais saúde, mais instrução, melhores condições habitacionais, serão mais ativos profissionalmente e civicamente, mais conscientes dos direitos, mais disponíveis para usufruir da cultura e do lazer”* (Nunes, 2014:14).

1.1 - Envelhecimento Populacional

O século XXI está marcado por relevantes transformações demográficas a nível nacional e internacional. Comparativamente à União Europeia, em Portugal denota-se alguns dados discrepantes e alarmantes, nomeadamente: ser o 5º país com um maior índice de envelhecimento; ser o 3º país onde se observa uma diminuta renovação da população ativa; ser o 3º país com maiores oscilações na mediana entre o ano de 2003 e 2013 (INE, 2015). As estatísticas sobre Portugal (Pordata, 2014) mostram diferenças significativas entre a faixa etária jovem (14,4%), a população com 60 e mais anos (20,3%) e, por último, a população com idade ativa (65, 3%). Como resultado deste envelhecimento, os valores do índice de dependência dos idosos têm vindo a aumentar (cf. Anexos 1) e situam-se nos 30,7%.

Segundo o *Relatório sobre o Envelhecimento* (2015), as projeções demográficas para Portugal revelam que entre o ano de 2013 e 2050 existirá um decréscimo na população, passando esta de 10,5 milhões para 8,2 milhões de pessoas. Em contrapartida, o envelhecimento aumenta: em 2013 estava situado nos 27,0% de envelhecimento e em 2050 amplifica-se para 27,3%, o que acarreta um maior dispêndio financeiro público para políticas sociais de apoio à terceira idade. Sendo assim, esta quebra de população incita o desafio de reajustar as políticas sociais, de modo a torná-las sustentáveis perante os efeitos colaterais do envelhecimento.

O referido estudo realizado pela Divisão de População das Nações Unidas (2015) realça que o envelhecimento demográfico não é só um problema em Portugal, mas em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. O estudo referencia que este fenómeno irá propagar-se nos próximos anos a um nível mundial. Com efeito, as projeções sobre o envelhecimento apontam que a percentagem de pessoas com idades avançadas em 2013 era de 11,7% e em 2050 este valor estará provavelmente situado entre os 21,1%. Tendo cientes estes dois valores de envelhecimento da população a nível mundial, observa-se um agravamento do fenómeno que se traduzirá em 2050 em cerca de 2 mil milhões de pessoas com idade superior a 60 anos. Paralelamente, o número de pessoas com 80 e mais anos também se amplifica, representando assim 392 milhões em 2050 (INE, 2015).

De acordo com as estatísticas (Pordata, 2014), dos 28 países englobados na União Europeia acima da percentagem de envelhecimento de Portugal existe: a Alemanha (159,1%), a Itália (155,9%), a Bulgária (143,3%) e, por último, a Grécia (141,8 %). Contrariamente a este cenário demográfico, os 5 países menos envelhecidos são: a Irlanda (58,0%), a Islândia (65,5%), Luxemburgo (84,4%), o Chipre (87,1%) e a Noruega (88,4%).

Os dados indicam o envelhecimento populacional implica a existência de respostas sociais adequadas para fazer face às necessidades e características desta população, criando e desenvolvendo mecanismos e infraestruturas que permitam conjugar a ideia de envelhecimento e da qualidade de vida.

1.2 - Envelhecimento, Autonomia e Independência

A perda de autonomia pode ser causada por uma doença crónica ou derivar da perda de funções associadas ao processo de envelhecimento. No primeiro caso, são as doenças cardiovasculares, as doenças músculo-esqueléticas, as doenças respiratórias ou as

doenças mentais que concorrem para a perda de autonomia e dependência. No segundo caso, a perda de capacidades surge associada à idade avançada dos indivíduos. Neste sentido, importa considerar os termos de independência e autonomia, os quais estão estritamente associados à definição de Atividades de Vida Diária e contrários ao conceito de dependência.

A autonomia consiste na aptidão de cada pessoa para conseguir identificar, avaliar e tomar uma decisão, conforme a sua vontade e preferência acerca da forma como ela está e como é o seu dia-a-dia. O conceito de independência traduz a competência que cada indivíduo possui em relação à sua vida diária, isto é, a capacidade a sua autossubsistência e satisfação de necessidades diárias sem o apoio de uma segunda pessoa ou então recorrendo a uma pequena ajuda para realizar as suas Atividades de Vida Diária.

Engenheiro (2008:35) define dependência como *“a incapacidade do individuo para adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem ajuda de outros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, que pode ocorrer em qualquer fase da vida”*.

Hockey e James (1993), Portugal (2007) e Mangas (2009) mencionam que existe sempre a eventualidade, ao longo da vida de cada indivíduo, de vir a desenvolver-se um maior ou menor grau de dependência, sendo que as etiologias associadas a dependência são díspares e modificam-se de indivíduo para indivíduo. Para Garcia (1994), um indivíduo com dependência não dispõe de meios, bens ou serviços que lhe permitam salvaguardar uma qualidade de vida plausível, sendo inevitável recorrer a serviços públicos ou privados, que assegurem a melhoria da qualidade de vida.

Ao longo dos anos, tem vindo a progredir o número de indivíduos com grau de dependência. Este fenómeno traz repercussões para a sociedade, tanto para a economia do País como para a estrutura e dinâmica familiar. A situação de dependência de um indivíduo afeta irredutivelmente a saúde, a qualidade de vida, o bem-estar, a participação ativa das Atividades de Vida Diária e a sua manutenção (Geraldês, 2013).

Tendo em consideração as implicações pessoais e sociais da dependência, é imprescindível a colaboração de uma terceira pessoa e/ou de um serviço, que apoie a satisfação das necessidades básicas ou das necessidades instrumentais do sujeito.

Atualmente considera-se essencial fazer um diagnóstico multidimensional, de modo a identificar os recursos, as capacidades, bem como os limites de cada indivíduo. Só neste sentido é que a intervenção realizada com pessoas dependentes permitirá colmatar a falta de autonomia, apaziguando o desenvolvimento de um maior grau de dependência.

1.3 - Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida

Através da constituição da República Portuguesa, com o artigo 64º, e com a implementação de um Serviço Nacional de Saúde universal e de políticas de apoio médico e sociais, os cuidados de saúde foram universalizados, com preponderância para a gratuidade. Sendo assim, as políticas sociais visam a *“criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável”* (Constituição, 2011, art. 64º).

Compete ao Estado certificar o cumprimento do direito à proteção de saúde, adotando vários mecanismos e estratégias para garantir esse efeito. O Serviço Nacional de Saúde português é caracterizado por ter uma gestão participada e descentralizada. Sendo assim, pode-se afirmar que a qualidade de vida e os cuidados de saúde estão estritamente relacionados com a igualdade de oportunidades e com o desenvolvimento humano dado na sociedade.

O termo qualidade de vida sofreu algumas reformulações ao longo do tempo, devido à sua subjetividade, multidimensionalidade e ambivalência, ora de sensações positivas ora de sensações negativas. A complexidade deste conceito incitou a origem de diferentes percepções em volta da sua definição. Segundo Paschoal, qualidade de vida *“é um conceito amorfo, utilizado por muitas disciplinas geografia, literatura, filosofia, publicidade, economia, promoção de saúde, ciências médicas e sociais (sociologia e Psicologia). É um conceito vago, é multidimensional e incorpora, teoricamente, todos os aspetos da vida humana”* (Paschoal, 2000:25).

Com efeito, o conceito implica várias dimensões analíticas. Foi integrado na WHOQOL da OMS (1994), como *“(…) percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (Fleck et al., 2008:25).

Um aspeto crucial que está intrinsecamente ligado à percepção de qualidade de vida é o bem-estar das pessoas e a saúde. Silva (2011) refere que a saúde é um fator determinante para as pessoas, sobretudo para os idosos, pois é um dos indicadores associados à satisfação com a vida.

Através das estatísticas sobre a longevidade, denota-se que as pessoas tendem a viver mais tempo, porém esse tempo é demarcado maioritariamente com a incidência de problemas de saúde, crónicos e debilitantes o que, por sua vez, coloca em causa a

manutenção da independência e autonomia, aspetos esses que também contribuem para a visão de qualidade de vida.

Por isso, o processo de envelhecimento a nível psicológico patenteia às constantes crises, tais como os lutos e perdas de papéis sociais que anteriormente eram assegurados pelos idosos, mas que após o aumento das limitações (físicas, psicológicas e sociais) deixam de poder ser garantidos com tanta frequência e produzem problemas, em termos de ansiedade, autoestima ou mesmo em depressões.

O envelhecimento em termos sociais, ausência de redes de socialização, propicia o surgimento da solidão e do isolamento dos idosos, mesmo que estes coabitem acompanhados pelos familiares ou pelo cônjuge. Este estado de solidão e de isolamento ocorre também com a transição dos indivíduos do mercado de trabalho ativo para a reforma, sendo que este processo para algumas pessoas conduz a sentimentos de inutilidade, ao corte repentino nas relações sociais impedindo a manutenção da inclusão social na sociedade.

Perante esta realidade, para que haja uma boa qualidade de vida é necessário existir uma boa relação entre o indivíduo e o meio envolvente, de modo a que não seja uma fonte de perturbação para o mesmo. Silva refere que: *“todos os autores que se debruçaram na definição do termo são consensuais em admitir a multidisciplinaridade para o fim, tal que a qualidade de vida depende de vários domínios, sendo eles saúde, trabalho, família, qualidade de habitação, vizinhança e economia, englobando não só os aspetos da vida relacionados com a doença e o tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais”* (2011:29).

Jacob (2008) argumenta que a qualidade de vida congrega o bem-estar físico, as relações interpessoais, o desenvolvimento pessoal, as atividades recreativas e, por último, as atividades espirituais e transcendentais.

Com o aumento da longevidade, ocorre uma maior incidência de problemas de saúde associados ao processo de envelhecimento, nomeadamente demências que propiciam o surgimento de dependências, o isolamento ou mesmo a perda de autonomia. Todos estes fatores mencionados anteriormente originam um certo receio na população mais velha em envelhecer, afetando assim a visão da qualidade de vida e o próprio bem-estar.

Conforme as atuais mutações da sociedade, foi necessário ir-se ajustando o conceito de envelhecimento, tendo-se acrescentado, no final do século XX, a designação de Envelhecimento Ativo¹. Irene Carvalho (2014:17) menciona que o conceito de

¹ (cf. Silva, 2011); e (cf. Azevedo, 2015)

envelhecimento ativo se aplica a pessoas com 65 anos ou mais que, por sua vez, sejam capazes de preservar e fazer uma devida manutenção da autonomia, no que se refere às Atividades de Vida Diária e ao nível das Atividades Instrumentais de Vida Diária, com a finalidade primordial de valorizar as suas competências e capacidades, bem como impulsionar a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos indivíduos.

1.4 - Envelhecimento e a Animação

Com o crescente envelhecimento populacional, surge a necessidade de criar serviços e apoios que não se limitem apenas a assegurar os cuidados básicos de vida, como a higiene e a alimentação, mas sim apoios e serviços que ofereçam a hipótese de poderem estar ocupados, de fazerem algo que lhes proporcione prazer.

Quando falamos de animação, associam-se os seguintes significados: *“Acto ou efeito de animar; Vivacidade no falar, no olhar, nos movimentos; Alegria geral; Concorrência de muita gente que manifesta vivacidade; Movimento (de idas e vindas, entradas e saídas, etc.)”*².

Porém esta conceção é claramente insuficiente. Como refere Simões (2010), o conceito de animação estende-se à Animação Comunitária, Socioeducativa, Cultural e de Tempos Livres. A animação não é um conjunto de atividades, mas uma metodologia que viabiliza o aumento da qualidade de vida, estimula a atividade aos idosos que resulta na preservação da autonomia. Silva S. (2009) salienta que *“a educação para o lazer entre os idosos tem por objetivo facilitar o desenvolvimento de um estilo de vida que aumente a sua qualidade de vida”* (2009:17).

A animação auxilia os idosos a perceberem a terceira idade, não como uma fase negativa, mas sim como uma etapa na qual os indivíduos estão menos ocupados e, apesar das limitações que o processo de envelhecimento possa ter produzido, podem realizar atividades de acordo com os seus interesses e de forma adaptada à sua condição, com a finalidade de proporcionar prazer e de os fazer sentir-se úteis.

Sendo assim, a animação, de um modo geral, suscita o divertimento, o movimento e o entusiasmo dos seus participantes, devido ao facto de utilizarem dinâmicas lúdicas que impulsionam o desenvolvimento de competências individuais e coletivas. Cada atividade aplicada necessita de ser elaborada consoante o indivíduo, a sociedade, a cultura e o meio

² Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008 - 2013)

onde está inserida, de forma a ir ao encontro dos interesses, bem como das necessidades de cada indivíduo.

A animação necessita de fomentar a participação dos indivíduos, de modo a tornar os participantes em agentes transformadores do próprio processo de desenvolvimento. Simões (2010) refere *“trata-se de promover uma participação ativa dos indivíduos ou grupos, ou seja, não como simples utentes ou clientes de determinadas ofertas de atividades ou serviços. Trata-se de transformar os destinatários de ação sociocultural em sujeitos ativos da comunidade a que pertencem e em agentes dos processos de desenvolvimento em que estão envolvidos”* (2010:26). Correia (2010) acrescenta que a animação é uma das possíveis formas de implementar a educação de adultos ou mesmo a educação ao longo da vida, que tem em conta as aprendizagens e competências que foram adquiridas pelo indivíduo dado a sua experiência de vida.

Neste sentido, e seguindo os contributos de Jacob (2008), podem ser realizadas múltiplas atividades de animação com os idosos, principalmente: atividades de carácter físico, cognitivo, expressão plástica, sociocultural, espiritual e de expressão e comunicação (Costa, 2012).

Em suma, as atividades de animação na terceira idade são fulcrais, pois apaziguam as transformações decorrentes do processo de envelhecimento, facilitam também a inclusão dos idosos na comunidade e ainda estimulam a adequação da ocupação dos tempos livres, de modo apropriado aos limites e às potencialidades de cada indivíduo.

CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS SOCIAIS DE APOIO À TERCEIRA IDADE E CONFIGURAÇÕES DAS RESPOSTAS SOCIAIS: AS ESPECIFICIDADES DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

No contexto português, o estado providência e as políticas sociais emergiram tardiamente, consequência do proveniente estado de abrandamento e retrocesso económico e fiscal que o país enfrentava.

O modelo do estado providência em Portugal tem um combinado de particularidades que o distingue dos modelos adotados pelos outros países da União Europeia. No caso português, o modelo caracteriza-se por proteger socialmente tanto os núcleos de pessoas com maior rendimento, como também os núcleos de pessoas mais desfavorecidos da sociedade. Contudo, o modelo continua a apresentar falhas e com avanços/recuos em termos de políticas sociais, dados os diferentes poderes políticos que Portugal teve ao longo dos anos.

Em Portugal, as políticas sociais ao longo da história foram sendo condicionadas devido aos diferentes regimes políticos, resultando para Portugal num atraso significativo no que se refere às políticas sociais, comparativamente aos outros países da União Europeia como, por exemplo, em França. Enquanto o Estado Francês implementava novos mecanismos criados pelo estado para fazer face às problemáticas sociais do país, em Portugal existia uma crise política e financeira, o que culminou num abrandamento da implementação dos mecanismos de proteção social.

2.1 - Políticas Sociais: conceitos e evolução no quadro da sociedade portuguesa

Com a implementação da República em 1911, ficaram definidos e consagrados os direitos dos portugueses que assentavam essencialmente em princípios de justiça social, solidariedade e de igualdade. Em 1929, foi criada a Caixa Geral de Aposentações em Portugal, sistema esse que se destinava exclusivamente para proteger os funcionários públicos através da atribuição de pensões. Com a Constituição de 1933, introduz-se em Portugal um novo formato de seguro social também de carácter obrigatório, semelhante ao sistema que funcionava na Alemanha. No entanto, apenas em 1935 apareceu a primeira estrutura de assistência pública em Portugal. Quaresma (1998) salienta que no final dos anos 60 as políticas sociais sobre a terceira idade eram praticamente inexistentes, sendo que os seus problemas não foram objeto de uma política social particularizada. Assim sendo, só em 1969 foi discutido em Assembleia Nacional temáticas como a política na

velhice, o fenómeno do envelhecimento e os problemas inerentes aos idosos (Gomes, 2000).

Posteriormente, por volta da década de 70, o estado providência torna a sofrer alterações, concebendo um sistema solidificado de proteção social, designado por Segurança Social, no entanto, só se veio a concretizar na década de 80. Neste sentido, em 1971 é que é agregado o direito à saúde na constituição portuguesa, o que despoletou uma reestruturação dos sistemas de provisão social e das respetivas prestações financeiras.

Contudo, em 1971, emerge o serviço de Reabilitação e Proteção aos diminuídos e idosos no campo da assistência social, que foi fulcral para a criação de um Departamento ligado à procura de soluções para os problemas existentes nos gerontes. Até a esta data, as políticas sociais em Portugal continuavam a conter um certo desfasamento contínuo em detrimento dos restantes países europeus em termos de direitos sociais, tendo uma desconformidade entre os recursos e as necessidades sociais e, por fim, uma reduzida e díspar instalação de equipamentos sociais na aplicação de políticas sociais e de serviços.

Com a Revolução de 1974, a proteção social começou a abarcar também as pessoas que não trabalhavam, de forma a salvaguardar a proteção destes grupos mais vulneráveis da sociedade portuguesa. Com esta medida, observa-se um alargamento da proteção social para a totalidade da população, com o intuito de aperfeiçoar a intervenção que era efetuada até à data. Tendo em conta isto, foram aplicadas políticas sociais que vão ao encontro do Modelo de Estado Providência.

Anteriormente à data de 1974, a proteção social assentava nos seguros sociais obrigatórios, porém, não se acabou com o sistema de proteção, ou seja, recorreu-se aos mutualismos que visavam complementar as lacunas do sistema de proteção público.

Mais tarde, através da Constituição da República em 1976, incrementa-se a universalização dos direitos em Portugal. Tendo ciente este marco, ficou ao encargo do estado organizar, gerir e contribuir para que o serviço da Segurança Social e, paralelamente, compreender a intervenção desempenhada pelas IPSS e por as associações ao nível da política social. Tendo em conta o trabalho desenvolvido pelas IPSS, foi necessário que o estado cria-se um regulamento legal e mecanismos fiscalizadores, onde explicitasse o formato da sua comparticipação económica para com as IPSS. Em 1976 foi criado, a partir da Nova Constituição, o Direito à Segurança Social, mantendo-se assim após a Revisão Constitucional de 1992. Porém, a Assistência Social deu lugar à Ação Social que circunda um combinado de ações desenvolvidas com os serviços e equipamentos sociais de apoio familiar e individual, como também a intervenção

comunitária. Com estas mudanças ocorridas no quadro da política social e com a constante procura, obtém-se o alargamento da rede de instituições de acolhimento à terceira idade. Com isto, surge uma ação social que é executada predominantemente pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras organizações privadas que são auxiliadas economicamente pelo Estado, devido à celebração de protocolos de colaboração (Neves, 1998).

O sistema de proteção social português ainda continua a ter lacunas quanto ao apoio para com as famílias e para com as comunidades, no entanto, estas falhas são em parte dissipadas com a “*sociedade-providência*”³ e também com o papel fulcral que a família desempenha (Santos B. , 1995:46).

Em suma, salienta-se nas políticas sociais a alteração de uma visão assistencial para uma visão universalista, que é valorizada e regida pelos direitos celebrados na constituição portuguesa. Realça-se ainda no caso português, a intervenção em rede em detrimento de uma estrutura rígida e pouco flexível em termos de articulação de redes de entajuda.

As políticas sociais emergiram com o capitalismo e derivam do consentimento instituído pelo confronto entre movimentos sociais e sindicais (Andrade L. , 2009). O mesmo autor compara as políticas sociais com as escolhas que se estabelecem para um determinado programa de ação, num determinado campo, isto é, as políticas sociais são um combinado de intervenções públicas ou ações coletivas que estimulam as relações entre os idosos e a sociedade. Segundo Lima M. (2013) o conceito de política social contém diversos significados e altera-se de Estado para Estado-membro confinados com os desafios e os riscos ligados à decadência dos níveis de emprego, da proteção social, da solidariedade e da igualdade de oportunidades. Para Silva (2006) a política social elucida as particularidades dos Estados modernos democráticos, que caracterizam objetivos direcionados ao bem-estar e cidadania dos indivíduos. Este autor menciona que o conceito de política social agrega a relação entre o Estado e os serviços originados exclusivamente de modo a realizar os objetivos para a resolução de problemas sociais.

³ “*Redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil*” (Santos, 1995:46).

Em 1994, foi criado, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério do Emprego e da Segurança Social, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), sendo financiado por 25% dos resultados líquidos do Jogo Joker e destinado aos indivíduos com 65 ou mais anos, como também aos seus cuidadores, dos quais fazem parte familiares, voluntários, vizinhos, técnicos e comunidade (Tavares, 2014).

Soeiro (2010) refere que as respostas existentes para os idosos combinam tanto no âmbito da Segurança Social, como também nas políticas dos outros setores, dos quais se destacam a diferenciação positiva no acesso a determinados serviços como as telecomunicações, energia, transportes e apoios no acesso à saúde e isenção de taxas moderadoras.

As políticas sociais na velhice têm sido negociadas através das associações patronais, sindicatos e o Estado como principal interveniente na sociedade moderna. Neste caso, as associações patronais têm como finalidade aclarar as relações entre os idosos e a sociedade. Por outro lado, os sindicatos têm como objetivo predominar um conceito de política de velhice direcionada para medidas de política de reforma que é percebida como um direito social do trabalhador. Contudo o Estado tem adotado um papel de moderador dos acordos sociais entre essas duas forças, declinando-se para uma das partes conforme o jogo de forças presente (Silva M. , 2006).

No início do século XX, o estado português implementa o sistema de proteção social, com recurso à criação de seguros sociais obrigatórios, tais como o de doença, o de acidentes de trabalho e também concebe as pensões de velhice, de invalidez e de sobrevivência, sendo este um grande marco histórico em termos de proteção social para a população ativa. No que concerne ao financiamento deste sistema de apoios sociais, este consistia na noção de contribuição tanto dos beneficiários como das entidades patronais, competindo ao Estado salvaguardar uma boa gestão do funcionamento deste mecanismo.

2.2 - Terceiro Setor e Instituições Particulares de Solidariedade Social

O Terceiro Setor em Portugal há muito que tem vindo a ser estudado e analisado por vários autores, de maneira a compreender a sua importância para o desenvolvimento local ou mesmo para a população alvo. A designação de Terceiro Setor remonta para a história da preocupação de diferentes países, em melhorar a área social e económica. As sociedades modernas são descritas e caracterizadas pela sua forte expansão e disseminação deste setor. *“O Terceiro Setor quando usado como conceito que designa e*

qualifica um conjunto de organizações sugere-nos a possibilidade de identificar um grupo mais ou menos definido com algumas características enumeráveis” (Neves A., 2011:40).

Da etiologia associada à rápida disseminação e a proliferação deste Setor destacam-se a existência de lacunas entre o Mercado e o Estado, caracterizada pela inexistência ou diminuta capacidade de determinado bem ou serviço, o que implica a criação ou o aumento da resposta às necessidades dos indivíduos que as procuram. A emergência do Terceiro Setor deve-se igualmente ao insucesso verificado, da ideia do Estado-Providência, reconhecido na altura como um ator social e parceiro do setor do Mercado e do Estado.

O Terceiro Setor referencia-se um combinado de organizações sociais, que dispõe de missões distintas e que não visam o lucro, mas acrescentam valor social dada a conceção e disponibilização de bens e serviços para a comunidade (Quintão, 2011). A Designação de Terceiro Setor foi empregue por Delors e Gaudin em 1979, contudo só na década de 90 é que se disseminou na comunidade científica.

No contexto português, segundo diferentes autores (Franco, 2004; Franco, *et al.*, 2005; Franco &, 2007; Rodrigues, 2004) são várias as conceções designadas sobre o Terceiro Setor, nomeadamente: Instituições de Solidariedade, Sector Social, Organizações ou Instituições Sem Fins Lucrativos, Economia Social e Solidária, Organizações da Sociedade Civil, Organizações Não Governamentais e Terceiro Sistema:

Economia Social e Solidária - Este conceito agrega duas lógicas: a primeira de Economia Social, que se refere a um conjunto de bens e serviços em prol de fazer face às carências dos indivíduos e que pode incluir entidades com fins lucrativos. O segundo, de Economia Solidária, que surgiu dado à crise económica e social francófona e visava a resolução de problemas da comunidade através de parcerias locais, com recurso aos ideais da economia social, só que empregando novos métodos de atuação na realidade social (Oliveira I., 2012). Pode-se dizer que este conceito de Economia Social e Solidária agrupa estes dois termos descritos anteriormente.

Esta variedade de denominações coloca em evidência diferentes análises conceituais e um pensamento divergente partilhado por diferentes autores e estudos efetuados ao longo dos anos. O Terceiro Setor agrega as Fundações, Associações, Instituições de Desenvolvimento Local, Misericórdias, Associações Mutualistas, Cooperativas, Museus, Organizações Não Governamentais, possibilidades previstas e aceites em termos de legislação jurídica relativamente ao Setor Terciário em Portugal:

Associações - São compostas por indivíduos, que se organizam de forma a atingir uma delimitada finalidade.

Associações Mutualistas – são reconhecidas pela sociedade civil por associações de socorros mútuos, estando agregadas às IPSS, só que em termos de financiamento, durabilidade e de membros associados são ilimitadas. Contudo, utilizam as contribuições dos membros para assegurar a prestação dos serviços para com os associados, bem como às respetivas famílias.

Fundações – Não possuem fins lucrativos e são de utilidade pública. No entanto, estão intrinsecamente ligadas aos donativos dos indivíduos e ao trabalho desempenhado por voluntários para certificar a sua continuidade (Correia, 2010).

Misericórdias – Os seus antecedentes remetem para a igreja católica e emergiram com o intuito de amparar as comunidades mais vulneráveis e regem-se por princípios associados a esta entidade, tais como: a compaixão, a interajuda e a assistência para com os necessitados. As misericórdias já estão presentes em Portugal há inúmeros anos, sendo que a primeira misericórdia criada foi em Lisboa em 1948 (Borges, 2010).

Organizações ou instituições de desenvolvimento local – emergiram em 1980 com a implementação do programa PIC – Leader e incrementam o desenvolvimento local.

Organizações não-governamentais – São caracterizadas por não ter fins lucrativos e por agregar um conjunto de pessoas de modo coletivo com o intuito de criar, desenvolver e apoiar os programas e projetos em variadas áreas, mas essencialmente em países em desenvolvimento. As ONG têm o propósito de sensibilizar os indivíduos sobre os problemas emergentes da comunidade local (Machado, 2009).

Cooperativas – São um agrupamento de indivíduos orientados através de um conjunto de regras, valores cooperativos que visam a prestação dos serviços de forma gratuita e que promovam a equidade social. (Namorado, 1999)

Museus – São instituições públicas e sem fins lucrativos que incrementam o desenvolvimento local e cultural de uma determinada comunidade através da preservação de bens (Lei 47/2004).

O trabalho pelas diferentes organizações que se enquadram no Terceiro Setor, propiciam o desenvolvimento local, na medida em que se encontram sediadas em locais com diversas necessidades diagnosticadas, e associadas às especificidades locais onde elas estão inseridas, e as suas respostas sociais vão no sentido de oferecer respostas ajustadas.

De um modo geral, no mundo existem inúmeros desafios a serem colmatados entre os quais: a pobreza, o desemprego, o envelhecimento populacional, risco iminente nos sistemas de proteção social e a escassa participação cívica das pessoas.

As organizações do terceiro setor procuram, com a sua intervenção incluir todos aqueles que são excluídos do mercado; garantir um apoio com carácter de proximidade e estruturado de forma a dissipar as vulnerabilidades do Estado, associada aos diferentes ciclos políticos; proporcionar à sociedade confiança, de modo a assegurar a regulação do mercado e a demonstrar uma postura positiva que visa a resolução das problemáticas sociais atuais (Azevedo, 2013)

Apesar das várias tentativas realizadas pelas organizações do terceiro setor em inovar e criar valor económico e social para os diferentes intervenientes, ainda não são visíveis os efeitos decorrentes de esse esforço. É fulcral para as organizações do terceiro setor estabelecer uma estreita colaboração entre elas e a comunidade local, de modo a que os bens e serviços sejam organizados e criados com vista à sustentabilidade e com recurso a uma gestão transparente, responsável e autónoma.

2.3 - IPSS e Desenvolvimento Local

Em Portugal, a partir do século XVI começam a aparecer as primeiras fundações e irmandades, de forma a disponibilizar assistência às pessoas mais carenciadas da sociedade, mas com respostas mais diferenciadas.

A revolução francesa impulsionou um marco histórico nas noções de assistência e de solidariedade, terminando assim com a ideia restritiva que competia apenas ao Clero tratar dos grupos sociais mais frágeis. Com estas modificações atribuiu-se ao Estado a responsabilidade de socorrer também estas pessoas, assegurando *“regulamentação e coordenação das iniciativas privadas”* (Sobreiro, 2009:26).

Devido às transformações e às evoluções ocorridas na sociedade portuguesa, as Instituições Particulares de Solidariedade Social e/ou organizações sociais têm um papel crucial a nível do suporte e cuidado aos idosos ou a todos os indivíduos que não possam assegurar a satisfação das necessidades de forma temporária ou permanentemente e que se encontrem no domicílio. De acordo com a Direção Geral da Segurança Social (2015) *“as instituições particulares de solidariedade social são as pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos*

cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público.” (Segurança Social, 2015⁴).

As IPSS adquiriram pertinência para as comunidades locais no âmbito da assistência aos indivíduos. Porém, estas instituições sociais têm um regime jurídico específico e enquadram-se nas instituições sem fins lucrativos previstas pela Segurança Social.

Figura 1: Regime Jurídico das IPSS



Fonte: Segurança Social (2015) – Adaptação da Autora

Com base na figura 1, podemos constatar que em Portugal, para se ajustar ao Estatuto Jurídico de IPSS, existem diferentes denominações tipológicas para as instituições sociais.

O setor social aglomera diversas organizações de cariz social, cujos valores e missão a que se propõem apoiar são muito distintos e heterogéneos. Normalmente, estas organizações são reconhecidas tanto pela sociedade, como também pelos indivíduos como sendo os únicos apoios e suportes a nível local para responder às suas necessidades. Por isso, desde que as organizações sociais adquiriram o estatuto de IPSS, estão sujeitas a prestar um conjunto de bens e serviços que são regularmente avaliados para o desenvolvimento da comunidade local. A intervenção social efetuada pelas organizações locais amparam as lacunas do Estado e do Mercado. Atualmente, estas organizações

⁴ Consultado em: <http://www.seg-social.pt/registo-de-instituicoes-particulares-de-solidariedade-social>

procuram criar serviços e bens que visem solucionar os problemas de forma eficaz e inovadora.

O desenvolvimento social está implícito no conceito de desenvolvimento local. Estes dois termos são duas formas de intervenção que incitam na população processos de diminuição e eliminação de problemas sociais que visam o desenvolvimento estável e sustentável das IPSS. Tendo em consideração a sinergia destes dois processos, salienta-se a importância da criação de parcerias no contexto local, enquanto estratégia que incrementa o desenvolvimento territorial.

As IPSS assentam a sua intervenção nos problemas do meio envolvente, assim como nas prioridades, nomeadamente: no isolamento social, na falta de respostas adequadas às necessidades, na falta de espaços e atividades de ocupação, na ausência de articulação entre entidades/coletividades, na ausência de espírito/cultura de parceria, no facto de as instituições serem muito voltadas para si em termos de atividades, na ausência de respostas sociais inovadoras, principalmente espaços destinados aos jovens e aos idosos para promover a sua ocupação, na prática cultural e desportiva, nas delimitações económicas nas IPSS e na ausência de respostas adequadas às necessidades da população (Diagnóstico Social 2016-2018 de Oliveira de Azeméis).

Neste sentido, o trabalho em rede que as instituições procuram implementar serve como uma forma de partilha de dados e informações que culminam em melhorar e valorizar o poder local.

Sendo assim, denota-se a relevância das organizações sociais em adotar uma postura pró-ativa para propiciar um crescimento nas respostas adaptadas à realidade social. O desenvolvimento local deve possibilitar a evolução das respostas sociais atuais das IPSS's, no âmbito da participação, integração e da rentabilização de recursos.

Soares (2014) refere que o desenvolvimento local associa três vertentes: a económica, a social e a humana. Estas vertentes são executadas numa área delimitada, onde a comunidade tem um papel ativo na solução dos problemas. Para isso, utilizam os recursos humanos e materiais existentes na região para dar uma resposta de forma sustentável.

De acordo com Gómez (*et al.*, 2007), só se obtém o desenvolvimento da comunidade local adotando metodologias pedagógicas e de forma continuada para proporcionar abertura suficiente compartilhada e que facilite a troca de experiências entre os indivíduos ou entre as comunidades. Só assim é que “*podem praticar, transformar, criticar e fomentar novas práticas de desenvolvimento*” (Soares, 2014:6).

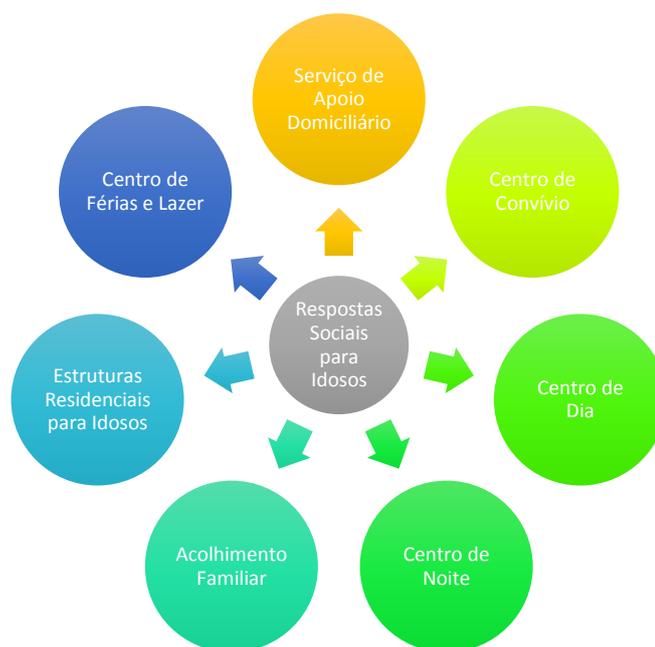
Tendo em conta a presente perspetiva, existe a necessidade de repensar e de questionar as políticas públicas e sociais a nível local. A resolução dos problemas e necessidades da população não deve ser sentida apenas num grupo ou indivíduo, mas deve ser observada em todo o meio envolvente. Esta evolução local é dada a partir da implementação de um diagnóstico social, onde são explicitadas as potencialidades da comunidade e as necessidades a serem colmatadas. Na perspetiva de Viveiros (2008) *“o desenvolvimento local é um processo de transformação da realidade sustentado na capacitação das pessoas para o exercício de uma cidadania ativa e transformadora da vida individual e em comunidade. É de capital importância que os grupos não sejam meros utentes de serviços, mas, atores e autores das práticas de desenvolvimento local”* (2008:2). Para Almeida (2015), a definição de desenvolvimento local traduz-se no *“processo de melhoria das condições de vida das pessoas e das famílias, ou seja, dos indivíduos ou grupos, que são específicos de determinados lugares ou pequenos territórios”* (2015:21).

Mas para que a noção de desenvolvimento local seja bem-sucedida, as organizações sociais e locais devem ser sinérgicas, de modo a rentabilizar recursos e a serem mais eficazes nas respostas ao nível local. Muitas vezes, estas parcerias locais, não passam meramente de protocolos escritos num documento, que na realidade social não funcionam como era pressuposto, ou seja, possuem uma intervenção mais individualizada e não em rede.

2.4 - Respostas Sociais destinadas à População Idosa

Segundo Apelles (2011) foram criadas várias infraestruturas com a finalidade de auxiliar a população idosa, possuindo diversos formatos de respostas sociais, com intuito de preservar a autonomia e a permanência do idoso no seu domicílio e no seu meio natural de vida.

Figura 2: Respostas Sociais para Idosos



Fonte: Segurança Social (2015) – Adaptação da Autora

De acordo com a DGSS (2015)⁵, tal diversidade compreende diferentes serviços e respostas sociais (cf. Figura 2), cada um com uma definição específica:

Serviço de Apoio Domiciliário: É um serviço que disponibiliza cuidados e serviços que se destinam para indivíduos e famílias em contexto domiciliário, que estejam com algum grau de dependência física e/ou psicológica e que não consigam garantir, a satisfação das necessidades básicas ou instrumentais de vida diária, de forma temporária ou continuada, e que possuam retaguarda familiar para o auxiliar.

Centro de Dia: Destina-se para pessoas com 65 anos ou mais, que necessitem da prestação de diversos cuidados e serviços que colaborem ativamente, para que os indivíduos se mantenham no seu meio natural de vida (social e familiar).

Centro de Noite: É um serviço que, por norma, se focaliza nos indivíduos que ainda possuam alguma autonomia, e que se mantenham em casa durante o dia, mas à noite necessitam de ser acompanhadas, devido ao facto de terem experienciado situações como o isolamento, solidão e a insegurança.

⁵ (Segurança Social, 2016)

Acolhimento Familiar: Consta na integração de indivíduos idosos, de forma transitória ou definitiva em famílias que estejam aptas para assegurar e para oferecer um ambiente que transmita estabilidade e segurança.

Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI): Denomina-se por ERPI um serviço que acolhe pessoas idosas numa estrutura em regime coletivo, por um período provisório ou duradouro.

Centro de Férias e Lazer: Serviço que auxilia e se direciona para famílias e para indivíduos de todas as idades, que precisem de fazer uma pausa nas suas rotinas diárias para restabelecer uma harmonia a nível físico, psíquico e social. O serviço oferece a possibilidade de satisfazer as carências no que se refere ao lazer.

Para compreender as respostas sociais existentes neste âmbito, é fundamental um conhecimento prévio sobre a problemática do envelhecimento, questionando-se sobre as perceções de análise atuais, e impulsionando a criação de novas teorias, ou seja, novas orientações de atuação e intervenção social e políticas.

Do leque de serviços destinados à população sénior existentes distinguem-se os serviços de apoio formal e apoio informal. Os serviços de apoio formal são aqueles que possuem ou não participação do Estado através da Segurança Social ou são aqueles criados pelo poder local nas Freguesias e Concelhos, fundadas para amparar e salvaguardar a população idosa, ou pessoas que possuem alguma dependência seja ela temporária ou permanente: *“As respostas sociais que prestam apoio institucional de forma parcial, para além de proporcionarem condições mais favoráveis à permanência da pessoa na sua casa, vêm dar resposta à satisfação de necessidades básicas (Alimentação, Higiene Pessoal e Habitacional, Tratamento de Roupas, bem como prestação de cuidados de saúde de origem física e psicossocial) e ajudar na prevenção do isolamento e solidão, através da dinamização lúdica e cultural”* (Casanova et. al., 2001 cit in. Mangas, 2009:62).

Serviço de Apoio Domiciliário

No final da década de 90, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) expandiu os seus serviços para a área da saúde, em parceria com os Centros de Saúde, criando assim o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) que uniu duas vertentes: a vertente social, com a criação do SAD, e a vertente da saúde, mediante a participação dos Centros de Saúde. É um serviço caracterizado pela multidisciplinariedade de cuidados prestados e das suas intervenções, descrito como versátil, adaptável e articulado, o qual possui uma equipa de cuidados integrados que efetua as diversas fases da intervenção, desde o planeamento à

respetiva avaliação do serviço. Para Neves (2013) designam-se por Serviço de Apoio Domiciliário “os serviços que são dedicados a indivíduos essencialmente idosos e que, por razões de doença ou outras, não consigam assegurar de forma temporária ou permanente, as atividades do dia-a-dia. Desta forma o auxílio é prestado no domicílio do indivíduo e tem como principais tarefas o fornecimento de refeições, cuidados com a higiene pessoal e do lar” (2013:30).

O SAD deve assegurar a satisfação das necessidades básicas e específicas dos idosos, abrangendo as atividades da vida quotidiana e as atividades recreativas. Os serviços de proximidade, nomeadamente o SAD, emergiram da transformação das condições de vida da população e das famílias, ou seja, da impossibilidade das famílias exercerem funções da sua responsabilidade, que atualmente são incumbidas às instituições, competindo a este serviço ser afetuoso com o público-alvo e criar laços de ligação de proximidade.

Atualmente, o SAD apresenta uma diversidade de serviços, entre as quais:

- **Nas Tarefas Domésticas:** contém um conjunto de atividades que visam auxiliar na realização das tarefas domésticas e na respetiva manutenção da habitação e dos equipamentos, através dos serviços fornecidos em contexto domiciliário.
- **Na Segurança e Vigilância:** inclui os serviços que têm como objetivo salvaguardar a segurança e vigilância dos bens pessoais e das próprias pessoas, de forma a assegurar um sentimento de segurança.
- **No Transporte:** engloba o serviço de transporte de produtos ou de pessoas, de forma a facilitar o acesso a diversos locais, tais como: escolas, centros de atividades ocupacionais, entre outros locais.
- **No Ordenamento e Revalorização dos Espaços Públicos e Urbanos:** inclui os serviços de organização e manutenção de habitações, de bairros ou jardins.
- **Na Valorização e Desenvolvimento do Património e da Cultura Local:** trata-se de um conjunto de atividades desenvolvidas com o intuito de valorizar o Turismo, o Artesanato, a Cozinha e os Doces Regionais de cada localidade.
- **No Ambiente:** engloba as atividades desenvolvidas para disseminar a defesa e proteção do meio ambiente, através da gestão de lixos e da reciclagem. (Engenheiro, 2008:44).

Soares M. (2013) refere que o SAD é um serviço que tem elevadas vantagens, contudo refere que é fundamental uma melhoria dos serviços prestados como, por exemplo, ao

nível da diminuta variedade de serviços disponíveis para a população, que geralmente se confina aos serviços mínimos estipulados pela Segurança Social, com um horário de funcionamento escasso, cingindo-se a assegurar o funcionamento do serviço em dias úteis, devido à escassez de recursos humanos das instituições. É um serviço de salvaguarda e que retarda a institucionalização do idoso, permitindo que este permaneça no seu meio natural de vida. O SAD é essencialmente frequentado por indivíduos com mais de 65 anos de idade. Contudo, esta norma é flexível, tendo em conta as necessidades de pessoas mais jovens.

No que diz respeito aos custos associados ao serviço, os cálculos são efetuados consoante os rendimentos do agregado familiar, ou seja, irão ter em conta o valor das tarifas e impostos imprescindíveis acerca do rendimento líquido do agregado familiar; Despesas ao nível da habitação ao nível do preço de arrendamento ou a da prestação mensal, dado à compra da mesma; Valores despendidos para a saúde e medicação, devido a doenças crónicas; Gastos ao nível de transportes tendo em conta o montante máximo da tabela da área de residência e, por último, examinar a disponibilidade dos familiares e descendentes para contribuírem com a resposta social (Instituto da Segurança Social, 2015).

O SAD é participado pela Segurança Social, isto é, os custos subdividem-se em duas partes: uma associada aos rendimentos do agregado familiar e uma outra parte associada à Segurança Social. É um serviço que tem sido alvo de alterações, provenientes da sua crescente procura, bem como das políticas de qualidade associadas. *“Em suma, podemos concluir que as políticas e respostas sociais vão sobretudo no sentido de privilegiar o domicílio como local de eleição para a prestação de cuidados às pessoas dependentes, onde uma grande parte são pessoas idosas, responsabilizando as famílias/cuidadores Informais pela prestação desses cuidados”*. (Geraldes, 2013:37). Soares acrescenta que *“o Serviço de Apoio Domiciliário tem sido uma mais-valia para prolongar o tempo de permanência do idoso no próprio lar; no entanto, a oferta deste serviço tem sido bastante limitada, restringindo-se principalmente aos serviços de higiene e alimentação”* (Soares, 2013:42).

O pagamento desta resposta social é participado pela Segurança Social, todavia também é necessário incluir uma participação familiar, ou seja, o pagamento do SAD é determinado com base nos rendimentos do agregado familiar ou do idoso quando este vive sozinho. Como refere Pimentel e Mesquita (2003), o SAD é uma resposta do qual certificam a satisfação das necessidades dos indivíduos, tendo em consideração a indisponibilidade das famílias para apoiarem mais os seus idosos.

Face ao exposto, o Serviço de Apoio Domiciliário exerce uma mediação institucional entre o utente e a família e respetivo agregado familiar, consoante as necessidades diagnosticadas e exige a avaliação realizada para o plano de desenvolvimento individual de cada utente. Nesta mesma avaliação são descritas e enumeradas todas as ajudas técnicas necessárias, sendo também identificados os problemas de saúde, bem como o grau de autonomia do utente.

2.5 - Inovações e Desafios no Serviço de Apoio Domiciliário

Com as alterações ocorridas na sociedade, surge a necessidade de inovar e tornar todos os serviços agregados ao serviço SAD o mais eficazes possível, de forma a estimular a participação da população idosa. Um marco importante na história do serviço SAD foi a alteração dos horários de funcionamento desta resposta, tornando-os mais alargados e flexíveis, para que conseguissem colmatar a necessidade de uma melhor resposta aos fins-de-semana e aos feriados ou mesmo noturnamente, de forma a atenuar e minimizar as falhas identificadas neste serviço até à data.

Dado a crescente multidimensionalidade e a complexidade dos problemas sociais atuais, emerge a necessidade de inovar e de responder aos problemas sociais persistentes na sociedade, de forma a aumentar a perceção da qualidade de vida. Atualmente, a inovação disseminou-se em diversas áreas de intervenção.

Schumpeter (1939) menciona que a inovação consiste em questionar os processos tradicionais que produzem valor, com recurso a três fatores-chave: o primeiro é a desfragmentação das barreiras; o segundo caracteriza a inovação como um processo complexo; em terceiro refere que é necessário observar os efeitos da inovação. Na perspetiva de Utterback (1994) e Piteira (2010), a inovação é um procedimento multidimensional que possibilita mudanças em vários sistemas. As inovações sociais possuem três abordagens díspares: uma recai no indivíduo; outra focaliza-se nas organizações e, por último, uma direcionada para o sistema institucional (Ferreira, 2012). Todavia, todas as perspetivas defendem que tanto os novos problemas sociais, como os mais antigos só podem ser melhorados ou extintos com abordagens inovadoras, visto que os métodos antigos já não produzem efeito na realidade social.

Segundo Vieira, a inovação social *“implica uma nova forma de pensar ou fazer algo, uma mudança social qualitativa, uma alternativa – ou até mesmo uma rutura – face aos processos tradicionais. (...) Surge como uma missão ousada e arriscada”* (Vieira, 2011:21).

Segundo Mulgan & Colegas (2006, 2007b), a inovação social pressupõe: uma nova resposta comprovada socialmente e que produz transformação social tendo em conta três aspetos: garantir a satisfação das necessidades, das quais o mercado não concedeu resposta; fomentar a inclusão social; incutir nos sujeitos e atores sociais habilidades que permitam desencadear mudanças nas relações de poder.

Com as novas configurações e mutações das problemáticas sociais, o processo de inovação social torna-se uma ferramenta necessária para apaziguar o agravamento e/ou o surgimento de novos problemas. A inovação no serviço SAD é inadiável quer para a evolução económica, quer para o aumento do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos.

No que concerne ao termo de inovação, apesar de ser relativamente recente, já despoletou na última década uma elevada relevância tanto na comunidade académica como externamente. Os investigadores têm vindo a desenvolver estudos nesta área, de forma a compreender este conceito e todos os procedimentos que implica. Segundo Vieira (2011), o conceito de inovação desencadeou um conjunto de transformações, nomeadamente, a perceção de qualidade para a produtividade, com o incremento da competitividade dos mercados, emergindo a ânsia de tornar o produto ou serviço inovador para uma distinção de produtos com base na harmonização entre qualidade e custo. A reivindicação da inovação não incide apenas nos mercados, mas também na área social, encetando a sua implementação e desenvolvimento. Com recurso a este conceito, as organizações sociais, as políticas públicas e os serviços que ocorrem na realidade social adquirem mais conhecimentos para responder às necessidades e problemas que o setor mercantil e o Estado não proporcionaram resposta.

O conceito de inovação emergiu no período compreendido entre a década de 60 e 80, contudo só por volta de 2000 é que se propagou. Segundo Howaldt & Schwarz (2010); Pol & Ville (2009); Mulgan & Colegas (2006, 2007b); Mumford (2002 *cit in.* Ferreira, 2012) várias foram as investigações que se dedicaram a compreender a inovação social. No entanto, todos verificaram que este processo de inovação social tem sido constantemente desvalorizado em detrimento da inovação tecnológica.

Ferreira F., concetualiza a inovação social, como: *“a proposta de uma via efetiva e criativa para a resolução de problemas sociais, no sentido de melhorar o bem-estar social e assim promover o desenvolvimento”* (2012:24).

Deste modo, o processo de inovação social concilia duas ideias: suscita transformações sociais, através do restauro dos sistemas proporcionando um conjunto de instrumentos e

dicas, tanto para indivíduos como para as comunidades locais. Porém, este processo acarreta o emprego dos recursos existentes, bem como as oportunidades para colmatar os problemas sociais persistentes ou mesmo para as problemáticas sociais recentes. De acordo com Yunus, Moingeon, & Lehmann-Orega (2009), a inovação social é vista como um método para apaziguar o desgaste do setor do mercado. A inovação envolve, um conjunto de aptidões e de criatividade. *“É de salientar que imensas inovações surgem com o propósito de colmatar problemas sociais ou ir ao encontro de necessidades emergentes de foro social, contudo apenas as inovações sociais conseguem distribuir e criar valor na sociedade de forma holística, na resolução de problemas e na procura de soluções específicas e que de outra forma não poderiam surgir”* (Ferreira, 2012:23).

Face à inerente crise económica existente em Portugal e também a nível europeu, sobressai iminentemente à proliferação do recurso a inovação social, dada as novas configurações e ao exacerbar dos problemas sociais. É importante salientar que as inovações sociais ocorrem devido aos contextos de crise, às novas tecnologias, à competitividade, à abertura dos pensamentos das pessoas para encontrar novas soluções e, por último, devido aos meios financeiros.

Contrapondo esta ideia, a inclusão da inovação social fica comprometida com a inexistência de pesquisas de novos métodos e práticas de intervenção social pelas organizações sociais, pelas políticas públicas e por aquelas que interagem com a área social. Observam-se ainda como barreiras ao procedimento de inovação a reduzida rede social de interajuda, a ausência de meios financeiros que incitem a evolução das IPSS e, por fim, os limitados meios para executar pesquisa de foro social para o desenvolvimento social e organizacional. Ribeiro M. (2014) refere a inovação como *“a introdução e aplicação intencional num papel, grupo ou organização de ideias, processos, produtos ou procedimentos, novos para a unidade relevante que o adota, concebido para beneficiar de forma significativa a performance do papel, grupo, organização ou a sociedade em geral”* (Ribeiro, 2014: 30).

Posto isto, constata-se que a inovação tecnológica não pode evoluir sozinha, tendo de evoluir a par da inovação social. Só assim é que o conceito de inovação será bem-sucedido. Caso contrário, estas disparidades nas inovações darão origem a mais problemáticas sociais e, conseqüentemente, a inevitável deterioração do setor do Mercado. Em suma, a inovação social, é um processo inovador, visto que é uma evolução sucedida para oferecer uma melhor resposta à complexidade dos problemas sociais na sociedade moderna.

Segundo Fontes (2011), o SAD deve considerar o utente em todas as fases do processo; Reconhecer especificamente cada caso individual e identificar os meios individuais disponíveis para alterar a situação; enumerar as necessidades gerais em todos os indivíduos do serviço; facultar informações considerar a opinião do utente sobre o processo de participação no plano de desenvolvimento individual, bem como das oportunidades e obstáculos de cada utente.

2.6 - Inovação e Qualidade de vida

Bernardino (2011) refere que as organizações sociais carecem atualmente de um conjunto de serviços vocacionados para as necessidades dos indivíduos, isto porque necessitam de seguir a legislação vigente e salvaguardar a execução dos requisitos mínimos de funcionamento do serviço.

Neste sentido, a qualidade de vida incorpora três particularidades: a subjetividade, a multidimensionalidade e a frequência de dimensões positivas e negativas, que se associam à autonomia e a dependência (Toscano, 2015).

Em Portugal, a intervenção das organizações sociais necessita de progredir a curto e a médio prazo para poderem ser eficientes e eficazes e, para tal, é preciso que todos os membros envolvidos no serviço (utentes, parceiros e colaboradores) e com a comunidade local participem ativamente, para que se obtenha um melhor serviço.

Atualmente, qualquer organização local tem de reconhecer e analisar as expectativas, os interesses, bem como os objetivos individuais de cada beneficiário, de modo a prestarem um serviço mais personalizado e próximo de cada utente. A qualidade, a proximidade e cuidados personalizados são aspetos chave e fulcrais para o sucesso do serviço e, no momento da decisão de cada indivíduo, são aspetos que pesam na tomada da decisão e o que faz os utentes optarem por determinado serviço em detrimento de outro.

De acordo com Cunha (2007), o SAD ao responder a um conjunto de situações complexas e de forma personalizada, remete-nos para a antiga questão de apenas existir um modelo do serviço, contudo, este serviço precisa de acompanhar as transformações sociais da sociedade para poder evoluir e adequar-se à realidade social atual.

O incremento deste tipo de resposta social de proximidade resultou dada a preocupação do Estado em aplicar políticas de combate aos problemas, nomeadamente, a dependência, o isolamento e, conseqüentemente, a solidão.

Um outro desafio que atualmente é colocado ao SAD e que já se encontra previsto no seu regulamento de prestação de cuidados, é a animação/socialização dos utentes, sendo esta uma prática inadiável para o desenvolvimento individual e comunitário.

O serviço SAD terá, num futuro próximo, de tornar este serviço o mais eficaz possível para contribuir para a melhoria de qualidade de vida das pessoas, afastando assim a ideia predominante de ser essencialmente um serviço de satisfação das necessidades básicas: *“Desta forma, o lazer na terceira idade consiste numa ocupação do tempo livre, isto é, realizam-se várias atividades sem obrigatoriedade e acima de tudo de livre escolha. Na terceira idade começam a surgir alterações nos interesses e também nas preferências associadas às atividades de lazer”* (Rodrigues, 2011:8).

O funcionamento do serviço SAD atual carece de uma alteração de políticas, de práticas e mesmo de mentalidades para se adaptar melhor à sociedade. É também necessário incluir e alargar o serviço ao nível dos profissionais e equipas técnicas, ou seja, o ideal seria ter uma equipa multidisciplinar preparada para atenderem às diversificadas necessidades dos utentes com qualidade, fomentando assim o bem-estar das pessoas no seu meio natural de vida.

Com o progressivo envelhecimento da população, a sociedade portuguesa foi alvo de transformações ao nível das políticas públicas e sociais de proteção social que conduzem a Segurança Social a desafios, de forma a assegurar as reformas e os respetivos cuidados para os indivíduos.

Os coordenadores/gestores das respostas sociais, nomeadamente a de SAD, atualmente são mencionados como mediadores e gestores sociais, isto porque através deste processo é possível categorizar os dados e analisar situações específicas, que possuam contornos complexos. O gestor de SAD é um indivíduo na qual se deposita uma enorme responsabilidade para analisar a complexidade dos problemas decorrentes do processo de envelhecimento. O gestor desta resposta social deve ser capaz de analisar e transmitir informações e, simultaneamente, permitir ao sujeito participar ativamente ao longo de todo o processo. A gestão social é caracterizada por ser *“um conjunto de processos sociais com potencial viabilizador (...) do desenvolvimento societário emancipatório e transformador”* (Santos & Nunes, 2013:88).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO 3 – PROBLEMA DE PESQUISA E OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 - Problema de Pesquisa

Com o aumento da longevidade e conseqüente envelhecimento populacional, torna-se emergente o estudo e análise das políticas sociais e das respostas sociais atuais para a população idosa. É fulcral investigar o fenómeno do envelhecimento, para podermos ter uma resposta adaptada e eficaz aos diagnósticos efetuados à realidade social.

Tendo em conta que as redes de apoio informal em Portugal sofreram algumas transformações devido a diversos fatores, como o estilo de vida e a dificuldade das famílias em conciliar as exigências profissionais e os cuidados que são cada vez mais específicos, a que não é alheia a inserção da mulher no mercado de trabalho, compete ao Estado responder às necessidades das famílias.

Atualmente o contexto domiciliário é considerado pelas pessoas idosas como um local de eleição de permanência até ao fim de vida. Importa, por isso, estudar o SAD, visto que privilegia o domicílio em detrimento da institucionalização. Neste contexto, importa compreender a perceção da população idosa beneficiária e dos coordenadores técnicos acerca dos serviços prestados em SAD.

De acordo com as orientações da política social, este serviço assegura a satisfação das necessidades básicas de cada utente e contribui ativamente para a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos. Compete ao SAD perceber as lacunas a colmatar relativamente aos serviços prestados, para que sejam adotadas novas configurações de modo a passar de uma intervenção universalizada para uma personalizada. O estudo aqui apresentado traduz uma abordagem sobre a referida problemática, na senda de respostas inovadoras para o SAD no concelho de Oliveira de Azeméis.

Segundo a Pordata (2015), apesar de o Envelhecimento ser um fenómeno recente, verifica-se que a população idosa aumentou neste município e representa cerca de 18,7% da população total, tendo também crescido mais os dados relativos ao índice de longevidade (cf. Anexo 2) e aos de dependência (cf. Anexo 2).

Para o desenvolvimento da pesquisa foram consideradas as seguintes questões: 1) As IPSS com SAD do concelho de Oliveira de Azeméis usufruem de serviços e equipamentos inovadores no âmbito da animação/socialização para conceder uma melhor resposta à população do concelho?; 2) Em que medida os serviços prestados contribuem para a promoção da autonomia, qualidade de vida e do bem-estar dos utentes de SAD?; 3) Quais são as perceções dos técnicos e dos utentes acerca do atual Serviço de Apoio

Domiciliário?; 4) Que constrangimentos e entraves apresentam as IPSS com SAD quando se confrontam com a necessidade de implementar serviços mais inovadores?

3.2 - Modelo de Análise: Objetivos, Finalidades e Dimensões

O presente estudo visa, para além da caracterização dos serviços e identificação dos projetos neles existentes, compreender a perceção dos utentes e dos diretores técnicos e/ou coordenadores da resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, sobre o serviço prestado pelas organizações existentes no referido concelho e o seu contributo para a promoção de autonomia dos idosos e da melhoria da sua qualidade de vida e de bem-estar, produzindo um contributo para o aumento da reflexão sobre a atuação dos serviços do concelho de Oliveira de Azeméis.

Os objetivos foram formulados com base na análise da literatura teórica acerca do tema em estudo e do conhecimento de proximidade da investigadora com o contexto de pesquisa. Sendo assim, definimos como objetivos específicos desta investigação: 1) caracterizar cada uma das IPSS quanto ao serviço SAD que apresentam, à missão, aos objetivos, ao público-alvo e às atividades que dispõem para os utentes; 2) identificar e analisar a importância do serviço SAD para os utentes e para o desenvolvimento local com base no estudo sobre as perceções; 3) identificar os programas e projetos inovadores para Idosos no Serviço de Apoio Domiciliário do concelho; 4) produzir conhecimento que contribua para a melhoria da reflexão sobre o SAD no concelho.

3.3 - Procedimentos Metodológicos

3.3.1 - Tipo de Investigação: Investigação Qualitativa

A investigação qualitativa procura explicar determinadas perceções, comportamentos e propósitos associados aos colaboradores da investigação. No que se refere à metodologia empregada nesta abordagem, assenta na tipologia indutiva, isto é, analisam-se as perceções dos participantes do estudo, de modo a compreender a problemática em estudo num contexto específico. A investigação qualitativa “*tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias ao fenómeno estudado*” (Coutinho, 2013: 28).

Esta abordagem implica uma proximidade entre o responsável pela pesquisa e o contexto em análise, ou seja, a componente teórica emerge de forma sistemática e indutiva, através dos dados obtidos da parte empírica da pesquisa.

Esta abordagem não incita a homogeneização das perceções, visto que se privilegia a pormenorização das disparidades, de modo a entender os fenómenos em análise. Sendo assim, a generalização dos dados nesta abordagem não é possível, dado que está interligada à componente teórica, bem como à prática e ainda à estreita colaboração entre o responsável pela investigação e os atores sociais.

Embora se trate de um estudo qualitativo, são considerados dados quantitativos no que se refere à caracterização das organizações e da população idosa que constituem a amostra da pesquisa. A conjugação de dados quantitativos e qualitativos permite superar as entraves de ambas, com o objetivo de complementar os dados obtidos, de forma a compreender melhor o contexto em estudo. Tendo em conta os requisitos da investigação e uma análise mais vasta do contexto investigado, mostra-se adequada ao estudo da complexidade dos fenómenos da sociedade. Os dados provenientes da abordagem utilizada possibilitam a complementaridade de informações.

O presente estudo é essencialmente qualitativo, baseado na pesquisa bibliográfica e documental, na observação não estruturada e na entrevista semiestruturada, as quais foram efetuadas no contexto das organizações selecionadas na amostra e no domicílio dos idosos considerados no estudo.

3.3.2 - Características do Estudo

Estudo Exploratório

No âmbito da presente investigação, procura-se dissecar e compreender as perceções dos técnicos e dos utentes das Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Oliveira de Azeméis, de modo a identificar pontos comuns e divergentes de cada serviço na resposta social de SAD, ao nível da sua intervenção social.

Neste sentido, o presente estudo enquadra-se na pesquisa exploratória, devido à ausência de informação sobre o tema em estudo. Este tipo de abordagem é usado de modo a facultar um panorama mais lato sobre a temática investigada. Sendo assim, a pesquisa exploratória permite analisar um fenómeno pouco observado, pelo que se torna complexa a formulação de hipóteses concretas e operacionais (Gil, 1999).

A investigação exploratória pressupõe a produção de conhecimento bem como um acréscimo de informação sobre a temática em estudo; auxilia a delimitação do tema; direciona a formulação de objetivos e possíveis hipóteses; possibilita a descoberta de uma nova perspetiva sobre o tema.

Pode-se constatar através das características descritas anteriormente, que o estudo exploratório colabora para um aprofundamento de questões sobre a temática em estudo e possibilita ao investigador a compreensão da realidade tal como ela se apresenta, produzindo conhecimento sobre novas percepções e enfoques desconhecidos e, deste modo, uma alteração da percepção do próprio investigador sobre a realidade. Por isso, todo este processo culmina numa descoberta para a comunidade científica, como também para o investigador.

No que concerne à subjetividade da presente abordagem, esta não consegue ser totalmente controlada pelo investigador. Porém, ao longo de todo o processo da investigação houve um esforço acrescido por parte do responsável da investigação para controlar possíveis enviesamentos.

O benefício da abordagem empregue neste estudo assenta na possibilidade de se adquirirem informações qualitativas que posteriormente possam viabilizar uma quantificação dos dados e viabilizar no futuro, novas investigações sobre este mesmo tema.

Tendo em conta os aspetos mencionados teve-se em consideração o estudo do meio e da população, enquadrando-se na pesquisa a missão, os sistemas organizacionais e a respetiva intervenção social.

3.3.3 - População e Amostra

O concelho possui 29 IPSS ou equiparadas, das quais apenas 5 têm resposta social exclusivamente na área dos idosos e 12 têm respostas sociais para os idosos em simultâneo com a infância e a juventude.

Deste universo de 17 IPSS foi considerada uma amostra de 12 organizações do distrito de Aveiro, no concelho de Oliveira de Azeméis, identificadas neste estudo como: Organização A, Organização B, Organização C, Organização D, Organização E, Organização F, Organização G, Organização H, Organização I, Organização J, Organização K e Organização L.

Deste modo, assegura-se o carácter de anonimato e confidencialidade acordado entre as partes, para a recolha dos dados obtidos em cada uma das organizações integradas no estudo. A amostra é não probabilística, tendo sido considerados os seguintes critérios de seleção: 1) ser uma organização que tenha a resposta social de SAD; 2) ser uma

organização da área geográfica de Oliveira de Azeméis; 3) ser uma organização referenciada na carta social acerca do concelho.

Dentro das 12 instituições da amostra, foram tornados como sujeitos privilegiados para a produção de informação 2 grupos: o 1º grupo – Coordenadores Técnicos do SAD e/ou Diretores Técnicos das organizações, considerando a natureza da informação exigida para o conhecimento das organizações e as inovações adotadas para o serviço funcionar com melhor qualidade. O 2º grupo – Idosos da amostra, que é constituído por 36, tendo sido selecionados 3 idosos de cada instituição com SAD considerados no estudo com vista a obter os dados obtidos sobre as perceções junto desta população. A escolha desta amostra foi pela acessibilidade, visto que todos os sujeitos considerados no presente estudo colaboram de forma voluntária com consentimento informado.

3.3.4 - Técnicas e Procedimentos de Pesquisa

No estudo foram usados múltiplos métodos de recolha de dados, de forma a garantir as distintas perceções sobre a temática em estudo. Ainda foram utilizadas como técnica de recolha de dados nesta investigação a pesquisa bibliográfica e documental, aplicando-se ainda entrevistas semiestruturadas aos coordenadores técnicos e/ou diretores técnicos e também aos idosos da resposta SAD.

A Pesquisa Bibliográfica e Documental: na área das ciências sociais e humanas, é essencial o recurso à técnica de pesquisa bibliográfica e documental, para que suplementem as investigações. Foram consultados livros, documentos e artigos científicos considerados importantes para o enquadramento teórico, como para o desenvolvimento da pesquisa e análise dos dados. No que concerne à pesquisa documental, foram consultadas plataformas *online* como, por exemplo, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), que nos disponibilizaram um conjunto de materiais científicos, considerados fidedignos, tais como: artigos científicos, teses de mestrado e de doutoramento interligados à área em estudo desta dissertação. Ainda foram consultadas fontes, nomeadamente o Instituto da Segurança Social, para aceder a dados específicos e atualizados acerca dos conceitos de terceiro setor, de Instituições Particulares de Solidariedade Social e sobre o Serviço de Apoio Domiciliário. Os contactos efetuados às IPSS do concelho de Oliveira de Azeméis possibilitaram a consulta de documentos como o regulamento do SAD de cada instituição, documentos com informações relativas à história da instituição, à missão, aos valores, aos princípios

e aos objetivos que se mostraram relevantes para justificar e caracterizar melhor a intervenção das diferentes organizações.

A **Entrevista Semiestruturada**: Tendo em conta a amostra, a finalidade e os objetivos deste estudo, aplicámos a entrevista semiestruturada, pois era a mais adequada ao contexto e à abordagem utilizada. Haguette (1987:86) referencia que a entrevista consiste em “*um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações, (...) do entrevistado*”. A utilização da entrevista permite que o investigador se reajuste, sempre que necessário, às características da população entrevistada, redirecionada às questões, de modo a clarificar a informação. Ao efetuar este ajuste nas questões, o investigador adota uma postura flexível, permitindo ao entrevistado explicitar a sua visão acerca de determinado aspeto. Neste sentido, as entrevistas facilitam a “*(...) compreensão das perspetivas destes sobre as suas vidas, experiências ou situações expressas com as suas próprias palavras*” (Coutinho, 2013:141). Com recurso a este tipo de entrevista, o entrevistado tem uma maior participação na investigação, uma partilha de informação e relatos pormenorizados através do diálogo, criando assim um ambiente propício para a recolha de dados. Desde o primeiro contacto, procurou-se adotar uma postura não invasiva, de forma a criar entre o investigador e os entrevistados, um clima de confiança, de partilha, de empatia e confidencialidade, de modo a obtermos as informações visadas. No que se refere aos procedimentos, os guiões de entrevista (cf. Apêndice 4 e 5), as questões foram formuladas com base na componente teórica e conceptual previamente concebida. A entrevista semiestruturada exige, antes da sua aplicação, que o investigador elabore previamente um guião da entrevista, de modo a que este consiga obter algum controlo e também que demonstre abertura para que os entrevistados respondam às questões consoante a sua opinião e experiência. Segundo Fernandes (2012), o guião de entrevista é um instrumento que organiza e orienta o processo de recolha de dados e facilita a análise desses mesmos dados, dada a sua estrutura pré-organizada.

As entrevistas foram realizadas aos coordenadores técnicos e/ou diretores técnicos da resposta de SAD de cada organização agregada no estudo e com o suporte dos critérios referidos anteriormente. As entrevistas foram realizadas na sede das organizações, após uma abordagem inicial que culminou com a entrega de uma carta com o pedido formal de participação no estudo (cf. Apêndice 1 e 2), seguindo-se a marcação das entrevistas nas datas e horários ajustados, entre ambas as partes envolvidas. Antes de se iniciar este tipo de recolha de dados, foi entregue um consentimento informado em duplicado (cf.

Apêndice 3), de maneira a respeitar o carácter de sigilo em relação à identificação das instituições, como também dos entrevistados. As entrevistas realizadas tiveram uma duração compreendida entre os 15 e os 54:33 minutos. Antes de iniciarmos a entrevista, regemo-nos e clarificámos algumas normas de ética aos entrevistados, nomeadamente, aspetos relacionados com a confidencialidade. Também elucidámos os participantes da possibilidade de deixar de integrar a amostra, caso o pretendesse, através de um contacto e que o podiam fazer a qualquer momento. Informámos também outros aspetos importantes para os participantes do estudo. Posteriormente à realização da entrevista, foi proferido uma especial gratidão pela responsável da investigação a todas as organizações que compõem a amostra e a todos os indivíduos que participaram na investigação. Como forma de agradecer aos participantes da investigação e às organizações, foi proposto pela responsável da investigação o envio do presente trabalho final, após estar devidamente terminado, autenticado e aprovado pela Orientadora e pela Faculdade.

As entrevistas efetuadas aos 36 idosos que estão abrangidos pela Resposta SAD foram efetuadas por uma de duas formas: na habitação dos idosos devidamente acompanhadas por um elemento da organização prestadora de cuidados ou nas instalações da organização, de maneira a facilitar a participação das pessoas na presente investigação. As entrevistas foram gravadas em formato áudio, após terem sido informados sobre o carácter do estudo e de alguns aspetos importantes a serem salvaguardados pela investigadora em relação aos participantes no estudo.

Posteriormente às autorizações serem assinadas, através do consentimento informado (cf. Apêndice 3), procedeu-se à realização das entrevistas em si aos idosos, que tiveram uma duração entre 8 minutos (com pessoas de menor autonomia) a 39:58 minutos. No final de cada entrevista, agradeceu-se a participação das pessoas e mostrou-se disponibilidade em apresentar os resultados obtidos após a concretização deste trabalho.

A entrevista revelou-se avultada no que concerne aos custos e ao tempo que incluíram a aplicação da mesma, isto porque requer contactos frequentes e longos entre o investigador e o entrevistado. No que se refere à formulação das questões da entrevista, estas podem ser de três tipos de questões: as abertas, as fechadas ou, por último, a conjugação das duas anteriores. No guião de entrevista dos idosos, existiam primeiro as perguntas fechadas, depois 10 perguntas abertas e, por último, 8 que eram a conjugação de ambas as tipologias. Por sua vez, no guião de entrevista dos diretores técnicos e/ou coordenadores do SAD existiam 15 questões fechadas, 19 abertas e 10 que era a

conjugação de ambas. Dada a natureza semiestruturada da entrevista, todas elas foram gravadas em suporte áudio, para que posteriormente pudessem ser analisadas e interpretadas.

3.3.5 - Técnica de Análise dos Dados - Análise de Conteúdo

Coutinho (2013) define a análise de conteúdo como um método de interpretação de dados, recolhidos em formato escrito ou através de discurso oral. Por sua vez, Bardin (2000) refere-se a esta metodologia como um combinado de técnicas com a finalidade de analisar e interpretar “comunicações”, norteando-se pelo rigor requerido. Para se restringir a diversidade do objeto da investigação, realiza-se duas partes: primeiramente a análise de conteúdo recolhido e, em segundo lugar, o tratamento desses mesmos dados.

Para Coutinho (2013), a análise de conteúdo baseia-se numa interpretação metódica, que possibilita a enumeração dos dados reiterados, com vista a que se efetue uma confrontação dos resultados com suporte em estudos anteriores e na literatura teórica, resultando na atribuição de significado aos resultados.

Neste tipo de técnica, é fundamental analisar o conteúdo na sua totalidade, contudo, após produzida a análise é indispensável a desfragmentação dos dados em categorias de forma a facilitar a sua interpretação final. Para assegurar os critérios, como a precisão, a objetividade e a sistematização, efetuou-se a transcrição das entrevistas previamente gravadas em registo áudio.

Depois desta fase de transcrição, a investigadora codificou os dados obtidos com recurso à categorização, evidenciando-se de forma esquemática as linhas de pensamento divergentes e semelhantes de cada inquirido. Guerra (2006:80) designa uma categoria por “*uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso*”.

Neste estudo, optou-se por personalizar toda a recolha de dados e, para tal, a investigadora deslocou-se às instituições e/ou ao domicílio, no caso dos idosos, de forma a evitar constrangimentos no estudo. Relativamente aos técnicos, a responsável da investigação em consonância com a disponibilidade das diretoras técnicas e/ou coordenadoras de SAD, deslocou-se à instituição para a realização da entrevista, agendada previamente.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 - O Contexto da Pesquisa

4.1.1 - Caracterização Sociodemográfica e Respostas Sociais do Concelho de Oliveira de Azeméis

O concelho de Oliveira de Azeméis situa-se no distrito de Aveiro, pertencendo à área metropolitana do Porto, da região Norte, ou seja, entre Douro e Vouga. Este município inicialmente era subdividido por 19 freguesias, mas com a reorganização territorial é agora repartido por 12 freguesias, sendo estas: Carregosa; Cesar; Cucujães; Fajões; Loureiro; Macieira de Sarnes; União de Freguesias de Nogueira do Cravo e Pindelo; União de freguesias Oliveira de Azeméis, Santiago de Ribai-UI, Macinhata da Seixa, Madail e UI; Ossela; União de Freguesias de Pinheiro da Bemposta, Palmaz e Travanca; São Martinho da Gândara; e por último, S. Roque (cf. Figura 3).

Figura 3 - Mapa do Município de Oliveira de Azeméis



Fonte: Wikipédia 2016 ⁶

Este concelho começou por ter estatuto de vila, em 1799 e, mais tarde, no ano de 1984, passou a cidade, devido ao aumento populacional até ao final da primeira década do século XX.

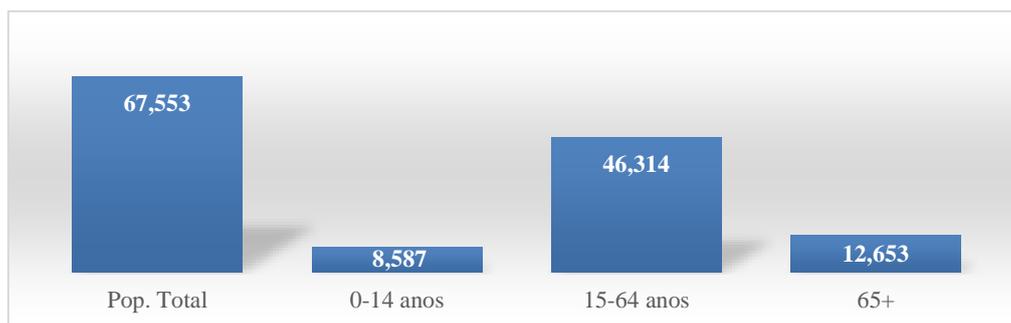
O concelho é delimitado na zona Norte pelo concelho de Arouca, na zona Este pelos concelhos de Sever do Vouga e Vale de Cambra, na zona Sul pelo concelho de Albergaria-a-Velha, na zona Oeste está a localidade de Ovar e Estarreja e, por fim, na

⁶ (cf. Wikipédia, 2016)

zona Noroeste o concelho de Santa Maria da Feira e de São João da Madeira. Assim sendo, Oliveira de Azeméis é um dos únicos municípios da beira litoral inserido na região Norte. Este concelho possui cerca 163,41 km² de área e têm 67.553 de habitantes.

Especificamente sobre o envelhecimento populacional, nos últimos anos tem-se intensificado. No município residem 12.653 de habitantes com 65 ou mais anos, representando 18,7% da totalidade da população (INE, 2015) (cf. Gráfico 1).

Gráfico 1: População Residente por Grupos Etários 2014 (concelho de OAZ)



Fonte: INE (2015) – Adaptação da Autora

Tendo em conta os dados anteriormente mencionados, verifica-se a necessidade de uma reestruturação a nível socioeconómico e das políticas sociais.

4.1.2 - IPSS com SAD no concelho de Oliveira de Azeméis

No que concerne às respostas sociais para a população idosa, o município dispõe de um conjunto de equipamentos e serviços, nomeadamente: 14 Serviços de Apoio Domiciliário, 1 Serviço de Apoio Domiciliário noturno, 12 Centros de Dia, 8 estruturas Residenciais para Idosos, 1 Centro de Convívio e 1 Lar Residencial (Carta Social de Oliveira de Azeméis, 2015). Vejamos algumas das suas características:

Centro Social e Infantil de Cesar (CISC)

Esta instituição decorre da iniciativa de um grupo de habitantes da freguesia que se uniram de forma a criar um espaço para acolher inicialmente as crianças enquanto os seus familiares exerciam a sua atividade profissional. Mais tarde, dada a necessidade começaram também a apoiar os idosos. É uma IPSS, que está situada na freguesia de Cesar, a qual pertence ao concelho de Oliveira de Azeméis. Esta instituição foi fundada em 1981 e as suas respostas sociais até ao momento são: a Estrutura Residencial para

Idosos (ERPI), o Centro de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário, a Creche, o Jardim de Infância e o Centro de Atividades de Tempos Livres. Neste centro, também está em funcionamento o serviço de apoio psicológico à família e à comunidade e o serviço de mediação do Banco Alimentar. A missão desta IPSS destina-se a desenvolver e a proporcionar um meio favorável e socialmente inovador para o desenvolvimento pleno do utente e do bem comum. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende incrementar o bem-estar do público-alvo, incluir e apoiar os indivíduos mais desfavorecidos, bem como as crianças; Proporcionar um espaço, onde possam desenvolver competências pedagógicas e sociais, enquanto os familiares estão socialmente ocupados; Quanto à população idosa, pretendem colaborar com a família do utente, através da satisfação das necessidades básicas e das Atividades de Vida Diária, de forma a disponibilizar mais tempo para as famílias poderem exercer a sua atividade profissional e as suas rotinas diárias.

O Centro Social Paroquial de Pinheiro da Bemposta (CSPPB)

Esta instituição nasceu da iniciativa de um padre e de um elemento da comissão fabriqueira da freguesia. É designado como uma IPSS e está localizado na freguesia de Pinheiro da Bemposta, em Oliveira de Azeméis. Esta IPSS foi fundada em 1990 e oferece como respostas sociais à sua comunidade: a Estrutura Residencial para Idosos, o Centro de Dia e o SAD. A missão desta IPSS consiste em apoiar os utentes na satisfação das necessidades básicas, como também nas Atividades de Vida Diária. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende reconhecer e valorizar o utente, bem como o trabalho de todas as colaboradoras; Desenvolver redes de interajuda e de confiança; Reforçar a formação dos recursos humanos para a prestação de um serviço com melhor qualidade.

Centro Social Cultural e Recreativo de Pindelo (CSCR)

Esta instituição surgiu da necessidade de fazer face às problemáticas locais. É considerado como uma IPSS, estando sedeadada na freguesia de Pindelo, no município de Oliveira de Azeméis. O centro social foi fundado em 1991, e as suas respostas sociais são essencialmente: o Centro de Atividades de Tempos Livres, a Creche, o Jardim de Infância, o Serviço de Apoio Domiciliário e o Clube Sénior. A missão desta IPSS consiste em fomentar a melhoria da qualidade de vida a vários níveis, nomeadamente, bem-estar físico, emocional, mental, social e moral dos utentes. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende colaborar para o aumento da qualidade de vida do agregado

familiar do utente; Apoiar a família e utente na satisfação dos cuidados básicos; Disponibilizar bens e serviços essenciais para o bem-estar físico do utente; Apoiar na reestruturação do projeto de vida do utente em parceria com a família.

Comissão de Melhoramentos de Ossela (CMO)

Esta instituição emergiu com a iniciativa de um grupo de habitantes da freguesia que se uniram e pretendiam desenvolver a freguesia, nomeadamente os acessos e infraestruturas. Com base nas necessidades da freguesia, iniciaram o trabalho junto da comunidade e só posteriormente é que se constituíram numa IPSS. Através da candidatura a um programa, obtiveram a aprovação e financiamento para a construção das novas instalações da IPSS. É considerada como uma IPSS, e encontra-se localizada na freguesia de Ossela, no concelho de Oliveira de Azeméis. Esta instituição foi fundada em 1995 e desde aí possui respostas sociais, tais como: o Centro Comunitário, o Centro de Atividades de Tempos Livres, o Centro de Dia, a Creche e o Serviço de Apoio Domiciliário. A missão desta IPSS destina-se no combate à exclusão social, de modo a apoiar a comunidade, contribuindo para o desenvolvimento e valorização de cada utente. Ainda pretende também satisfazer as necessidades e as expetativas dos utentes, familiares, colaboradores e a própria comunidade local.

Centro Social, Cultural e Recreativo de Carregosa (CSCRC)

Esta instituição foi criada por iniciativa de um grupo de habitantes da freguesia que se reuniram de modo a apoiar as famílias, desde das crianças aos idosos. Para isso registaram-se como IPSS e iniciaram uma angariação de fundos para dar início à construção desta instituição. É uma IPSS situada na freguesia de Carregosa, no município de Oliveira de Azeméis. Este centro social foi fundado em 1986 e disponibiliza para a população respostas sociais como: o Centro de Atividades de Tempos Livres, a Creche, o Jardim de Infância e o Serviço de Apoio Domiciliário. Desde há alguns anos começaram a apostar na criação de um campo de férias para quando há interrupção letiva maior. A missão desta IPSS assenta em promover o desenvolvimento global da vida humana, desde das crianças, através da educação e formação, até aos idosos, através do apoio e dos afetos. Esta instituição pretende sobretudo colaborar e apoiar a família na sua função e sensibilizar a sociedade para a importância deste papel. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende promover o cumprimento das regras de funcionamento da instituição e dos serviços, bem como a divulgação; Fomentar o respeito pelos direitos dos

utentes e dos demais interessados; Inculir nos familiares e nos utentes à participação ativa ao nível da gestão da resposta social de SAD.

Obra Social de S. Martinho da Gândara (OSSMG)

Esta instituição surgiu com a iniciativa de um grupo de residentes da freguesia, que se uniram e criaram a IPSS, de forma a apoiar a população da freguesia, nomeadamente, crianças, jovens e idosos. Através da candidatura a um programa, conseguiram receber o financiamento desse programa e também solicitaram o apoio da junta de freguesia, bem como o da Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis que culminou na construção das instalações da instituição. É reconhecida como uma IPSS na freguesia de S. Martinho da Gândara, em Oliveira de Azeméis. Foi fundada em 1986, dando assim início à sua intervenção para a comunidade, através de respostas sociais como: o Centro de Atividades de Tempos Livres, a Creche, o Jardim de Infância, o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário. A missão desta IPSS consiste em colaborar na melhoria da qualidade de vida dos utentes e das famílias num clima de segurança física, psíquica e afetiva, através dos serviços personalizados, propiciando o desenvolvimento pleno e a melhoria da saúde e do bem-estar. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende auxiliar os utentes, família e colaboradores na melhoria do serviço e na satisfação das necessidades.

Associação de Melhoramentos Pró-Outeiro (AMPO):

É designada como uma IPSS, está localizada na freguesia de Santiago de Riba Ul, no concelho de Oliveira de Azeméis. Esta associação emergiu em 1983 e atualmente só tem uma resposta social que é o Serviço de Apoio Domiciliário. A missão desta IPSS destina-se a auxiliar e a garantir o cumprimento dos direitos dos idosos e das famílias, de modo a responder às necessidades com bens e serviços personalizados à situação do utente. Pretende ainda fomentar a participação ativa dos utentes. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende apoiar as Atividades de Vida Diária dos utentes e das famílias, bem como, satisfazer as necessidades dos mesmos; Promover um envelhecimento ativo, de modo a inculir a participação ativa na comunidade; Fomentar a interajuda entre gerações, bem como a solidariedade social; Incentivar e participar no desenvolvimento local da comunidade.

Centro Social e Paroquial de Nogueira do Cravo (CSPNG)

Esta instituição emergiu dada a iniciativa de um grupo de residentes da freguesia. É reconhecida como uma IPSS, que está sediada na freguesia de Nogueira do Cravo, em Oliveira de Azeméis. Este centro social surgiu em 1981 e as suas respostas sociais são: a Creche, o Jardim de Infância, o Centro de Atividades de Tempos Livres, o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário. Possui ainda o serviço de Cantina Social. A missão desta IPSS consiste em garantir a satisfação das necessidades básicas, bem como das Atividades de Vida Diária dos utentes, disponibilizando bens e serviços imprescindíveis para o seu bem-estar, de modo a fomentar a integração e a inclusão social.

Centro Paroquial e Social Santo André de Macinhata da Seixa (CPSSAMS)

Esta instituição foi criada a partir da iniciativa de um Padre, o Padre Reis foi o fundador desta instituição, no entanto, a ideia original veio de outro pároco, o Padre Bastos, que tinha idealizado a criação de um espaço para acolher crianças. É designado como sendo uma IPSS, que se encontra localizada na freguesia de Macinhata da Seixa, no concelho de Oliveira de Azeméis. Esta instituição surge em 1989 e oferece como respostas sociais: a Creche, o Jardim de Infância, o Centro de Atividades de Tempos Livres, o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário.

Centro Social Dr.^a Leonilde Aurora da Silva Matos (CSLASM)

Esta instituição surgiu devido às doações (monetárias e de terrenos) e ao trabalho realizado pela fundadora, comendadora Dr.^a Leonilda, que pretendia apoiar a população da sua freguesia. Inspirados no reconhecido trabalho desta fundadora, a Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis criou um prémio com o seu nome. Anualmente, a Câmara atribui este prémio aos melhores projetos sociais e recompensa as melhores propostas com a oferta de um valor monetário. É uma IPSS e encontra-se sediada na freguesia de Fajões, em Oliveira de Azeméis. Esta instituição foi fundada em 1981 e disponibiliza para a população as seguintes respostas sociais: a Estrutura Residencial para Idosos, o Centro de Dia, a Creche, o Jardim de Infância e o Serviço de Apoio Domiciliário. Brevemente, irá abrir uma nova resposta social, que é uma estrutura residencial para pessoas portadoras de Deficiência. A missão desta IPSS consiste em apoiar as necessidades dos residentes da freguesia, nomeadamente, crianças, idosos e famílias carenciadas. Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende satisfazer as necessidades dos utentes, orientada por valores como: a responsabilidade, a dedicação,

a ética e o profissionalismo por todos os recursos humanos da instituição, para que posteriormente consigam ser uma instituição de referência à nível local.

Centro de Terceira Idade de S. Roque (CTISR)

Esta instituição teve como fundador o Dr. Silva Pinto, que desejava criar um serviço que visasse apoiar a população idosa da freguesia. Para efetivar esta sua vontade, fez doações (monetárias e de terrenos) que culminaram na construção desta instituição. É reconhecido como uma IPSS e está localizado na freguesia de S. Roque, em Oliveira de Azeméis. Esta instituição emergiu em 1991 e é, essencialmente, vocacionada para a terceira idade. Por essa razão, disponibiliza respostas sociais como: a Estrutura Residencial para Idosos, o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário. A missão desta IPSS destina-se a apoiar os idosos e a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e dos familiares; Relativamente aos objetivos da instituição, esta pretende assegurar os cuidados e serviços, de modo a proporcionar o bem-estar dos utentes; Promover o desenvolvimento da autonomia, de forma a precaver situações de dependência; Colaborar com a família dos utentes para a conciliação da vida profissional e familiar.

Associação de Solidariedade Social de Loureiro (ASSL)

Esta instituição decorreu da iniciativa de um grupo de residentes da freguesia e com a colaboração dos elementos da junta de freguesia da época, para que se levasse a cabo a sua constituição. É considerada como uma IPSS, estando situada na freguesia de Loureiro, no concelho de Oliveira de Azeméis. Esta associação foi fundada em 1991 e as suas respostas sociais são: a Creche, o Jardim de Infância, o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário.

4.1.3 - Serviço de Apoio Domiciliário e utentes: dados de caracterização e Quadro evolutivo dos serviços

A análise do historial de cada organização, obtida através das entrevistas, evidencia que o número de instituições que abriram entre 1983 a 1987 (6) é igual ao das instituições que abriram entre 1988 a 1995 (6).

O SAD mais antigo foi criado 1983, tendo decorrido 13 anos até ao aparecimento do segundo serviço com as mesmas características. O serviço mais recente fundou-se em 2010, 27 anos após a criação do primeiro serviço (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Ano Fundação do SAD

Evolução Crescente	Ano da Fundação do SAD	Nome do Serviço	Freguesia
1	1983	AMPO	Outeiro
2	1996	OSSMG	São Martinho da Gândara
3	1999	ASSL	Loureiro
4	2000	CSCRC	Carregosa
6	2001	CISC e CSPNC	Cesar e Nogueira do Cravo
7	2002	CSDLASM	Fajões
8	2003	CSPPB	Pinheiro da Bemposta
9	2006	CTISR	S. Roque
10	2009	CSCR	Pindelo
11	2010	COMOSSELA	Ossela
12	Não Respondeu	CPSSAMS	Macinhata da Seixa
Total		12	

Síntese elaborada pela autora

De acordo com tabela 2, o número de utentes de cada SAD do concelho de Oliveira de Azeméis oscila entre uma capacidade mínima de 12 utentes até a uma capacidade de máxima de 90 utentes, no entanto o número médio de utentes por serviço ronda os 33,5. O Serviço de Apoio Domiciliário abrange atualmente 402 idosos.

Tabela 2: Utentes do SAD

N Organizações	Capacidade			Total de Utentes do SAD	N Utentes
	Média	Mínimo	Máximo		
12	33,5	12	90	402	36

4.2 - Caracterização da Amostra

4.2.1 - Perfil dos Diretores Técnicos e/ou coordenadores da resposta SAD

Sexo

A amostra é constituída na sua totalidade pelo sexo feminino.

Idade e Estado Civil

Relativamente à idade, verifica-se que a média é de 38,83 anos e o desvio padrão de 11,19 anos (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Idade dos Técnicos (N=12)

N	Média	Desvio Padrão
12	38,83	11,19

Maioritariamente é constituída por pessoas casadas (58,33%) por comparação às outras condições: Solteiras (25 %), Divorciadas (8,3 %) e em União de Facto (8,3%).

Habilitações Literárias

Relativamente às Habilitações Literárias dos Técnicos (cf. Tabela 4), prevalece a “Licenciatura em Serviço Social”, seguindo-se os Técnicos com duas áreas de licenciatura, nomeadamente a Psicologia e o Serviço Social. Foi possível ainda verificar através deste parâmetro que, apesar de a maioria possuir uma formação base em Serviço Social, também existem técnicos cuja formação base é em Gerontologia e Educação. Contudo, o grau de formação mais elevada encontrado foi licenciatura e mestrado em Serviço Social e licenciatura em psicologia (5 anos). A área prevalecente é a de Serviço Social com 66,6%, ou seja, 2/3 dos técnicos considerados no estudo.

Tabela 4: Habilitações Literárias dos Técnicos

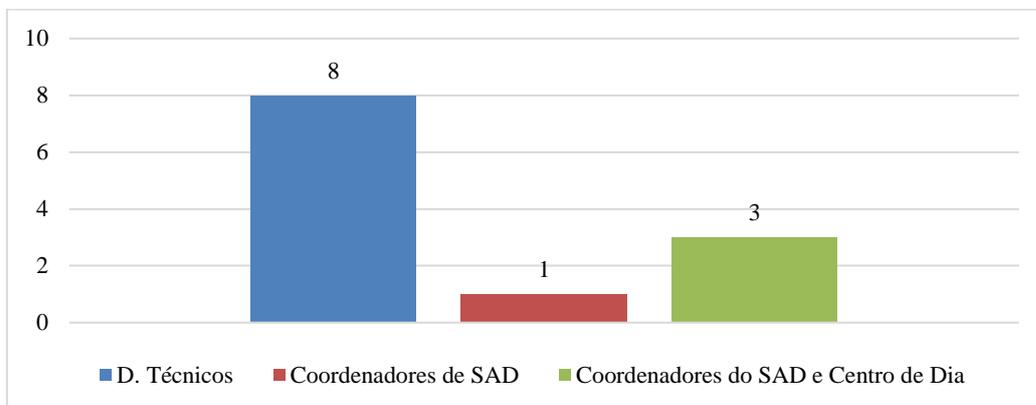
Habilitações	Registos	Percentagem
Licenciatura em Serviço Social	7	58,3 %
Licenciatura e Mestrado em Serviço Social	1	8,3 %
Licenciatura em Psicologia e em Serviço Social	2	16,7 %
Licenciatura em Gerontologia	1	8,3 %
Licenciatura em Educação	1	8,3 %
Total:	12	≈ 100 %

Cargo dos Técnicos e antiguidade na Instituição

Os Técnicos abrangidos na amostra são maioritariamente diretores técnicos (N= 8/ 66,7%). No que se refere ao cargo que cada técnico incluído na amostra exerce nas

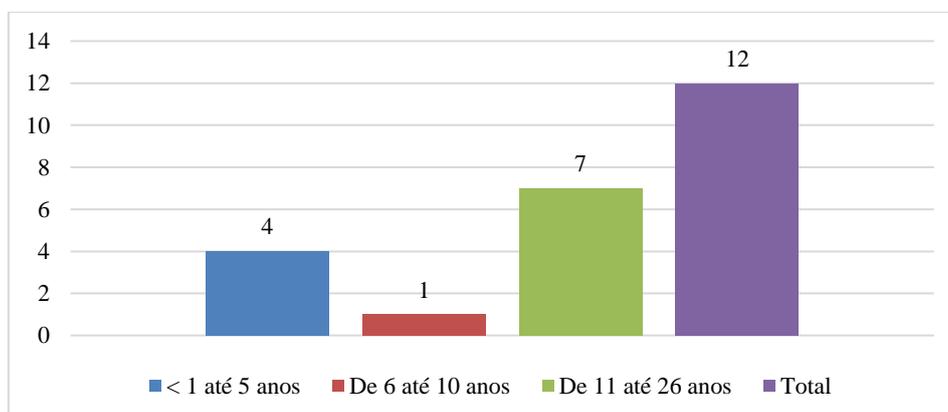
instituições do concelho de Oliveira de Azeméis, constata-se que os Diretores Técnicos são em maior número comparativamente aos restantes que são Coordenadores de SAD e/ou de Centro de Dia (cf. Gráfico 2).

Gráfico 2: Cargos dos Técnicos nas IPSS



Existe uma elevada percentagem dos técnicos no que diz respeito à antiguidade, compreendidos entre o período 11 até 26 anos na instituição. Logo de seguida temos a categoria menos de 1 até 5, sendo a categoria menor à de 6 até 10 anos a exercer o cargo ou de diretor técnico ou de coordenador da resposta social de SAD e/ou Centro de Dia nas instituições do concelho (cf. Gráfico 3).

Gráfico 3: Ano de Desempenho do Cargo dos Técnicos nas IPSS



Experiência Profissional

Os técnicos na área social, possuem experiência profissional entre 1 a 12 anos, embora exista uma percentagem equivalente tanto na categoria de 13 a 24 anos, como na de 25 a 36 anos de trabalho. Registrando-se apenas 1 técnico que não respondeu à questão. Da população da amostra, 50% possui de 15 a 36 anos de serviço (cf. Tabela 5).

Tabela 5: Experiência Profissional

Experiência Profissional	De 1 a 12	De 13 a 24	De 25 a 36	Não Respondeu	Total
Frequência	5	3	3	1	12
Porcentagem	41,7 %	25%	25%	8,3 %	≈ 100 %

4.2.2 - Perfil dos Utentes de SAD considerados no estudo

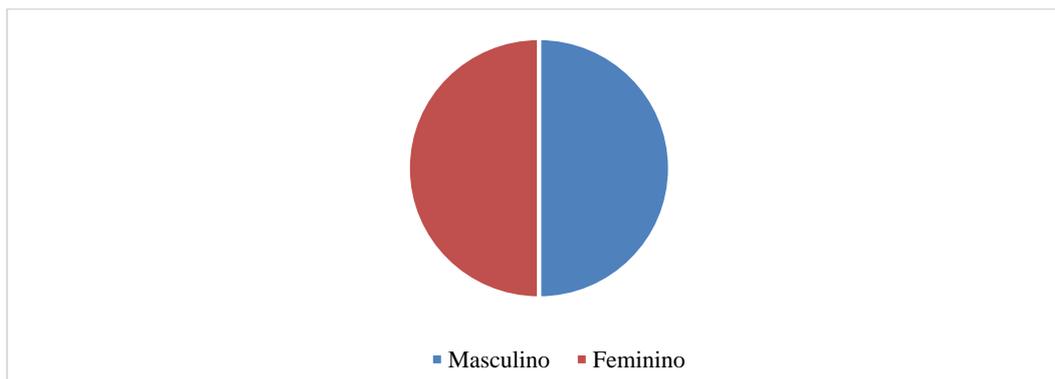
Os SAD do concelho têm dois grupos de utentes: os autónomos e os dependentes, não dispondo de nenhum grupo intermédio. No geral, os técnicos indicam que os utentes de SAD apresentam idades avançadas, alguma debilidade decorrente do processo de envelhecimento e patologias de saúde crónicas, nomeadamente demências e défices cognitivos. Os autónomos geralmente usufruem essencialmente do serviço de alimentação, enquanto os dependentes acumulam serviços, como o serviço de alimentação e o serviço de higiene pessoal. Esporadicamente tanto num grupo como noutro, existem utentes que solicitam o serviço de tratamento de roupa e higiene habitacional (síntese das entrevistas efetuadas aos técnicos e/ou coordenadores do SAD).

As entrevistas efetuadas aos idosos abrangidos por SAD permitem-nos identificar com maior rigor as características da amostra considerada no estudo:

Género

Da totalidade de utentes do SAD de Oliveira de Azeméis, seleccionámos 3 por cada instituição, de modo a viabilizar a investigação e para que nenhuma ficasse em vantagem em detrimento de outra. Sendo assim, entrevistaram-se 36 utentes, na qual metade era do sexo feminino e a outra metade do sexo masculino (cf. Gráfico 4).

Gráfico 4: Género dos Utentes



Idade

No que se refere à idade dos utentes, como se verifica na Tabela 6, a média é de 78,42 anos, sendo que a idade mínima é de 48 anos e a máxima de 100 anos. No que se refere ao desvio padrão, este é de 10,91 anos.

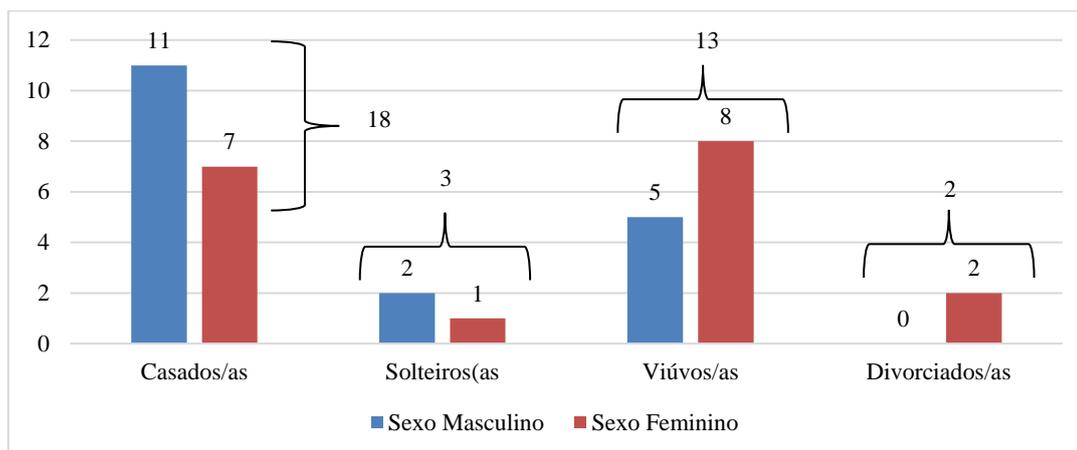
Tabela 6: Idade dos Utentes

N	36
Média	78,42
Mínimo	48
Máximo	100
Desvio Padrão	10,91

Estado Civil

Sobre o Estado Civil dos Utentes entrevistados, evidencia-se que, de um modo geral, a maioria encontra-se casado/a, seguindo-se os viúvos/as e, por último, com menor número de registos utentes que se encontram solteiros/as ou divorciados/as. Tendo em conta ao gráfico 5, é importante ainda realçar que o género masculino de acordo com a amostra obteve um maior número de indivíduos casados e solteiros que o sexo feminino. Paralelamente a estes dados, o sexo feminino registou um maior número de pessoas viúvas e divorciadas do que o sexo masculino.

Gráfico 5: Estado Civil dos Utentes



Profissão anterior à reforma

Relativamente à profissão dos 36 utentes do SAD do concelho (Tabela 7), observa-se uma predominância de profissões relacionadas com o setor primário, com 14 registos. No setor secundário registam-se 12 frequências. Verifica-se que no setor primário predomina a agricultura e no setor secundário profissões relacionadas com a indústria local, nomeadamente a indústria de calçado, de arroz, de brinquedos de madeira, de cortiça e de metalurgias. No setor terciário destacam-se os comerciantes, motoristas de longo percurso e funcionários públicos.

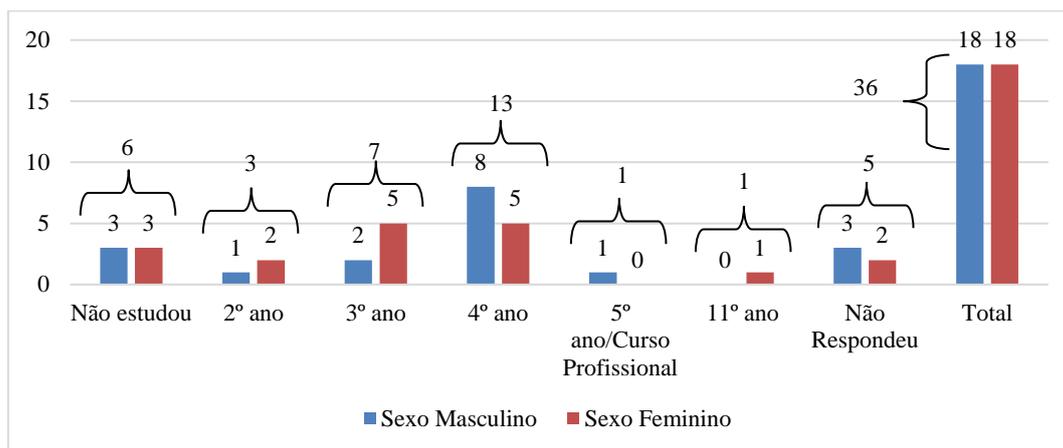
Tabela 7: Profissão dos Utentes por Setores (N=36)

Profissões por Setores	Registos
<i>Setor Primário</i>	14
<i>Setor Secundário</i>	12
<i>Setor Terciário</i>	6
<i>Não Responderam</i>	4
Total: N =36	

Habilitações Literárias

De acordo com o gráfico 6, que demonstra as habilitações literárias dos utentes de SAD do concelho, verifica-se que a maioria dos utentes possuem como habilitações o 1º ciclo do ensino básico, sendo que o número de indivíduos com o 3º e 4º ano é superior às restantes habilitações. No entanto, o maior grau de formação é o 11º ano e o mais baixo, não possui qualquer tipo de habilitações literárias. Tendo em conta o gráfico, pode-se constatar que o sexo masculino apresenta mais habilitações comparativamente ao sexo feminino.

Gráfico 6: Habilitações Literárias dos Utentes (N=36)



Residência de origem

No que respeita à localidade dos entrevistados, estes têm uma distribuição uniforme, visto que foram selecionados antecipadamente 3 de cada serviço SAD do concelho de Oliveira de Azeméis. Sendo assim, resulta num total de 36 entrevistados e as localidades incluídas no estudo são: Carregosa, Cesar, Fajões, Loureiro, Macinhata da Seixa, Nogueira do Cravo, Ossela, Pindelo, Outeiro, São Martinho da Gândara, Pinheiro da Bemposta e S. Roque.

Número de Filhos

De acordo com os registos obtidos mencionados na tabela 8, a média de filhos nos utentes de SAD ronda 2,47, sendo o mínimo de filhos 0 e o máximo de 7.

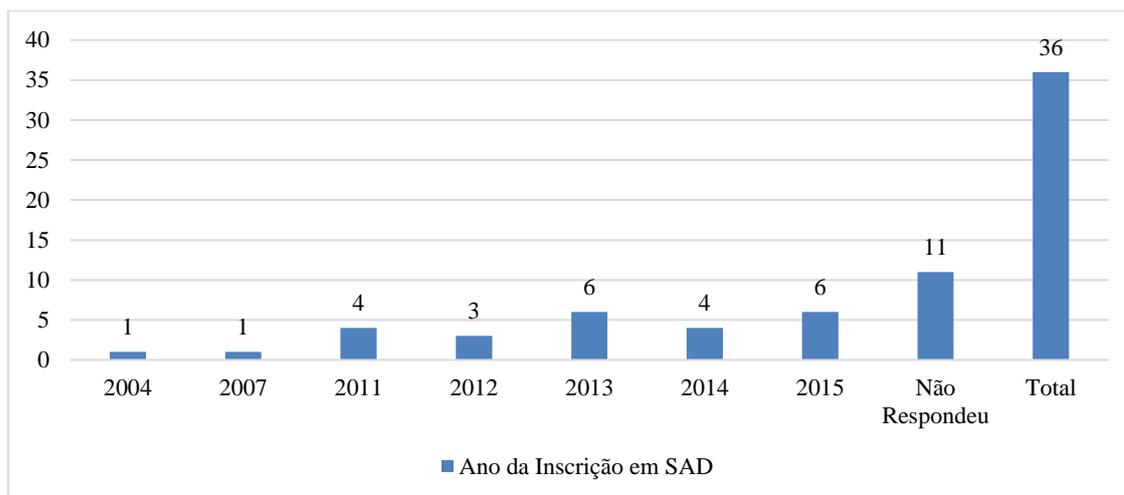
Tabela 8: Número de Filhos dos Utentes

N	Média	Mínimo	Máximo
36	2,47	0	7

Ano de Inscrição no SAD

No que se refere ao Ano de Inscrição em SAD dos Utentes, observa-se uma maior procura do serviço em 2011, em 2013 e em 2015 (cf. Gráfico 7).

Gráfico 7: Ano de Inscrição dos Utentes no SAD (N=36)



Agregado Familiar

Relativamente à Constituição do Agregado Familiar dos utentes, evidenciam-se os utentes que vivem com o seu cônjuge, com uma percentagem de 38,88% e os que vivem sós, que rondam os 33,33 % (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Constituição do Agregado Familiar dos Utentes do SAD (N=36)

Vivem Sozinhos	Vivem com Cônjuge	Vivem com Familiares	Total/Percentagem
12	14	10	36
33,3 %	38,9 %	27,8 %	≈ 100%

Problemas de Saúde

Existe uma multiplicidade de problemas de Saúde nos Utentes de SAD, perfazendo 69 registos, sendo que este número surgiu devido aos utentes referirem mais do que um problema de saúde. Relativamente à condição de saúde dos utentes (Tabela 10), verifica-se que a maioria da amostra não se encontra acamada (83,3 %). Com base na tabela 11, os problemas de saúde que mais se evidenciam são os problemas de ortopedia com 22 registos, representando 29,3%, os de cardiologia, com 13 registos, representando 17,33%, contrastando com os 2 registos que não possuem qualquer problema de saúde e que representam 2,6 % da totalidade da amostra.

Tabela 10: Condição de Saúde dos Utentes de SAD (N=36)

	Registos	Percentagem
Acamados	6	16,7%
Não Acamados	30	83,3 %
Total da Amostra	36	≈ 100 %

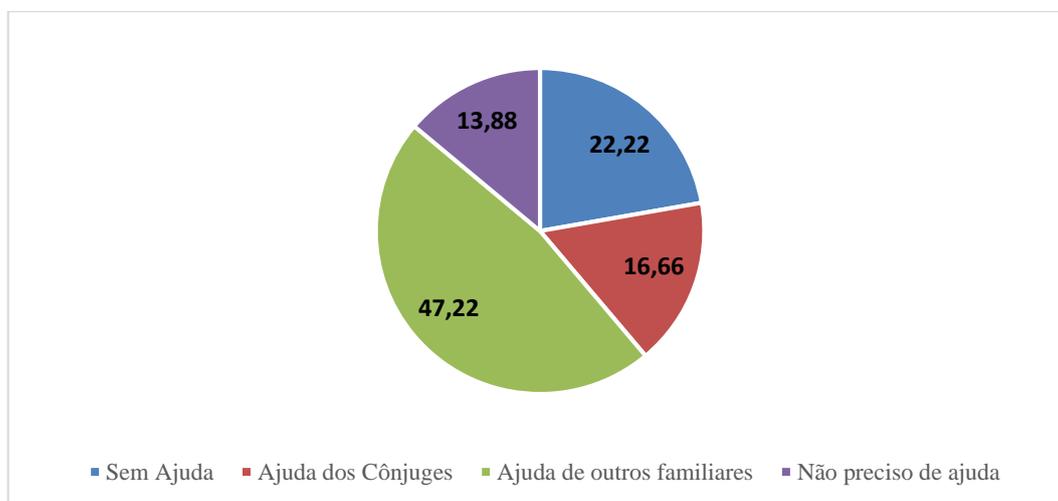
Tabela 11: Patologias dos Utentes do SAD

Problemas de Saúde Utentes:	Registos	Problemas de Saúde Utentes:	Registos
Ortopedia	22	Neurologia	7
Cardiologia	13	Urologia	4
Pneumologia	1	Otorrinolaringologia	3
Clínica Geral	6	Oncologia Médica	1
Gastroenterologia	5	Endocrinologia	5
		Sem problemas	2
Total:69			

Rede de Suporte Informal

No que concerne ao apoio informal que os utentes dispõem além do SAD, sobressai, no gráfico 8, a ajuda prestada por familiares, nomeadamente, filhos, netos, sobrinhos, noras, entre outros. Também é de realçar o número de pessoas sem qualquer rede de apoio informal. A maioria da população abrangida na amostra possui uma rede de suporte informal, através do auxílio dos cônjuges ou de outros familiares, representando 63,88%.

Gráfico 8: Apoio Informal dos Utentes do SAD (N=36)



4.3 - SAD em Oliveira de Azeméis: realidades e percepções

4.3.1 - Sobre o funcionamento dos serviços

Objetivos

Essencialmente os objetivos dos SAD retirados das entrevistas realizadas aos técnicos são os seguintes: fomentar e facultar o acesso aos cuidados de saúde e de higiene aos utentes para o desenvolvimento do bem-estar físico, mental e emocional; Disponibilizar aos utentes um serviço de refeições adequado às suas necessidades e que promovam hábitos alimentares saudáveis; Impulsionar os utentes a desenvolver um envelhecimento ativo, através da participação ativa na vida social, cultural e económica; Auxiliar os utentes no seu domicílio e incrementar a manutenção da sua autonomia e independência; Apoiar as famílias e os utentes através dos serviços prestados; Desenvolver as redes de solidariedade inter-geracionais, tanto nas famílias como na comunidade em geral; Combater o isolamento social dos utentes; Colaborar com o agregado familiar à conjugação da vida profissional e familiar; Apoiar os utentes no seu meio natural de vida, de modo a evitar ou retardar o recurso a estruturas residenciais; Promover a qualidade de vida e o bem-estar dos utentes; entre outros.

Papel da Igreja

No que concerne ao papel das entidades religiosas (igreja), os técnicos consideram que estas não interferem na dinâmica e organização da instituição, visto que a maioria das instituições não está ligada à igreja “*Não, não. Não é paroquial de todo*” EB (Feminino, 27 anos, Casada), contabilizando-se 7 ocorrências. Paralelamente, outra parte da amostra possui uma conexão entre a instituição e as entidades religiosas, no entanto, esta ligação é meramente “*figurativa*”, visto que só oferecem o apoio espiritual e participação em algumas atividades das instituições, registando-se 5 ocorrências “*Está ligada à igreja. (...) Sempre que podia apoiar, mesmo quando ia visitar as pessoas a casa, quando falava na igreja, falava sempre dos nossos serviços e explicava que muitas vezes seria o mais indicado. (...)*” EK (Feminino, 40 anos, Casada) / “*Está ligada à igreja. Sim, a igreja apoia espiritualmente, porque é uma das coisas que faz muito sentido, dentro dos valores cristãos, portanto, apoia dentro desses valores fundamentais e também em termos económicos (...)*” EL (Feminino, 51 anos, Casada).

Vantagens e limitações

Com a análise de dados efetuada às opiniões dos técnicos sobre as vantagens do SAD, realçam o facto de: apoiar o utente e famílias no domicílio, registando-se 5 ocorrências; Retardar e/ou evitar a institucionalização registaram-se 5 ocorrências; Dispor de equipa/s com formação adequada aos serviços a desempenhar, onde se registou 1 ocorrência; na disponibilização de apoio em caso de necessidade, fora do horário de funcionamento estipulado pela instituição, em que se registou 1 ocorrência.

Quanto às limitações e pontos a melhorar no SAD que os técnicos referem são: não ultrapassar as situações de isolamento dos utentes, onde se observou 1 registo; o horário de funcionamento do SAD, onde se registaram 6 ocorrências; na ausência do serviço de animação/socialização a tempo inteiro, em que se registou 1 ocorrência; na ausência de tempo para socialização entre os recursos humanos e os utentes, registando-se 1 ocorrência; na ausência de recursos humanos e materiais (têrmicas) e outras infraestruturas registaram-se 2 ocorrências, nomeadamente, cozinhas maiores para prestação de serviços com melhor qualidade; e protocolos com a Segurança Social inferiores, face à procura dos utentes, registou-se 1 ocorrência.

No que concerne às apreciações dos técnicos quando questionados sobre as alterações que efetuariam ao serviço SAD para um melhor funcionamento a curto prazo, as opiniões que sobressaíram foram: Recursos materiais novos para uma melhor conservação da qualidade da alimentação; Prestação dos diferentes serviços a um custo mínimo inclusive no apoio noturno; Equipa multidisciplinar de recursos humanos; e independência das colaboradoras em relação a outras respostas sociais.

Procedimentos de candidatura ao serviço

Relativamente aos procedimentos de candidatura ao SAD, no geral todos os técnicos mencionaram os mesmos passos até à concretização da inscrição no serviço, visto que são procedimentos que estão decretados pela Segurança Social, sendo estes: Contacto inicial efetuado pelo utente ou familiares; existência de vaga; ficha de pré-inscrição e todos documentos necessários para a inscrição; Entrevista com a técnica responsável pela gestão do SAD, onde são apurados os serviços necessários e a regularidade do serviço face à situação do utente; realização de uma visita domiciliária, caso necessário, onde são avaliadas todas as condições da habitação dos utentes e os respetivos apoios; análise dos documentos e atribuição da respetiva prioridade, segundo os critérios de admissão; atribuição de uma mensalidade com base nos rendimentos do utente e redação de um

contrato de prestação de serviços e em conjunto é facultado o regulamento de funcionamento do SAD. Após serem dado todos os passos mencionados anteriormente, é dado início ao serviço, através de um programa de acolhimento de 30 dias que irá originar um relatório de acolhimento inicial.

Fontes de conhecimento sobre o SAD

De acordo com as opiniões recolhidas nos utentes, o conhecimento sobre o serviço de SAD surgiu na maioria através de familiares dos utentes e/ou pessoas da comunidade local, registando-se 22 ocorrências *“A minha filha já conhecia”* E23 (Masculino, 81 anos, Casado) / *“Eu e o meu marido já conhecíamos o serviço, mas nunca tínhamos pedido ajuda. Então as minhas filhas, quando veio cá a Portugal tratou de tudo com a doutora, combinou experimentar a refeição e explicou-nos como funcionava. Nós, tínhamos sempre muito cuidado na alimentação, por causa, do meu marido ser diabético e tínhamos receio que não fizessem refeições assim”* E25 (Feminino, 76 anos, Casada). Por outro lado, alguns utentes mencionam que já conheciam a instituição com o serviço SAD, bem como os serviços prestados pelas mesmas, registando-se neste campo 12 ocorrências *“Eu já conheço o Centro Social, desde que andaram a recolher assinaturas para terem pessoas suficientes para abrir”*(Masculino, 100 anos, Casado) E9. No entanto, outros utentes referem que apenas ficaram a conhecer o SAD e as condições de funcionamento no hospital, registando-se, neste sentido, 2 ocorrências *“Foi quando eu estive no hospital, que falaram comigo e com o meu filho e disseram-nos que era melhor ter este serviço”*E8 (Feminino, 80 anos, Viúva).

Encaminhamento SAD

Em relação ao encaminhamento para o SAD, prevalece o contacto realizado pelos familiares do utente, registando-se 26 ocorrências *“Foi a minha filha que tratou de tudo”* E3 (Feminino, 87 anos, Casada)/ *“Foi a minha filha que tratou de tudo”* E13(Feminino, 87 anos, Viúva). Registou-se também um elevado número de contactos efetuados para o SAD, em que foram os próprios utentes a tratarem de se informar e de perceber as condições de funcionamento para poderem usufruir do serviço, contabilizando-se 9 ocorrências *“Fui eu próprio que tratei de tudo para poder receber a alimentação em casa e disseram-me logo que sim e pronto, eu fiquei todo contente”* E29 (Masculino, 85 anos, Viúvo). Face a estas situações de encaminhamento, existe 1 registo que foi aconselhado e encaminhado para o serviço por parte dos profissionais responsáveis pela ação social

no hospital *“Quem tratou de tudo para eu poder receber, foi uma assistente social do hospital”* E31 (Masculino, 70 anos, Viúvo).

Motivos que conduziram os idosos a usufruir do SAD

Conforme os registos obtidos das entrevistas realizadas aos utentes de SAD sobre os motivos que os levaram a recorrer ao serviço, estes são diversificados, referindo essencialmente a perda de mobilidade e problemas de saúde, em que se registaram 10 ocorrências *“Foi devido às quedas que tive, comecei a ter de fazer fisioterapia e depois já não conseguia fazer as coisas sozinha”* E12 (Feminino, 80 anos, Viúva) / *“Foi desde que me magoei no ombro, com a queda que tive, e agora magoei o pé. Desta vez, está a dar mais trabalho, porque não posso sair da cama”* E21 (Feminino, 96 anos, Viúva) e as operações.

Outro motivo indicado pelos utentes advém da ausência de competências e capacidades para assegurar as tarefas domésticas e também dada a ausência de apoio da rede de suporte informal que salvaguarde a manutenção das Atividades de Vida Diária, registando-se 23 ocorrências *“ Eu já não podia fazer as coisas sozinha e, foi nessa altura que pedi ajuda”* E5 (Feminino, 78 anos, Divorciada) / *“Foi mesmo porque eu achei que precisava de ajuda, porque já não conseguia fazer as coisas sozinha, porque o meu problema de saúde começou a agravar-se”* E7 (Feminino, 48 anos, Divorciada).

Alguns utentes evidenciam não querer sobrecarregar os seus filhos e/ou familiares com as tarefas domésticas e, conseqüentemente, optaram por solicitar o serviço como meio de satisfação das necessidades básicas e das Atividades de Vida Diária, contabilizando-se 7 ocorrências. *“Foi por causa dos meus problemas de saúde, que já são muitos e eu não queria sobcarregar este meu filho e a minha nora para me fazerem tudo, porque eles trabalham e também tem aqui as coisas daqui de casa para fazer e eram tarefas a mais para eles. Então achámos todos juntos, que era melhor pedir ajuda ao serviço”* E8 (Feminino, 80 anos, Viúva).

Paralelamente, existem outros utentes do SAD que referem terem sido aconselhados pelos filhos, familiares ou vizinhos de forma a auxiliá-los nas suas rotinas diárias, devido ao facto do quadro clínico do seu cônjuge necessitar de maiores cuidados, isto é, o compasso de tempo entre as Atividades de Vida Diária e os cuidados específicos para com o cônjuge serem escassos e, devido a essa razão, sentiram a necessidade de solicitar o SAD, de modo a assegurar o bom funcionamento da sua rotina diária, registando-se 5 ocorrências *“Já recebo a refeição desde que o meu marido era vivo. Eu antes cozinhava,*

mas depois o meu marido começou a dar mais trabalho e já não conseguia fazer tudo. Então, a minha filha falou-me para eu mandar vir o comer do centro social, porque estava a cuidar do meu marido e era muito trabalho. Depois, também uma vizinha começou a dizer para eu mandar vir para não eu ter tanto trabalho e eu acabei por pedir. Já recebo alimentação desde essa altura” E4 (Feminino, 88 anos, Viúva).

No entanto, existe 1 registo de um utente do serviço que referiu que as suas razões prenderam-se no facto do cônjuge ter de seguir um plano alimentar restrito *“Foi por causa da minha mulher: a minha mulher andava de dieta e eu como não queria comer dieta, fui lá pedir o comer para vir para casa”* E9 (Masculino, 100 anos, Casado); e, por último, devido à passagem da vida ativa para à reforma, da qual se registou 1 ocorrência *“É assim, eu mudei algumas vezes de residência, mas antes eu almoçava na polícia, mesmo na altura que estava de baixa, ia lá almoçar. Foi devido a ter entrado na reforma e de terem fechado o posto da polícia onde eu costumava ir almoçar, acabei depois de ter de recorrer a este serviço”* E34 (Masculino, 61 anos, Solteiro).

Crítérios de admissão/exclusão dos SAD e gestão da lista de espera

De acordo com os técnicos, os critérios de admissão e exclusão do SAD são semelhantes em todas as instituições com SAD, da qual se destacam os seguintes: idade; grau de dependência; área geográfica; risco de isolamento; ausência de retaguarda familiar; baixos recursos socioeconómicos; ordem cronológica de inscrição; usufruir de outra resposta social da instituição; ser sócio da instituição e ser familiar de algum(a) colaborador(a) da instituição. Quando questionados sobre os casos de emergência social que possam ocorrer e numa situação de ausência de vaga no serviço SAD, parte dos técnicos da amostra mencionaram que responderiam a situação e só depois dariam início ao processo de inscrição ou de encaminhamento, caso fosse necessário.

Relativamente à lista de espera do SAD, 83,3 % não dispõe de lista de espera, devido ao facto de ser um serviço de atendimento e acompanhamento mais imediato *“(…) Por isso, lista de espera efetiva não temos”* EB (Feminino, 27 anos, Casada). No entanto, a restante parte da amostra refere que dispõe de lista de espera, dada a limitação de pessoas pré-estabelecida no acordo entre a instituição e a Segurança Social; e também devido à elevada procura do serviço por parte das pessoas da comunidade, registando-se 2 ocorrências *“Sim, temos lista de espera (…)”* EA (Feminino, 60 anos, Divorciada).

No entanto, os utentes mencionam que não houve necessidade de ficarem em lista de espera quando se inscreveram para usufruir do serviço, ou seja, o processo de integração

dos utentes no serviço foi célere, registando-se 36 ocorrências “*Não, não tive de ficar em lista de espera. Foi rápido*” E6/ “*Não, não tive de ficar em lista de espera. Foi logo no momento*” E7 (Feminino, 48 anos, Divorciada).

Serviços prestados pelos SAD e beneficiados pela população idosa

Relativamente aos serviços prestados pelo SAD aos utentes, verifica-se que 31 utentes usufruí do serviço de alimentação durante a semana e aos fins-de-semana/feriados, visto que a maioria das instituições assegura a prestação de serviços inclusive aos fins-de-semana e feriados. Em seguida, evidencia-se o serviço de higiene pessoal, onde se registaram 11 ocorrências. Depois, o tratamento de roupa, registando-se 5 ocorrências e, por último, o serviço de higiene habitacional, com apenas 1 ocorrência.

Quando questionados sobre a alteração dos serviços prestados, constatou-se que parte das pessoas (77,8%) nunca alterou a instituição prestadora de cuidados e que mantêm os mesmos serviços desde da sua inscrição no serviço “*Foram sempre os mesmos serviços*”(Masculino, 54 anos, Solteiro). Contrastando com estes dados, verifica-se que uma outra parte da amostra (22, 2 %) teve necessidade de alterar os serviços prestados: por um lado, uns solicitaram a redução dos serviços, devido ao falecimento do cônjuge “*Antes tinha a alimentação para os dois e higiene para a minha mulher, depois que a minha mulher faleceu, só tenho a alimentação*” E29 (Masculino, 85 anos, Viúvo), melhoria da condição de saúde e devido aos custos associados; por outro lado, outros elementos da amostra solicitaram o aumento dos serviços dado a sua condição de saúde ter piorado (cf. Tabela 12 e 13).

Tabela 12 - Serviços Prestados pelo SAD

Serviços Prestados	Registos
Serviço de Alimentação durante a semana	14
Serviço de Alimentação durante a semana e fins-de-semana/feriados	16
Serviço de Alimentação só ao fim de semana	1
Higiene Pessoal	11
Higiene Habitacional	1
Tratamento de Roupa	5
Total: 48	

Tabela 13 - Alteração dos Serviços Prestados pelo SAD (N=36)

Serviços Prestados	Registos
Manteve igual desde a inscrição	28
Alterou os serviços	8
Total = 36	

4.4 – SAD uma resposta adequada à gestão do quotidiano dos idosos no domicílio?

4.4.1 - Vidas partilhadas: A gestão do quotidiano no “antes” e o “depois”

No que se refere à caracterização do quotidiano dos utentes anteriormente ao serviço de SAD, verifica-se que, na generalidade, os utentes conseguiam desempenhar as suas tarefas diárias sozinhos(as), registando-se 16 ocorrências “*Antes, eu conseguia fazer tudo sozinha. Agora vou fazendo as coisas como posso e depois quando é preciso ajuda, o meu filho ou o meu marido ajudam-me*” E3 (Feminino, 87 anos, Casada) / “*Antes de pedir o apoio, ainda consegui fazer as coisas, só que como isto vai evoluindo, eu fui deixando de poder fazer as coisas sozinha*” E7 (Feminino, 48 anos, Divorciada). Paralelamente a esta situação, existiam outros utentes que conseguiam realizar as tarefas diárias com o auxílio do seu cônjuge, registando-se 7 ocorrências. Para contrastar com os dados anteriores, 7 utentes mencionam que antes de usufruírem do SAD, tanto os próprios utentes como seu cônjuge já não conseguiam assegurar as lides domésticas sozinhos, por isso, recorriam à sua rede apoio informal nomeadamente vizinhos “*Na altura que a minha mulher teve doente, uma vizinha minha ajudava-nos, ela preparava umas sopas para mim e para a minha mulher que não podia fazer e depois acabei por pedir o serviço, porque a minha vizinha também deixou de ter tempo para fazer as refeições para mim e para a minha mulher*” E26 (Masculino, 85 anos, Casado), familiares “*Ia comer a casa de uma minha irmã*” E1 (Masculino, 54 anos, Solteiro) / “*Antes era a minha mãe que tratava das coisas enquanto foi viva e depois que ela faleceu, comecei a almoçar na polícia só depois é que comecei a receber daqui. Quanto ao resto das coisas, sou eu que trato de tudo o resto lá em casa*” E34 (Masculino, 61 anos, Solteiro).

Contudo, identificaram-se utentes que, apesar das limitações que dispunham, ainda desempenhavam várias tarefas no seu agregado familiar, de modo a garantir a manutenção das rotinas diárias. Foi possível constatar que antes de recorrerem ao serviço ainda se verificou uma alteração da pessoa responsável pelas tarefas domésticas diárias, devido ao agravamento dos quadros clínicos de alguns utentes. “*Eu antes de estar na cadeira de*

rodas, andava de muletas e ainda ia fazendo as coisas, agora desde que estou em cadeiras de rodas, já não consigo fazer” E32 (Feminino, 86 anos, Casada).

Quando o SAD não funciona aos fins-de-semana, 19 utentes referem que recorrem à rede de suporte informal, nomeadamente familiares e vizinhos, para que os auxiliem nas suas tarefas domésticas e rotinas diárias, nomeadamente, no tratamento de roupa, higiene pessoal, higiene habitacional, confeção da alimentação, transporte e socialização. *“A minha filha e uma vizinha minha, ao fim-de-semana costumam tratar das coisas, tudo o que eu precisar elas ajudam-me: preparam as refeições, tratam de me virar por causa de estar acamada e tratam-me da higiene no que for preciso”*E32 (Feminino, 86 anos, Casada) *“(…) o meu sobrinho costuma ajudar-me ao fim-de-semana no que eu precisar”*E28 (Feminino, 67 anos, Solteira).

No entanto, 5 utentes integrados na amostra indicam que o facto de o SAD não funcionar aos fins-de-semana e de não disporem de qualquer tipo de apoio da sua rede de apoio informal origina algum transtorno nas suas rotinas diárias e na satisfação plena das necessidades básicas *“Não, não. Eles também têm as preocupações deles e não podem ir lá a casa muitas vezes (...)”*E25 (Feminino, 76 anos, Casada)/ *“ Não, os meus filhos têm a vida deles. Normalmente, somos só os dois a ajudar-nos um ao outro ”* E35 (Masculino, 75 anos, Casado).

Paralelamente a esta situação, 7 pessoas idosas mencionam que não necessitam de apoio para além da alimentação, porque ainda têm possibilidade de realizar sozinhos(as) as suas atividades, pois as suas capacidades e competências ainda não se encontram comprometidas devido a fatores decorrentes do processo de envelhecimento *“Eu, para já, ainda consigo fazer as coisas e, os meus filhos costumam, aos fins-de-semana ou quando podem, virem ajudar-me”* E24 (Feminino, 83 anos, Viúva)/ *“(…) Sou eu que ainda faço tudo”* E31 (Masculino, 70 anos, Viúvo).

4.4.2 - Qualidade de Vida

Quando questionados sobre a sua qualidade de vida após usufruírem do serviço, em geral, os utentes mencionam que a sua qualidade de vida melhorou *“Sim, melhorou muito. Sinto-me melhor e com mais saúde ”*E15 (Masculino, 58 anos, Casado); sentem-se mais vigiados e seguros, registando-se 2 ocorrências *“Sim, sinto-me melhor e mais vigiado”* E26 (Masculino, 85 anos, Casado)/ *“(…) Sinto-me mais segura e acompanhada desde que tenho o serviço”* E28 (Feminino, 67 anos, Solteira); o momento na qual as ajudantes familiares do serviço SAD vão a casa dos utentes é uma alegria para eles, na qual se

registou 1 ocorrência *“Sinto-me melhor desde que tenho o serviço. É uma alegria quando elas chegam aqui a casa”* E36 (Feminino, 75 anos, Casada); indicam que são menos preocupações para o seu dia-a-dia, registou-se 1 ocorrência *“(…) acho que assim tenho menos preocupações”* E6; refere que caso não tivesse o serviço tinha de optar por outra solução, porque não podia fazer as atividades diárias, registou-se 1 ocorrência *“Sim, sim, se não fossem elas teria de ser de outra maneira, porque, o meu filho e a minha nora não tinham tempo para estar sempre de volta de mim”* E21 (Feminino, 96 anos, Viúva); no entanto, registaram-se 2 ocorrências que mencionaram que a sua qualidade de vida após o serviço se manteve igual. *“Está tudo igual”*E17 (Masculino, 81 anos, Casado)/ *“(…) Está razoável, está a conseguir ajudar dentro dos possíveis”* E34 (Masculino, 61 anos, Solteiro).

Segundo a perceção dos 12 técnicos, a qualidade de vida dos utentes do SAD, de um modo geral, melhorou e indicam pontos fulcrais para essa melhoria como, por exemplo, auxílio do cuidador informal, registando-se 2 ocorrências *“Sim, sem dúvida. Às vezes nem tanto para os próprios idosos mas mais para o próprio cuidador”* EC (Feminino, 27 anos, Solteira); 2 ocorrências no apoio aos utentes mais dependentes *“(…) notámos que começa a ser um bocadinho de mais descanso para os familiares, principalmente no caso de pessoas acamadas”* EC (Feminino, 27 anos, Solteira), apesar de alguns terem um maior benefício e apoio caso estivessem a ser acompanhados por outra resposta social, registando-se 1 ocorrência; 1 registo no aumento do número de visitas diárias *“Sim, sim. Mas que não seja, para que a solidão para alguns deixou de ser tao grande, porque pelo menos, uma vez ou duas têm lá as ajudantes familiares.”* EF (Feminino, 54 anos, Solteira), ou seja, um maior acompanhamento as pessoas; auxilia na reorganização de horários nas rotinas diárias do utente, registando-se 1 ocorrência *“Sim, sem dúvida. Comem refeições quentes a horas devidas, muitos idosos antes até se esqueciam e não almoçavam; não tomavam medicação a tempo e a horas; não tinham a roupa lavada ou a casa limpa e agora têm (...) acho que estão muito melhores do que aquilo que estavam antes, sem dúvida”* EK (Feminino, 40 anos, Casada), e oferece um contacto direto no domicílio de cada pessoa entre ambas as partes, registando-se 1 ocorrência *“Sim. Eu considero que as equipas que fazem o trabalho, Nos domicílios, nós acabamos por sentir que eles têm melhor qualidade, que as condições habitacionais melhoram, que os cuidados melhoram, que a higiene melhora e nós notamos melhorias significativas mesmo. Notamos mesmo, que o trabalho que fazemos, no domicílio dos idosos que é importante”* EL (Feminino, 51 anos, Casada).

4.4.3 - Ocupação dos Tempos Livres

O quotidiano dos utentes que usufruem do SAD centra-se essencialmente na realização de pequenas atividades domésticas, em momentos de socialização e convívio na respetiva rede informal registando-se 35 ocorrências (ir ao café, passear, jogar cartas, visitar familiares/amigos/vizinhos) *“Às vezes, estou mais por casa, outras vezes vou até ao café um bocado e falo com algumas pessoas, às terças costumo vir até aqui ao Centro Social para participar nas atividades”* E1 (Masculino, 54 anos, Solteiro), e em atividades de lazer no domicílio como, por exemplo, ouvir rádio, ver televisão, ler, rezar, entre outras, registando-se 26 ocorrências *“Estou aqui mais por casa, quando está bom tempo ainda vou dar uma caminhada até ali ao fundo e costumo ver televisão”* E4 (Feminino, 88 anos, Viúva). Contudo, uma pequena parte da amostra refere que participa nas atividades de animação/socialização efetuadas na instituição que é responsável pelos serviços prestados ao utente, registando-se 8 ocorrências, nomeadamente, passeios, atividades artísticas (dança, música e ateliês de artes manuais), atividades sobre os costumes e cultura local.

No que concerne a este tema de análise, os Diretores Técnicos e/ou coordenadores da resposta SAD na sua totalidade referiram que desenvolvem e programam atividades para os utentes de SAD, contudo a realização dessas mesmas atividades possui uma regularidade distinta entre instituições, tendo indicado em algumas instituições realizar atividades diariamente; semanalmente *“São todas as terças-feiras. No que diz respeito à adesão dos utentes às atividades, alguns não vêm porque não querem mesmo participar, porque há aqui uma associação de reformados e pensionistas (...) Então eles preferem ir para lá do que vir para aqui. (...)”* EA (Feminino, 60 anos, Divorciada); e/ou mensalmente com os utentes *“As atividades são planeadas semanalmente, existe um plano de atividades semanal, existe um anual e outro mensal. Existem atividades que são planeadas pelos técnicos da casa e existem outras atividades que são planeadas em parceria com outras instituições (...)”* EE (Feminino, 43 anos, Casada).

No entanto, salientam a baixa adesão de participação dos utentes de SAD às atividades desenvolvidas pela instituição, ora por coincidir com outras atividades da freguesia, ora por falta de interesse pelos próprios utentes ou mesmo dada a sua condição de saúde debilitada. Devido a estes factos mencionados anteriormente, os diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD estão a desenvolver estratégias e esforços para contornar a baixa adesão dos utentes, nomeadamente, desenvolvendo as atividades de animação/socialização em casa de cada utente com o auxílio dos animadores socioculturais; desenvolvendo planos individuais personalizados de acordo com os seus

interesses e com o seu quadro clínico. De acordo com a percepção dos diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD, as atividades que os utentes de SAD demonstram mais interesse são: passeios, registando-se 10 ocorrências; atividades inter-geracionais, registando-se 2 ocorrências; atividades com carácter religioso, registou-se 3 ocorrências; atividades sobre a cultura popular portuguesa, registaram-se 5 ocorrências; atividades artísticas, onde se registou 2 ocorrências; atividades sobre saúde, em que se registou 1 ocorrência; atividades em espaços naturais, registando-se 1 ocorrência; e atividades de comemoração de épocas festivas, onde se registaram 9 ocorrências.

4.4.4 - Perceção avaliativa dos SAD

Das entrevistas analisadas conclui-se que, no geral, os utentes integrados na amostra demonstram uma opinião positiva em relação ao SAD, registando-se 36 ocorrências –“*Eu estou satisfeita com o serviço.*” E14 (Feminino, 71 anos, Viúva). Reconhecem ainda a importância do serviço para a sua rotina diária e para a satisfação das suas necessidades. “*Estou satisfeita com o serviço, elas são como eu costumo dizer as minhas meninas. Elas fazem-me tudo, tudo, o que eu precisar, só ainda não me pegaram ao colo, porque eu ainda não precisei. (...) Elas estão sempre presentes e preocupadas. (...)*” E21 (Feminino, 96 anos, Viúva) “*(...) Sinto-me apoiado e sinto que é um bom serviço (...)*” E15 (Masculino, 58 anos, Casado). Existem outros utentes que indicaram que o SAD veio reduzir as suas preocupações em termos domésticos ao optarem por este serviço, ou seja, os utentes sentem um alívio maior ao ter um serviço que os ajude nas suas Atividades de Vida Diária. “*(...) Assim não tenho a preocupação de fazer alimentação, porque se fosse a cozinhar era a minha maneira.*” E33 (Feminino, 82 anos, Casada)/“*São ótimas, não podia pedir melhor e não podem fazer melhor todas elas. Estão a conseguir ajudar-me em tudo o que eu precisar*” E30 (Masculino, 83 anos, Casado).

Contudo, 7 utentes demonstraram algum descontentamento com o serviço, nomeadamente, a falta de recursos materiais como camas, andarilhos, canadianas, entre outras, para irem de encontro com as suas necessidades e, conseqüentemente, com a qualidade do serviço. “*Ora bem, eu não venho para aqui, porque aqui não tem uma cama para eu me poder deitar, porque com o meu problema de saúde, eu como e descanso um bocado e depois com esta dor na perna, ou tenho de estar sentado ou deitado. Mas estou quase sempre deitado... é mais tempo que estou deitado do que sentado*” E29 (Masculino, 85 anos, Viúvo).

A nível geral, os utentes demonstram-se satisfeitos com o serviço prestado pela instituição e ainda valorizam os seguintes aspetos: a relação de proximidade, respeito, empatia e dedicação entre os funcionários e os técnicos para com o utente, onde se registaram 5 ocorrências *“Olhe, eu não tenho nada que dizer até à data. Elas são muito boas para mim, são atenciosas, a comida é também muito boa, a comida é hoje de uma coisa e amanhã é de outra, não é sempre a mesma comida. Portanto, a comida é boa”* E29 (Masculino, 85 anos, Viúvo)/*“(…) acho as funcionárias muito simpáticas”* E33 (Feminino, 82 anos, Casada). Paralelamente, a outra parte dos entrevistados indica alguns pontos para melhorar a qualidade e os serviços prestados pelo SAD, sendo estes: a qualidade do serviço de alimentação, registando-se 3 ocorrências *“(…) se for peixe há refeições melhores, às vezes o melhor é mesmo a sopa”* E33 (Feminino, 82 anos, Casada); prolongamento do horário do serviço, em que se registou 1 ocorrência; e reforço dos recursos humanos e, conseqüentemente, da formação, registando-se 2 ocorrências *“Acho que há pessoas que têm perfil mais indicado que outras para saber lidar com as birras e com as preocupações de cada utente. (...) Eu considero que há pessoas têm má formação, e eu acho deveriam fazer alguma”* E7 (Feminino, 48 anos, Divorciada).

4.5 - Diferenciação entre serviços SAD

No que concerne às características de distinção dos diferentes serviços SAD, através da análise das opiniões dos técnicos realçaram aspetos como: a qualidade e quantidade do serviço de alimentação, registando-se 3 ocorrências *“Para já, é a qualidade da alimentação e a quantidade. E às vezes a quantidade não é sinónimo de qualidade, mas, neste caso, eu acho que temos qualidade e isto é dito pelos idosos também (...)”* EA (Feminino, 60 anos, Divorciada); Qualidade com que fazem a prestação dos diferentes serviços, onde se registaram 2 ocorrências; Equipa de recursos humanos multidisciplinar, em que se registaram 2 ocorrências, bem como, usufruir de uma equipa com mais recursos humanos do que o estipulado pela Segurança Social, verificando-se 1 ocorrência; Relação de proximidade e de confiança entre funcionários, técnicos e utentes, onde se registaram 6 ocorrências; Horário de funcionamento alargado, em que se registaram 2 ocorrências; Recursos materiais como, por exemplo, carrinhas de transporte com plataforma elevatória, registando-se 1 ocorrência; e dispor do serviço teleassistência, onde se verificou apenas 1 ocorrência, visto que é um serviço recente *“(…) Acaba por ser a*

proximidade existente entre os idosos, técnico e as ajudantes familiares ou equipas (...)” EA (Feminino, 60 anos, Divorciada).

4.6 - Reclamações SAD

Relativamente às reclamações ao serviço SAD, uma parte da amostra dos técnicos refere que o SAD, ao ser um serviço de proximidade, vai conseguindo ouvir, através do contacto diário com os utentes, algumas falhas do serviço a melhorar. Tendo em conta este aspeto, os técnicos referem que vão registando algumas críticas por parte dos utentes, nomeadamente, no serviço de alimentação e confeção dos alimentos, registando-se 7 ocorrências; e, no horário de funcionamento do SAD, registaram-se 2 ocorrências, mas todas elas de carácter informal. No entanto, outra parte da amostra não indicou qualquer reclamação ao SAD e aos serviços agregados ao mesmo, perfazendo 3 ocorrências “(...) *Existe um outro novo que vem. O novo que vem, por vezes, não coincide com a zona que o outro deixou a vaga, ou seja, vamos ter que alterar os horários todos da prestação de serviços e é aí que eles não acham piada nenhuma (...)*” EK (Feminino, 40 anos, Casada) / “(...) *Outra coisa que normalmente falam é das refeições, porque a sopa têm muita batata ou não têm, porque esta demasiado grossa ou fina, ou não gosto de peixe ou não gosto deste tipo de carne ou gosto mais daquela... são coisas que às vezes não se pode ter muito em conta (...)*” EA (Feminino, 60 anos, Divorciada).

4.7 - Programas e projetos inovadores: Uma realidade ou utopia?

No que concerne a programas e projetos inovadores, disponibilizados pelos serviços SAD do concelho e pelas instituições responsáveis pela prestação de cuidados, constatou-se que na maioria dos SAD não existe programas nem projetos inovadores para melhorar a intervenção do serviço, registando-se 11 ocorrências. No entanto, alguns diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD da amostra demonstram estar a desenvolver esforços para aplicarem pequenas alterações que, de certa forma, são inovadoras, nomeadamente, campo de férias para idosos e a implementação do serviço de teleassistência. Nos restantes serviços, denota-se uma grande vontade por parte dos diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD em desenvolver programas e projetos inovadores, mas devido às restrições financeiras das instituições, encontram-se essencialmente numa fase de manutenção dos serviços prestados “*Eu gostava de ter projetos inovadores, mas sozinha não consigo*” EE (Feminino, 43 anos, Casada). Paralelamente, registou-se 1 ocorrência

numa instituição do concelho de Oliveira de Azeméis agregada na amostra, em que se comprovou a existência de programas e projetos inovadores para a terceira idade como, por exemplo, o projeto de avós para netos, cozinha da avó, sendo estes 2 projetos premiados e reconhecidos pela câmara municipal de Oliveira de Azeméis *“Nós já ganhámos um prémio no ano passado da Dr.ª Leonilda Aurora da Silva Matos, que é um prémio que a Câmara Municipal oferece a projetos inovadores na área da terceira idade, nós fizemos o projeto de avós para netos (...) Nós acabámos por alargar esse projeto, além de fazermos isso com as crianças das escolas, fazemos também o projeto Cozinha da Avó, em que todas as sextas-feiras vêm cá crianças fazer biscoitos, regueifas, aprender a fazer essas coisas de culinária e vendemos essas coisas e fazemos bastante dinheiro para outros projetos”* EK (Feminino,40 anos, Casada).

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO DOS DADOS

Constata-se que a realidade atual em Portugal é proveniente do incremento da longevidade na população residente do município.

Em Portugal e a nível mundial, as projeções futuras relativas à problemática do envelhecimento da população têm desencadeado uma maior preocupação por parte da comunidade académica, pelo Estado, pelos profissionais das ciências sociais e toda a sociedade em geral. Os diferentes intervenientes pretendem investigar, refletir e compreender o fenómeno do Envelhecimento, de modo a reajustar e a delinear novas estratégias de intervenção, para o desenvolvimento de apoios e serviços adequados à complexidade da nova realidade social.

De um modo geral, as instituições englobadas na amostra demonstram que o serviço SAD, em termos de intervenção e funcionamento, é semelhante em todas elas. Por isso, os resultados estão em consonância com os resultados obtidos por Cunha (2007) numa investigação exploratória realizada no distrito de Aveiro. Nela se conclui a existência de uma homogeneidade em termos de gestão e de funcionamento das IPSS, que é a sua dependência do contexto territorial.

A pesquisa aqui apresentada indica que não existem serviços SAD inovadores no concelho ao nível da intervenção e de funcionamento para se obter a transformação social. Sendo assim, este resultado diverge da teoria de Vieira (2011) de se adotar uma nova estratégia ou método de pensar, para que vise a mudança social em conjunto com a qualidade, ou mesmo para reformular os métodos mais obsoletos.

Os resultados desta investigação evidenciam que um dos primordiais fatores para os utentes recorrerem ao serviço advêm dos processos de envelhecimento e da conseqüente debilidade do seu estado de saúde e da impossibilidade dos familiares em assegurarem a satisfação das necessidades básicas e instrumentais de vida diária do idoso. Geraldès (2013) identifica como principais fatores para o recurso aos serviços de proximidade a impossibilidade de gestão do quotidiano diário pelos indivíduos e ausência de tempo dos familiares para apoiar os seus entes queridos. Sendo assim, os dados coincidem em ambas as investigações.

Em termos do processo de inscrição no serviço, contactou-se que este tem vindo a ser célere para as pessoas, não existindo a necessidade de estes permanecerem em lista de espera, visto que na maioria das instituições da amostra não existe lista de espera efetiva.

No entanto, os dados demonstram que 72,2 % foi persuadida pelos filhos/familiares ou 13,9 % por vontade própria para solicitar o serviço. Estes dados não são totalmente consonantes com os resultados da pesquisa de Cardona (2009)⁷, que demonstrou que os utentes recorriam ao SAD na maioria por sua própria vontade e não influenciados pelos seus filhos e familiares. De um modo geral, verificou-se ainda através da análise de dados que a família foi a responsável por efetuar um primeiro contacto com as IPSS com SAD, seguindo-se os utentes, entidades de saúde e, por último, amigos/vizinhos. Estes resultados não apoiam na totalidade os resultados apurados por Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007)⁸, visto que identificam a família como principal responsável pelo primeiro contacto com os serviços, seguindo-se as entidades de saúde, o utente, a Segurança Social e, por fim, os vizinhos. Estes resultados dissonantes podem relacionar-se com o facto de se verificar um elevado número de pessoas que dispõem de ajuda da sua rede de apoio informal e desta os auxiliarem na procura de o melhor serviço para fazer face aos problemas e necessidades de ambas as partes.

Relativamente aos motivos de solicitação do serviço, destaca-se a necessidade de satisfação das necessidades básicas e das Atividades de Vida Diária, bem como o estado de saúde debilitada. Andrade (2014) determinou os mesmos fatores, nomeadamente a idade, a necessidade e a dependência, que são fatores preponderantes para a requisição do serviço de SAD. Os serviços mais requisitados pelos idosos entrevistados são: o serviço de alimentação, seguindo-se o da higiene pessoal, tratamento de roupa e higiene habitacional. Estes dados não são totalmente consonantes com os dados de Carvalho (2010), quando apurou que os serviços mais frequentes eram o serviço de alimentação, seguindo-se o de higiene pessoal e, por último, o tratamento de feridas.

Os dados relativos à constituição do agregado familiar dos utentes demonstram que uma parte significativa vive com o cônjuge, seguindo-se os utentes que vivem sós e, por último, acompanhado por familiares. Os dados da constituição do agregado familiar são maioritariamente consonantes com os de Carvalho (2010), numa investigação que desenvolveu sobre as políticas nos cuidados domiciliários das IPSS no concelho de

⁷ A investigação de Cardona (2009) analisou o contributo do SAD para a promoção da autonomia, da qualidade de vida e do bem-estar dos utentes no concelho da Covilhã, no entanto optou por utilizar uma amostra de menor dimensão, de forma a obter dados de maior profundidade sobre o tema.

⁸ Santana, Dias, Souza e Rocha (2007) desenvolveram um estudo sobre o SAD nas instituições sem fins lucrativos, de modo a perceber e discutir os serviços prestados nas instituições da amostra. Para isso, utilizaram um questionário em 75 instituições.

Cascais⁹. Nela, a autora destaca que os utentes de SAD vivem essencialmente com o cônjuge ou companheiro, seguindo-se os que vivem sós e só posteriormente os que vivem com os filhos(as) ou com pessoas contratadas. Os resultados desta investigação permitiram ainda apurar que os idosos entrevistados possuem ajudas da rede de apoio informal, nomeadamente do cônjuge e de outros familiares (filhos, netos, sobrinhos), o que corrobora com os dados recolhidos de Fontes (2011) que, no estudo de caso denominado “Aldeia Lar”¹⁰, concluiu que os elementos da amostra recebiam muito auxílio por parte dos seus familiares. Ainda se constatou que uma parte dos utentes não possui ajudas além do SAD, sentindo que a prestação de serviços pelo SAD é o seu único suporte que permite a satisfação das necessidades básicas, das rotinas diárias e que possibilita a sua permanência no seu meio natural de vida. De notar que, em termos globais, os utentes de SAD dispõem de baixas habilitações literárias, prevalecendo maiores habilitações no sexo masculino do que no sexo feminino, verificando-se que antes da reforma exerciam profissões relacionadas com a agricultura e tinham empregos por conta de outrem (operários fabris, metalúrgicos, motoristas de longo percurso, entre outras), o que de certa forma vai ao encontro das suas baixas habilitações literárias. Os dados estão parcialmente de acordo os resultados obtidos por Rocha (2010) num estudo de caso que envolveu 50 participantes, e utilizou o questionário e o *Easycare* para a recolha de dados, onde se afirma a existência de baixas habilitações literárias.

Apesar da satisfação com o serviço sentida pelos indivíduos, são apontadas algumas críticas como, por exemplo, a ausência de tempo das colaboradoras para relacionamento interpessoal com os utentes, podendo indiciar uma falha importante no SAD que pode originar pontos menos positivos acerca do funcionamento do serviço e, conseqüentemente, da respetiva qualidade. Os resultados obtidos apoiam Cardona (2009), quando constataram que os SAD limitam-se à satisfação das necessidades básicas e relativizam os momentos diários de socialização entre colaboradoras e utentes.

Contudo, atualmente o Serviço de Apoio Domiciliário é reiterado como um serviço de proximidade e que proporciona serviços e cuidados que fomentem o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. Estes dados são consonantes com a investigação de

⁹ Esta investigadora optou por englobar na amostra a perceção dos coordenadores de SAD e das direções das IPSS seleccionadas.

¹⁰ Esta investigadora recorreu a uma amostra de 12 pessoas (idosos, gestor de projeto e coordenadora), de forma a triangular dados.

Engenheiro (2008), que comprovou que os serviços prestados pelo SAD estão correlacionados com a perceção de bem-estar e de qualidade de vida do utente¹¹. Para conseguir isso, analisou a perceção dos diferentes intervenientes (utentes, ajudantes familiares e o responsável da instituição), de modo a relacionar os dados recolhidos.

Tendo em conta os objetivos do serviço, apurou-se que o serviço SAD não se restringe apenas à população idosa, mas sim para todos aqueles que de algum modo não conseguem salvar de forma temporária ou permanente as necessidades do seu quotidiano.

Sendo assim, os resultados obtidos do Serviço Animação/Socialização inserido no SAD revelam que os serviços apenas organizam uma vez por semana, na instituição, atividades de ocupação de tempos livres e socialização para os utentes do serviço. Para os que não frequentam as atividades de animação na instituição, esta frequência diminui e apenas são realizadas de forma esporádica através da visita domiciliária mensal da técnica e da restante equipa. Estes dados obtidos podem incitar que os utentes de SAD do concelho de Oliveira de Azeméis possuem poucos momentos de convívio e socialização, o que origina isolamento e solidão. Assim, estes dados estão de acordo com os resultados obtidos de Neves (2013), num projeto designado “Estamos Consigo”, que consistiu em criar uma empresa de serviços domiciliários que visava a satisfação das necessidades básicas e promover a autonomia das pessoas abrangidas por ele. Nele o autor menciona a existência de uma fraca sociabilidade nos utentes do serviço SAD, e vivência demasiado tempo só.

Para contrariar esta tendência de isolamento, evidencia-se na análise dos resultados da presente investigação algumas ideias dos coordenadores técnicos das IPSS do concelho de estratégias de animação para implementar a curto e médio prazo, de forma individualizada no domicílio dos utentes. Esta ideia emergiu para colmatar a lacuna existente nos utentes mais dependentes, visto que não podiam participar nem usufruir até ao momento de atividades de animação e lazer, por não se poderem deslocar para a instituição local, dado a sua condição de saúde.

No que concerne aos dados sobre o passatempo e ocupação da população idosa beneficiária de SAD, verifica-se que num universo de 36 utentes, 29 mencionam que estão mais por casa, a ver televisão, a ouvir rádio e que só de vez em quando recebem ou fazem

¹¹ Estes resultados surgem a partir da realização de um estudo de caso com uma amostra de 75 pessoas de SAD na Santa Casa da Misericórdia de Peniche, de forma a compreender o contributo deste serviço para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários.

alguma visita. Estes dados são congruentes com os de Carvalho (2010) quando verificou que a ocupação diária dos utentes passa por tais atividades (ver televisão, ouvir rádio, conversar com vizinhos/amigos, tomar as refeições, vestir-se e, por último, ler e escrever). Ambas as investigações demonstram um predomínio das atividades diárias dos idosos no domicílio e desvalorizam as atividades de lazer no interior e exterior do domicílio. Deste modo, os resultados constataam que só uma pequena parte participa nas atividades de animação/socialização que as IPSS do município organizam, sabendo que esta perceção é consonante com o dos técnicos acerca da adesão dos utentes às atividades. A mesma autora referida anteriormente demonstra que as atividades desenvolvidas pelo SAD não são suficientes para alterar o isolamento dos utentes de SAD, dados esses que vão de encontro com os resultados da presente investigação.

Quanto aos técnicos/responsáveis pela coordenação do SAD considerados na amostra, constatou-se através da análise de dados que eram todos do sexo feminino com habilitações literárias elevadas, bem como uma elevada experiência profissional.

Deste modo, com os resultados obtidos podemos comparar essencialmente duas perceções acerca do modo de funcionamento do SAD, a dos técnicos e a dos utentes.

Tanto os técnicos como os utentes destacaram alguns aspetos positivos sobre o SAD, nomeadamente: a manutenção do utente no domicílio; a relação de proximidade entre utente/equipa, a equipa de ajudantes familiares, o técnico coordenador do SAD e a respetiva família. Salientaram também a relação de confiança entre os vários intervenientes, o horário de funcionamento do serviço alargado, a analogia entre qualidade e quantidade, bem como as equipas de intervenção com formação atualizada e com o carácter multidisciplinar. No que respeita à qualidade de vida, tanto os utentes como os diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD foram unânimes e consideraram que a qualidade de vida dos indivíduos melhorou com o apoio desta resposta social.

Tendo em conta este cenário, o Serviço Social assume um papel preponderante a nível da intervenção com os utentes, quer em termos de proteção social quer no fomento do bem-estar. Nesta linha de pensamento, os profissionais de Serviço Social contribuem para elaborar apoios, bem como as políticas sociais que auxiliam e orientam os cuidadores informais e/ou a família ao nível da prestação dos cuidados (Carvalho & Pinto, 2014).

Assim, compete ao profissional de Serviço Social ser um mediador entre a família e o utente de SAD, de forma a ultrapassar os obstáculos entre ambas as partes, com a finalidade de prestar um melhor serviço e de fomentar a qualidade de vida. O profissional de Serviço Social é visto como um agente que mobiliza as transformações sociais na

sociedade contemporânea, isto é, deve saber utilizar os obstáculos como oportunidades para transformar a realidade social. Os contextos comunitários, como são o caso dos do presente estudo, são locais privilegiados para o Serviço Social intervir.

Desta forma, há que incitar a relação entre os diferentes intervenientes como: utente, família e a comunidade para os responsabilizar e impulsionar as redes de solidariedade social.

Deste modo, a intervenção profissional implica diagnóstico, análise, reflexão e avaliação de forma contínua e participada, para que os serviços disponibilizados, bem como as respostas sociais estejam em consonância com a população e a realidade local. Com base no diagnóstico dos diferentes meios (organização, sociedade, utentes), o profissional de Serviço Social consegue detetar as lacunas existentes nos recursos humanos ao nível da formação e estimula a supressão dos mesmos.

Cabe também a este profissional impulsionar o *empowerment* nos utentes, como também a consciencialização dos mesmos sobre o seu papel na sociedade, através da participação ativa na gestão das respostas sociais. Juntamente com o utente, o profissional de Serviço Social deve ser parceiro e promotor da prossecução do projeto de vida de cada um. Só assim é que este profissional consegue prevenir a discriminação e desmitificar a terceira idade, vista por muitos como uma fase negativa, tendo como valores bases associados a função do serviço social, nomeadamente, a equidade, a dignidade, a justiça social e a igualdade, valores esses associados à defesa dos direitos humanos. No entanto, todo este trabalho de acompanhamento, tanto dos utentes do serviço como do conhecimento de todo o desenvolvimento da comunidade local nem sempre é fácil, porque implica uma boa gestão das restantes tarefas que lhe são subjacentes à organização e funcionamento dos diferentes serviços e respostas sociais das IPSS.

Paralelamente a esta situação, para que a intervenção seja eficiente e eficaz face às distintas realidades sociais, o profissional de Serviço Social deve conhecer as políticas sociais, programas e projetos, os recursos disponíveis, de forma a planear e garantir estratégias e objetivos exequíveis, dadas as especificidades locais e sociais.

É crucial aumentar as sinergias locais entre entidades e coletividades, de forma a reduzir o número de instituições que apenas estão voltadas para si próprias e para as suas atividades, em vez de adotarem uma postura de articulação de redes e parcerias entre as diferentes instituições da localidade local.

Tendo em conta o trabalho desempenhado pelo profissional de Serviço Social deve pautar a escuta, a compreensão e a constante aprendizagem para que todas as transformações efetuadas sejam respostas certas para problemáticas diagnosticadas.

Posto isto, a atuação do Serviço Social deve centrar-se em todos os aspetos que referi anteriormente, como também tem de possuir a capacidade de adaptação às diferentes realidades para que se consiga atingir a finalidade de sensibilizar as comunidades locais.

CONCLUSÃO

Em Oliveira de Azeméis, o envelhecimento demográfico tem vindo a intensificar-se e, por isso, as respostas sociais existentes são diminutas para contrabalançarem o fenómeno do envelhecimento e a sucessiva procura do serviço. Nesta linha de pensamento, a investigação desenvolvida vai ao encontro da grande preocupação nacional e internacional, de readaptação das respostas sociais proveniente do aumento do fenómeno do envelhecimento populacional.

Sendo assim, a intervenção do serviço SAD deve fazer face às novas exigências dos utentes e dos familiares; dada a complexidade e a diversidade das necessidades subjacentes aos utentes apoiados; redução da disponibilidade de apoio familiar para com os utentes; rentabilização de recursos e à necessidade de inovação com recurso a novos modelos e estratégias de intervenção adotados pelo serviço. Neste sentido, a investigação é pertinente e oferece uma ampla visão sobre o funcionamento do serviço nesta comunidade local.

Relativamente aos resultados obtidos, estes indicam uma perceção concordante entre diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD e utentes, sobre a relevância do serviço para colmatar as necessidades sentidas pelos utentes como também na promoção da qualidade de vida para os mesmos. Por isso, a questão de pesquisa relativa à importância dos serviços prestados para os utentes, ficou comprovada. Todavia, identifica-se alguma controvérsia entre os diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD e utentes em relação às alterações que o serviço carece para que se torne mais inovador e eficaz nos serviços prestados. Por isso, salienta-se uma fraca reivindicação por parte dos utentes em comparação com a dos diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD sobre a necessidade de melhoria dos serviços prestados, sendo que se prende com o facto de os utentes da amostra se encontrarem satisfeitos ao nível básico e de Atividades de Vida Diária, como também devido à baixa exigência dos utentes sobre o SAD.

Evidencia-se também o facto das IPSS do concelho se encontrarem essencialmente numa fase de manutenção dos serviços prestados e circunscritas em termos económicos e de recursos humanos em detrimento de tornar o serviço inovador. Os dados obtidos sugerem que não existe serviços de SAD inovadores no concelho. Sendo assim, a questão de pesquisa inicialmente proposta relativa à inovação social no serviço e nas IPSS do concelho foi rejeitada, no entanto, verifica-se que esta ainda está numa fase inicial, observando-se a vontade, motivação e a determinação em alguns diretores técnicos e/ou

coordenadores de SAD de implementar novos mecanismos de intervenção para obter um contentamento maior por parte dos utentes em relação aos serviços prestados.

No que respeita à adesão às atividades de animação/socialização previstas pelo SAD e desenvolvidas pelas IPSS locais, verifica-se que só um número reduzido de pessoas de SAD participam nas atividades e os diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD também são congruentes a este facto. Em relação aos dados sobre a ocupação e passatempo, comprovou-se que as pessoas optam essencialmente por ficar em casa, ao invés de participarem em atividades, sejam elas na instituição ou na comunidade. Neste sentido, é cada vez mais fulcral educar e motivar os idosos para a participação ativa e para o desenvolvimento de um envelhecimento ativo.

Considerámos que a dinâmica atual do Serviço de Apoio Domiciliário necessita de se readaptar, pois apresenta obstáculos que devem ser contornados, nomeadamente a nível estrutural. Para se alterar esta dinâmica atual, seria necessário um aumento do número de equipas multidisciplinares e de profissionais do que as atuais presentes na comunidade local; Uma flexibilidade superior nas IPSS com SAD, de modo a obter uma melhor intervenção em cada caso, ou seja, intervenção de forma eficiente e eficaz sem estar dependentes dos valores de comparticipação facultados pela Segurança Social; Equipas com maior número de recursos humanos, de forma a haver uma melhor resposta as necessidades, sem estarem delimitados com a escassez de tempo na distribuição dos serviços e, conseqüentemente, na ausência de tempo para a socialização com o utente; a direção técnica e/ou coordenação técnica deve ter uma relação de proximidade com o utente e família maior do que a atual, com recurso às visitas domiciliárias com maior frequência, sem que se traduza em retrocessos no restante trabalho desenvolvido no gabinete. Posto isto, é crucial uma relação de proximidade, bem como uma boa comunicação entre as diferentes partes (família, utente, técnicos e colaboradoras), para que se consiga melhorar a prestação de serviços e o próprio serviço em si.

Sendo assim, ainda que o presente estudo tenha proporcionado uma panorâmica holística sobre a perceção dos diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD e dos utentes sobre o Serviço de Apoio Domiciliário em Oliveira de Azeméis, ainda existem algumas limitações, nomeadamente: o número de variáveis e dimensões analisadas, o que poderá ter originado enviesamentos na análise dos dados recolhidos no que diz respeito às opiniões; uma outra limitação advém do facto da equipa de ajudantes familiares e/ou técnica responsável pelo SAD ter estado presente na entrevista em conjunto com a investigadora no domicílio dos utentes, o que poderá ter levado a que os utentes se

sentissem intimidados e não expressassem as suas verdadeiras opiniões acerca do serviço SAD. Sendo assim, o estudo corre o risco de não ter convergido uma visão tão realista sobre o desempenho do serviço no quotidiano dos utentes. Uma outra lacuna que se verificou na implementação das entrevistas foi ausência de uma relação de empatia entre a investigadora e os utentes/ diretores técnicos e/ou coordenadores de SAD, o que dificultou a aquisição de algumas informações e opiniões para a investigação. Sendo assim, a aquisição de informações seria mais facilitada caso a investigadora já usufruísse de uma relação de proximidade e de empatia com as diferentes partes e, dado que não foi possível criá-la num curto espaço de tempo, não foi possível obter abertura e aceitação. Outra lacuna neste estudo deve-se ao facto de ter existido um compasso temporal grande entre o pedido de autorização, participação no estudo e o respetivo agendamento das entrevistas, devido à falta de respostas proveniente das diferentes instituições. Uma outra falha do estudo foi o facto de não ter sido efetuado um pré-teste a ambos os guiões de entrevista, de forma a retificar eventuais erros e enviesamentos das respostas. No entanto, durante o processo de realização da entrevista, quando emergiu alguma dúvida, a investigadora reajustou a questão de modo a ser perceptível e compreensível o conteúdo da questão para os participantes.

Por outro lado, a investigação contribuiu para a disseminação de novos conhecimentos sobre o SAD no concelho de Oliveira de Azeméis, ou seja, possibilitou a identificação das dinâmicas institucionais de cada IPSS e dos serviços prestados. Todos estes resultados obtidos permitem a identificação das lacunas atuais no serviço SAD e, conseqüentemente, incita a melhoria do serviço.

Por último, perspectivámos em termos de investigações posteriores sobre o serviço SAD, a realização de uma investigação semelhante, mas com a inclusão na amostra de ajudantes familiares do SAD, um cuidador informal, de modo a explicitar as perceções dos diferentes intervenientes e para desenvolver configurações inovadoras do serviço. Contudo, sugere-se uma amostra mais restrita, de forma a obter dados mais aprofundados acerca das dinâmicas de funcionamento do serviço.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. (2015). *Perceção do contributo das instituições da Economia Social no desenvolvimento social local - Um estudo de caso das IPSS do distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/36906/1/Ana%20L%C3%BAcia%20F%C3%A9lix%20Almeida.pdf>
- Andrade, A. (2014). *Contextos e Práticas do Serviço Social com Pessoas Idosas em Serviço de Apoio Domiciliário*. Trabalho de Projeto de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Departamento de Serviço Social, Lisboa. Obtido de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6280/Trabalho%20Projeto.pdf?sequence=1>
- Andrade, L. (2009). *A Flecha do Tempo... As Práticas de Serviço Social nas IPSS no Concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/174/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20em%20Servi%C3%A7o%20Social.pdf>
- Apelles, C. (2011). *Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Almedina.
- Azevedo, M. (2013). *Determinantes da Diferenciação de Serviços em Lares de Idosos e SAD*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial. Obtido de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/11442/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Azevedo, M. (2015). *O Envelhecimento Ativo e a Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrativa*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem, Porto. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. (L. Reto, & A. Pinheiro, Trads.) Lisboa: Edições 70,Lda.

- Bernardino, F. (2011). *Factores de Risco no Serviço Domiciliário de Refeições*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril. Obtido de http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2424/1/2011.04.004_.pdf
- Borges, M. (2010). *Balanced Scorecard numa Misericórdia: estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Obtido de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3805/1/Tese%20Mestrado%20FINAL.pdf>
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis. (2015). *Carta Social de Oliveira de Azeméis*. Obtido em 12 de Fevereiro de 2016, de http://www.cm-oaz.pt/acao_social.352/carta_social.703/populacao_adulta.705.html
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis. (2015). *Diagnóstico Social 2016-2018*.
- Cardona, I. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário para Idosos no Concelho da Covilhã: Percepção de Utentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Departamento de Psicologia e Educação, Covilhã. Obtido de <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2555>
- Carvalho, M. (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Tese de Doutoramento, ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia, Lisboa. Obtido de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/2364/1/Capa.pdf>
- Carvalho, M., & Pinto, C. (2014). *Serviço Social - Teorias e Práticas*. Lisboa: Factor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Casanova, L. e. (2001). *Quadros Sociais de envelhecimento*. Lisboa: CIES/SCML.
- Correia, A. (2010). *Animação Sociocultural: Uma forma de Educação Permanente e ao Longo da Vida para um Envelhecimento Ativo*. Relatório de Estágio, Universidade do Minho, Instituto de Educação. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16865/1/Ana%20Catarina%20Santos%20Correia.pdf>
- Costa, A. (2012). *Animação Sociocultural de idosos: um modo de promover o envelhecimento ativo em contexto institucional*. Dissertação de Mestrado,

- Universidade do Porto, Faculdade de Letras. Obtido de https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=478674
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2 ed.). Almedina.
- Cunha, M. (2007). *Perfis do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal: Organização de Recursos e Serviços*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro - , Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Obtido de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3268/1/2008000673.pdf>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2008 - 2013). Obtido em 15 de Janeiro de 2016, de <http://www.priberam.pt/dlpo/anima%C3%A7%C3%A3o>
- Engenheiro, S. (2008). *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Obtido de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3382>
- Fernandes, D. (2012). *Mediação e Integração Comunitária: estudo de caso numa Instituição Particular de Solidariedade Social*. Relatório de Estágio, Universidade do Minho, Instituto de Educação. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24654/1/Diana%20Ara%C3%BAjo%20Machado%20Fernandes.pdf>
- Ferreira, F. (2012). *Aplicação do Modelo de Osterwalder em situações de inovação social*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Economia Gestão e Engenharia Industrial. Obtido de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/10368/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Fleck, M., & Colaboradores. (2008). *A Avaliação de Qualidade de Vida - Guia para Profissionais de Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fontes, S. (2011). *A Aldeia de S. José de Alcalar: a inovação de uma resposta social*. Dissertação de Mestrado, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas. Obtido de https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4356/1/MSS_SOPHIE%20VEIGA%20FONTES.pdf

- Franco, R. (2004). Controversia em torno de uma definição para o terceiro setor. A definição estrutural da John Hopkins vs a noção de economia social. *VIII Congresso Luso-AfroBrasileiro de Ciências Sociais* (pp. 1-20). Coimbra: CES - A questão social no novo milénio. Obtido de <http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/propostas/pdfs/rfranco.pdf>
- Franco, R., & A, A. (2007). *Economia do Conhecimento e Organizações Sem Fins Lucrativos*. Porto: Príncipe Editora, Lda.
- Franco, R., Sokolowski, S., Harel, E., & Salamon, L. (2005). *O sector não lucrativo português numa perspectiva comparada*. Lisbon and Baltimore, MD: Universidade Católica Portuguesa/ Johns Hopkins University.
- Garcia, L. (1994). Dependência em idosos. *Revista Nursing*, 7, 78-79.
- Geraldes, A. (2013). *A Assistência Familiar como Resposta Social*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa. Obtido de <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6579/1/MESTRADO.pdf>
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, M. (2000). *Prospetiva do Envelhecimento demográfico na região de viseu: O caso particular dos equipamentos sociais para idosos*.
- Gómez, C., & al, e. (2007). *Educação e Desenvolvimento Comunitário Local: perspectivas pedagógicas e sociais da sustentabilidade*. Porto: Profedições.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso* (1ª ed.). Principia.
- Hanguette, T. (1987). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Hockey, J., & James, A. (1993). *Growing Up and Growing Old: Ageing and Dependency in the Life Course*. London: Sage.
- Howaldt, J., & Schwarz, M. (2010). Social Innovation: Concepts, research fields and international trends. *International Monitoring*, 1-83. Obtido de http://www.ub.edu/emprenedoriasocial/sites/default/files/IMO%20Trendstudie_Howaldt_english_Final%20ds.pdf

- INE. (2015). *Envelhecimento da População Residente em Portugal e na União Europeia*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2016, de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=232024193&att_display=n&att_download=y
- Instituto da Segurança Social. (2015). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Obtido de http://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar.
- Lima, M. (2013). *Políticas e Respostas Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal: O Caso do Concelho de Vila Verde*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24949/1/Maria%20Fernanda%20Martins%20Lima.pdf>
- Machado, A. (2009). *Organizações Não - Governamentais - ONG's: Trajetórias, concepções e práticas em educação popular*. Tese de Doutoramento, Universidade Federal da Paraíba, Centro de Educação. Obtido de <http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/4906/1/arquivototal.pdf>
- Mangas, A. (2009). *"Viver aos bocadinhos" - O papel do Cuidador Informal do Idoso em Contexto Domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto. Obtido de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1082/2/alcinamangas.pdf>
- Mulgan, G. (2006). The process of social innovation. *Spring*, 145-162.
- Mulgan, G., Tucker, S., Ali, R., & Sanders, B. (2007). Social Innovation: What it is, Why it matters and how it can be accelerated. *Oxford said Business School*, 1-52.
- Mumford, M. (2002). Social innovation: Ten cases from Benjamin Franklin. *Creativity Research Journal*, 14, 253-266.
- Namorado, R. (1999). Estrutura e Organização das Cooperativas. 132. Obtido de <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/138.pdf>

- Neves, I. (1998). *Crise e Reforma da Segurança Social. Equívocos e Realidades*. Queluz: Chambel.
- Neves, M. (2013). *Plano de Negócios - Criação de uma empresa de apoio domiciliário*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa. Obtido de http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4174/1/PROJETO%20MN_ENTREGA%20FINAL%20TESE.pdf
- Nunes, J. (2014). *Implementação da Gestão da Qualidade no Serviço de Apoio Domiciliário - Centro de Dia São Simão*. Relatório de Estágio, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração, Lisboa. Obtido de http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6281/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio_Implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Gest%C3%A3o%20da%20Qualidade%20no%20Servi%C3%A7o%20de%20Apoio%20Domicili%C3%A1rio_Joana%20Nunes.pdf?sequence=1
- Oliveira, I. (2012). *Economia Social, Pilar de um novo modelo de desenvolvimento económico sustentável*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Instituto Superior de Contabilidade, Porto. Obtido de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1173/1/DM_IldaOliveira_2012.pdf
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Obtido de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tdesergio.pdf>
- Pimentel, A., & Mesquita, A. (2003). *Serviços de Proximidade*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Piteira, M. (2010). *A construção social da inovação : estudos de caso de organizações portuguesas de base tecnológica*. Tese de Doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão. Obtido de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/2440>
- Pol, E., & Ville, S. (2009). Social Innovatio: Buzz word or enduring term? *The Journal of Socio-Economics*, 38, 878-885.

- Pordata. (2014). *Índice de dependência de idosos*. Obtido em 16 de Dezembro de 2015, de <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695735>
- Pordata. (2014). *População residente: total e por grandes grupos etários*. Obtido em 16 de Dezembro de 2015, de <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695736>
- Pordata. (2014). *Índice de envelhecimento da união europeia dos 28 países*. Obtido em 13 de Janeiro de 2016, de <http://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695737>
- Pordata. (2015). *Índice de dependência de idosos*. Obtido em 14 de Janeiro de 2016, de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695746>
- Pordata. (2015). *Índice de envelhecimento*. Obtido em 14 de Janeiro de 2016, de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695744>
- Pordata. (2015). *Índice de longevidade* . Obtido em 14 de Janeiro de 2016, de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695745>
- Pordata. (2015). *População residente: total e por grandes grupos etários (%)*. Obtido em 14 de Janeiro de 2016, de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5695747>
- Portugal, S. (2007). O que faz mover as redes sociais? Uma amostra das normas e dos laços. *Revista Crítica Sociais*, 35-56.
- Quaresma, M. (1998). *“Cuidados familiares a pessoas muito idosas”*. Lisboa: Direção Geral da Ação Social – Núcleo de Divulgação Técnica.
- Quintão, C. (2011). O Terceiro Setor e a sua renovação em Portugal - Uma abordagem preliminar. 2ª. Obtido de http://isociologia.pt/App_Files/Documents/is-wp-ns-002_110411025242.pdf
- Ribeiro, M. (2014). *Variáveis individuais e grupais que promovem a inovação e a criatividade organizacional*. Tese de Doutoramento de Psicologia, Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia e Sociologia, Lisboa. Obtido de http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/628/1/TeseFINAL_Luisa_Ribeiro.pdf

- Rocha, P. (2010). *Qualidade de Vida em Pessoas Idosas: o CentroSocial Paroquial São Pedro Maceda*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Obtido de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4289/1/4514.pdf>
- Rodrigues, A. (2004). *Modelos de Gestão e Inovação Social em organizações sem fins lucrativos: um estudo comparativo de casos no Brasil e no Quebec*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.
- Rodrigues, S. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/128/1/Tese.pdf>
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7. doi:<http://doi.org/10.5334/ijic.177>
- Santos, B. (Maio de 1995). Sociedade - Providência ou Autoritarismo Social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, 1-7. Obtido de <http://docplayer.com.br/53670-Sociedade-providencia-ou-autoritarismo-social.html>
- Santos, C., & Nunes, V. (2013). Desafios da Gestão Social no Serviço Social. Em C. Santos, C. Albuquerque, & H. Almeida, *Serviço Social - Mutações e Desafios* (pp. 87-102). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Schumpeter, J. A. (1939). *Business Cycles: A Theoretical, Historical and Statistical Analysis of the Capitalist Process* (Vol. 2º). New York: McGraw-Hill.
- Segurança Social*. (2016). Obtido em 14 de Abril de 2016, de Apoios Sociais e Programas de Idosos: <http://www.seg-social.pt/idosos>
- Silva, M. (2006). “*Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!*” *Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento, Universidade Aberta, Lisboa. Obtido de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/788/1/LC173.pdf>
- Silva, S. (2009). *Políticas de Animação de Idosos*. Trabalho de Projeto Conducente ao Grau de Mestre em Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Faculdade de

Psicologia e Ciências da Educação. Obtido de
file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/23006_ulfp035550_tm.pdf

Simões, A. (2010). *A influência da animação artística na qualidade de vida dos idosos*. Trabalho de Projeto, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação. Obtido de
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3592/1/Tese%20Alexandra.pdf>

Soares, M. (2013). *A Qualidade de Vida em Gerontes que permanecem no seu contexto natural de vida*. Projeto de Intervenção de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação, Beja. Obtido de
<https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/123456789/616/14/Mariana%20Ramos%20Soares%20-%20A%20qualidade%20de%20vida%20em%20Gerontes%20que%20permanecem%20no%20seu%20contexto%20natural%20de%20vida%20-%202013.pdf>

Soares, M. (2014). *As possibilidades de articulação entre Inovação e Empreendedorismo e as economias nos Territórios de Baixa Densidade - O caso das Lameiras*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido de
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27587/2/Vers%C3%A3o%20Final%20da%20Tese%20de%20Mestrado.pdf>

Sobreiro, V. (2009). *Sou tudo e não sou nada: as funções de director técnico nos organismos de apoio social a crianças e idosos no concelho de Caldas da Rainha*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Obtido de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3012>

Soeiro, M. (2010). *Envelhecimento Português - Desafios Contemporâneos - Políticas e Programas Sociais (Estudo de Caso)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Obtido de
https://run.unl.pt/bitstream/10362/5736/1/maria_anjos%20_3_.pdf

Tavares, G. (2014). *O Envelhecimento Populacional e as Políticas Sociais - Região de Viseu*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território. Obtido de

<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/13669/1/O%20envelhecimento%20populacional%20e%20as%20politicassociais.pdf>

Toscano, A. (2015). *O contributo do serviço de apoio domiciliário para a qualidade de vida em meio rural e em meio urbano*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração, Lisboa. Obtido de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6777/Final.pdf?sequence=1>

Utterback, J. (1994). *The Dynamics of Innovation*. Boston: Harvard University Business School Press.

Vieira, J. (2011). *Empreendedorismo e Inovação como Forma de Mudança e Inclusão Social - Criação de uma Incubadora Social no Município de Ílhavo*. Relatório de Projeto de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra . Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/17859/2/Projecto%20Final.pdf>

Viveiros, A. (2008). O Desenvolvimento Local e a Animação Sociocultural. Uma comunhão de princípios. *Julio*, 8, 1-14. Obtido de <http://quadernsanimacio.net/ANTERIORES/ocho/Desenvolvimiento.pdf>

Wikipédia. (2016). Obtido em 19 de Junho de 2016, de Mapa do Município de Oliveira de Azeméis: https://pt.wikipedia.org/wiki/Oliveira_de_Azem%C3%A9is#/media/File:Oliveira_de_Azem%C3%A9is_freguesias_2013.svg

Yunes, M., Miongeon, B., & Lehmann-Orega, L. (2009). *Building Social Business Models: Lessons from the grameen experience*. HEC Paris.

Documentos Legais:

Constituição da República Portuguesa (edição de 2011): rege a constituição da República Portuguesa, através de um conjunto de princípios, direitos e deveres essenciais para a organização política.

Lei nº 47/2004 de 19 de Agosto, Diário da República, 1ª série, nº195: estabelece mecanismos e regulamenta o regime jurídico da rede de museus portugueses.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Carta para os Responsáveis dos SAD no Concelho de Oliveira de Azeméis

Ana Catarina Sousa

Rua do Regedor, 132

3700-792, Nogueira do Cravo

Oliveira de Azeméis

Email: catarinacr Sousa93@gmail.com

Telemóvel: 913013507

Ex. mo(a) Sr(a). Diretor(a) do Serviço de Apoio Domiciliário da

Chamo-me Ana Catarina Correia da Rocha e Sousa, resido na freguesia de Nogueira do Cravo do concelho de Oliveira de Azeméis e sou discente do Mestrado em Serviço Social da Universidade de Coimbra. Pretendo com o trabalho final de formação, realizar um estudo sobre as necessidades dos utentes e das organizações que prestam Serviços de Apoio Domiciliário no concelho de Oliveira de Azeméis. O Estudo intitula-se por “Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis” e realizar-se-á sob a orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida, Docente e Coordenadora do Mestrado em Serviço Social.

Não se trata de um estudo de avaliação das respostas, mas sim de diagnóstico das necessidades desta população, no concelho de Oliveira de Azeméis, e das dificuldades sentidas pelas organizações, a partir das perceções dos dirigentes e dos utentes. A sua disponibilidade e colaboração é por isso imprescindível para a realização do estudo.

Venho convidá-lo, na qualidade de responsável pelo SAD, a participar no estudo, pedindo nesta fase, a sua disponibilidade para me receber e tomar conhecimento sobre a natureza do estudo, podendo responder de imediato às questões, se assim entender (por entrevista). Peço ainda a indicação e autorização de V. Exma. de (3) utentes, que possam participar no estudo.

No que respeita aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário que V. Exma. dirige, deverão possuir diferentes níveis de autonomia (por avaliação efetuada pelos vossos serviços), (1) utente com autonomia plena, 1 com autonomia reduzida, e outro sem autonomia, mas qualquer deles com capacidades de discernimento e audição suficiente

que permitam colaborar voluntariamente no estudo. Quanto aos profissionais, deverão ter experiência superior a 6 meses na prestação do apoio SAD à população idosa referida.

A partir do levantamento de dados efetuados sobre a resposta SAD neste concelho, elaborei um cronograma de trabalhos, tendo previsto o contacto com as pessoas responsáveis pelos serviços ou organização, até ao fim do corrente mês, pedindo que, se for possível, possamos agendar uma reunião o mais breve possível, em data a acordar por ambas as partes.

Asseguro, desde já, que todos os dados obtidos, serão meramente para fins de investigação, sendo por isso reservados todos os direitos de identidade e confidencialidade referente aos colaboradores no estudo.

Grata pela atenção, aguardando a sua resposta com confiança, me subscrevo com estima e consideração.

Nogueira do Cravo, 26 de Outubro de 2015

(Ana Catarina Sousa)

Apêndice 2 – Consentimento Informado dos Técnicos Responsáveis pela Gestão do Serviço de Apoio Domiciliário

Eu, _____, responsável pelo Serviço de Apoio Domiciliário do _____, declaro que fui informado acerca de todo processo do estudo em curso, pela responsável da investigação, Ana Catarina Correia da Rocha e Sousa, que me garantiu o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos, esclarecendo-me também a possibilidade de a qualquer momento, deixar de pertencer à amostra, sendo que, para tal, basta informar a responsável pela investigação.

Sendo assim, aceito de livre vontade integrar o presente estudo intitulado “Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis”, que decorrerá de Novembro a 15 de dezembro de 2015.

Aceito e autorizo que a responsável pela investigação, realize a entrevista e a gravação de modo áudio.

Oliveira de Azeméis

____/____/____

Técnico Responsável pelo SAD:

Responsável pela Investigação:

(Ana Catarina Sousa)

Apêndice 3 – Consentimento Informado dos Utentes do Serviço de Apoio Domiciliário

Eu, _____, Utente do Serviço de Apoio Domiciliário da _____, declaro que fui informado sobre o processo do estudo em curso, pela responsável da investigação, Ana Catarina Correia da Rocha e Sousa. Ficou acordado o anonimato, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos, esclarecendo-me também a possibilidade de a qualquer momento, deixar de pertencer à amostra, sendo que, para tal, basta informar a responsável pela investigação.

Sendo assim, aceito de livre vontade integrar o presente estudo intitulado “Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis”, que decorrerá de Novembro a 15 de dezembro de 2015.

Aceito e autorizo que a responsável pela investigação, realize a entrevista e a gravação de modo áudio.

Oliveira de Azeméis

_____/_____/_____

Utente do SAD:

Responsável pela Investigação:

(Ana Catarina Sousa)

Apêndice 4 – Guião de Entrevista Semiestruturada dos Técnicos

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Idade:

Estado Civil:

Profissão: Técnica de Serviço Social

Formação Académica:

Formações (área dos idosos, incluindo os cuidados a ter com os idosos; Gestão de Equipas e de Instituições Sociais)

Cargo que desempenha:

Há quanto tempo desempenha o cargo:

Há quantos anos trabalha na área:

Há quantos anos trabalha na instituição:

Qual é o nome da Instituição?

Que tipo de instituição é? (Associação, Fundação, Misericórdia, Organizações religiosas (Centros Sociais e paroquiais ou Centros Comunitários); Irmandades; Particulares;

Qual é a missão da instituição?

Quais são os objetivos da instituição?

Qual foi o ano em que se fundou a instituição?

A partir de que ano é que passou a ser IPSS ou desde o início sempre o foi?

A instituição surgiu como? Por iniciativa de quem?

Como é que descreve o trabalho da instituição ao longo dos anos para com a comunidade? (Pontos cruciais para o desenvolvimento da instituição e da comunidade)

Qual tem sido o papel da igreja para com a instituição e para com os utentes da organização? (Caso tenha intervenção da igreja)

De que forma é que é estruturada e organizada a instituição? Será que me poderia facultar o Organograma, serviços, direções e departamentos da instituição?

Têm havido reclamações e/ou sugestões por parte dos utentes acerca do SAD e da instituição? Se sim, quais as principais reclamações acerca do SAD e qual a sua frequência?

Quais são as respostas sociais existentes na instituição?

Dentro do grupo alvo das pessoas idosas, quais são as respostas existentes?

Quais são as vantagens e as limitações do SAD? Se pudesse alterar as limitações, o que melhoraria?

Alguma vez pensaram em expandir os Serviços Prestados à comunidade ou mesmo alargar o serviço SAD? Se sim, porque que não conseguiram implementar essas alterações?

Qual é o perfil dos beneficiários do SAD?

Quais as parcerias do SAD com as instituições da comunidade e fora da comunidade?

Quando as pessoas se candidatam para serem utentes do SAD, quais são os procedimentos para usufruir do serviço?

Existe lista de espera para integrar o serviço SAD? Se sim, quantas pessoas existem em situação de espera e qual o tempo médio de espera?

Além das respostas sociais existentes, existem programas e projetos inovadores ligados aos idosos?

Em que ano foi constituído a resposta social de SAD?

Quantos utentes beneficiam do SAD?

Quais são os serviços que prestam à população? Desde o início tiveram sempre os mesmos serviços? Ou ao longo do tempo, foram acrescentando novos serviços?

Quais os objetivos do SAD?

Qual é a área de abrangência do SAD?

Quais são as necessidades que mais encontra nos utentes de SAD?

Qual o horário de funcionamento do SAD? E em que dias funciona o serviço?

Já houve, por parte dos utentes de SAD, pedidos para que o serviço começasse a funcionar aos fins-de-semana e a feriados?

Quais são os critérios de admissão ou exclusão dos utentes de SAD?

Além destes critérios que mencionou anteriormente, utilizam outros que não tenha referido em casos prioritário? Se sim, quais são esses critérios?

Costumam organizar atividades de ocupação de tempos livres para os utentes do SAD, com regularidade? Se sim, costumam ter muita adesão às atividades que realizam?

Quais são as atividades que os utentes, mais gostam?

Na sua opinião, o que é que difere o vosso serviço SAD dos restantes do concelho?

Considera que a qualidade de vida dos utentes do SAD melhorou com o auxílio desta resposta?

Apêndice 5 – Guião de Entrevista Semiestruturada dos Utentes

Sexo: Feminino _____ Masculino _____

Idade:

Estado Civil:

Profissão:

Grau de Escolaridade:

Residência/Localidade:

Sofre de algum(s) problema(s) de saúde: Se sim, quais são?

Acha que o SAD, do qual é utente, está a conseguir ajudar a colmatar as suas necessidades?

Têm filhos? Se sim, quantos?

Aos fins-de-semana e a feriados, estando o SAD fechado, os seus filhos e familiares auxiliam-na(o)? Se sim, em quê?

Atualmente vive sozinho ou vive com alguém?

Durante o dia, tem alguma pessoa para lhe prestar auxílio nas atividades do seu dia-a-dia?

Há quanto tempo é beneficiário do SAD?

De que instituição recebe o serviço SAD?

Desde que é beneficiário do serviço SAD, sempre foi desta instituição que recebeu os serviços ou já recebeu de outra? Caso tenha sido outra, qual o nome da instituição?

Qual foi a razão que o levou a pedir o apoio do SAD?

Antes de ter o auxílio do SAD, como é que fazia a sua rotina e as atividades diárias? (Explicitar as dificuldades que sentia, devido ao envelhecimento e a sua mobilidade)

Como é que soube da existência e das características deste serviço?

Alguém lhe ajudou a contactar o SAD, ou foi você próprio que tratou de se informar acerca deste serviço?

Como descreve o trabalho do SAD ao longo do tempo que é utente do serviço? (opinião acerca do SAD e da resposta que é dada à sua situação)

Na sua opinião, se pudesse sugerir alterações ao SAD, o que alteraria?

Quando recorreu ao SAD, teve de ficar em lista de espera para poder usufruir do serviço?

Se sim, quanto tempo ficou?

Quais são os serviços que o SAD lhe faculta e qual é a sua regularidade?

Desde que usufrui do SAD, sempre usufrui dos mesmos serviços (Alimentação, Cuidados de higiene, Tratamento da Roupa, Limpezas e Arrumações, entre outras)? Ou com o passar do tempo acabou por pedir mais apoio? Se houve alterações dos serviços, quais foram?

Alguma vez demonstrou interesse aos coordenadores do SAD para que o serviço começasse a funcionar aos fins-de-semana e a feriados? Se sim, qual foi a resposta que obteve do técnico acerca deste assunto?

Atualmente possui alguma ocupação ou passatempo?

O SAD da sua freguesia costuma organizar atividades de ocupação de tempos para vocês com regularidade? Se sim, alguma vez participou? E quais foram as atividades de que mais gostou?

Acha que a sua qualidade de vida melhorou desde que usufrui do SAD?

Apêndice 6 – Respostas Sociais das 12 IPSS da Amostra

Figura 4 - Respostas Sociais das IPSS

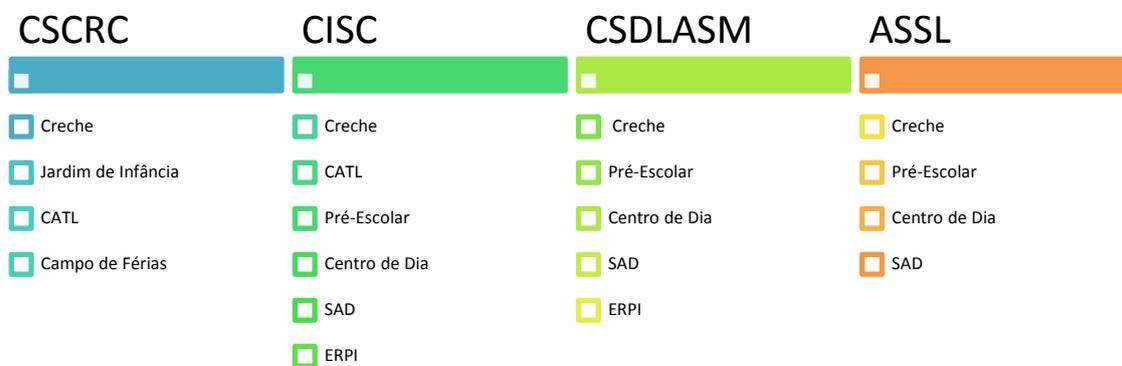
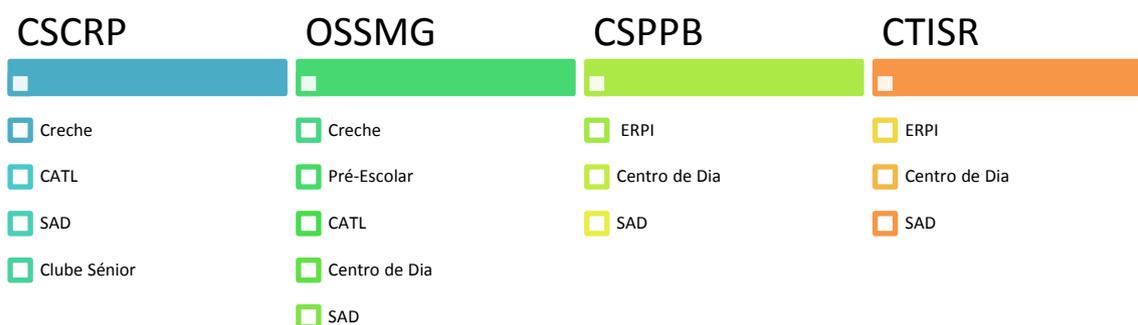


Figura 5 - Respostas Sociais das IPSS



Figura 6 - Respostas Sociais das IPSS



Apêndice 7 – Área de Abrangência e Horário de Funcionamento dos SAD das IPSS

Tabela 14 - Área de Abrangência do SAD

Instituições	Área de Abrangência do SAD
CSCRC	Carregosa e zonas limítrofes de Arouca e Vale de Cambra
CISC	Não tem uma zona definida
CSDLASM	Fajões e zonas limítrofes de Milheirós de Poiares, Macieira de Sarnes e Escariz
ASSL	Loureiro, Ul e Madaíl e zonas limítrofes de Avanca e Beduído (Estarreja)
CPSSAMS	Macinhata da Seixa, Palmaz e Oliveira de Azeméis
CSPNC	Nogueira do Cravo, São Roque, Pindelo e Macieira de Sarnes
COMOSSELA	Ossela, Palmaz, Vale de Cambra e Pinhão (Pindelo)
AMPO	Pindelo, Nogueira do Cravo e Oliveira de Azeméis
CSCR	Todo o concelho de Oliveira de Azeméis e de S. João da Madeira
OSSMG	S. Martinho da Gândara e zonas limítrofes de Cucujães, Água levada, Loureiro, Ul, S. Vicente de Pereira e em Oliveira de Azeméis
CSPPB	Pinheiro da Bemposta, Palmaz, Alviães, Nespereira de Cima, Travanca, Macinhata da Seixa, Branca e Oliveira de Azeméis
CTISR	S. Roque, Bustelo e S. João da Madeira

Tabela 15 - Horário de Funcionamento do SAD

Instituições	Horário de Funcionamento do SAD
CSCRC	Durante a Semana: 8:30 h às 17:00 horas Fins-de-semana e Feriados: 8:30h às 13:00 horas
CISC	Durante a Semana: 8:00 h às 18:30 horas Fins-de-semana e Feriados: 8:00h às 16:00 horas
CSDLASM	Durante a Semana, Fins-de-semana* e Feriados*: 8:15 h às 17:00 horas *Apenas tem uma equipa a trabalhar
ASSL	De Segunda a Sábado: 7:00 h às 19:00 horas Domingo e Feriados: 7:00 às 13:00 horas
CPSSAMS	De Segunda à Sexta: 8:00 às 17:30 horas Sábado, Domingo e Feriados: 8:00 às 15:00 horas
CSPNGC	Durante a Semana, Fins-de-semana* e Feriados*: 8:30 h às 17:30 horas *Sem o carácter obrigatório do horário (conforme as necessidades)

COMOSSELA	Durante a Semana, Fins-de-semana e Feriados: 8:30 h às 18:30 horas
AMPO	De Segunda a Sábado: 8:00 h às 20:00 horas Domingo e Feriados: 8:00 às 18:00 horas *Não funcionam nos 25 e 31 de Dezembro
CSCR	Durante a Semana: 8:30 h às 17:00 horas Fins-de-semana e Feriados: 8:30 h às 12:00 horas *Não funcionam no dia 25 e 31 de Dezembro e no Domingo de Páscoa (caso não houver necessidades a ser apoiadas)
OSSMG	De Segunda à Sexta: 8:30 às 17:30 horas Sábado: 8:30 às 15:00 horas Domingo e Feriados: 8:30 às 18:00 horas
CSPPB	Durante a Semana, Fins-de-semana e Feriados: 7:30 h às 16:30 horas
CTISR	De Segunda à Sexta: 8:00 às 17:00 horas Sábado: 8:00 às 13:00 horas Domingo e Feriados: 12:00 às 13:00 horas (apenas para entregar a alimentação)

Apêndice 8 – Parcerias das 12 IPSS da Amostra

Carregosa

- Segurança Social;
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis;
Sem Protocolo
- Posto de Enfermagem;
- Comissão de Assistência Social de Carregosa;
- Posto Médico;
- Médicos de Família;

Cesar

- Guarda Nacional Republicana (GNR)
- Bombeiros
- Junta de Freguesia
- Associações Locais, nomeadamente Vila Cesari
- Agrupamento de Escolas
- Trabalho em Rede Mensalmente com 13 IPSS do concelho e reúnem-se para fazer uma atividade

Fajões

Sem Protocolo:

- Centro de Saúde (oferece vacinação contra a gripe para os utentes do serviço)

Loureiro

- Não mencionou parcerias

Macinhata da Seixa

- Segurança Social
- CC Clínica (oferece uma ação de formação mensal para os utentes)

Nogueira do Cravo

Com Protocolo:

- Segurança Social
- Junta de Freguesia
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis
- Escola Superior de Enfermagem entre Douro e Vouga
- Escolas Secundárias
- Centros de Formação

Sem Protocolo:

- Centro de Saúde
- Comissão Social da Freguesia
- Associações e Instituições Locais

Ossela

Com Protocolo:

- Rede Social
- Segurança Social
- Junta de Freguesia
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis
- Centros de Saúde
- Clínicas de Fisioterapia

Sem Protocolo:

- Cabeleireiros
- mercearias

Pindelo

Com Protocolo:

- Segurança Social;
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis
- Junta de Freguesia
- Instituto de Emprego e Formação Profissional
- Associações e Instituições Locais

Outeiro

- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis
- Rede Social
- Segurança Social
- Vicentinos
- Biblioteca Municipal Ferreira de Castro
- Junta de Freguesia
- FAMOA

S. Martinho da Gândara

- Centro de Saúde de Cucujães (Maioria são instituições sem ser da localidade)

Pinheiro da Bemposta

- Desafio da Arte
- Associação Cultural e Recreativa do Curval
- Todas as instituições e associações da freguesia
- Agrupamento de Escolas
- Escolas Primárias
- Patronato de Santo António
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis
- Centro Lúdico
- Biblioteca Itinerante
- Biblioteca Municipal
- Junta de Freguesia
- Centro de Saúde (Médicos e Enfermagem)

S. Roque

- Centros de Saúde
- Clínica Médica
- Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis

ANEXOS

Anexo 1 - Dados Estatísticos de Portugal e da União Europeia

Gráfico 9 - Índice de Dependência dos Idosos em Portugal

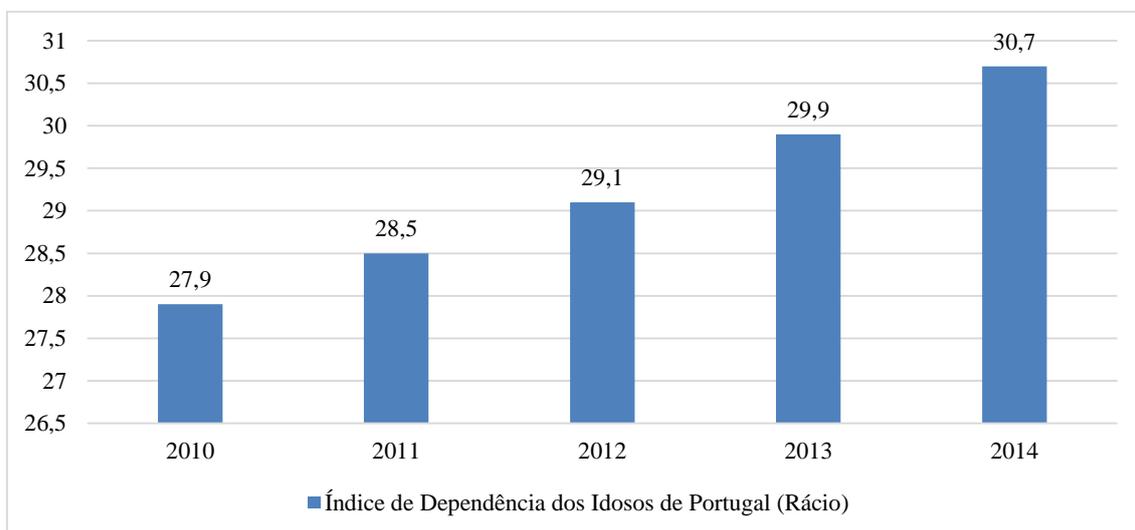
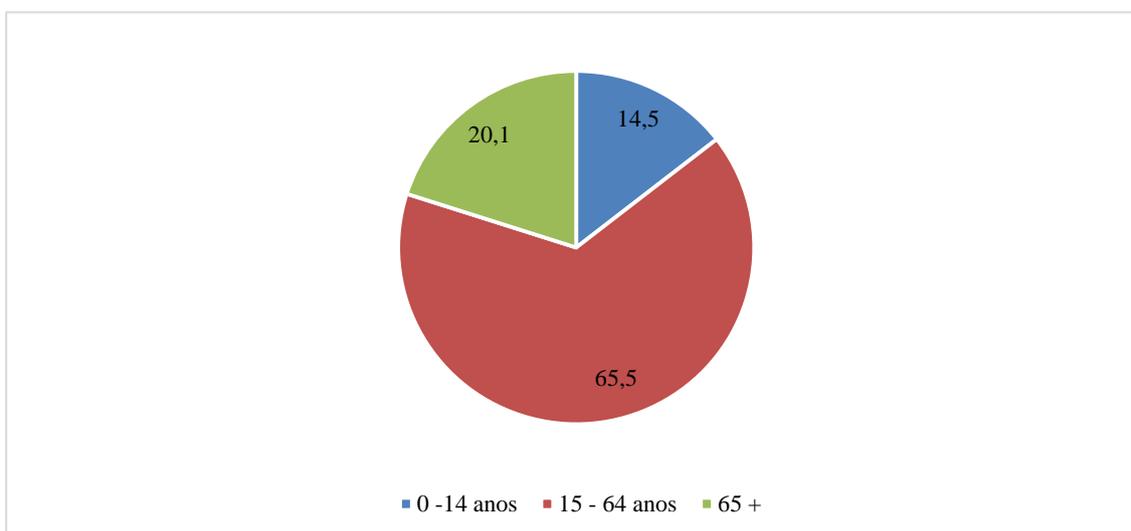


Gráfico 10 - População Residente Total em Portugal por Grandes Grupos Etários (2014)



Índice de Envelhecimento dos Países da Europa dos 28 (Rácio)

Tabela 16 - Índice de Envelhecimento dos Países da Europa dos 28 (Rácio)

Países da Europa dos 28	Índice de Envelhecimento (Rácio)
Alemanha	159,1
Itália	155,9
Bulgária	143,3
Grécia	141,8
Portugal	138,6
Letónia	129,5
Lituânia	127,4
Áustria	127,2
Malta	126,8
Croácia	126,4
Hungria	122,5
Espanha	120,7
Eslovénia	120,5
Finlândia	119,9
Suíça	118,9
Estónia	116,9
República Checa	116,6
Suécia	113,7
Roménia	108,0
Dinamarca	107,6
Bélgica	105,3
Países Baixos	104,4
Polónia	100,8
Reino Unido	99,8
França	97,9
Eslováquia	89,8
Noruega	88,4
Chipre	87,1
Luxemburgo	84,4
Islândia	65,5
Irlanda	58,0

Anexo 2 - Dados Estatísticos de Oliveira De Azeméis

Gráfico 11 - Índice de Envelhecimento de OAZ (Rácio)

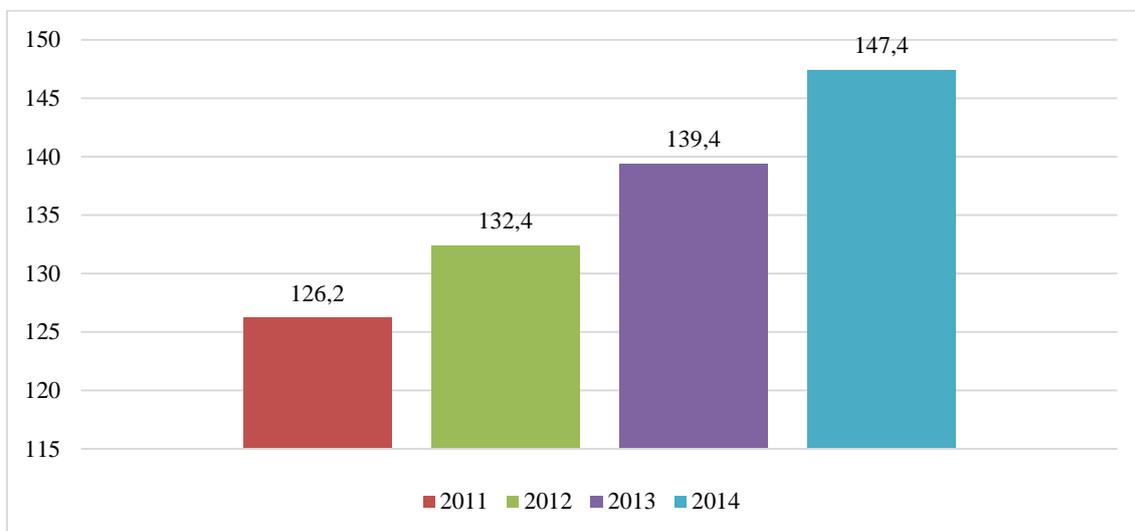


Gráfico 12 - Índice de Longevidade em OAZ

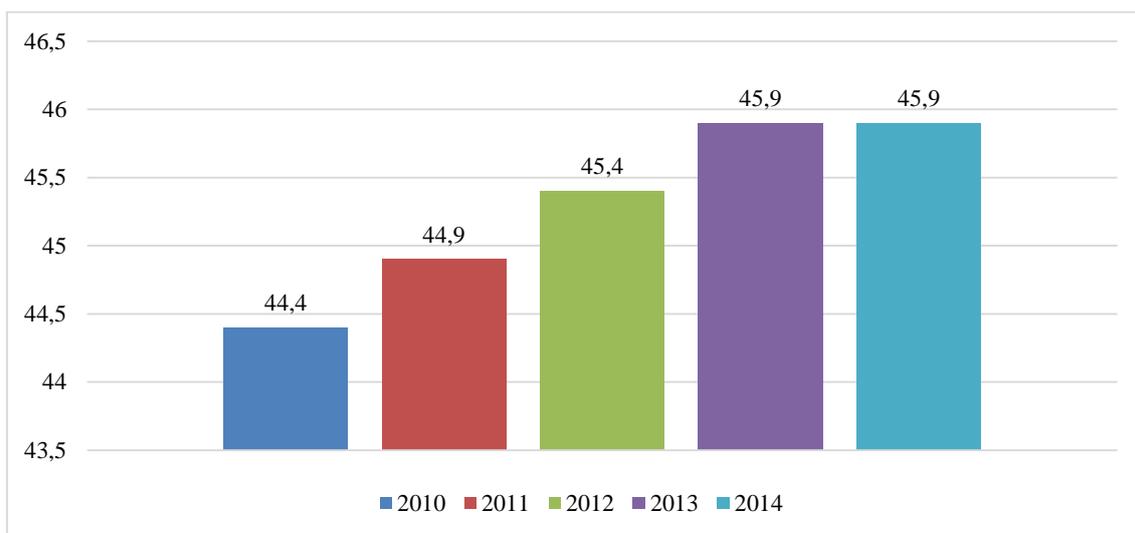


Gráfico 13 - Índice de Dependência de idosos (Rácio)

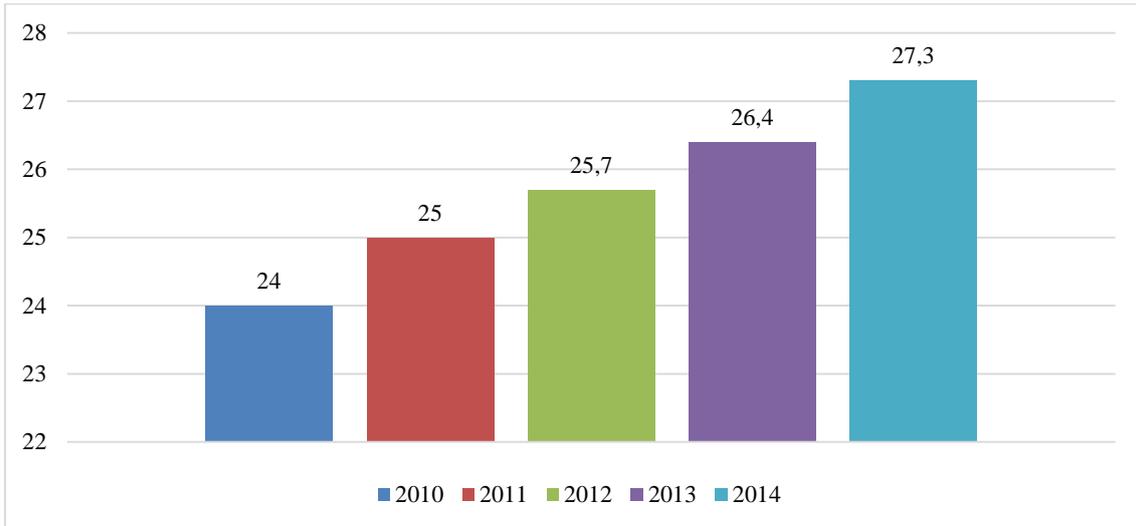


Gráfico 14 - População Residente por Grandes Grupos Etários (2014)

