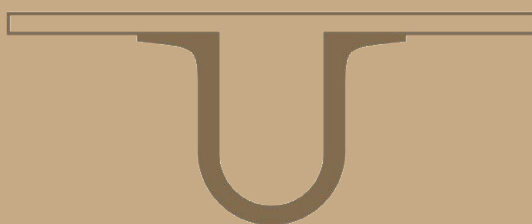




UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Marta Carina Henriques Pereira

**A EXIGÊNCIA DO SAD NA QUALIDADE DE VIDA DAS
PESSOAS IDOSAS: DESAFIOS PRESENTES E FUTUROS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora
Doutora Jacqueline Ferreira Marques e apresentada à Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Março de 2019

**A Exigência do SAD na Qualidade de Vida das
Pessoas Idosas: Desafios Presentes e Futuros**

FICHA TÉCNICA

Título: A Exigência do SAD na Qualidade de Vida das Pessoas Idosas:
Desafios Presentes e Futuros

Autor: Pereira, Marta Carina Henriques

Orientador: Marques, Jacqueline Ferreira

Palavras-Chave: Envelhecimento, Cliente, Serviço de Apoio Domiciliário
(SAD), Serviços, Qualidade de Vida

Ano: 2019

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma dura batalha, vivida com momentos de desânimo, pensamentos derrotistas e muito cansaço. Contudo, tive sempre alguém que me apoiou incondicionalmente, desde o primeiro dia, essas pessoas foram os meus pais, nomeadamente a minha melhor amiga, a minha Mãe, sempre presente e com uma palavra de conforto e coragem para dar.

Outra pessoa com um papel extremamente relevante foi o André, o meu namorado, presente desde o primeiro instante, nunca me deixou sozinha nesta caminhada e o mais importante, encorajou e ajudou-me nas etapas mais complicadas da investigação, partilhando os seus conhecimentos e dando palavras de alento.

Porém, outras pessoas importantes nesta etapa da minha vida foram os pais do meu namorado, sempre me apoiaram em tudo, encorajando e disponibilizando ajudas para seguir o caminho que tanto desejei.

Um enorme obrigado, à Coordenadora de Mestrado, Doutora Helena Neves, na medida em que demonstrou, ao longo de toda a etapa, disponibilidade e dedicação para responder às dúvidas e incertezas que foram surgindo.

Por último, deixo um especial agradecimento à minha orientadora, Doutora Jacqueline Marques, pela motivação e incentivo prestados, pela sua disponibilidade e pela partilha de conhecimentos, que de forma objetiva e clara me ajudaram a perceber o processo de investigação.

A todos um muito obrigado!

RESUMO

A sociedade portuguesa tem sido palco de um envelhecimento exponencial, pelo que se torna uma constante preocupação, exigindo a criação de estratégia de intervenção, bem como disponibilização de lugares nas várias respostas sociais à Terceira Idade de modo a proporcionar bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

O crescente aumento das pessoas idosas em situação de dependência por razões, como o isolamento, a solidão, a impossibilidade de os familiares assegurarem os cuidados básicos necessários, o adiamento da institucionalização e a vontade de continuar a permanecer no seu domicílio são alguns motivos que conduzem ao crescente desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário.

A presente investigação tem como objetivos gerais analisar a perceção que os beneficiários de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) têm relativamente aos serviços de que usufruem e o impacto que este tem na sua qualidade de vida. No sentido de atingir os referidos objetivos, proceder-se-á: i) à caracterização sociodemográfica e ao levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários, através da pesquisa documental do Processo Individual (PI) de cada participante, ii) à avaliação da perceção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes, realizando uma entrevista, desenvolvendo conversas informais e usando a observação direta, iii) e à aplicação da escala da qualidade de vida: *WHOQOL- Bref*, pretendendo conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD.

A metodologia de investigação escolhida para conduzir o estudo foi mista, ou seja, com conteúdo qualitativo, mas em contrapartida com recursos a dados e análises de carácter quantitativo. Por conseguinte, o género de pesquisa escolhido e que se utilizou no decorrer da investigação foi de natureza exploratória.

Com a realização deste estudo, concluiu-se que os clientes de ambas as Instituições mencionadas estão satisfeitos com a qualidade dos serviços de que beneficiam, na medida em que correspondem e satisfazem as suas necessidades diárias e ainda, de um modo geral, estão satisfeitos com a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cliente, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Serviços, Qualidade de Vida

ABSTRACT

The Portuguese society has been the stage of an exponential aging, reason why it becomes a constant concern, demanding the creation of intervention strategy, as well as availability of places in the various social responses to the Third Age in order to provide well-being and to improve the quality of life.

The growing number of elderly people in situations of dependency for reasons such as isolation, loneliness, family inability to provide basic care, postponement of institutionalization and willingness to remain in the household are some of the reasons to the growing development of the Domiciliary Support Service.

The present research aims to analyze the perception that the beneficiaries of the Home Support Service (HSS) have regarding the services they enjoy and the impact it has on their quality of life. In order to achieve these objectives, the following will be carried out: i) the sociodemographic characterization and the survey of the services provided by the HSS to its beneficiaries, through the documentary research of the Individual Process (IP) of each participant; perception of services provided by HSS according to their clients, interviewing, informal conversations and direct observation, iii) and application of quality of life scale: WHOQOL- Bref, aiming to know the quality of life of the beneficiaries of HSS .

The research methodology chosen to conduct the study was mixed, that is, with qualitative content, but in counterpart with data resources and quantitative analyzes. Therefore, the type of research chosen and used in the course of the research was exploratory in nature. By conducting this study, it has been concluded that customers of both institutions are satisfied with the quality of the services they receive, as they correspond to and meet their daily needs and are, in general, satisfied with their quality of life.

Key words: Aging, Customer, Home Support Service (HSS), Services, Quality of Life

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
ÍNDICE GERAL	ix
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xv
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xvii
INTRODUÇÃO.....	1
1. CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. Envelhecimento e os Seus Impactos Populacionais	5
1.2. Qualidade de Vida	9
1.2.1. Envelhecimento Bem-Sucedido e Qualidade de vida.....	9
1.3. Evolução da Perspetiva da Pessoa Idosa Relativamente à Qualidade de Vida	13
1.4. Serviço de Apoio Domiciliário	16
1.4.1. Surgimento e Evolução da Resposta	19
1.5. O Idoso Dependente e o Idoso Independente – Duas Realidades a Considerar nas inovações e desafios do Serviço de Apoio Domiciliário.....	27
1.6. Intervenção Social e Desafios Futuros.....	31
1.6.1. O Papel do Serviço Social na Intervenção com Pessoas Idosa.....	31

1.7.	Desafios presentes e futuros a fim de dar uma resposta positiva às necessidades dos “novos” idosos	35
2.	CAPÍTULO II- AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS	39
2.1.	Avaliação das políticas públicas	39
2.2.	Qualidade dos Serviços Sociais	41
3.	CAPÍTULO III- METODOLOGIA	45
3.1.	Formulação do Problema	45
3.2.	Tipo de Estudo	45
3.3.	Objetivos de Estudo e Quadro de Análise	47
3.4.	Amostra.....	51
3.5.	Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados.....	52
3.5.1.	Pesquisa Documental.....	52
3.5.2.	Entrevista	52
3.5.3.	Análise de Conteúdo.....	54
3.5.4.	Conversas Informais e Observação Direta	54
3.5.5.	Escala da Qualidade de Vida- <i>WHOQOL-Bref</i>	55
4.	CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	59
4.1.	Enquadramento Institucional da Amostra.....	59
4.2.	Caracterização Sociodemográfica dos clientes SAD.....	60
4.2.1.	Género e Idade.....	60
4.2.2.	Estado Civil	61

4.2.3.	Nível de Escolaridade	62
4.2.4.	Agregado Familiar	63
4.3.	Levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários	63
4.3.1.	Tempo de cliente SAD	66
4.4.	Avaliação da percepção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes	66
4.4.1.	Qualidade dos Serviços Prestados	67
4.4.2.	Relação/ empatia com as colaboradoras de SAD	70
4.4.3.	Regularidade do serviço prestado	71
4.5.	Percepção do impacto do SAD na vida dos clientes	72
4.5.1.	Motivos que conduziram os idosos a beneficiar do SAD	73
4.5.2.	Serviços a melhorar e/ou a criar com o intuito de satisfazer as necessidades da população idosa	74
4.6.	Conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD	76
5.	CAPÍTULO V- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
	CONCLUSÃO	91
	REFERÊNCIAS	97
	BIBLIOGRAFIA	107
	ANEXOS	111
	Anexo 1- Declaração de Autorização de recolha de dados na Associação de Solidariedade Social de Caparrosa	111

Anexo 2- Declaração de Autorização de recolha de dados no Centro Paroquial de São João do Monte	112
Anexo 3- Entrevista realizada aos beneficiários de SAD.....	113
Anexo 5- Escala da qualidade de vida: WHOQOL- Bref (World Health Organization Quality of Life).....	115

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Gráfico da evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosa, Continente (2000-2017).....	20
Ilustração 2: Gráfico da evolução da capacidade e do número de clientes da resposta social SAD, Continente (2000-2017)	21
Ilustração 3: Gráfico da evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente (2000-2017)	22
Ilustração 4: Quadro de Análise.....	50
Ilustração 5: Estrutura do <i>WHOQOL-Bref</i> : domínios e facetas.....	57
Ilustração 6: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com a idade e género.....	61
Ilustração 7: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade	62
Ilustração 8: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com os serviços de que usufruem.	65
Ilustração 9: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com tempo de usufruto do SAD.	66
Ilustração 10: Gráfico da conversão de valores (0-100) para cada domínio da escala <i>WHOQOL-Bref</i>	82

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com o género	61
Tabela 2: Distribuição da amostra tendo em conta o estado civil	62
Tabela 3: Distribuição da amostra tendo em conta o agregado familiar	63
Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com os serviços disponibilizados pelo SAD	65
Tabela 5: Média e desvio-padrão de cada item da escala <i>WHOQOL-Bref</i>	79

LISTA DE ABREVIATURAS

Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios

[AEVAL]

Atividades de Vida Diária **[AVD'S]**

Comissão Nacional de Acompanhamento dos Protocolos e Acordos de Cooperação

[CNAAPAC]

Direção Geral da Saúde **[DGS]**

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas **[ERPI]**

Fundo das Nações Unidas para a Infância **[UNICEF]**

Instituto Nacional de Estatística **[INE]**

Instituições Particulares de Solidariedade Social **[IPSS]**

Modelos de Avaliação da Qualidade **[MAQ]**

Organização Mundial de Saúde **[OMS]**

Plano Nacional da Ação para a Inclusão **[PNAI]**

Produto Interno Bruto **[PIB]**

Programa de Alargamento de Redes de Equipamentos e Serviços **[PARES]**

Programa de Apoio Integrado a Idosos **[PAII]**

Selective Optimization with Compensation **[SOC]**

Serviço de Apoio Domiciliário **[SAD]**

Serviço Nacional de Saúde **[SNS]**

World Health Organization Quality of Life **[WHOQOL]**

INTRODUÇÃO

O constante aumento da população envelhecida representa um dos fenómenos mais vinculados das sociedades do século XXI, pelo que Portugal não está imune a essa realidade. A esperança média de vida está a crescer exponencialmente, pelo que torna este fenómeno populacional deveras preocupante, quer em termos económicos quer em termos políticos e sociais.

Segundo os dados disponibilizados pela Pordata (2016), em Portugal, a esperança média de vida encontra-se nos 80.78 anos de idade, sendo de 77.74 anos para o género masculino e 83.74 anos para o género feminino. Este aumento gradual da esperança média de vida, bem como a diminuição da natalidade são alguns dos fatores que têm contribuído para que Portugal, nos últimos anos, se tenha deparado com um aumento do envelhecimento da população. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) entre os anos de 2015 e 2018 a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 milhões para 2,8 milhões de pessoas, porém, ainda refere que a população idosa em Portugal em 2050 deverá representar um total de 32% da população enquanto que a população jovem só deverá representar cerca de 13%.

São diversas as respostas sociais que foram criadas com o intuito de dar resposta às necessidades da população idosa. O Serviço de Apoio Domiciliário faz parte das possíveis respostas sociais, cuja finalidade visa promover o bem-estar e desenvolvimento individual dos clientes, baseando-se na segurança afetiva, física e psíquica, disponibilizando um atendimento individualizado e personalizado, tendo a finalidade de dar resposta às exigências da qualidade de vida (Engenheiro, 2008).

A presente dissertação que se denomina “A Exigência do SAD na Qualidade de Vida das Pessoas Idosas: Desafios Presentes e Futuros” surge no âmbito do Mestrado em Serviço Social e tem como finalidade analisar a perceção que os beneficiários de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) têm relativamente aos serviços de que usufruem e o impacto que este tem na sua qualidade de vida.

A escolha do tema para realizar a presente investigação recaiu sobre o interesse acrescido que a investigadora possuiu, em saber mais, acerca do Serviço de Apoio Domiciliário, bem como conhecer a perceção que a população idosa detém relativamente à qualidade dos serviços disponibilizados pelo mesmo, pois como veremos ao longo da investigação,

este é um serviço que tem sido alvo de crescimento nos últimos anos, na medida em que permite à pessoa idosa continuar a permanecer no seu domicílio, tendo os cuidados adequados às suas necessidades diárias.

Contudo, o título escolhido “A Exigência do SAD na Qualidade de Vida das Pessoas Idosas- Desafios Presente e Desafios Futuros”, baseou-se pelo facto do SAD ser uma resposta social que deve estar em constantes reestruturações, nomeadamente a nível da intervenção e apoio prestado, no sentido de corresponder às necessidades das pessoas idosas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mesmas. Por conseguinte, o SAD é uma resposta detentora de desafios, tanto presentes como futuros, uma vez que a exigência de cuidados a prestar aos idosos é cada vez mais elevada e complexa.

No sentido de atingir os referidos objetivos gerais, proceder-se-á: (i) à caracterização sociodemográfica e ao levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários, através da pesquisa documental do Processo Individual (PI) de cada participante, (ii) à avaliação da perceção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes, realizando uma entrevista, desenvolvendo conversas informais e usando a observação direta, (iii) e à aplicação da escala da qualidade de vida: *WHOQOL- Bref (World Health Organization Quality of Life)*, pretendendo conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD.

O presente trabalho de investigação decorreu entre o ano de 2018 e 2019 e nele participaram 20 clientes de SAD de duas instituições distintas, sendo 10 beneficiários do SAD da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e outros 10 do SAD do Centro Paroquial de São João do Monte.

Para conduzir este estudo, optou-se por uma metodologia de investigação mista, isto é, de teor qualitativo com recursos a dados de carácter quantitativo.

Importa referir que a pesquisa é de natureza exploratória, uma vez que descreve uma multiplicidade de aspetos, nomeadamente conhecer a perceção que os clientes de SAD têm relativamente aos serviços de que usufruem, bem como a qualidade de vida de que são detentores.

Neste sentido, partindo da perspetiva das pessoas idosas integradas no SAD da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e no SAD do Centro Paroquial de São João do Monte, objetiva-se dar um contributo para melhorar a qualidade dos serviços disponibilizados, proporcionando uma resposta que corresponda com eficácia às

necessidades dos utentes e por sua vez, que contribua para a melhoria da sua qualidade de vida.

Esta investigação terá bastante impacto na forma como os serviços de SAD são prestados, uma vez que se irá conhecer a real opinião e perceção que os beneficiários têm acerca dos mesmos. Em contrapartida, na perspetiva da investigadora, o presente estudo apresentou limitações, tais como, a escassez de tempo para implementar os instrumentos de recolha de dados e o facto de uma parte da população-alvo não possuir as devidas faculdades mentais para responder ao objeto de estudo, levou a que a amostra da população em estudo fosse diminuta.

O presente estudo está organizado em 5 capítulos: sendo que numa primeira instância é realizado o enquadramento teórico, no qual se pretende compreender o fenómeno do envelhecimento, bem como o seu impacto a nível populacional, conhecer a qualidade de vida na Terceira Idade, ou seja, a forma como as pessoas idosas percecionam este termo e os principais contributos para uma qualidade de vida positiva. Outro ponto importante a abordar neste capítulo é o Serviço de Apoio Domiciliário como resposta social, no qual se faz alusão ao surgimento e evolução da resposta, a importância desta na qualidade de vida da pessoa idosa e por último, faz-se referencia ao papel do Serviço Social na intervenção com pessoas idosas e aos desafios futuros que o SAD tem de enfrentar para poder dar uma resposta adequada aos seus clientes em situação de Dependência e Independência, bem como os desafios de resposta a dar às necessidades dos “novos” idosos.

No segundo capítulo faz-se uma abordagem aos serviços sociais, tendo em conta a sua qualidade e a avaliação das políticas públicas, ou seja, reflete-se a importância que é dada aos serviços sociais, no sentido de estes melhorarem a qualidade dos serviços disponibilizados, bem como a capacidade que têm em adequar a resposta às necessidades individuais de cada beneficiário.

Consultando o terceiro capítulo é possível ter conhecimento, de um modo mais pormenorizado, dos processos utilizados para realizar a presente investigação, sendo que podemos encontrar a formulação do problema, o tipo e objetivos de estudo, quadro de análise, descrição da amostra populacional e ainda, os instrumentos da recolha de dados utilizados para a investigação.

No quarto capítulo, realiza-se a apresentação e análise de dados que foram recolhidos pelos instrumentos de recolha de dados mencionados anteriormente, pelo que é possível entender se os objetivos delineados inicialmente foram atingidos ou não. Fazendo uso destes resultados obtidos, é possível elaborar o quinto capítulo, no qual se faz uma discussão de resultados, cruzando-os com a perspetiva dos diversos autores que serviram de suporte para elaborar o enquadramento teórico do presente estudo. Para além de discutir os resultados obtidos pela análise de dados, é realizada uma exposição, na qual se reflete se os objetivos que estiveram na base da investigação foram atingidos com sucesso ou não.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento e os Seus Impactos Populacionais

O envelhecimento é um marco importante na vida do Ser Humano, uma vez que constitui a última fase do ciclo de vida do mesmo, tornando-se um desafio complexo e exigente que merece ser vivido intensamente.

O processo de envelhecimento é caracterizado por ser universal, gradual e irreversível, assinalando um conjunto de mudanças e transformações que vão surgindo com o passar do tempo. Este é ainda, caracterizado por constituir um conjunto de fatores de ordem fisiológica, psicológica, social e comportamental que varia de indivíduo para indivíduo, uma vez que depende de fatores intrínsecos (ex: património genético) e extrínsecos (ex: estilo de vida) do mesmo (Ferreira, Lima & Ribeiro, 2012, p.17).

Na mesma linha de pensamento, Carvalho e Alencar (1998 cit. in Vaz, 2012) defendem que as alterações ocorridas no envelhecimento podem manifestar-se no indivíduo ao nível comportamental, capacidades intelectuais, atividade física e até mesmo nas interações sociais. Não obstante, estas transformações poderão cooperar para uma perda progressiva de capacidades para que o indivíduo se adapte ao meio ambiente e por sua vez às possíveis alterações patológicas que o tornam mais dependente, podendo mesmo levá-lo à morte.

O estudo do envelhecimento tornou-se num desafio relevante para a sociedade contemporânea, uma vez que a evolução sociodemográfica trouxe um aumento significativo da população idosa, ganhando cada vez mais sentido compreender esta etapa da vida.

Nas últimas décadas do século XX assistiu-se a um aumento incessante do número de idosos, pelo que este fator tornou as sociedades mais desenvolvidas, em sociedades envelhecidas. A combinação da queda da fecundidade com o aumento da esperança média de vida e ainda, a forte emigração portuguesa entre as décadas de 1960 e 1970 estão na essência desse envelhecimento, bem como na importância absoluta e relativa que a população idosa tem atualmente perante a sociedade portuguesa.

Contudo, houve outros fatores que contribuíram para este fenómeno que assola o nosso país, sendo o resultado de progressos que a sociedade alcançou em diversos domínios

nos últimos anos, desde o aumento da longevidade que está associado diretamente à significativa melhoria na qualidade de vida, melhoria nos cuidados de saúde, educação e rendimentos, até ao declínio na natalidade associado à escolarização, emancipação da mulher e à participação da mesma no mercado de trabalho (Afonso, 2018).

A sociedade atual é caracterizada por ser uma sociedade envelhecida, bem como uma sociedade em que os indivíduos vivem durante mais anos. Deparamo-nos com um aumento progressivo da esperança média de vida à nascença, ainda que, a tendência seja para atenuar, proporcionou que a idade média das mulheres e dos homens subisse para um patamar nunca antes visto na história do Homem (Oliveira & Mendes, 2010 cit. in Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques & Silva, 2013).

O envelhecimento é considerado um fenómeno positivo, tanto para os indivíduos como para as sociedades, na medida em que é um dos testemunhos dos progressos realizados no âmbito económicos, sociais e biomédicos, pois foi nesta base que se desenvolveram políticas públicas que deram o devido acesso, à população em geral, a cuidados de saúde.

Em Portugal, nestas últimas cinco décadas, a esperança média de vida tem registado um aumento, enquanto que, segundo os dados disponibilizados pela Pordata (2016) a esperança média de vida eram os 64.0 anos, atualmente, a média encontra-se nos 80.78 anos (77.74 anos para o género masculino e 83.74 anos para o género feminino). Mais especificamente, nesta última década, a esperança média de vida aumentou 2.28 anos para a população em geral, 2.56 anos para os homens e 1.78 anos para as mulheres (INE, 2018). Este aumento gradual da esperança média de vida tem feito com que Portugal, nos últimos anos se tenha deparado com um aumento acentuado do envelhecimento da população, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) entre os anos de 2015 e 2018 a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 milhões para 2,8 milhões de pessoas. Ainda segundo os dados disponibilizados pelo INE, a população idosa em Portugal em 2050 deverá representar um total de 32% da população enquanto que a população jovem só deverá representar cerca de 13%.

No ano de 2014, o Índice de Envelhecimento em Portugal atingiu os 141 idosos por cada 100 jovens, pelo que ocupava a 5ª posição com um valor mais elevado num conjunto de 28 Estados Membros.

Estes são dados bastantes preocupantes, uma vez que a população inativa será superior à população ativa, para percebermos melhor o cenário, segundo o relatório anual do Conselho da Europa sobre a “Evolução demográfica recente na Europa”, os portugueses serão menos de um milhão em 2050 e a população estará mais idosa, havendo cerca de 2,5 idosos por cada jovem.

Tais estimativas são preocupantes, pois implicam que a população ativa (contribuintes) seja menor do que a população inativa (pensionistas), o que acarreta diversas dificuldades para o país como o aumento dos encargos sociais com reformas, pensões e assistência médica e a crescente dificuldade de cobrir com recursos a um número reduzido de contribuintes os encargos daí derivados. Portugal dedica 0.1 do seu Produto Interno Bruto (PIB) aos cuidados com as pessoas idosas.

Desta forma, quando olhamos para o futuro relativamente à evolução acentuada da população idosa, o cenário fica bastante preocupante, pois iremo-nos deparar com uma redução significativa da população ativa, na medida em que a escassez da força de trabalho, conduzirá a problemas de sustentabilidade económica e social. O Instituto da Segurança Social bem como, o sistema de saúde terão mais despesas, o que poderá aumentar a pressão financeira.

Perante o facto de termos uma população cada vez mais envelhecida, é urgente fazer frente a este processo, não havendo tempo para debater temas fraturantes, pois há que dirigir as atenções para o envelhecimento incessante do país e para os efeitos que daí advêm.

Os efeitos podem ser diversos, desde os conflitos intergeracionais que poderão surgir até à possível dependência física, mental e económica das pessoas idosas (Afonso, 2018).

Para além, dos impactos descritos anteriormente, o envelhecimento da população também pode acarretar outras dificuldades, tais como: perda de dinamismo social, económico e empresarial, uma vez que a população mais jovem tende a ser mais produtiva, é menos propícia ao risco e tem uma maior capacidade de criatividade; descida no consumo, pois a população mais envelhecida tende a consumir menos produtos, e esta baixa é visível a partir dos 50 anos de idade; há uma substancial alteração nos padrões de consumo, ou seja, os tipos de bens e serviços consumidos e os modelos de convívio social alteram-se com a idade; por último, a perda de vitalidade demográfica, devido à baixa taxa de

natalidade, tende a gerar um desequilíbrio entre a população idosa e a população jovem, e entre a população em idade ativa e a população em idade aposentada, colocando em causa, como já foi referido anteriormente, a capacidade de sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde e de segurança social (Ribeiro, 2013).

Tendo em conta o aumento da longevidade e o envelhecimento em Portugal, colocam-se novos desafios, no que diz respeito às possíveis respostas sociais, bem como da reformulação das que já existem.

No mesmo ponto de vista, Faleiros (2013 cit. in Silva, 2012) menciona que o envelhecimento está a tomar proporções de tal forma, que conduz a alguns desafios, nomeadamente na relação entre gerações, na repartição de tempos sociais, na formulação de novas políticas públicas, na dinâmica como se apresenta o envelhecimento demográfico e ainda, no sentido que a velhice tem para a população mais jovem. Assim, o autor considera importante, dado a estas complexidades, olhar a pessoa idosa tendo em conta o seu contexto de vivência e as relações com os determinantes sociais (políticos, económicos, familiares, ambientais e pessoais).

Esta realidade no nosso país merece uma especial atenção, implicando a necessidade de se debruçar e pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas, sempre que possível no seu domicílio, tendo em atenção o cuidado para não levar a família à exaustão e vulnerabilidade física e psicológica.

Afonso (2018) sugere que a principal meta é, essencialmente, viver mais e com melhor qualidade de vida, sendo importante a inclusão económica e social do indivíduo. Não obstante, refere que inverter a tendência do envelhecimento demográfico, bem como todas as consequências que dele advêm, constituirá um grande desafio, não só das forças políticas, mas também de toda a sociedade em geral, uma vez que esta será uma batalha em que não pode existir dogmatismos ideológicos, mas deve existir realidade pragmática.

1.2. Qualidade de Vida

1.2.1. Envelhecimento Bem-Sucedido e Qualidade de vida

O envelhecimento é um fenómeno que se tem desenvolvido de forma exponencial a nível mundial, pelo que o aumento da esperança média de vida tem sido um dos possíveis fatores a favor e pode ser mesmo considerado dar ao indivíduo mais anos de vida, sendo importante garantir que esses anos sejam vividos com o máximo de qualidade possível.

Qualidade de vida, é um termo que deve estar sempre ligado ao conceito de envelhecimento bem-sucedido, uma vez que o indivíduo envelhece com base nos fatores que estão relacionados com o nível mental e físico (Fonseca & Paúl, 2006).

No ano de 2002, em Madrid, realizou-se a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, na qual foram estabelecidos determinantes pessoais, comportamentais, ambientais, sociais, económicos e de saúde para um envelhecimento bem-sucedido e ativo. Considerando-se que o envelhecimento não está apenas associado à saúde ou idade cronológica, mas também está articulado com os determinantes anteriormente enumerados, estando, desta forma, incutidos num modelo multidimensional que explica os efeitos do envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2011).

Para um envelhecimento bem-sucedido, segundo as perspetivas de Rowe e Kahn (1997 cit. in Moreira, 2013) regem-se pela ausência de doenças físicas e mentais crónicas, bem como incapacidades funcionais, ausência de fatores de risco, exercitamento da funcionalidade física e mental e, ainda, luta por uma vida social ativa.

Para além destas definições, estes autores enfatizam mais três componentes centrais de envelhecimento bem-sucedido, sendo eles, a baixa probabilidade de doença e incapacidade a ela associada, ausência de doença e reduzida probabilidade de comportar fatores associados a riscos de doenças, boa capacidade cognitiva e funcional e, ainda, participação ativa nas diversas áreas da vida, promovendo as relações interpessoais e desenvolvimento de atividades produtivas.

Ainda, no ponto de vista de Garcia et al. (2005 cit. in Marques, 2017) o envelhecimento para ser bem-sucedido deve comportar diversas dimensões, tais como, o bem-estar físico, emocional e familiar, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e ocupacional.

O bem-estar psicológico da pessoa idosa também se constitui uma dimensão de extrema importância para o envelhecimento bem-sucedido. Na perspectiva de Fonseca (2005 cit. in Ruivo, 2009) o envelhecimento não traz obrigatoriamente menos bem-estar psicológico, em contrapartida coexiste uma maior probabilidade de perda.

Baltes, Lindenberger e Staudinger (1999 cit. in Cunha, 2016) perspetivam o envelhecimento bem-sucedido de um modo diferente, propondo um modelo baseado em ganhos e perdas, que dominam de *Selective Optimization with Compensation* (SOC). Este modelo criado pelos presentes autores sugere o uso de estratégias para que o indivíduo consiga dar uma resposta com eficácia às mudanças que advêm da passagem dos anos, sendo a seleção, otimização e compensação. Estes três aspetos, segundo o modelo, são fulcrais para lidar com as mudanças que vão ocorrendo no indivíduo com o passar do tempo.

Neste sentido, o envelhecimento é um processo que difere de indivíduo para indivíduo, sendo que não se processa da mesma forma, nem ao mesmo tempo, ou seja, demarca-se pela heterogeneidade e não é apenas dependente das características individuais de cada um, depende diretamente de fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais vivenciados por cada indivíduo ao longo da sua vida.

Assim, o envelhecimento ativo, remete para a qualidade de vida da população mais envelhecida, na medida em que esta deve manter uma autonomia a nível física, psicológica e social.

Paúl e Ribeiro (2011) consideram que o facto do indivíduo se manter ativo ao longo de toda a sua vida, reforça o sentimento de cidadão ativo e o de pertencente à sociedade, uma vez que há um envolvimento positivo nas questões culturais, políticas e sociais.

De modo a complementar a ideia supramencionada, Araújo, Paúl e Ribeiro (2016), relatam que o acesso à informação e conhecimento são pontos fulcrais para o indivíduo permanecer saudável e envolvido em sociedade, não obstante, a aprendizagem ao longo da vida foi tida em conta como um novo pilar do envelhecimento ativo, agregando-se a outros fatores, tais como a saúde, participação e segurança. Na presente definição, o termo “ativo” ganha um novo sentido, pelo que vai para além das capacidades físicas e da força de trabalho do indivíduo, contemplando a participação contínua em questões sociais, económicas, culturais, espirituais, civis e educativas.

Neste propósito, a intervenção realizada neste grupo populacional deve ir ao encontro da promoção e incentivo da qualidade de vida de todas as pessoas idosas.

No ponto de vista da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994 cit. in Direção Geral da Saúde [DGS], 2016), a qualidade de vida é vista como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações do seu quotidiano. Defende, também, que a qualidade de vida é um conceito bastante amplo, subjetivo, que abarca com complexidade a saúde física e psicológica da pessoa, o grau de independência, as relações sociais, as crenças e as convicções pessoais.

Com o decorrer do envelhecimento, por vezes existem significativas perdas nas capacidades funcionais, o que pode levar a que o idoso se torne parcial ou totalmente dependente, sendo a institucionalização uma opção. O facto do idoso se ter que adaptar a esta mudança de espaço, a novas rotinas e ainda ter que estar longe da sua família, amigos e até mesmo conhecidos pode provocar uma tal ansiedade no idoso que pode contribuir para uma diminuição na sua qualidade de vida (Martins, 2014).

Dado ao crescimento da população envelhecida, um dos grandes desafios que é colocado aos profissionais de saúde é precisamente o de arranjam métodos para conseguirem uma sobrevivência maior, proporcionando-a com uma qualidade de vida cada vez mais adequada às necessidades de cada pessoa idosa. Para Oliveira et. al (2010 cit. in Azevedo, 2015) a qualidade de vida da pessoa idosa é influenciada pela habilidade desta em manter a sua própria autonomia e independência.

Na mesma linha de pensamento, Sequeira (2010) refere que a prática clínica deve ser repensada, de forma diferenciada, no sentido de dar uma abordagem individual ao envelhecimento, tendo em conta a história e o percurso de cada indivíduo. Esta perspectiva contribui para a promoção do bem-estar individual, em contrapartida, pode criar barreiras à caracterização do envelhecimento em termos gerais.

Contudo, a forma como se envelhece e o surgimento de possíveis doenças ao longo da vida pode estar relacionado com fatores internos ao indivíduo, desde determinantes individuais, genético e psicológicos bem como relacionado com fatores externos, tais como, comportamentais, ambientais e ainda, sociais.

Promover a saúde e os cuidados de prevenção junto à população idosa são dois mecanismos imprescindíveis que permitem aumentar a longevidade, melhorar a saúde e

a qualidade de vida e contribuem para racionalizar os recursos da sociedade (Guiomar, 2010).

O aumento da esperança média de vida e o drástico aumento da população envelhecida são dois fatores que contribuem para a necessidade de elaborar um plano individual e coletivo relativamente ao envelhecimento.

Paúl (2005) opina que esta nova realidade deve ser analisada sob a perspetiva psicológica, da saúde e da prestação de cuidados. Sendo assim, a psicologia defende que deve ser analisado a vivência de cada um, bem como o significado de envelhecer. Já a perspetiva da saúde evidencia que com o aumento da população idosa, a ocorrência de doenças torna-se mais comum, uma vez que há um aumento dos anos de vida e também um aumento da vulnerabilidade. Por fim, a área da prestação de cuidados, defende que há uma necessidade de adaptar os cuidados formais e informais e ainda, diversificar os modelos assistenciais de maneira a dar uma resposta positiva às necessidades individuais de cada pessoa idosa.

Dadas estas perspetivas, está a tornar-se urgente pensar em perspetivas positivas que tenham em conta as características individuais de cada pessoa que sofre o processo de envelhecimento e também tomar medidas preventivas de controlo e redução de perdas, evitando os efeitos negativos que advêm da velhice.

No sentido de desenvolver conceções mais ajustadas à fase de vida mais avançada e dinâmica, investigações focadas em dimensões psicológicas têm vindo a dar significativos contributos psicológicos para dar resposta à longevidade, saúde e bem-estar. Todavia, emoções positivas e características psicológicas, tais como a esperança, otimismo, autoestima, autoeficácia, espiritualidade e também as estratégias de *coping*, que passam por evitar pensamentos destrutivos e direcionar energias negativas para fins construtivos, são aspetos que fazem parte dos fatores psicológicos que estão permanentemente associados à capacidade de lidar com a adversidade e à resiliência (Araújo, Paúl & Ribeiro, 2016).

O envelhecimento é sem sombra de dúvidas um grande desafio para a sociedade, na medida em que se devem promover medidas para minimizar os custos e simultaneamente, garantir que a avaliação e as intervenções efetuadas continuem com a devida qualidade, no sentido de evitar que as pessoas idosas se tornem ainda mais vulneráveis. A cooperação

com os cuidadores informais deve ser incentivada e apoiada, facilitando a sua colaboração com os sistemas de cuidados de saúde.

Outro grande desafio que se coloca aos políticos é pensar em medidas que promovam o envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido e ainda a qualidade de vida da pessoa idosa dependente.

Em jeito de conclusão, podemos referir que o envelhecimento para ser bem-sucedido, tendo qualidade de vida e bem-estar, depende essencialmente de uma articulação entre a área da Gerontologia e da Geriatria; promoção de atividade física diária; melhoria na assistência nas diversas áreas dirigidas à terceira idade, tendo em conta as necessidades individuais de cada pessoa; desenvolvimento de programas que promovam a formação do idoso, estimulando conhecimento através de programas da responsabilidade de instituições de saúde, em conjunto com as instituições de ensino; combate aos estereótipos associados à terceira idade existentes em sociedade e por último, execução de programas dirigidos aos idosos dependentes e aos idosos que são em simultâneo cuidadores informais (Sequeira, 2010).

Assim, é nesta etapa da vida que se torna crucial planear a vida, de forma a promover o envelhecimento bem-sucedido e a qualidade de vida, em que os critérios para dar resposta a estas duas vertentes passam, sobretudo, pela boa funcionalidade física, psicológica e social.

1.3. Evolução da Perspetiva da Pessoa Idosa Relativamente à Qualidade de Vida

Qualidade de vida é um tema que tem vindo a ganhar relevo a partir da Segunda Guerra Mundial, pois o mesmo foi emergindo quando se utilizou o termo de “boa vida” para mencionar a conquista de bens materiais. Mais tarde, o termo qualidade de vida passou a medir o desenvolvimento económico de uma determinada sociedade, sendo que, anos mais tarde o termo para além de designar crescimento económico, também fazia alusão ao desenvolvimento social (Paschoal, 2000 cit. in Albuquerque et al, 2007).

Na década de 60, repensou-se no presente conceito, pois embora os indicadores socioeconómicos fossem importantes para a qualidade de vida objetiva, tornou-se importante a perceção de qualidade de vida para as pessoas no ponto de vista do bem-

estar emocional, físico, psicológico, satisfação com a vida, valores, crenças entre outras dimensões intrínsecas à individualidade de cada pessoa, ou seja, a qualidade de vida subjetiva. Esta vertente de estudo foi relevante pela necessidade de entender a qualidade de vida de uma forma mais generalizada, na medida em que este conceito ficaria a comportar mais áreas em comum da sociedade em geral, não focando somente a riqueza, estatuto social, nível educacional, entre outras. Neste ponto de vista, o sujeito deveria avaliar a qualidade da sua vida e não seguir modelos de enquadramento de qualidade de vida, pelos quais os investigadores julgavam serem bons.

São várias as disciplinas que ao longo dos anos têm demonstrado interesse em conhecer a qualidade de vida, entre as diversas disciplinas, destacam-se a economia, psicologia, pedagogia, medicina, enfermagem e a própria filosofia.

Cada área de estudo tem uma perspectiva diferente relativamente ao conceito, pelo que contribui para uma falta de consenso entre investigadores, no que toca à sua operacionalização. No entanto, apesar de haver diferentes abordagens ao tema, a preocupação com os aspetos que contribuem para o bem-estar, para a saúde e desenvolvimento humano têm sido focalizados no indivíduo (Engenheiro, 2008).

Os modelos da qualidade de vida abarcam determinados conceitos, tais como, a satisfação com a vida, bem-estar social, independência, controle sobre si mesmo e sobre as diversas áreas da vida e ainda, competências sociais e cognitivas (Figueiredo, Galante, & Sousa, 2003).

Keves (2012, cit. in Marques 2017) defende que a qualidade de vida pode ser classificada objetiva ou subjetivamente. Na forma objetiva, as pessoas medem a qualidade da sua vida com base na riqueza que possuem, o grau académico de que são detentores, o tipo de trabalho laboral, a saúde e a longevidade, ou seja, estes indivíduos referem que por terem mais posses monetárias, mais educação e uma maior longevidade possuem uma qualidade de vida superior relativamente aos indivíduos que não são alvo destas características. Porém, também pode ser vista na vertente da subjetividade, onde as pessoas medem a qualidade que têm na sua vida de acordo com os acontecimentos pelos quais passaram, fazendo uma revisão ao percurso da sua vida.

O conceito de bem-estar também sofreu mudanças a partir do século XX, na medida em que antes se considerava bem-estar quando havia a disponibilidade de bens materiais, tais como, comida, dinheiro, condições habitacionais e sanitárias, acesso a serviços de saúde

e ação social. Atualmente engloba dimensões menos visíveis, como a segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, felicidade e estar bem consigo mesmo. O entendimento de qualidade de vida passa pelas mesmas reformulações, tendo em conta os recursos e o direito a “gozar” a vida (Figueiredo, Galante & Sousa, 2003).

Porém, as variáveis que estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida na terceira idade podem ter diversos impactos no bem-estar subjetivo da pessoa idosa (Neri, 2007 cit. in Marques, 2017). Neste sentido, o envelhecimento bem-sucedido aparece na terceira idade como um possível componente da qualidade de vida do sujeito, na medida em que vê a pessoa idosa como pró-ativa, a qual tem a capacidade de dar resposta à qualidade de vida por meio da definição de objetivos e lutando para os alcançar, reunindo recursos necessários para a adaptação às mudanças e manutenção do bem-estar.

Um envelhecimento para ser qualificado como bem-sucedido deve ser alvo de qualidade de vida e bem-estar, devendo ter sido fomentado no decorrer dos estados anteriores de desenvolvimento. Irigaray e Trentini (2009 cit. in Azevedo, 2015) realizaram um estudo sobre a qualidade de vida na velhice, no qual conseguiram perceber que este conceito faz a inclusão de critérios objetivos e subjetivos, os quais são manipulados pelos valores do indivíduo e da sociedade em que este viveu durante parte da sua vida. Além disso, obtiveram resultados nos quais os afetos positivos (viver uma vida com alegria, amor e amizade) foram os aspetos mais determinantes para se ter uma boa qualidade de vida no período da velhice. Em contrapartida, os aspetos mais apontados como sendo prejudiciais ao bem-estar foram essencialmente a política, a falta de segurança e as desigualdades sociais. Durante a recolha de dados para a investigação, os autores referem que os idosos abordados, salientaram que o mais importante para melhorar a qualidade de vida é o fator “ter saúde”.

Na mesma perspetiva, Llobet et al. (2011 cit. in Azevedo, 2015) indicam que num estudo realizado sobre a qualidade de vida, as pessoas idosas consideraram diversos fatores para dar uma resposta positiva a este tema, nomeadamente, saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade), ambiente adaptado às dificuldades (habitação, ambiente social, serviços), isolamento social, autoestima, dignidade e privação económica. Não obstante, evidenciam que a maioria dos idosos perceciona a sua

qualidade de vida como sendo boa e demonstram felicidade e satisfação com a sua vida atual.

1.4. Serviço de Apoio Domiciliário

As respostas sociais dirigidas à terceira idade, nomeadamente o Serviço de Apoio Domiciliário, surgiram pela necessidade de dar uma resposta positiva às necessidades existentes entre a população mais idosa.

Os organismos sociais que visam a proteção social e de saúde à terceira idade evoluíram exponencialmente nos últimos trinta anos, mais concretamente nos últimos dez anos, principalmente no que respeita à disponibilidade de verbas financeiras por parte do Estado e à prestação de cuidados nas instituições e ao domicílio (Carvalho, 2012).

O facto de no ano de 1979 ter havido uma reestruturação jurídica na relação entre o Estado e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS'S) e mais tarde, a publicação dos estatutos das mesmas, contribuiu para o aparecimento de novas instituições e reconfigurações, bem como o alargamento de atividades já existentes.

Dado este contexto sociopolítico, na década de 80 nasceram as primeiras respostas de serviço de apoio domiciliário ligadas às IPSS'S, sendo que só na década de 90 é se verificou uma acentuada evolução das mesmas, consequência de drásticas mudanças nas políticas dirigidas aos cuidados domiciliários tanto a nível nacional como a nível internacional (Silva, 2016).

O Estado intercedeu nesta área na tentativa de adequar os meios existentes na Segurança Social e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) a fim de dar uma resposta adequada ao envelhecimento da população bem como, às necessidades de cuidados inerentes à população mais envelhecida. Neste sentido, estas áreas exigiram não só um maior investimento financeiro por parte do Estado, nomeadamente as entidades que se dedicavam essencialmente à prestação de cuidados sociais ou de saúde, mas também necessitaram de regulamentação baseadas em decretos-lei, despachos e normativos que tinham como objetivos orientar o funcionamento dos serviços, o acesso e o tipo de prestação. Estas mudanças e apoios tiveram como principal objetivo incutir uma boa qualidade aos serviços prestados pelas instituições, contribuir para uma boa organização

interna e ainda, colaborar para que os Dirigentes institucionais alargassem o seu espectro de conhecimentos burocráticos.

Foram várias as medidas públicas que contribuíram para o desenvolvimento e crescimento das instituições, tais como, maior reforço financeiro, mais transparência e inovação, maior desenvolvimento de iniciativas e articulação entre outros órgãos sociais, tendo como objetivo base o aumento da quantidade e da qualidade dos serviços prestados. O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) e a lei dos Cuidados Continuados Integrados foram grandes exemplos de medidas adotadas.

Dado a criação de um modelo que visava avaliar a qualidade das respostas sociais, ou seja, um manual que continha procedimentos para os serviços que davam apoio à população idosa e ainda, reconfiguração da Rede Social, que desde o ano de 2006, tem sido evidente um crescente investimento nos cuidados de saúde e sociais, bem como na qualidade dos cuidados e no combate à pobreza (Decreto-lei nº115, de 14 de Junho de 2006 cit. in Silva, 2016).

O Plano Nacional da Ação para a Inclusão (PNAI, 2006) defendeu que a população idosa deveria ser um dos eixos prioritários da sua intervenção, tendo como principais objetivos dar continuidade ao complemento solidário para idosos com 65 ou mais anos de idade que tivessem baixos recursos económicos; implementação do projeto-piloto de requalificação habitacional da população idosa mais carenciada e ainda, desenvolvimento do Programa de Alargamento de Redes de Equipamentos e Serviços (PARES). Este último tinha como principal objetivo, conseguir até ao ano de 2009, aumentar o número de vagas nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e no SAD. Para além deste objetivo, o PARES tinha outra grande meta até ao ano de 2009, aumentar o SAD para pessoas com deficiência em 30% e para as pessoas idosas em 10%.

O PAII em conjunto com a lei de Cuidados Continuados Integrados deu origem a novos SAD, nos quais se integrou a área social e de saúde, bem como o alargamento e o melhoramento da qualidade dos serviços prestados (Carvalho, 2012).

Na atualidade, a política dirigida aos cuidados tem uma vertente dupla, sendo que por um lado, a rede de cuidados integrados, valoriza os cuidados de saúde e sociais e por outro lado, a política de cuidados sociais. Assim, os cuidados de saúde focalizam-se nos cuidados de saúde e sociais após a alta hospitalar, que são efetuados por centros de saúde

e hospitais, mantendo a articulação com o Instituto da Segurança Social, que predispõe de uma equipa multidisciplinar especializada.

No que concerne aos cuidados sociais, estes estão essencialmente relacionados com a solidariedade, apoio e ajuda, valores inculcados aos ideais judaico- cristãos, à doutrina social da Igreja católica e aos direitos humanos. Estes cuidados estão a cargo do Estado, assim como de instituições de cariz religioso, como por exemplo, centros paroquiais, misericórdias, entre outras Organizações laicas, que disponibilizam suporte de dia e de noite em lares e domicílios.

Há que ter em consideração que existem determinadas famílias que não conseguem prestar o apoio necessário e com qualidade aos seus idosos, sendo que por vezes os cuidados a serem prestados requerem uma maior especialização e meios dos quais as famílias não são detentoras, como é o caso de cuidados com as escaras, a alimentação por sonda nasogástrica, os cuidados específicos com doentes dementes, nomeadamente doentes de Alzheimer, entre outros cuidados relevantes a ter em conta que contribuem para o bem- estar e para uma qualidade de vida satisfatória da pessoa idosa.

Para além dos problemas referidos anteriormente, existem outros gravosos, desde a elevada taxa de trabalho feminino integral, défices nas áreas da reabilitação física e cognitiva, baixo investimento nas ajudas técnicas e até mesmo nos transportes adequados às necessidades da população idosa dependente.

Relacionando os aspetos enumerados com os níveis de pobreza absoluta e relativa, pode-se considerar que muitas pessoas idosas não são possuidoras de meios para darem resposta à situação em que se encontram, pelo que não têm as mínimas condições para poderem usufruir de um envelhecimento dotado em qualidade.

Não obstante, para além dos défices que o Estado tem apresentado nos apoios às necessidades da população idosa, o SAD tem-se revelado uma resposta positiva e de preferência tanto por parte do idoso como do Estado. Na mesma linha de pensamento, Fernandes (1997 cit. in Macedo, 2014) refere que o SAD apresenta-se como um modelo de gestão pública da velhice e recai sob a preferência da população idosa, na medida em que este serviço dá ênfase a um maior respeito pela dignidade da mesma e também apresenta soluções economicamente mais baixas do que as medidas públicas de velhice com alojamento.

No ponto de vista de diversos autores, o SAD demonstra uma elevada importância nos cuidados prestados aos idosos, sendo considerados os seus efeitos positivos em diversas vertentes, desde o impacto que o SAD tem na redução dos custos assistencialistas, ou seja, as pessoas idosas usufruem dos serviços prestados pelo SAD na sua habitação, pelo que há uma redução de internamentos nos hospitais e ainda contribui para que fique uma maior disponibilidade de lugares em lares. Outra grande vantagem é precisamente um melhoramento da qualidade de vida e bem-estar, tanto do cuidador informal como do próprio idoso (Pimentel, 2001).

Porém, apesar desta medida pública ter tido um grande desenvolvimento nestes últimos anos, o tipo de resposta que apresenta continua a ser insuficiente para dar uma manutenção adequada às dificuldades e/ou necessidades apresentadas pela população idosa no seu próprio domicílio, nomeadamente aquela que se apresenta com maior dependência e requer cuidados mais especializados, pelo que o número de procura de lares que permitam a institucionalização da pessoa idosa tende a aumentar, no entanto estes apresentam-se em número reduzido face à procura que têm.

1.4.1. Surgimento e Evolução da Resposta

Foi no início dos anos 70, mais concretamente em 1976, que surgiram as primeiras respostas de Serviço de Apoio Domiciliário articuladas com os Centros de Dia, pois permitia que criasse uma maior consistência a ambas as respostas. Porém, passado 10 anos, em 1986, os SAD ficaram mais autónomos, sendo que se verificou um grande desenvolvimento dos mesmos, apurando-se, em média, uma abertura de 75 SAD por ano (Macedo, 2014).

Estas respostas sociais foram criadas com o intuito de combater o isolamento, não só a nível individual, mas também social, promovendo a autonomia e assegurando um vasto leque de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos mais vulneráveis, nomeadamente a população idosa, pessoas com deficiência e/ou incapacidades incapazes de satisfazerem as necessidades básicas do dia-a-dia, ou ainda, em situação de dependência (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010).

As respostas sociais de apoio à terceira idade têm progredido substancialmente nestes últimos 50 anos, uma vez que as sucessivas reformas das leis que ocorreram desde o

ano de 1976, ano em que ocorreu a promulgação da Constituição Portuguesa revogando a Constituição de 1933, favoreceram o despoletar dos equipamentos dirigidos às pessoas idosas (Montanha, 2015, pp. 7-10).

Posto isto, o SAD foi palco de desenvolvimento na década de 80, no entanto só na década de 90 é que o seu desenvolvimento foi mais acentuado e se fez sentir. Segundo a Carta Social (2014), esta resposta social teve um aumento de 71% entre o ano de 2000 e 2015, criando mais 2700 unidades de Serviço de Apoio Domiciliário em todo o território Continental.

Em 2015, o SAD foi a resposta de apoio à terceira idade que mais cresceu e mais capacidade revelou para dar uma resposta positiva aos mais idosos, sendo que disponibilizou mais de 108 mil lugares, o que representou mais de $\frac{1}{3}$ do total de lugares disponíveis e mais do total de lugares em serviços de apoio à pessoa idosa.

Já a Carta Social elaborada no ano de 2017, revelou que a capacidade nas diversas respostas à terceira idade teve um crescimento de 74% entre o ano de 2000 e 2017, em paralelo com o aumento do número de respostas, conforme se pode observar na ilustração 1. No ano de 2017, contabilizaram-se mais 116 000 novos lugares do que no ano de 2000, o que perfaz um total de 272 000 lugares.

Ainda, na ilustração 1, pode-se observar que o SAD foi de entre as respostas de apoio à Terceira Idade que mais lugares disponibilizou no ano de 2017, cerca de 110 000.

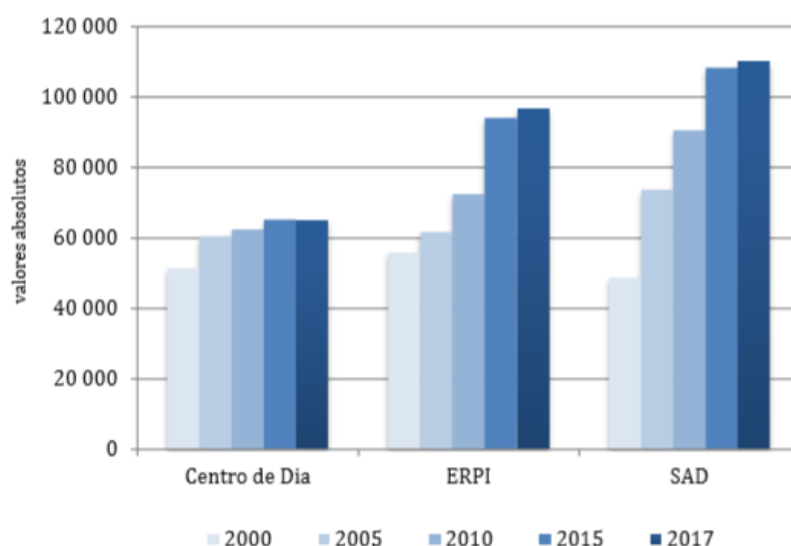


Ilustração 1: Gráfico da evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosa, Continente (2000-2017)

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2017, p. 44

Tal como o número de lugares disponibilizados, também o número de clientes que passaram a usufruir dos serviços SAD teve um ligeiro crescimento, ainda que a um ritmo mais moderado, conforme demonstrado na ilustração 2.

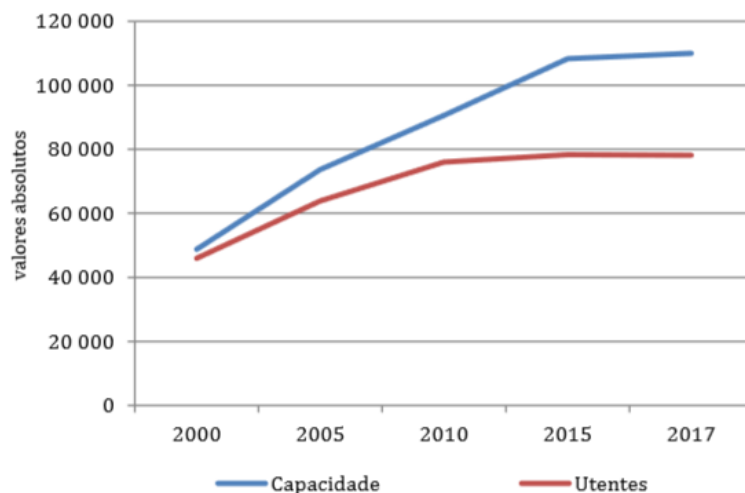


Ilustração 2: Gráfico da evolução da capacidade e do número de clientes da resposta social SAD, Continente (2000-2017)

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2017, p.44

Segundo a Carta Social (2017), no ano de 2017 do número total de lugares disponibilizados pelo SAD, 63% estavam abrangidos pelo acordo de cooperação, ou seja, o Instituto da Segurança Social, IP participava com um apoio financeiro imprescindível para que as instituições pudessem dar uma resposta adequada aos seus clientes.

Ainda, tal como está representado na ilustração 3, as principais respostas dirigidas à população idosa têm tido um desenvolvimento de cerca de 59% desde o ano de 2000, pelo que se pode traduzir num aumento superior a 2700 novas respostas.

A título de exemplo, conforme se verifica na ilustração 3, pode-se mencionar que o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) faz parte das respostas sociais que mais têm expandido nos últimos anos, cerca de 71%.

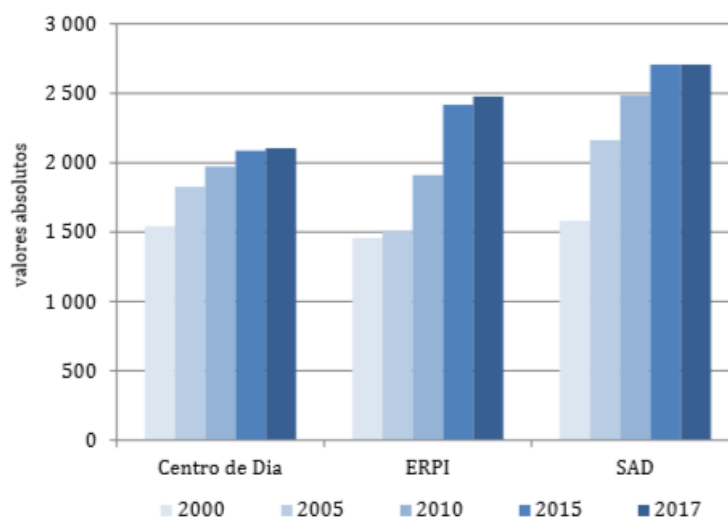


Ilustração 3: Gráfico da evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente (2000-2017)

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social 2017, p.43

De acordo com o Despacho Normativo nº 62/99, de 12/11/1999, o serviço de apoio domiciliário é uma

“Resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária” (Despacho Normativo nº 62, de 12 de novembro de 1999).

Desta forma, o SAD assume a responsabilidade de dar apoio às pessoas idosas, nomeadamente às que se encontram em situação de maior dependência e fragilidade tanto física como psicológica.

O recurso aos serviços disponibilizados pelo SAD encontra-se relacionado, na maior parte das vezes, com casos onde existe um baixo, ou até mesmo inexistente, suporte familiar e/ou de cuidadores particulares ou no caso em que estes não conseguem assegurar os cuidados básicos necessários à pessoa idosa. Por conseguinte, o SAD é considerado mais do que um mero prestador de cuidados/ serviços no domicílio, este também é considerado um serviço com caráter de proximidade, uma vez que corresponde a uma resposta social organizada em que as pessoas que se encontram numa situação de dependência podem ter acesso a um vasto conjunto de serviços que

satisfazem as necessidades básicas e específicas, tendo acesso ao apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e ainda, atividades sócio recreativas (Jerónimo, 2016). Na perspetiva da Organização Mundial de Saúde (OMS), o SAD corresponde a uma resposta que articula os serviços de saúde e do social, os quais são prestados ao cliente no seu domicílio. Esta articulação entre serviços permite, de certa forma, prevenir, retardar ou até mesmo impedir a institucionalização da pessoa idosa.

Ainda, Rodriguez & Sánchez (2000 cit. in Oliveira, 2007) mencionam o SAD como sendo um serviço que comporta um programa individualizado com objetivos preventivos e reabilitadores, no qual constam um leque de serviços e técnicas de intervenção profissional, com incidência nos cuidados pessoais, nomeadamente alimentação, higiene, cuidados habitacionais e apoio psicossocial. Os serviços mencionados anteriormente destinam-se tanto aos clientes como aos familiares, tendo como objetivo base a promoção da relação entre as pessoas idosas e o meio envolvente. Apesar do serviço de apoio domiciliário ter evoluído de forma acentuada nestes últimos anos, há constantes alterações nas circulares de orientação técnica acordadas em sede de CNAAPAC (Comissão Nacional de Acompanhamento dos Protocolos e Acordos de Cooperação), bem como as modificações de funcionamento a que o contrato coletivo de trabalho para IPSS'S (Instituições Particulares de Solidariedade Social) estabelecido entre Estado e as mesmas está sujeito.

Contudo, foi a partir dos finais da década de 70 do século XX que se começaram a falar de cuidados no domicílio, pelo facto do número de pessoas com mais de 65 anos de idade ter aumentado de forma significativa. No entanto, só na década de 90 do século XX é que os cuidados no domicílio ganharam maior expressão, inscrevendo-se no contexto das políticas públicas de apoio às pessoas idosas (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a cit. in Rosa, 2012).

Atualmente, as pessoas idosas tendem a procurar respostas sociais que mais se adequem às suas necessidades. O SAD é uma das respostas sociais disponibilizadas que as pessoas idosas têm procurado pelo facto de os serviços disponibilizados conseguirem colmatar as suas necessidades, permitindo-lhes poder continuar a residir no seu lar. Em Portugal, o SAD está regulamentado através da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, sendo que neste Despacho estão mencionadas as normas reguladoras das

condições de implementação, localização, instalação e funcionamento do equipamento de SAD.

Segundo o artigo nº3 da presente portaria, que regulamenta o SAD, o mesmo menciona como seus objetivos gerais os seguintes: i) Promover e melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; ii) Colaborar para uma melhor conciliação entre a vida familiar e profissional do agregado familiar; iii) Cooperar para que o cliente permaneça pelo máximo de tempo no seu meio habitual de vida, retardando e/ou até mesmo evitando a sua institucionalização em estruturas residenciais; iv) Desenvolver junto do cliente estratégias de promoção da sua autonomia; v) Disponibilizar os cuidados e serviços adequados segundo as necessidades dos clientes, sendo os mesmos objeto de contratualização; vi) Simplificar o acesso a serviços da comunidade; vii) Fortalecer e desenvolver as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores próximos dos clientes.

Não obstante, seguindo o artigo nº4 da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, o SAD deve disponibilizar um conjunto variado de cuidados e serviços, tendo em conta as necessidades dos clientes, para que consiga dar seguimento com sucesso aos objetivos estipulados inicialmente.

Os cuidados e serviços concedidos pelo SAD devem ser disponibilizados diariamente, garantindo, sempre que necessário apoio aos sábados, domingos e ainda, feriados. O SAD deve ter capacidades para prestar quatro dos seguintes cuidados e serviços: a) Cuidados de higiene e conforto pessoal; b) Higiene habitacional, tendo em conta a natureza dos cuidados prestados; c) Fornecimento e apoio nas refeições, seguindo as dietas com prescrição médica; d) Tratamento da roupa pessoal do cliente; e) Atividades de animação bem como de socialização, nomeadamente, cultura, lazer, animação, pagamento de serviços, aquisição de bens e géneros alimentícios, disponibilização de informação que torne simples o acesso a serviços da comunidade, satisfazendo outro tipo de necessidades; f) Serviço de teleassistência.

Para além destes serviços, o SAD pode garantir outros serviços, como por exemplo: a') Formações e ações de sensibilização junto dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos clientes; b') Apoio psicossocial; c') Confeção de alimentos no próprio domicílio; d') Acompanhamento ao exterior; e') Cuidados de imagem; f')

Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; g') Promoção de atividades ocupacionais.

Apesar do SAD contemplar todos os serviços enunciados anteriormente, o Artigo nº5 descreve os princípios de atuação que devem estar inerentes ao mesmo para que haja uma manutenção eficaz perante as necessidades e problemas que estão incrementadas nos clientes. Neste sentido, o SAD aporta os seguintes princípios de atuação: 1) Qualidade, eficiência, humanização e individualização; 2) Interdisciplinaridade; 3) Realização de uma avaliação prévia das necessidades do cliente; 4) Preservação e zelo pela intimidade e vida privada tanto do cliente como da família do mesmo; 5) A entrada no domicílio e a visualização da correspondência devem ser autorizadas pelo cliente; 6) Proporcionar ao cliente, representante legal ou familiares do mesmo uma participação ativa e conhecimento acerca da elaboração do plano de cuidados e serviços.

Cada cliente deve conter um Plano de Cuidados Individualizados, tendo em conta as suas necessidades e problemas diagnosticados. Este plano deve ser elaborado com a colaboração da família ou com a ajuda do cliente, sempre que se verifiquem faculdades mentais, pois este instrumento permite um conhecimento mais específico do tipo de intervenção que se poderá realizar com o cliente e ainda, assegurar a prestação dos serviços por pessoal com formação adequada.

Para que haja um bom funcionamento do SAD existem um conjunto de orientações que se devem ter em conta, nomeadamente o quadro de pessoal afetar. Segundo o documento normativo que rege o SAD, é necessário um Diretor Técnico, um Técnico Superior de Serviço Social por cada 60 clientes, um Ajudante Familiar por cada 6 clientes, um Ajudante de Cozinheiro por cada 30 clientes, um trabalhador auxiliar por cada 30 clientes, um Motorista e ainda, um Administrativo (Bonfim e Veiga, 1996). Sabe-se que, por vezes, as pessoas idosas têm dificuldades em criar novas rotinas, hábitos e adaptar-se a novos contextos na sua vida. É neste ponto de vista, que a prestação dos serviços de SAD devem ser assegurados, sempre que possível, pelos mesmos profissionais, a fim de garantir a continuidade no relacionamento entre o profissional prestador de cuidados e o cliente, facilitando a criação de relações interpessoais.

Não obstante, cada cliente deve ter na instituição que presta os serviços, um processo individual, no qual conste um conjunto de informações relativas ao mesmo, sendo elas:

(a) Identificação e residência do cliente; (b) Identificação, endereço e um possível contacto do representante legal ou familiar responsável que, em caso de emergência, se possa contactar; (c) Indicação do médico assistente do cliente; (d) Referir o tipo de cuidados e serem prestados, bem como a sua periodicidade; (e) Determinação da data de início da prestação dos serviços e por fim, entregar uma cópia do contrato celebrado. No domicílio do cliente também deve constar algumas informações, tais como: (1) Plano de cuidados e/ou serviços a prestar, sendo que o mesmo deve ser do conhecimento do cliente e representante legal; (2) Deve haver um registo diário dos serviços prestados, bem como a data em que os mesmos foram realizados, constando sempre a assinatura do prestador de cuidados e ainda, no domicílio do cliente, deve permanecer um registo de avaliação periódica das suas condições físicas, psíquicas, de saúde e sociais.

Ainda relativamente às normas instituídas no Despacho Normativo que rege o SAD, os colaboradores de SAD devem considerar a habitação do cliente como sendo um espaço inviolável, no qual não podem executar alterações nem eliminar bens e objetos sem o consentimento do próprio cliente ou pessoa responsável. Há que salientar, que nos casos em que a chave do domicílio do cliente é confiada, a mesma deve ficar guardada em segurança ou confinada à responsabilidade de cada profissional que presta os serviços de cuidados junto do cliente.

Por último, importa mencionar que cada instituição que tenha a valência de SAD deve elaborar um Regulamento Interno, fazendo referência às condições particulares de funcionamento, ajustando-o às características e necessidades do meio de que é alvo, sem nunca fugir às orientações regulamentadas no Despacho Normativo (Oliveira, 2007) Após uma breve análise dos Despachos Normativos 62/99 de 29 de setembro e 38/2013 de 30 de janeiro, denota-se que o seu cariz é marcado pelo social e que dá um grande relevo ao bem-estar do cliente, bem como da respetiva família. Não obstante, é notório o facto do SAD ter sido criado com o objetivo de dar uma resposta positiva às necessidades e /ou problemas quer das pessoas idosas mais autónomas quer das pessoas idosas com um grau mais elevado de dependência.

1.5. O Idoso Dependente e o Idoso Independente – Duas Realidades a Considerar nas inovações e desafios do Serviço de Apoio Domiciliário

A sociedade atual tem-se apresentado ao longo dos tempos bastante envelhecida, consequência de uma maior longevidade humana e por sua vez de uma baixa natalidade. A esta realidade associam-se índices de dependência cada vez mais elevados, no sentido em que há um agravamento da morbilidade adquirida e o idoso apresenta-se mais vulnerável. Neste sentido, a prestação de cuidados são cada vez mais exigentes, tendo em conta que a idade avançada acarreta um maior risco de doenças e por sua vez condições de dependência, conduzindo para um aumento de pedidos de ajuda, apoios e orientações (Andrade, 2014).

Tal como consta no decreto-lei n.º 101, de 06 de junho 2006, a dependência está associada a situações em que a própria pessoa, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, geradas por doenças crónicas, estados de demência, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou fraca retaguarda familiar, não consegue realizar as atividades de vida diária.

Todavia os conceitos de autonomia e/ou independência devem ser relevantes quando se fala da dependência, pois são estados que na prática não se encontram tão lineares o quanto parecem. Quando se intervém com o cliente, não podemos avaliar a situação do mesmo como dependente ou independente, deve-se tentar perceber e diagnosticar todas as capacidades e funcionalidades que o cliente ainda possui. Tal como refere Sequeira (2010) , a intervenção efetuada a um cliente dependente deve ser dotada para criar condições propícias e necessárias, no sentido de este rececionar a melhor assistência possível nas suas AVD'S bem como, promover a sua dignidade.

O autor ainda refere que é extremamente importante, inculcar à sociedade novos referenciais que levem a que esta afaste pensamentos, tais como, pessoas idosas pensam da mesma forma, ou que por exemplo, no caso de estarem acamados, que já não possuem autonomia ou vontade própria. Para que esta realidade seja possível, é urgente repensar em novas formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa no seu domicílio, de forma a não sobrecarregar a família a nível físico e psicológico.

Contudo, a estruturação familiar foi outro campo que também sofreu consideráveis modificações, nomeadamente o papel da mulher, cuidadora informal, que passou a ter outros encargos no seu dia-a-dia, tendo colocado dificuldades à prestação de cuidados no domicílio.

Do ponto de vista de Gil (2007), a presença e a participação familiar no apoio aos elementos mais velhos da família é reclamada, porém, menciona, o facto de não existirem medidas que conduzam a uma conciliação entre a vida familiar e o trabalho, no que se refere a apoios financeiros, flexibilidade no trabalho e até mesmo a licenças de assistência à família mais alargada segundo as suas necessidades. Acrescenta ainda, que não existem políticas protetoras de todos aqueles que deixam o seu trabalho laboral, por livre iniciativa, para cuidarem a tempo inteiro dos seus familiares. Desta forma, projetar a dependência para cargos familiares, não tem sido o mais correto, uma vez que essa responsabilização implicava preparar, formar, apoiar, acompanhar e supervisionar tecnicamente os cuidadores que se veem confrontados com complexas batalhas, que por vezes, nem os apoios de profissionais nem de serviços de qualidade têm.

Neste sentido, é necessário pensar em novas formas de prestar assistência no domicílio das pessoas idosas, tendo o objetivo de contribuir para o bem-estar e qualidade de vida das mesmas e sem que se sobrecarregue os familiares quer a nível físico quer a nível psicológico (Sequeira, 2010).

Dada a situação, está a tornar-se cada vez mais urgente repensar e reajustar as respostas já existentes, no sentido de ir ao encontro das necessidades da população idosa e não criar unicamente soluções com o objetivo de ter visibilidade e/ou lucro.

A população idosa tende a apresentar situações e exigências bastante diversificadas, pelo que as Organizações devem criar mecanismos para estarem preparadas e terem capacidades para disponibilizar uma resposta imediata, de forma individualizada e centrada a cada cliente (Albuquerque, Almeida, & Santos, 2013).

É necessário tomar providências quando o envelhecimento está associado à dependência, na medida em que é fundamental a criação de condições para que a assistência nas atividades de vida diária (AVD'S) promova a dignidade tanto do idoso como do cuidador. Neste sentido, o SAD assume uma posição muito importante relativamente à sua atuação na vertente da dependência e da autonomia. Relativamente à vertente da dependência, o SAD deve proporcionar mecanismos de intervenção que aliviem a deterioração ou a perda

funcional da pessoa idosa, no sentido de a ajudarem nas suas dificuldades o ainda, realizando determinadas tarefas que lhe sejam impossíveis. Em contra partida, quando a pessoa idosa se encontra num estado de autonomia, o SAD tem um papel fulcral no reforço da sua autoestima e deve, obrigatoriamente, respeitar a vontade da mesma para que esta possa, se ainda não perdeu as suas faculdades mentais, decidir livremente nas diversas áreas da sua vida, tendo em consideração os seus desejos e opiniões.

Porém, o SAD necessita de uma (re)definição no seu modelo de atuação, para que possam existir práticas que incorporem as vontades e expectativas dos seus clientes e ainda, elaboração de planos de cuidados centrados nas necessidades dos mesmos e das suas famílias.

Neste ponto de vista, a intervenção que é feita pelo SAD exige a presença de um profissional teórico e eticamente reflexivo que desenvolva a sua prática profissional pela proximidade, pois só desta forma é que o SAD poderá ser um elo de promoção de autonomia, pautando-se por elevados padrões de qualidade (Rosa, 2012).

Por conseguinte, a realidade atual, requer que haja um forte estabelecimento de relações entre cuidadores formais e informais, de forma a minimizar o seu desgaste. Para que uma resposta social possa prestar o apoio necessário ao cliente, nomeadamente o SAD, este deve ter em conta as condições físicas, psicológicas, económicas e ambientais que o cuidador apresenta, pois os cuidadores são uma peça crucial para que o apoio concedido pela rede social de suporte ao idoso seja feita de uma forma positiva e tenha êxito.

Na perspetiva de Levine (1999 cit. in Oliveira, 2007) um dos grandes objetivos que se revela importante para o futuro do SAD é precisamente reconhecer e dar uma resposta de forma adequada às múltiplas situações e realidades com que se vai deparando.

Esta multiplicidade está relacionada com estruturas familiares diversificadas, prestação de cuidados diferenciados, condições comportamentais e sociais específicas, cada prestação de serviço pode ter uma duração e uma intensidade diferente e os recursos formais e informais devem ser viáveis.

Na mesma linha de pensamento, Quaresma (1999 cit. in Silva, 2016) sublinha que o SAD deveria adotar mecanismos a fim de conseguir dar uma resposta mais eficaz às reais necessidades da população idosa, fazendo uso de conteúdos menos homogéneos, mais flexíveis e diversificados. O SAD deve ter a capacidade de integrar diferentes formas de

atuação, não havendo um modelo universal, pois cada caso é um caso e as intervenções devem-se moldar às necessidades de cada um deles.

Os serviços prestados pelo SAD devem ser pensados e planeados, uma vez que se deve compensar e/ou satisfazer as necessidades decorrentes da dependência de cada cliente, promovendo a autonomia e a liberdade de escolha do mesmo.

Pretende-se que a intervenção realizada pelo SAD seja profissionalizada e multidisciplinar, na medida em que lhe permita executar uma avaliação detalhada das necessidades, problemas bem como, capacidades dos clientes, no sentido de se poder elaborar planos de intervenção compatíveis.

Por conseguinte, para que a intervenção seja efetuada de uma forma adequada, é necessário promover formações especializadas junto aos profissionais que concretizam os cuidados, tendo em conta a complexidade dos cuidados a prestar, nomeadamente aos idosos dependentes e com problemas de demência. Porém, para os clientes mais autónomos, o SAD, enquanto serviço de primeira linha, deve proporcionar a estes uma intervenção precoce que garanta uma ação preventiva na autonomia da própria pessoa (Silva, 2016).

Gil (2009) menciona, segundo um estudo efetuado pelo Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) que decorreu entre o ano de 2001 e 2004, alguns pontos negativos relativamente ao SAD, nomeadamente a insuficiência e a pouca diversidade dos serviços, havendo uma limitação nas atividades de apoio social prestadas, mais especificamente na alimentação e higiene pessoal, défice em termos de funcionamento, que por vezes, estão reduzidos apenas aos dias úteis e ainda, há um reduzido investimento na formação dos recursos humanos bem como, na qualidade da prestação dos serviços.

A mesma autora refere ser fundamental os serviços prestados pelo SAD estarem alistados à vertente da saúde e da reabilitação, uma vez que o caráter meramente social pode constituir-se pouco eficaz para dar resposta às necessidades das pessoas idosas que se encontram numa situação de maior dependência.

Apesar do SAD apresentar alguns défices, também apresenta pontos bastantes positivos que trouxeram benefícios para a população mais idosa. Este serviço dá a possibilidade de a pessoa idosa poder permanecer no seu contexto habitacional, podendo usufruir tanto de cuidados formais como informais, os custos são mais baixos comparativamente com

outros serviços institucionais e para além disso, a pessoa idosa pode desfrutar do conforto do seu Lar sem que seja institucionalizada.

Porém, o facto do SAD oferecer uma vasta diversidade de serviços, permite que o idoso possa ser alvo dos serviços mais adequados às suas necessidades, contribuindo quer para o seu equilíbrio físico, emocional e social do indivíduo quer para o da própria família.

Assim, o SAD em colaboração com o cuidador informal tem a responsabilidade de criar mecanismos propícios para que consigam cuidar da pessoa idosa, ou seja, ajudá-la a viver da forma mais digna e satisfatória possível, independentemente do seu grau de dependência.

1.6. Intervenção Social e Desafios Futuros

1.6.1. O Papel do Serviço Social na Intervenção com Pessoas Idosa

Nos últimos anos tem-se verificado um envelhecimento exponencial da população, sendo que as pessoas têm cada vez mais anos de vida e há medida que o tempo passa, a sociedade tem de se adaptar a esta nova realidade e conceptualizar o envelhecimento da população como um desafio. A preocupação em estruturar novas medidas e políticas para dar uma resposta eficaz à população envelhecida, passa essencialmente pela capacidade de as gerações serem capazes de se articularem e apoiarem-se umas às outras, a fim de viverem em harmonia e união.

Apesar da crise financeira e dos efeitos pouco positivos que o envelhecimento demográfico traz para todos os cidadãos, nomeadamente os ativos, esta transformação deve ser encarada como uma oportunidade capaz de trazer possíveis soluções inovadoras para os atuais desafios económicos e sociais.

Por conseguinte, o maior desafio que a geração mais jovem tem pela frente, passa essencialmente por construir uma sociedade, na qual a população mais envelhecida tenha um lugar ativo e proativo e que coletivamente, com as políticas e as práticas, façam parte de ações que promovam o planeamento urbano, o desenvolvimento rural, os transportes públicos, o acesso a cuidados de saúde, a proteção familiar e social, participação cívica, o lazer, entre tantas outras áreas.

Todos estes desafios exigirão uma nova avaliação e consequente reformulação das políticas sociais e económicas. No entanto, este é um trabalho que merece a intervenção

de todos os agentes, nomeadamente do serviço social, o qual assume um papel de realce.

É com base nesta perspetiva que o serviço social e o envelhecimento se tentam articular, ainda que, num contexto de imensas incertezas, associado à crise económica e financeira (Carvalho, 2012).

A intervenção do Assistente Social tanto se pode realizar com pessoas idosas autónomas, com capacidades de decisão, como se pode dirigir para idosos que possuem patologias relacionadas com demência, ou outras e que não estão nas devidas faculdades mentais. Nestes casos, a participação das pessoas é colocada em causa, no entanto, o profissional deve realizar a intervenção de forma a ir ao encontro dos desejos, expectativas e aspirações do representante legal ou família do cliente (Schlindwein-Zanini, 2010, p. 222 cit. in Jerónimo, 2016).

No caso da pessoa idosa não ter familiares diretos ou representantes legais que demonstrem interesse pelos assuntos da mesma, o Assistente Social deve realizar a sua intervenção com base nos critérios que julgue mais adequados.

Porém, o Assistente Social não intervém apenas com os clientes, o apoio dado inclui os cuidadores informais, pois estes também requerem ações positivistas e substantivas para continuarem a dar uma resposta adequada aos seus idosos.

Esta relação de ajuda entre o profissional e o cuidador informal, remete-nos para objetivos que são caracterizados por terem um caráter assistencialista, preventivo e promocional, no qual o relacionamento que se estabelece entre ambos é privilegiado e local, fazendo com que o Assistente Social não se considere como um alvo sobredotado de verdade absoluta para resolver determinado problema (Rogers, 2000 cit. in Silva, 2012).

No mesmo ponto de vista, De Robertis (2007 cit. in Silva, 2012), salienta que a relação de ajuda entre estes dois atores, exige a formação de vínculos de confiança e, em contrapartida está dependente da realidade complexa e dinâmica, das individualidades de cada sujeito e dos recursos escassos e limitados.

Sendo o Assistente Social um agente que pretende, junto do cuidador informal, capacitá-lo para cuidar de forma afetiva, este profissional demonstra dedicação, solidariedade e cria condições para estabelecer um compromisso para com o outro, demonstrando sentimentos e atitudes plenos de atenção, compreensão, escuta ativa,

comunicação e ajuda, tendo como pressuposto conseguir ingressar no campo da vida mais privada do cuidador, auxiliando-o no restabelecimento do seu equilíbrio e no colmatar das suas necessidades (Fernandes, 2007 cit. in. Silva, 2012).

Deste modo, pode-se considerar que o Assistente Social para prestar um serviço de excelência para com os cidadãos, deve ter a capacidade e empenho de agir eticamente, baseando-se em princípios e valores.

São diversas as realidades com que o Assistente Social se confronta, no entanto, quando se depara com realidades complexas e com pessoas em situações de dependência, este deve acompanhar, esclarecer, informar e ajudar, contribuindo para que o cidadão fique numa situação de autonomia e que consiga dar resposta às diversas áreas da sua vida (Robertis, 2007 cit. in Silva, 2012).

Porém, o Assistente Social também desempenha um papel de apoio extremamente fundamental junto da família, na medida em que esta quando se confronta com os mais variados tipos de dificuldades administrativas, jurídicas, familiares e psicológica, este profissional, pelo facto de ter uma visão mais alargada da própria pessoa, das suas necessidades e até mesmo apoios pretendidos, consegue reencaminhar os indivíduos para as entidades competentes (Silva, 2012).

Relativamente ao SAD, são três as principais funções do Assistente Social, sendo que numa primeira instância tem a função de supervisionar o trabalho desenvolvido. Esta função recai sobre a orientação e formação do que é necessário fazer e como fazer. Outra função, e a qual já se foi desenvolvendo ao longo deste ponto, é acompanhar e contribuir para que haja um bom desempenho por parte dos cuidadores, tanto formais como informais, pois é um trabalho com bastante desgaste físico e psicológico que merece ser reconhecido e valorizado. Por fim, o Assistente Social deve dar um suporte emocional, no sentido de cuidar de quem cuida, de maneira a apaziguar o desgaste físico e emocional que a prestação de cuidados no domicílio exige (Ribeirinho, 2005).

As exigências, a disponibilidade e a flexibilidade dos serviços representam questões essenciais que o Assistente Social tem de ter em conta quanto intervém com a população idosa. No entanto, a missão e os valores que conduzem a intervenção social são muitas vezes baseados na filosofia institucional, na qual o Assistente Social está inserido.

Não obstante, o humanismo é a ferramenta base do serviço social, pelo que os princípios da autonomia, da responsabilidade individual, do consentimento informado, da integridade e proteção na vida privada, devem ser tidos em conta, nomeadamente quando a pessoa idosa se encontra numa situação de maior dependência e/ou vulnerabilidade (Ribeirinho, 2013 cit. in Andrade, 2014).

A intervenção que o serviço social faz com a população mais idosa, passa por conhecer e transformar a realidade das mesmas, cooperando para o seu bem-estar. Ribeirinho (2013 cit. in Andrade, 2014) completa a ideia anterior e menciona que também compete ao Assistente Social, detetar, diagnosticar e realizar uma análise das necessidades sociais das pessoas idosas, não focalizando somente as fragilidades e/ou potenciais desta população e ainda, realizar uma intervenção baseada em diagnósticos de dificuldades, problemas, necessidades e carências inerente à pessoa e à situação em que se encontra. O Assistente Social deve desenvolver a capacidade de enfrentar e dar resposta às necessidades encontradas, para posteriormente propor soluções baseadas em recursos existentes. Portanto, a intervenção deve ser focada na pessoa idosa, levando-a à participação e incitar a que esta seja protagonista nas próprias intervenções sociais de que é alvo.

A abordagem humanista está na base do serviço social, pelo que dá especial atenção ao cidadão, de forma a promover o respeito e a dignidade humana, combate à discriminação negativa, reforça a discriminação positiva, desenvolve intervenções que reconheçam o valor, as capacidades, a autonomia e a autodeterminação quer dos clientes quer dos seus cuidadores informais, de forma a colocarem em prática o paradigma do envelhecimento ativo (Carvalho, 2014).

Na mesma linha de pensamento, Albuquerque, Almeida e Santos (2013) mencionam que deve haver uma nova forma de olhar, pensar e agir perante os desafios que o mundo nos coloca, conduzidos por um conjunto de mutações complexas e imprevisíveis, com cariz social, económico, político e axiológico. Neste sentido, o serviço social contemporâneo é posicionado perante um diversificado conjunto de questões e desafios associados, tanto aos processos de trabalho e respetivas finalidades, como às competências necessárias para a sua execução.

Em suma, a realidade demográfica tem sofrido uma panóplia de alterações de maneira que tem agitado mentalidades e criado novas preocupações políticas e sociais, sendo

que, o papel do Assistente Social é de extrema importância, uma vez que são profissionais que avaliam, refletem e intervêm sobre as várias realidades existentes, nomeadamente entre a população mais idosa, criando condições para que esta tenha o máximo de qualidade de vida possível.

1.7. Desafios presentes e futuros a fim de dar uma resposta positiva às necessidades dos “novos” idosos

A institucionalização da pessoa idosa em equipamentos com alojamento, por vezes constitui-se a opção mais viável, sendo que os motivos para que tal situação aconteça é sobretudo devido a problemas de saúde, baixos recursos económicos, fracas condições habitacionais e ainda, inexistência de uma rede de suporte consistente.

Contudo, os idosos que são alvo da institucionalização nem sempre aceitam positivamente este processo, pois têm uma imagem negativa acerca destes equipamentos e muitas vezes a mudança de meio, coloca em causa a autonomia dos mesmos, o seu autoconceito, autoestima, sentimento de pertença e de bem-estar, na medida em que há uma diminuição na tomada de decisão bem como, a baixa participação nos cuidados que lhes são prestados (Stone, 2000 cit. in Rosa, 2012).

Sendo assim, o idoso institucionalizado tem que se reorganizar no meio em que foi inserido e repensar os seus projetos de vida. A maioria destes equipamentos não estão preparados para ir ao encontro e respeitar a individualidade de cada cliente, uma vez que tendem a seguir uma certa normalização dos cuidados e o tratamento dado aos clientes é igualitário, independentemente das faculdades mentais em que cada um se encontra.

Por conseguinte, o disposto não nos leva a querer que residir numa Instituição é negativo, pretende-se apenas referir que é urgente, este tipo de equipamentos adotarem medidas que sejam centradas no cliente e o vejam como único e diferente, criando as devidas condições para a sua participação ativa.

A manutenção da pessoa idosa no seu próprio domicílio pode ser uma alternativa à institucionalização, na medida em que a prestação de cuidados domiciliários para além de constituir uma modalidade de intervenção, é um serviço mais local, permitindo um maior envolvimento entre a família e o próprio cliente (Rosa, 2012).

O desejo da maioria das pessoas idosas, ainda que apresentem alguma dependência, passa precisamente por envelhecer na sua própria casa. Face a esta perspetiva, Fange, Oswald e Clemson (2012 cit. in Silva, 2016) mencionam que o “*Aging in Place*”, termo inglês para referir envelhecimento em casa, faz alusão à vontade que o idoso tem em permanecer na sua casa, adaptando-se às suas necessidades e condições de mudança.

“*Aging in Place*” é um conceito que tem sido bastante debatido, não só por decisores políticos como também por investigadores, que tentam criar condições para dar resposta à vontade da comunidade idosa, permanecer pelo máximo de tempo no seu domicílio.

Van Leeuwen (2014 cit. in Silva, 2016) refere que segundo a OMS (2007) o “*Aging in Place*” para ter a devida eficiência deve cumprir três características: i) conhecimento e informações acerca do suporte, serviços e benefícios, na medida em que as informações são cruciais na ajuda prestada às pessoas idosas, bem como cuidadores informais; ii) as acessibilidades da habitação também são importantes, uma vez que as pessoas com dificuldades funcionais podem deparar-se com múltiplas dificuldades ao realizar as atividades de vida diária, bem como na mobilidade no interior da casa, neste sentido, a funcionalidade das diversas divisões habitacionais podem ter um grande impacto no tipo e na quantidade de ajudas necessárias, por fim, iii) as acessibilidades existentes na comunidade também são relevantes, sendo que o tipo e a quantidade de ajuda de que uma pessoa é alvo para conseguir usufruir dos serviços da sua área de residência, depende das capacidades individuais e das características do meio externo.

Atualmente, em Portugal, o SAD apresenta-se como um serviço subutilizado, pelo que os modelos de intervenção instituídos remetem para uma prestação de serviços básicos, embora se mostrem capazes de realizar uma intervenção mais eficaz tendo em conta a individualidade de cada pessoa idosa (Martin, Oliveira & Duarte, 2012 cit. in Silva, 2016).

Neste sentido, o SAD é uma resposta que contribui para o bom funcionamento do “*Aging in Place*”, embora que uma intervenção adequada aos diferentes níveis de dificuldades da população idosa careça de respostas sociais integradas que cooperem para um envelhecimento com qualidade no domicílio.

Por conseguinte, o conceito de envelhecer no seu próprio domicílio em articulação com o SAD é uma opção bastante viável, contudo, é necessário incutir junto da sociedade um pensamento positivo acerca do envelhecimento, acabando com os estigmas negativos e

deixar de associar o envelhecimento apenas ao aparecimento de doenças e surgimento de incapacidades que podem levar à dependência. É importante reforçar que o envelhecimento é um ciclo de vida que pode ser marcado por um momento privilegiado da vida do indivíduo, no qual há uma realização pessoal, satisfação e prazer.

Neste ponto de vista, é crucial criar mecanismos de intervenção que prologuem a vida do indivíduo com autonomia e independência, evitando a morbidade. A promoção da saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis, prevenção de doenças e diagnóstico precoce são algumas variáveis a desenvolver junto da população idosa, de modo a que as intervenções a adotar tenham um efeito preventivo e terapêutico eficiente. No entanto, podemos nos deparar com contextos mais problemáticos que merecem especial atenção, tal como situações de pobreza, baixa escolaridade, situações de dependência, situações em que é o próprio idoso assumir o papel de cuidador de si mesmo e por fim, as situações de morbidade.

Para além da monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal e/ou informal ao nível da assistência prestada à pessoa idosa são conceitos extremamente importantes para a promoção da saúde e da funcionalidade.

Este ciclo da vida, terceira idade, deve ser marcado por um período de memórias felizes, em detrimento da sensação de bem-estar, apesar de todas as limitações circunstanciais que possam existir.

Para que a pessoa idosa sinta que teve um envelhecimento conotado como sendo “diferenciado”, deve-se fazer uma intervenção junto da mesma no sentido de reforçar o sentido da vida, mesmo quando inseridos em contextos de défices, devendo haver um trabalho multidisciplinar com agentes da área da saúde, sociais, comunitários e até familiares.

CAPÍTULO II- AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS

2.1. Avaliação das políticas públicas

A avaliação das políticas públicas terá surgido entre os finais do século XIX e princípios do século XX, tendo sido os Estados Unidos da América pioneiros em 1950, sendo que posteriormente em 1970, foi-se difundindo na Europa, nomeadamente na Alemanha e países escandinavos.

A avaliação de políticas públicas, projetos e serviços públicos é algo que tem vindo a ganhar extrema relevância, nomeadamente na aplicação profissional e investigação científica entre os profissionais do trabalho social.

Foi nos anos de 1990 que a avaliação se expandiu pelos países europeus, tendo sido resultado do impulso e da pressão exercida pela União Europeia (Fundos Estruturais e Fundos de Desenvolvimento Regional), o que implicaria mobilização de recursos financeiros e humanos, exigindo ainda, o acompanhamento e a avaliação dos seus resultados. A crescente preocupação pelos aspetos metodológicos da avaliação tiveram grande relevância neste período de tempo pelo facto de se promover uma perspectiva de avaliação baseada na interdisciplinaridade, sendo que as abordagens qualitativas tornaram-se instrumentos importantíssimos para realizar a avaliação de políticas públicas e serviços sociais, de saúde e de educação (Serapioni, 2016).

Ao longo dos anos tem-se observado diversos desenvolvimentos na cultura atual, sendo que o interesse recai, sobretudo, na racionalização da conduta humana, tanto na vertente mais individual como na vertente mais coletiva, constituindo-se um dos elementos com maior destaque. Quando se faz referência à avaliação, a mesma está implícita à noção de racionalidade e à capacidade que atribuímos ao próprio Ser Humano de refletir sobre determinadas ações e conseguir modificá-las posteriormente tendo como bases as consequências que advêm das mesmas. A referida reflexão deve ser vista como um caminho a percorrer a fim de desenvolver a prática de pesquisa e a intervenção social nos diversos campos do trabalho social (Ruiz, 2011).

A avaliação de programas e serviços sociais fazem parte do ciclo de desenvolvimento das políticas públicas, respeitante à gestão e planeamento das ações. A mesma é entendida como a parte integral do processo da política pública, encontrando-se ligada à

manutenção da qualidade dos serviços (Carvalho, 2003 cit. in Furtado & Gasparini, 2014).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2000 cit. in Ruiz, 2011), refere que a avaliação consiste num processo sistemático e objetiva o valor do que cada pessoa faz, pelo que também tem a capacidade de examinar a importância, eficiência, eficácia, impacto e sustentabilidade do que fazemos. Considera ainda, que a avaliação para ser tida em conta como boa, deve responder às necessidades dos beneficiários e apoiá-los nas suas decisões e ações. Por fim, defende que a avaliação é um processo que pretende melhorar e por sua vez, reorganizar as políticas e estratégias, contribuindo para aprendizagens de casos concretos e fortalecer a apresentação de informações de responsabilização.

Foram vários os investigadores que deram o seu contributo para a definição de avaliação de programas e políticas sociais, conseguindo chegar a um consenso relativamente aos aspetos que assentam no processo de avaliação. São três os elementos que aproximam a maioria das definições apresentadas, sendo eles, i) a formulação de juízos sobre os valores ou mérito de uma intervenção que contribui para modificar a realidade social das comunidades, ii) os procedimentos de recolha de dados devem ser baseados na rigorosidade, no sentido de sustentar o mérito e valor das ações, iii) a avaliação é tida em conta como elemento essencial para a tomada de decisões, oferecendo informações fulcrais para o processo de planeamento e gestão de programas, serviços e políticas (Serapioni, 2016).

Segundo a *Agencia Estatal de Evaluación de las Política Públicas y la Calidad de los Servicios* (AEVAL, 2007 cit. in Ruiz, 2011), a finalidade da avaliação é essencialmente a de utilidade pública, sendo que são consideradas algumas linhas de referência para a avaliação de políticas públicas, sendo elas:

- Atividade específica e com identidade própria;
- Atividade institucional que se pode englobar em projetos políticos, modernização e inovação administrativa;
- Utiliza juízos de valores, baseando-se em evidencias e critérios referenciais, pelo que não pode utilizar uma mera descrição ou medição;
- Faz uso de métodos associados às ciências sociais (quantitativos e qualitativos), bem como técnicas de gestão pública. Fazendo uma aplicação sistemática de

métodos exigentes de tratamento de informação, tendo a finalidade de chegar a um maior conhecimento da realidade com que se vai deparando;

- Considerada uma aplicação de desenvolvimento e finalização de uma intervenção pública, tendo como objetivo obter uma aprendizagem e conhecimento integral da intervenção pública que analisa;
- Entende as vertentes de utilidade político-democrática (responsabilidade e transparência governamental), estratégia e gestão (melhora a tomada de decisão e de gestão);
- Ferramenta estratégica e prospetiva;
- Forma-se com base no pluralismo, inculcando mecanismos que incorporam as perceções e os valores dos indivíduos;
- Melhora os serviços da sociedade, nomeadamente melhorar o setor público e aperfeiçoar a qualidade democrática.

Neste sentido, a avaliação é extremamente importante para os serviços sociais, na medida em que permite melhorar a qualidade dos serviços disponibilizados, bem como melhorar e adequar a resposta às necessidades dos beneficiários, pois a avaliação deve ser específica para cada contexto e construída com base nas preocupações, interesses e problemas dos *stakeholders*.

2.2. Qualidade dos Serviços Sociais

Atualmente os cidadãos e a sociedade em geral esperam encontrar respostas sociais que sejam acessíveis a todos os que delas necessitam. Assim, as respostas sociais que estão incumbidas de dar resposta a estas necessidades, devem ter a capacidade de disponibilizar serviços adequados, garantindo qualidade.

A questão da Gestão da Qualidade de resposta passou a ser uma crescente preocupação, na medida em que nos remete para o aprofundamento e desenvolvimento da capacidade de resposta às diversas e mais complexas necessidades com que a sociedade se vai deparando.

Neste sentido, para que se consiga dar ao cidadão a possibilidade de acesso a serviços de qualidade, indo ao encontro da satisfação das suas necessidades e expectativas, é importante haver um envolvimento e empenho por parte de todos os interessados. Na perspetiva de se criar um referencial normativo que permitisse avaliar a qualidade dos serviços prestados e diferenciar as respostas sociais, o Instituto da Segurança Social criou Modelos de Avaliação da Qualidade (MAQ) extensíveis a todas as respostas sociais das mais variadas áreas.

O facto de este instrumento ser constituído por uma lista exhaustiva de todos os requisitos associados aos critérios, permite criar um mecanismo que ajuda o serviço a analisar as suas lacunas, a analisar soluções e a planear a melhoria contínua da qualidade do serviço, no sentido de agrupar num referencial normativo os requisitos aplicáveis a uma certa resposta social desenvolvida pelos estabelecimentos. A natureza jurídica do estabelecimento não é relevante para a aplicação deste modelo, o mesmo permite criar uma igualdade a nível de regras de funcionamento para os serviços que são prestados pela Organização, garantido, desta forma, o mesmo nível de qualidade dos serviços.

Além disso, o Instituto da Segurança Social, IP tem criado e desenvolvido, no campo de ação da sua missão, ferramentas de apoio que permitam promover a Gestão da Qualidade das diversas respostas sociais (Instituto da Segurança Social, IP, 2007).

A Gestão da Qualidade e a implementação de sistemas de gestão desenvolveram-se no decorrer das grandes indústrias de produção de bens, contudo foi nos anos 80 que estas teorias se alargaram ao setor dos serviços. Por conseguinte, apenas nos anos 90 a Gestão da Qualidade passou a englobar Serviços Públicos e por sua vez, Serviços Sociais.

A Gestão da Qualidade, é um método que permite à Organização ter a capacidade de analisar o seu próprio desempenho, tornando-o eficiente bem como, rentabilizar os recursos humanos e materiais.

Nesta perspetiva, uma Organização que seja capaz de gerar valor através de um desempenho qualitativamente desenvolvido, criativo e culturalmente inovador, poderá criar atração ao público, no sentido de criar e desenvolver sinergias que promovam a qualidade das respostas às exigências e necessidades do indivíduo (Costa, 2009).

Este modelo de gestão, para além de contribuir para a redução do desperdício, também contribui para a Sustentabilidade das Organizações, pois o facto de ser prestado um

serviço com qualidade e apropriado às necessidades dos clientes, contribui para que sejam atraídos indivíduos inseridos em classes sociais mais elevadas. Isto é, na maior parte das vezes, a classe média, procura respostas que se adaptem às suas necessidades no setor privado, uma vez que associam que as instituições pertencentes ao 3º setor apenas se limitam dar uma resposta com base em critérios reduzidos e de baixa qualidade. Estas instituições ao demonstrarem bons níveis de qualidade de serviços, irão permitir que a classe mais alta passe a procurar a resposta para as suas necessidades nos serviços disponibilizados pelas mesmas.

A possibilidade de existir um envolvimento de classes sociais diferenciadas pode cooperar para a sustentabilidade financeira das Organizações, uma vez que estas aplicam regras de distribuição de verbas tendo em conta os rendimentos. Vejamos, em Portugal, os acordos de cooperação estabelecidos entre as instituições e o Instituto da Segurança Social permite com que as mesmas recebam um valor único por cliente, sendo que, em contrapartida, a comparticipação de cada cliente depende apenas e exclusivamente dos rendimentos do seu agregado familiar, sendo o seu cálculo baseado em princípios de justiça social e redistribuição igualitária. Portanto, quanto maior for o rendimento do agregado familiar, maior é a sua comparticipação para poder usufruir dos serviços adquiridos. Portanto, este mecanismo permite fazer uma cobertura das situações dos agregados familiares com menos recursos monetários, colaborando para o equilíbrio financeiro da Instituição.

Não obstante, os Sistemas de Gestão de Qualidade também permitem promover os Direitos dos clientes enquanto cidadãos de um Estado Social de Direito, garantindo que os serviços são prestados com a devida qualidade, no sentido de dar uma resposta adequada às suas necessidades.

Deste modo, o cliente é visto como um alvo que contribui significativamente para a manutenção do Sistema de Segurança Social, tendo direito a que os serviços disponibilizados sejam prestados com a qualidade de que são merecedores.

Segundo o *Compromisso y liderazgo de las organizaciones sociales por la calidad* (2002, cit. in Costa, 2009), a Qualidade surgiu como um “Imperativo ético” para as Organizações inseridas no 3º setor e da economia social, que permite orientar a sua missão, visão e princípios fundamentais.

Para além das características referidas, o Instituto da Segurança Social, IP (2007) faz alusão aos objetivos que norteiam a gestão da qualidade, sendo este um instrumento:

- Diferenciador, que permite incentivar a melhoria dos serviços prestados pelas diversas respostas sociais;
- Auto-avaliativo das respostas sociais, conduzindo a uma revisão sistemática do desempenho da Organização, oportunidades de melhoria e o vínculo entre o trabalho que se faz e os resultados que se conseguem atingir;
- Promotor no desenvolvimento e implementação de mecanismos que permitam melhorar a organização e funcionamento da Instituição, por forma a melhorar a eficiência e a eficácia dos seus processos;
- Incentivador, no que se refere à participação dos clientes nos serviços que lhes são exclusivamente reservados;
- Dinamizador, no sentido de envolver a família dos clientes na resposta social;
- Promotor do grau de satisfação e necessidades dos clientes, colaboradores, fornecedores, sociedade, parceiros e de todo o meio envolvente que colaboram para o bom funcionamento da resposta;
- Auxiliador, que permite analisar lacunas, equacionar soluções e planear uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Em jeito de remate final, Ruiz (2011) salienta que um serviço para corresponder às expectativas do cidadão e ser detentor de qualidade, está diretamente relacionado com um conjunto de propriedades que devem ir ao encontro tanto das necessidades implícitas como explícitas dos clientes para as quais estas foram criadas.

Importa referir, que por vezes a satisfação dos clientes fica condicionada pelas expectativas iniciais que estes criaram relativamente à qualidade do serviço prestado, posicionando-os numa perspetiva de conflitos que demora a que estes aceitem a qualidade inculcada em cada serviço prestado.

CAPÍTULO III- METODOLOGIA

3.1. Formulação do Problema

Na investigação, a formulação do problema é a questão de partida para a qual pretendemos saber a resposta, sendo que em contrapartida a investigação surge como o instrumento de resposta.

Neste sentido, Almeida (2006 cit. in Luz, 2018) defende que o problema aparece na investigação não só pela necessidade de clarificar uma lacuna no conhecimento, mas também pelo facto de analisar um fenómeno novo, testar e /ou entender metodologias em dadas áreas e ainda, compreender as conexões que poderão emergir entre fenómenos.

Não obstante, o problema para ser bem formulado deve ir ao encontro de algumas regras, tais como, ser de carácter concreto, curto e preciso, ou seja, apresentar uma ideia simples, pouco extensível e de fácil compreensão, devendo evitar perguntas ambíguas.

O problema formulado para conduzir a investigação deve reunir as condições adequadas para ser estudado e operacionalizado, tendo de ser respondido no decorrer da recolha e análise de dados.

“Qual a perceção que os beneficiários de Serviço de Apoio Domiciliário têm relativamente aos serviços de que usufruem e a sua relação com a qualidade de vida dos mesmos?”, constitui o problema da presente investigação. Pretende-se realizar uma caracterização sociodemográfica dos clientes de SAD, efetuar um levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários, avaliar a perceção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes e por último, conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD.

3.2. Tipo de Estudo

Na área das ciências sociais são vários os métodos e propósitos da investigação social, no sentido em que uma abordagem metodológica constitui uma ferramenta imprescindível para justificar, identificar o objeto de estudo bem como para identificar as técnicas que foram sendo utilizadas ao longo do estudo.

No ponto de vista de Pardal e Correia (1995 cit. in Rosa, 2012) a metodologia comporta um conjunto de operações distintas, na medida em que têm em vista atingir determinados objetivos. Não obstante, adiantam que a metodologia constitui um elemento essencial orientador da pergunta que visa dar resposta ao problema em estudo, delineando o caminho a seguir, encontrando dificuldades e por fim, colaborando nas decisões.

Para conduzir o presente estudo, optou-se por uma metodologia de investigação mista, ou seja, com conteúdo qualitativo, mas em contrapartida com recursos a dados e análises de carácter quantitativo.

No decorrer da investigação, o género de pesquisa escolhido e que se utilizou foi de natureza exploratória, baseada em pesquisa documental, observação direta, entrevista, aplicação de uma escala da qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*) e ainda, conversas informais realizadas a alguns clientes beneficiário dos serviços de SAD. Por conseguinte, a pesquisa pode-se considerar de natureza exploratória, na medida em que se pretende descrever uma multiplicidade de aspetos, fazendo uma avaliação à percepção que os clientes de SAD têm relativamente aos serviços de que beneficiam disponibilizados pelo Centro Paroquial de São João do Monte e da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa.

Assim sendo, para a recolha de dados, optou-se por uma abordagem qualitativa, na qual se fez uso da observação direta, conversa informal, pesquisa documental e aplicação de uma entrevista, enquanto que para o tratamento de dados recolhidos pela escala da qualidade de vida se selecionou a abordagem quantitativa.

Fazendo uma breve reflexão à metodologia selecionada para efetuar a presente investigação, importa refletir acerca da abordagem qualitativa e quantitativa, a fim de perceber a diferença entre ambas.

Bogdan e Biklen (1994 cit. in Rosa, 2012, p. 60) definem a abordagem qualitativa de uma forma bastante simples e esclarecedora que passo a citar:

“Utilizamos a expressão investigação qualitativa como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis sendo, também, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural.”

Apesar da abordagem qualitativa proporcionar uma fácil compreensão das diversas realidades e vivências complexas e subjetivas, baseando-se em dados ricos e descritivos, esta metodologia apresenta algumas limitações, pois impossibilita a generalização dos resultados, não sendo possível aplicar os dados de uma determinada realidade para outra. Na perspetiva de Coutinho (2012), a investigação qualitativa prima por compreender fenómenos que visem a sua totalidade e o contexto em que ocorrem, podendo correr-se o risco de só se conhecer o foco principal do problema após iniciar a pesquisa ou trabalho de campo.

Relativamente à investigação de carácter quantitativa, Fortin (1999 cit. in Rosa, 2012, p. 62) caracteriza este método como sendo:

“...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) O investigador adota um processo uma série de etapas indo da definição do problema à obtenção de resultados. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem”.

Seguindo a mesma filosofia, Coutinho (2012) defende que a investigação quantitativa tem na sua base o propósito de realizar descrições objetivas de um determinado fenómeno (estudos descritivos) ou ainda, compreender se esses fenómenos podem ser controlados através de determinadas intervenções (estudos experimentais).

Em suma, a método qualitativo aceita múltiplas realidades, em que todas têm uma validade e há uma compreensão dos fenómenos em estudo através das perspetivas dos participantes enquanto que o método quantitativo estuda uma realidade única e objetiva, na qual há uma explicação dos fenómenos em estudo através da quantificação da realidade.

3.3. Objetivos de Estudo e Quadro de Análise

O objetivo de estudo serve para explicar os motivos pelos quais a pesquisa está a ser efetuada, bem como, o que se pretende atingir ao realizar pesquisas futuras.

A presente investigação tem como objetivos gerais e principais analisar a perceção dos clientes relativamente aos serviços disponibilizados pelo SAD e o impacto deste na sua

qualidade de vida. Por conseguinte, para atingir o objetivo enunciado, criaram-se quatro objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemograficamente os clientes de SAD;
- Realizar um levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários;
- Avaliar a perceção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes;
- Conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD.

Não obstante, para que o trabalho de pesquisa fosse mais facilitado, efetuou-se um quadro de análise. Este instrumento de pesquisa serve de base orientadora, tornando possível clarificar pressupostos teóricos, definir conceitos e operacionalizá-los, articular as respostas possíveis ao problema de pesquisa e ainda, às opções de técnicas de recolha de dados, população a estudar, estratégias de abordagem e de análise de informação (Almeida, 2006 cit. in Luz, 2018).

Neste sentido, seguindo o quadro de análise que se segue, ilustração 4, pretende-se utilizar instrumentos de recolha de dados (entrevista, escala da qualidade de vida *WHOQOL- Bref*, conversas informais e observação direta) e efetuar pesquisas que contribuam para responder aos objetivos específicos formulados. Na recolha de dados e pesquisas realizadas deve-se ter em conta as seguintes temáticas:

- Caracterização sociodemográfica do beneficiário do Serviço de Apoio Domiciliário, tendo em conta a sua idade, o género, o estado civil, a escolaridade, a constituição do agregado familiar, entre outras informações relevantes para o estudo;
- Realização de um levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários, tendo em conta a qualidade e deficiência dos serviços de que usufruem, bem como as possíveis mudanças de melhoramento de alguns serviços e ainda, escutar as opiniões de possíveis serviços, que não existem, e poderiam ser criados para satisfazer as necessidades dos presentes e futuros clientes;
- Efetuação de uma avaliação com base na perceção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os clientes que usufruem dos mesmos, conhecendo a qualidade dos serviços prestados (Alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional,

tratamento de roupa, acompanhamento ao exterior e atividades socioeducativas), relação e/ ou empatia com as colaboradoras de SAD, regularidade do serviço prestado e ainda, percepção do impacto que o SAD tem na vida dos clientes;

- Conhecimento acerca da qualidade de vida dos beneficiários de SAD, analisando o domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente no qual a pessoa idosa está inserida.

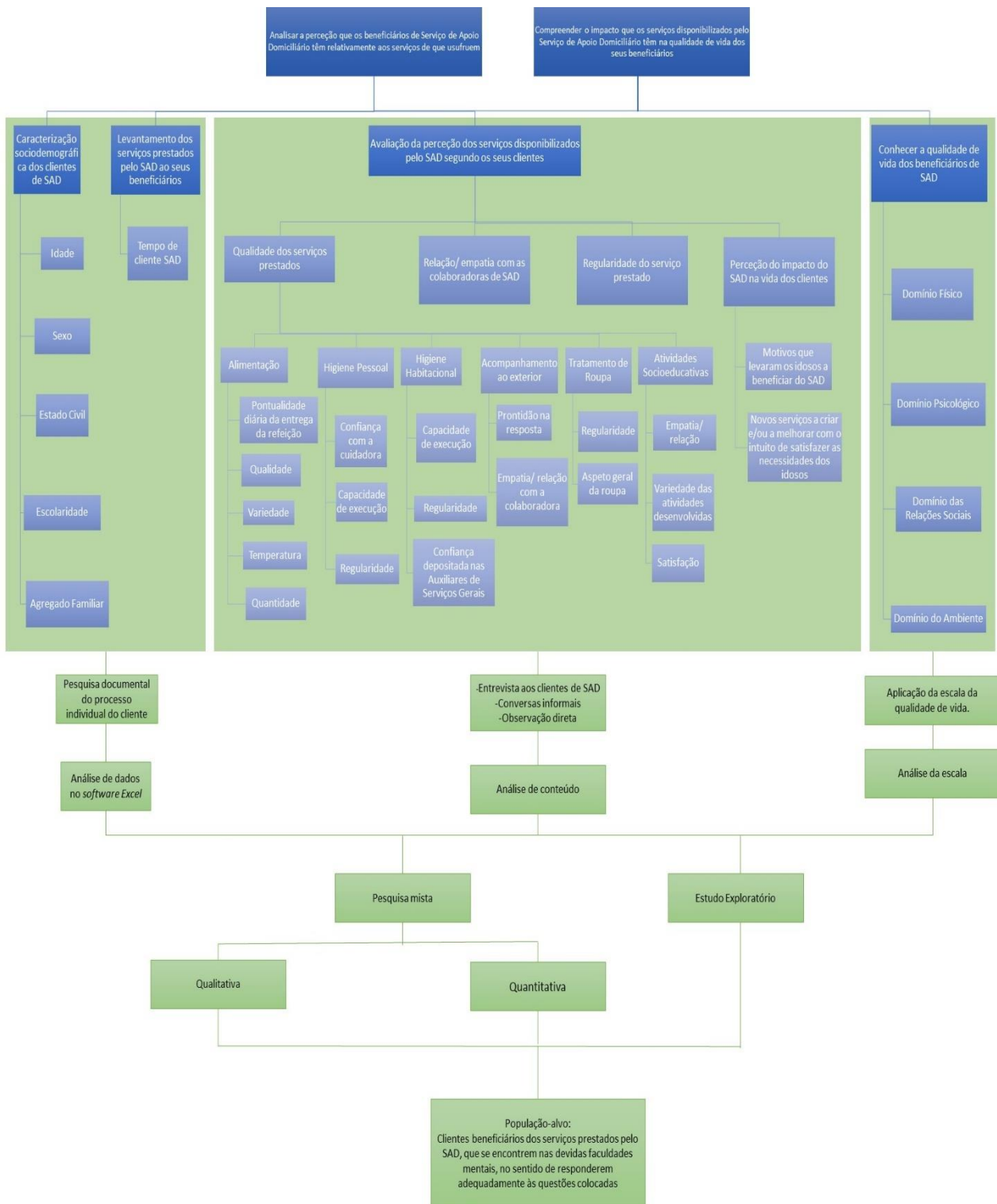


Ilustração 4: Quadro de Análise

Fonte: Elaborado pela autora

3.4. Amostra

Tal como em todas as investigações, para a presente também se utilizou uma amostra de população, nomeadamente população idosa beneficiária de serviços de apoio domiciliário.

Fortin (2003 cit. in Campos, 2014) refere que uma amostra populacional para ser usada num estudo, deve reunir determinados critérios e as características devem adequar-se ao assunto que assenta na investigação. Para além disso, a autora refere ainda que a descrição realizada pela população e pela amostra são elementos cruciais e uteis para a generalização dos resultados, tornando-se evidente que o número adequado de participantes está dependente das características que evidenciam as investigações bem como do contexto onde a amostra é recolhida.

Carmo e Ferreira (1998 cit. in Campos, 2014) mencionam que quanto maior é o número de participantes na amostra, menor deveria ser o erro de amostragem, tal facto não se verifica, uma vez que o elevado número de participantes não faz parte do elemento mais crítico para tornar a amostra representativa.

Assim, para este estudo fizeram parte clientes de duas respostas de Serviço de Apoio Domiciliário distintas, sendo elas a Associação de solidariedade Social de Caparrosa e o Centro Paroquial de S. João do Monte. A escolha das Organizações para realizar o estudo recaiu sobre estas, pelo facto da investigadora desempenhar funções de Técnica Superior de Educação Social em ambas. No entanto a população não foi escolhida de forma aleatória, pois tiveram que reunir dois requisitos essenciais, serem clientes de Serviço de Apoio Domiciliário e possuírem as devidas faculdades mentais, respondendo adequadamente ao pretendido. Estes dois requisitos são essenciais para se conseguir tirar um estudo conclusivo com credibilidade, no sentido de posteriormente confrontar com a literatura já existente.

As duas Organizações têm um total de 50 beneficiários de SAD, sendo que 24 pertencem ao SAD da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e 26 ao SAD do Centro Paroquial de São João do Monte. Desta amostra populacional, apenas foram escolhidos 20 clientes, 10 de cada Instituição, para poder aplicar a escala da qualidade de vida (*WHOQOL-Bref*) e entrevista, tendo em conta os critérios acima descritos.

A aplicação destes dois instrumentos de recolha de dados foi realizada durante o mês de dezembro de 2018 e o mês de janeiro de 2019, sendo que as conversas informais e a observação direta foram-se realizando ao longo de todo o processo de investigação. Porém, houve elementos bastantes importantes que se foram capturando no dia-a-dia sem que os clientes se apercebessem que as próprias atitudes, opiniões e gestos que demonstram, poderiam servir para dar resposta aos objetivos delineados na presente investigação.

3.5. Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados

3.5.1. Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi o método escolhido para dar resposta aos dois primeiros objetivos específicos, que consistiram em realizar uma caracterização sociodemográfica dos clientes de SAD, bem como realizar um levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos mesmos, tendo em conta o Processo Individual de cada cliente.

André e Ludke (1986 cit. in Miranda, 2009), consideram que a pesquisa documental detém elevada relevância na pesquisa qualitativa, uma vez que permite complementar informações obtidas por outras técnicas, permitindo descobrir aspetos novos de um determinado tema ou problema.

Este método possibilitou reunir novos dados e complementar informação já existente, de uma forma fidedigna.

3.5.2. Entrevista

Na presente investigação, a entrevista foi um dos métodos de recolha de dados utilizados que contribuiu para dar resposta a um dos objetivos específicos, o qual consistiu em avaliar a perceção dos clientes relativamente aos serviços disponibilizados pelo SAD.

Na perspetiva de Miranda (2009) numa entrevista, nomeadamente a de carácter semiestruturada, combinam-se questões abertas com questões fechadas, nas quais o entrevistado é livre de difundir-se sobre o tema em questão. Em contrapartida, o entrevistador deve possuir um leque de questões pré-definidas para poder conduzir a entrevista, sendo que o faz num ambiente confortável e postura descontraída, muito semelhante a uma conversa informal.

O papel do entrevistador é essencialmente o de conduzir, sempre que achar oportuno, a conversa para o assunto que lhe interessa, realizando questões para além das que elaborou, no sentido de poder esclarecer respostas e partes de diálogo que não ficaram bem clarificados ou ainda, para ajudar a reorganizar a entrevista, quando se verifica que o entrevistado se dispersou relativamente ao tema em questão.

A entrevista tem a particularidade de ser um instrumento de recolha de dados que permite captar respostas bastante abrangentes, na medida em que é mais fácil a uma determinada amostra populacional aceitar falar e dar a sua opinião sobre assuntos com os quais estão familiarizadas, do que responder por escrito. Outra vantagem das entrevistas é o facto da interação entre entrevistador e entrevistado favorecer respostas espontâneas, podendo os entrevistados fazerem surgir questões repentinas para o entrevistador que poderão conduzir a grande utilidade na sua pesquisa.

Nesta pesquisa foram realizadas 20 entrevistas a clientes de duas instituições diferentes, Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e Centro Paroquial de São João do Monte, sendo que os critérios que se utilizaram foram essencialmente serem beneficiário de SAD e possuírem as devidas faculdades mentais, no sentido de responderem adequadamente às questões propostas.

Tal como foi referido inicialmente, a entrevista foi utilizada com o intuito de responder a um dos objetivos específicos da investigação, o qual consiste em avaliar a perceção que os beneficiários de SAD possuem relativamente aos serviços disponibilizados, tendo em conta a qualidade dos serviços prestados, a relação/ empatia com as colaboradoras, regularidade com que são prestados os serviços e ainda, conhecer a perceção do impacto do SAD na vida dos clientes. O instrumento foi bem aplicado, uma vez que os entrevistados se sentiram à vontade para responder ao que era pretendido e para além de demonstrarem a sua opinião, foram dando outras informações adicionais relevantes e de extrema importância para o presente estudo.

3.5.3. Análise de Conteúdo

Nesta investigação, a técnica de análise de conteúdo foi utilizada para realizar o tratamento de dados recolhidos pelas entrevistas efetuadas aos participantes, observação direta e conversas informais desenvolvidas.

A análise de conteúdo permitiu explorar os dados recolhidos, ou melhor, o ponto de vista de cada participante, sem que houvesse uma divergência do objeto em estudo. Constituiu uma técnica que possibilitou analisar os significados e as mensagens dos clientes de SAD, descrevendo inferências e deduções lógicas.

Henriques (2014) defende que a análise de conteúdo possui uma dimensão descritiva que permite analisar o que foi narrado. Todavia, possui de igual forma uma dimensão interpretativa, que surge no âmbito das interrogações que o investigador faz relativamente à problemática a ser estudada.

No entanto, a referida técnica também foi pertinente para analisar os dados representados nas tabelas e gráficos obtidos através da ferramenta Excel, pois permitiu complementar a informação recolhida e interpretar os valores obtidos.

3.5.4. Conversas Informais e Observação Direta

No decorrer da investigação, as conversas informais que foram surgindo com os clientes, contribuíram de forma significativa para dar resposta aos objetivos da investigação, na medida em que os beneficiários de SAD foram realçando aspetos importantes para o estudo e confrontar com a literatura já existente.

Neste sentido, as conversas informais conduzidas pelo ambiente informal, contribuíram para que os clientes expressassem os seus agrados bem como descontentamentos acerca dos serviços prestados pelo SAD, confrontando os serviços de que usufruem com a qualidade de vida que estes trouxeram. Não obstante, este método de recolha de dados, possibilitou conhecer um pouco mais a vida privada dos clientes, na medida em que estes foram abordando os vários campos da sua vida, mencionando o que os faz feliz e o que os transtorna no seu dia-a-dia.

Porém, a observação direta também fez parte dos instrumentos de recolha de dados utilizados durante toda a investigação, o qual teve um papel muito relevante, pois foi através do mesmo que se conseguiu observar a realidade, o contexto e sobretudo, pequenos grandes pormenores para o tema em estudo.

Na perspetiva de André e Ludke (1986 cit. in Miranda, 2009), a observação é um instrumento de recolha de dados essencial para realizar uma investigação, nomeadamente a qualitativa. Consideram que é uma técnica usuária de sentidos, que obriga a obter determinados aspetos relevantes da realidade, obrigando a que o investigador tenha um contacto de maior permanência com a realidade, conduzindo-o a identificar e a ter conhecimentos relativamente a objetivos sobre os quais o mesmo não tinha consciência. Porém, salientam que a observação, quer seja estruturada ou não, é um instrumento de recolha de dados que permite registar e posteriormente interpretar os dados que foram observados numa determinada realidade, permitindo evidenciar dados que seriam impossíveis de obter em outros tipos de métodos de recolha de dados.

Ao longo desta investigação foi possível interpretar resultados com base em opiniões, sentimentos, comportamentos e atitudes que foram sendo observados na população-alvo em estudo, algo que seria impossível de obter através da implementação de outro tipo de instrumentos.

3.5.5. Escala da Qualidade de Vida- WHOQOL-Bref

Nesta pesquisa, um dos objetivos específicos consiste em analisar a qualidade de vida dos idosos que beneficiam dos serviços prestados pelo apoio domiciliário. Neste sentido, o instrumento de recolha de dados utilizado para responder ao mesmo foi a escala da qualidade de vida *WHOQOL- Bref (World Health Organization Quality of Life)*, pois é um instrumento que permite avaliar a qualidade de vida do indivíduo em diversas áreas da sua vida, tendo em conta a qualidade de vida objetiva e subjetiva.

O presente instrumento de recolha de dados é constituído por 26 questões, entre as quais, duas estão direcionadas em avaliar a perceção geral da qualidade de vida e outra a

percepção geral da saúde, sendo que as restantes se referem a cada uma das 24 facetas específicas do instrumento.

As referentes facetas encontram-se estruturas em quatro domínios diferenciados (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) conforme se pode observar na ilustração 5, sendo que também se pode visualizar uma faceta mais geral correspondente à qualidade de vida.

Cada resposta dada tem uma pontuação, sendo que no final se faz o somatório e quanto mais alta a pontuação, melhor qualidade de vida apresenta o indivíduo. Neste sentido, as questões estão estruturadas em quatro escalas de resposta tipo *likert* de cinco pontos, nas quais se faz referência à intensidade, capacidade, frequência e avaliação, tanto de forma negativa como positiva (Canavarro et. al., 2006 cit. in Martins, 2014).

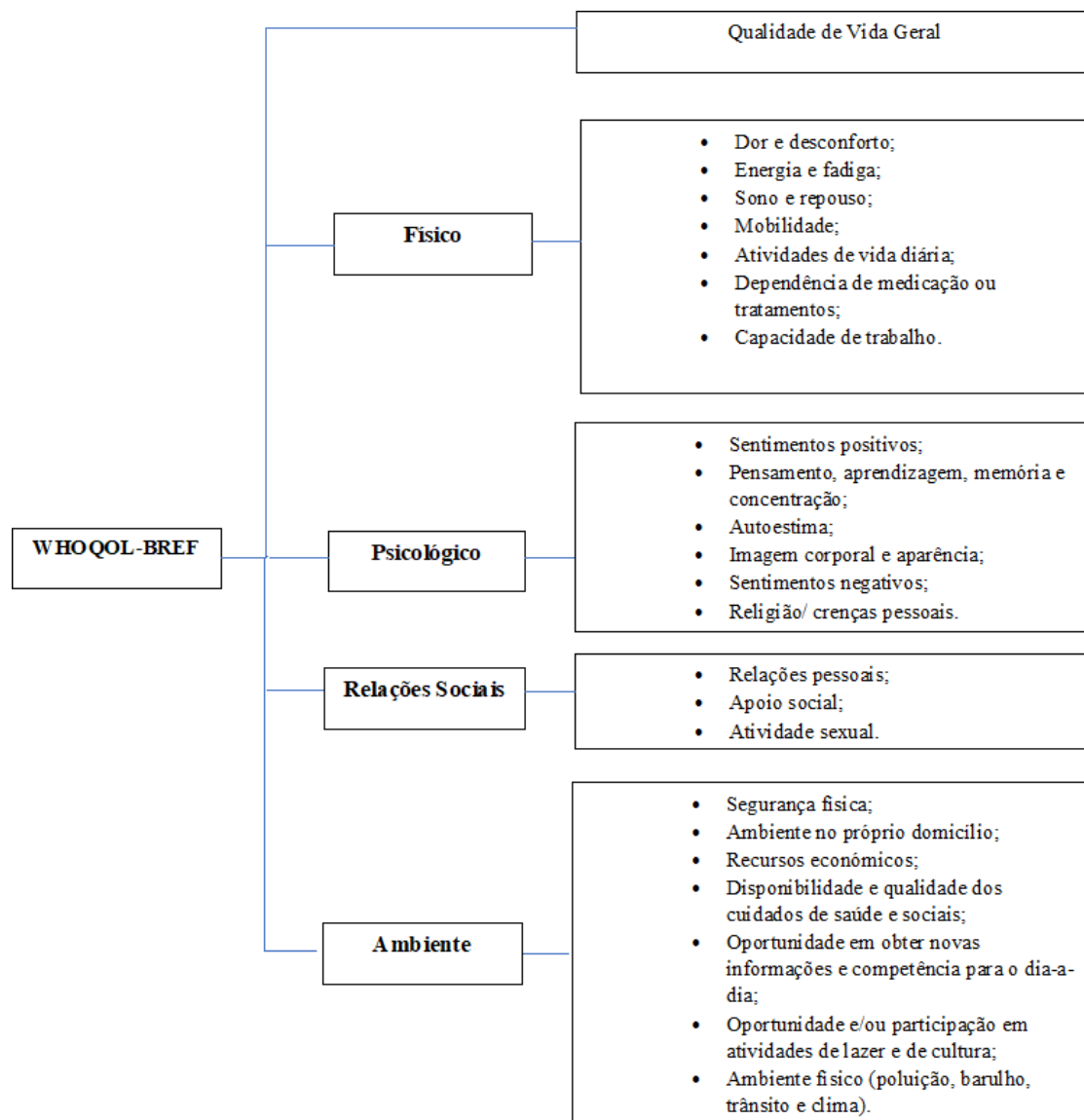


Ilustração 5: Estrutura do *WHOQOL-Bref*: domínios e facetas

Fonte: Adaptado de Canavarro, Carona, Gameiro, Quartilho, Pereira, Rijo, Serra & Simões (2006), p. 3

CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.1. Enquadramento Institucional da Amostra

A Associação de Solidariedade Social de Caparrosa é uma Instituição sediada na freguesia de Caparrosa, possuindo duas valências distintas, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) com capacidade para dar resposta a 16 clientes e o SAD com capacidade para abarcar 30 clientes, sendo que, atualmente, possui 24, pelo que 10 foram escolhidos para realizar o presente estudo.

Relativamente à valência de SAD, este é um serviço bastante completo, pois para além de possuir os serviços básicos (alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupa e higiene habitacional) também disponibiliza serviços de fisioterapia, atividades socioeducativas, acompanhamento ao exterior e ainda, preparação de caixas de medicamentos semanalmente.

Já o Centro Paroquial de São João do Monte, é uma pequena e única Instituição de apoio à Terceira Idade localizada na freguesia de São João do Monte, que apenas possui a valência de SAD, a qual tem capacidade para dar resposta a 30 clientes, sendo que de momento presta apoio a 26, dos quais 10 fizeram parte da presente investigação. Ao contrário da Instituição referida anteriormente, esta, apenas presta os serviços base, uma vez que possui baixos recursos económicos e a equipa disponibilizada é reduzida, sendo constituída somente por 3 Auxiliares de Serviços Gerais, 1 Cozinheira e 1 Técnica Superior de Educação Social/Diretora Técnica.

Ambas as Instituições ficam sediadas no concelho de Tondela, Distrito de Viseu, pelo que são imprescindíveis para dar resposta às necessidades da população idosa. Há que ter em conta que estamos a falar de Instituições localizadas em meios rurais, pelo que a população existente, nomeadamente a mais envelhecida, apresenta-se cada vez mais isolada, não só pelo facto de as aldeias ficarem dispersas, mas também pelo facto de nos últimos anos se ter verificado uma acentuada desertificação por parte da população mais jovem.

Desta forma, o principal objetivo de ambas as Instituições, passa por prestar uma adequada assistência às necessidades dos seus beneficiários e por vezes, à comunidade envolvente, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos mesmos.

4.2. Caracterização Sociodemográfica dos clientes SAD

As informações para a realização das características sociodemográfica dos clientes de Serviço de Apoio Domiciliário foram baseadas na pesquisa documental do Processo Individual (PI) de cada um.

Antes de prosseguir com a consulta, procedeu-se à elaboração de uma autorização dirigida aos Presidentes das duas Instituições em estudo, Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e Centro Paroquial de São João do Monte (Anexos 1 e 2 respetivamente).

Tal como já foi referenciado anteriormente, os indivíduos em estudo foram alvo de uma seleção, sendo que os mesmos tinham de ser, obrigatoriamente, beneficiários de SAD e reunirem as faculdades mentais adequadas para responder conscientemente ao que era pretendido, pois só desta forma é que os dados obtidos se podiam considerar fidedignos e válidos.

Após a introdução e tratamento de dados relativos às características sociodemográficas, no *software "Excel"*, foi possível analisar os parâmetros seguintes, segundo os gráficos e tabelas obtidos.

4.2.1. Género e Idade

Analisando a tabela 1, verificamos que a amostra considerada para estudo apresenta 20 elementos, dos quais 8 são do sexo masculino e 12 do sexo feminino.

Segundo a consulta do Processos Individual de cada cliente, verificamos na ilustração 6, que as idades dos mesmos encontram-se entre os 71 e 93 anos de idade, sendo que a média das idades é de aproximadamente 84 anos. Podemos ainda aferir que a média de idades para o sexo masculino encontra-se aproximadamente nos 86 anos, enquanto que para o sexo feminino a média de idades é de aproximadamente 83 anos.

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com o género

Fonte: Elaborado pela própria autora

	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Masculino	8	40%
Feminino	12	60%
Total	20	100%

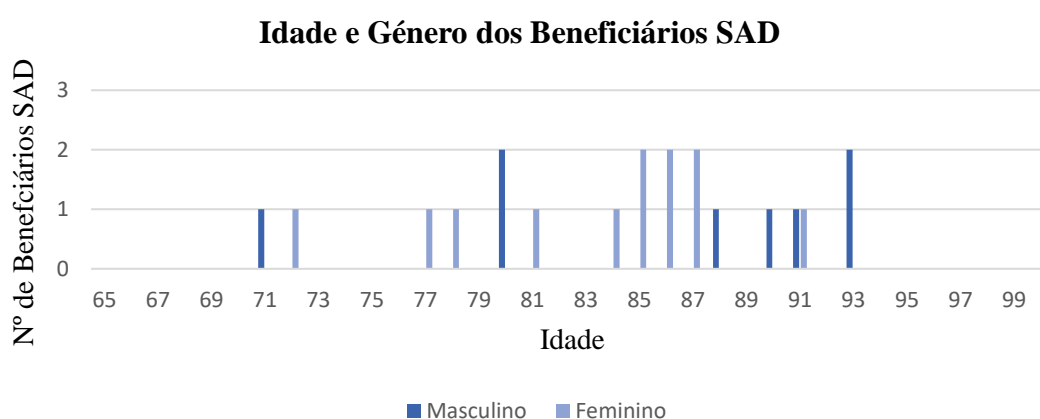


Ilustração 6: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com a idade e género

Fonte: Elaborado pela autora

4.2.2. Estado Civil

Relativamente ao estado civil dos clientes de SAD, conforme se analisa na tabela 2, pode-se referir que 20 % são solteiros, 40% são casados, 10% encontram-se divorciados e por último, 30% são viúvos. Neste sentido, podemos afirmar que a maioria reside sozinho, o que pode remeter para um estado de solidão e isolamento, sendo que o SAD é imprescindível para os mesmos, pois permite que estes tenham uma supervisão das suas necessidades diariamente.

Tabela 2: Distribuição da amostra tendo em conta o estado civil

Fonte: Elaborado pela autora

	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Solteiro(a)	4	20%
Casado(a)	8	40%
Divorciado(a)	2	30%
Viúvo(a)	6	10%
Total	20	100%

4.2.3. *Nível de Escolaridade*

Conforme se pode analisar na ilustração 7, dos 20 beneficiários de SAD, apenas 6 têm a 4ª classe, 7 possuem somente a 1ª e/ou 2ª classe e 7 não têm quaisquer habilitações literárias.

Apesar dos referidos clientes não terem frequentado qualquer tipo de ensino, a maioria sabe escrever o seu nome e elaborar contas, sendo que todos eles são capazes de administrar as suas poupanças económicas.

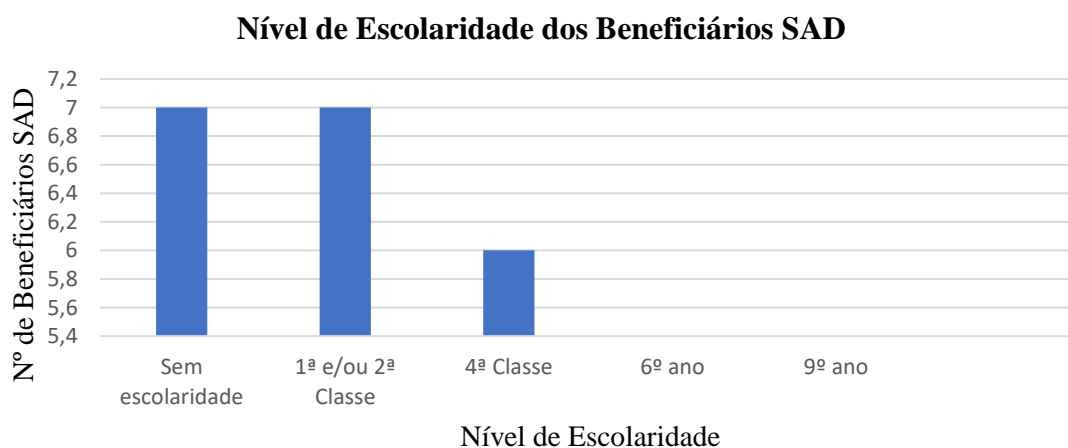


Ilustração 7: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com o nível de escolaridade

Fonte: Elaborado pela autora

4.2.4. Agregado Familiar

No que respeita à composição do agregado familiar dos beneficiários de SAD, a maioria reside sozinho, 70%, enquanto que os restantes 30%, residem com o seu cônjuge.

Estes dados observados na tabela 3, representam a realidade da população idosa portuguesa, ou seja, está cada vez mais solitária e isolada nos seus domicílios, pelo que os serviços disponibilizados pelo SAD se têm tornado imprescindíveis e com um caráter deveras importante, no sentido de dar resposta às necessidades da população idosa, bem como socorre-las quando assim é necessário. Ao longo deste estudo, foi possível verificar que há clientes que apenas recebem a visita dos colaboradores de SAD durante todo o dia nos seus domicílios, pelo que se está a tornar urgente modificar a forma como este serviço atua e alargar a sua equipa multidisciplinar, tornando possível, um acompanhamento mais exaustivo destes idosos solitários.

Tabela 3: Distribuição da amostra tendo em conta o agregado familiar

Fonte: Elaborado pela autora

	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sozinho(a)	14	70%
Cônjuge	6	30%
Total	20	100%

4.3. Levantamento dos serviços prestados pelo SAD aos seus beneficiários

Segundo a pesquisa documental do Processo Individual de cada cliente, em média cada usufrui de três serviços disponibilizados pelo SAD.

Analisando a ilustração 8 e mais detalhadamente a tabela 4, é possível reter que o serviço mais requisitado pelas pessoas idosas é a alimentação, pelo que nesta amostra equivale a

uma totalidade, o serviço da dinamização de atividade socioeducativas que é o segundo serviço mais requisitado, seguidamente do tratamento da roupa e da higiene habitacional, por últimos, encontramos o serviço de acompanhamento ao exterior e da higiene pessoal. Por conseguinte, há pequenos pedidos que os clientes vão solicitando e que, perante o Instituto da Segurança Social, IP, são tidos em conta como “outros” serviços, sendo eles o pagamento de contas domésticas (água, luz, telefone, entre outros), avio de medicação e/ou preparação das caixas individuais de medicação semanalmente.

A preparação das caixas individuais de medicação, fisioterapia e a realização de atividades socioeducativas regulares, apenas acontece numa das instituições em estudo, Associação de Solidariedade Social de Caparrosa, pelo facto de ser uma Organização que possui a valência de ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) e tem um suporte financeiro mais elevado, o que permite a disponibilização de transporte e colaboradores para transportar os clientes de SAD para as suas instalações. Neste sentido, os utentes têm duas sessões de fisioterapia semanalmente e têm oportunidade de participar na dinamização de atividades, incluindo comemoração de épocas festivas, convívios e eventos proporcionados por outras entidades, sempre que se realizam.

Dado a experiência da investigadora e conhecendo a população-alvo, a mesma refere, que apesar de os serviços básicos serem deveras importantes para que o cliente continue a permanecer no seu domicílio, tendo as suas necessidades diárias asseguradas, os restantes serviços que não são tidos em conta como “obrigatórios”, como por exemplo fisioterapia, acompanhamento ao exterior e dinamização de atividades socioeducativas, também se tornam bastante relevantes para o dia-a-dia do cliente, uma vez que contribuem para o seu bem-estar e melhoria na sua qualidade de vida. Mais adianta, que os clientes que usufruem desses serviços “extra”, sentem-se mais valorizados, seguros, acompanhados e olham o seu quotidiano com outra perspetiva.

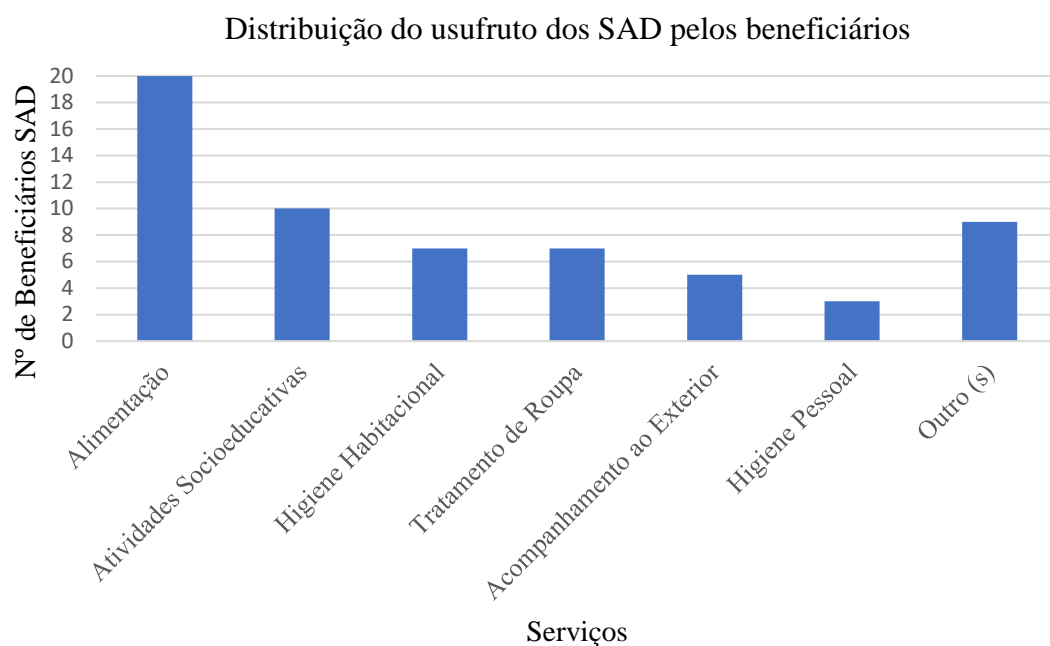


Ilustração 8: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com os serviços de que usufruem

Fonte: Elaborado própria autora

Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com os serviços disponibilizados pelo SAD

Fonte: Elaborado pela autora

Serviços Disponibilizados pelo SAD	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Alimentação	20	100
Atividades Socioeducativas	10	50
Tratamento de roupa	7	35
Higiene Habitacional	7	35
Higiene Pessoal	3	25
Acompanhamento ao Exterior	5	15
Outro(s)	9	45
Total	20	100

4.3.1. Tempo de cliente SAD

Após a consulta do Processo Individual de cada participante e também no decorrer de conversas informais, foi possível apurar o(s) ano(s) que cada beneficia dos serviços disponibilizados pelo SAD.

Portanto, observando a ilustração 9, podemos referir que esta amostra populacional usufrui dos serviços, no mínimo há 1 ano e no máximo há 15, pelo que a maioria é beneficiário há 2 ou mais anos. Para além destes dados, também podemos mencionar que a média de usufruto do apoio SAD encontra-se nos 4 anos.

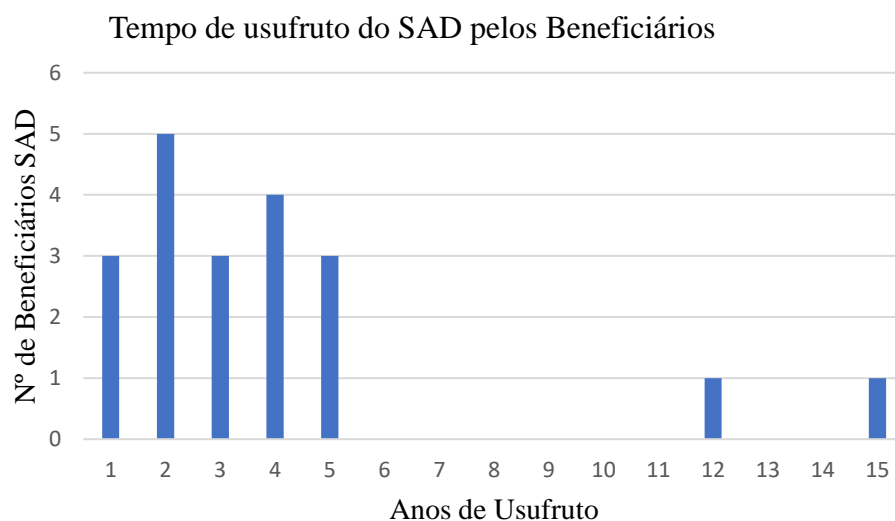


Ilustração 9: Gráfico da distribuição da amostra de acordo com tempo de usufruto do SAD

Fonte: Elaborado pela autora

4.4. Avaliação da percepção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes

O presente ponto pretende conhecer a percepção que os clientes têm relativamente aos serviços disponibilizados pelo SAD, no sentido de entender se os mesmos são os mais adequados e correspondem às necessidades e/ou problemas recorrentes da terceira idade, bem como o que se pode melhorar para prestar um apoio mais eficaz e diversificado.

Os subpontos que se seguem, para além de responderem ao presente objetivo específico da investigação, são aspetos extremamente relevantes para o estudo, uma vez que

permitem comparar a teoria com a realidade. A resposta aos mesmos foi obtida através de uma entrevista aberta (Anexo 3), elaborada a 20 clientes escolhidos para o estudo. Há que referir, que antes de os participantes responderem a qualquer questão, assinaram um consentimento informado (Anexo 4), no qual davam autorização para utilizar os testemunhos recolhidos no presente estudo. No entanto, ao longo de toda a investigação também se foram proporcionando conversas informais e ainda, a observação direta de determinadas atitudes e comportamentos, o que permitiu complementar e fortalecer opiniões, bem como informações obtidas no decorrer das entrevistas.

4.4.1. Qualidade dos Serviços Prestados

Relativamente à segunda questão efetuada na entrevista, a mesma pretende esmiuçar em que medida os serviços prestados pelo SAD oferecem a devida qualidade.

São vários os serviços disponibilizados pelo SAD, sendo que os mais requisitados pelas pessoas idosas passam essencialmente pela alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupa, acompanhamento ao exterior e ainda, atividades socioeducativas.

No que concerne à qualidade do serviço da alimentação, a maioria dos clientes mencionaram que há uma pontualidade diária na entrega da refeição, ou seja, a entrega é efetuada sempre por volta de uma determinada hora, sendo que apenas há atrasos quando acontece algo de inesperado. Quando se questionou os entrevistados relativamente à qualidade, variedade, temperatura e quantidade de comida, os mesmos referiram que a comida servida é boa e muito variada, na medida em que num dia é um prato de peixe e no dia seguinte é um prato de carne. Mais adiantaram que a comida rececionada é em muita quantidade, sendo que por vezes sobra e acabam por partilhar com o gato ou o cão. Nem todos tiveram a mesma opinião acerca da temperatura da refeição, pois alguns mencionaram que rececionam a comida bastante quente, no entanto, em contrapartida, os clientes, a quem a refeição é entregue por último, afirmam que por vezes a mesma chega a suas casas, morna e que, determinadas comidas chegam secas, com mau aspeto e sabor alterado.

Passando à análise da qualidade do serviço de higiene pessoal e habitacional, foi questionado aos clientes sobre a importância da confiança que depositam nas colaboradoras, a capacidade de execução e ainda, a regularidade com que são efetuados os respectivos serviços.

Os entrevistados afirmaram que há Auxiliares de Serviços Gerais a quem depositam mais confiança, pelo facto de as conhecerem há mais anos e também, por terem mais tempo de experiência a trabalhar na área, o que as torna com uma maior capacidade de execução, mais cuidadosas e dedicadas.

Porém, os clientes revelam maior preferência por algumas cuidadoras em específico para lhes realizar a higiene pessoal, sendo que referem não se sentirem confortáveis quando a higiene é efetuada por colaboradoras que conhecem vagamente.

Todos os entrevistados referem que ambos os serviços são realizados com regularidade, uma vez por semana, ou seja, têm dia e hora estipulados para receberem os mesmos.

Analisando a qualidade do serviço de tratamento da roupa, pretendeu-se saber a regularidade com que o mesmo é efetuado e o aspeto geral com que a roupa é entregue. Segundo a opinião dos clientes, a roupa suja é levada para a Instituição sempre que há uma quantidade considerável e é entregue posteriormente assim que possível, não demorando muitos dias. Referem estar satisfeitos com o tempo de demora a que a roupa está sujeita a tratamento. Mencionam ainda, gostar do aspeto geral da roupa, referindo que tem um odor agradável e é entregue bem engomada e dobrada.

Para os clientes que não possuem transporte e/ou os seus familiares não têm disponibilidade para os acompanhar ao exterior, na maioria a consultas de saúde, os mesmos recorrem aos serviços disponibilizados pelo SAD para este tipo de situações. Nesta medida, pretendeu-se conhecer a prontidão na disponibilização da resposta e a importância em criar empatia e/ou ter uma boa relação com a colaboradora que acompanha.

Os clientes referem que há uma prontidão imediata na resposta por parte do SAD para realizar acompanhamentos ao exterior, pelo que nunca tiveram uma recusa. Mencionam que a confiança e empatia com a colaboradora que os acompanha é extremamente importante, uma vez que esse sentimento faz com que se sintam seguros durante a viagem e por sua vez, caso seja necessário tratar de algum assunto durante o acompanhamento, sentem o à vontade para solicitar ajuda.

Por último, a dinamização de atividades socioeducativas fazem parte dos serviços disponibilizados pelo SAD, sendo pertinente apreender a importância da criação de empatia e/ou relação com o profissional, a variedade das atividades desenvolvidas e a satisfação depositada neste serviço.

Baseado nas respostas dos clientes, os mesmos opinam que a empatia e criação de uma boa relação com o profissional que dinamiza estas atividades é crucial, pois remete para que haja um envolvimento maior e um à vontade na participação das mesmas, sendo que os ganhos e os impactos destas atividades na saúde física e mental se tornam visíveis mais rapidamente. Ainda, revelam que há sempre um grande leque de atividades, sendo que as mesmas são variadas, criativas e apelativas.

“Estas atividades permitiram com que ficasse mais desinibida e com maior destreza mental e física.”(Feminino, 72 anos de idade, solteira);

- *“Gosto muito de participar nas atividades porque há convívio e partilha de histórias.”* (Masculino, 93 anos de idade, viúvo);

- *“Ajuda a passar mais rápido o tempo e sempre estou ocupada.”* (Feminino, 85 anos de idade, viúva);

“Antes de participar nestas atividades, custava-me a fazer determinados raciocínios e esquecia-me muito de certas palavras.” (Masculino, 80 anos de idade, viúvo).

Esta recolha de testemunhos permite concluir que o desenvolvimento de atividades, tendo em conta o grau de dificuldade de cada cliente, trazem benefícios não só a nível da saúde física como também da saúde mental, sendo que cada vez é mais importante envolver a população idosa nestas iniciativas, na tentativa de combater a solidão, isolamento e principalmente, retardar as dificuldades que advêm do envelhecimento.

4.4.2. Relação/ empatia com as colaboradoras de SAD

O presente ponto pretende explorar a importância de se criar uma relação bem como, empatia com os colaboradores de SAD, nomeadamente aqueles que prestam o apoio diariamente, Auxiliares de Serviços Gerais.

Apesar de ser importante criar esta relação de empatia nos serviços requisitados individualmente por cada cliente, tal como descrito no subponto anterior, também é de extrema importância criá-la de uma forma muito generalizada, em que o cliente se sinta à vontade para partilhar as suas necessidades e/ou problemas que vão surgindo no seu dia-a-dia.

Esta foi uma questão que se efetuou aos entrevistados, todos mencionaram que era muito importante ter uma relação baseada na confiança e empatia para com as colaboradoras de SAD, uma vez que ao longo do tempo, estas começam a ser vistas como fazendo parte da rotina diária do idoso e até mesmo da sua vida, podendo pedir ajuda sem constrangimentos.

Todos os entrevistados revelam ter uma boa relação com os colaboradores SAD, no entanto, apenas referiram terem alguns receios quando são colaboradoras novas e com pouca experiência.

Estas são algumas frases referidas pelos entrevistados para classificar a relação e confiança depositada no cuidador:

- *“Gosto muito de todas elas, são muito meigas e têm paciência”* (Masculino, 91 anos de idade, casado);

- *“Gostava que viessem mais vezes por dia cá a casa, nem que fosse só para conversar um pouco mais com elas”* (Feminino, 87 anos de idade, solteira);

- *“São todas muito boas, não tenho nada que dizer de nenhuma. Sempre me trataram muito bem.”* (Feminino, 86 anos de idade, casada);

- *“Elas já fazem parte da minha vida. Que Deus as ajude, elas merecem tudo de bom na vida.”* (Feminino, 77 anos de idade, solteira);

- *“Já as vejo como sendo da minha família, tenho mais estima por elas do que por alguns familiares meus. Gosto muito delas.”* (Feminino, 72 anos de idade, solteira).

Aquando da referência destas frases, foi notável por parte dos clientes um sentimento de grande carinho, apressado e respeito por todas as colaboradoras, transmitindo a ideia de que elas são elementos essenciais nas suas vidas, trazendo força, motivos de alegria e esperança para o seu dia-a-dia.

4.4.3. Regularidade do serviço prestado

A regularidade com que cada serviço é prestado pelo SAD, constitui uma faceta importante para avaliar a qualidade do serviço, pois permite compreender se a frequência com que o mesmo é prestado semanalmente é o mais adequado às necessidades dos beneficiários ou não.

Neste sentido, esta questão fez parte da entrevista efetuada aos 20 clientes de SAD, sendo que as respostas foram pouco diversificadas, ou seja, todos partilham o mesmo ponto de vista.

Assim, a maioria dos entrevistados detiveram a opinião de que os serviços eram regulares, sendo que, por exemplo, a alimentação chegava diariamente a suas casas sempre à mesma hora, salvo se acontecesse algum imprevisto.

Relativamente aos restantes serviços, referem, de igual forma, a sua pontualidade e prontidão na resposta.

Estas são algumas citações com autoria dos clientes ao longo da entrevista:

-“Todos os dias àquela hora, mais minuto, menos minutos, sei que as meninas estão para chegar.” (Masculino, 71 anos de idade, divorciado);

-“Não me preocupo com a pontualidade, sei que se não vêm à hora é porque não podem, mas não se costumam atrasar” (Feminino, 86 anos de idade, casada);

-“Todos os serviços são feitos como combinámos desde o início.” (Masculino, 93 anos de idade, viúvo).

Dado estes testemunhos, foi possível entender que os serviços são realizados diariamente sempre por volta da hora estipulada e nunca há muita discrepância, salvo os dias em que acontecem imprevistos. Relativamente aos serviços que não são prestados diariamente, tal como a higiene pessoal, habitacional e tratamento de roupa, os mesmos são

combinados com os clientes no início da prestação dos mesmos, em que se estipula uma determinada hora e dia da semana. Segundo os entrevistados, todos os serviços são prestados com pontualidade e prontidão, independentemente de serem diários ou semanais, ou seja, de um modo geral, sentem-se satisfeitos com a prestação dos mesmos.

4.5. Percepção do impacto do SAD na vida dos clientes

Com esta questão realizada na entrevista aos clientes de SAD, pretendeu-se conhecer a importância que o SAD tem na vida das pessoas idosas, conhecendo os benefícios trazidos pelo mesmo.

Neste sentido, após a realização da entrevista e segundo as conversas informais desenvolvidas ao longo da investigação, deteve-se que o SAD, para alguns idosos é o único apoio que recebem, sendo que não possuem qualquer retaguarda familiar ou então, caso exista, não há uma preocupação no bem-estar e no proporcionar uma qualidade de vida adequada às necessidades dos idosos.

Para além disso, reteve-se que desde que começaram a usufruir dos serviços, sentem-se mais seguros e vigiados, o sentimento de solidão começou a desaparecer, pois a partir do momento que as colaboradoras de SAD começaram a frequentar diariamente o domicílio dos mesmos, gerou-se uma imensa alegria e uma nova esperança.

Referem também, terem menos preocupações para o seu dia-a-dia, pois sabem que as suas necessidades diárias estão asseguradas.

As afirmações que se seguem foram registadas ao longo da entrevista e que servem de complemento e justificação ao descrito anteriormente:

-“Se não fosse o SAD já tinha morrido, pois deram-me auxílio quando mais precisava, no final da operação que fiz. Não posso contar com a minha família para nada” (Feminino, 77 anos de idade, solteira);

-“Não fazia uma alimentação equilibrada, agora até a minha saúde melhorou” (Masculino, 71 anos de idade, divorciado);

-“Sinto-me mais segura e acompanhada desde que tenho o serviço” (Feminino, 72 anos de idade, solteira);

- *“Com este apoio, já não chateio os meus filhos”* (Masculino, 80 anos de idade, divorciado);

- *“Sentia uma solidão imensa, agora sei que todos os dias alguém vem cá a casa, o que me enche o coração de alegria. O meu dia fica mais risonho.”* (Feminino, 84 anos de idade, viúva).

4.5.1. Motivos que conduziram os idosos a beneficiar do SAD

O presente subponto constitui a primeira questão da entrevista realizada aos clientes de SAD. Sendo a entrevista de carácter aberta, permitiu que os beneficiários fossem livres de responder às questões efetuadas, não possuindo possíveis escolhas de respostas.

Tendo em conta os registos obtidos das entrevistas realizadas aos beneficiários, em que se pretendia conhecer os motivos que os levou a adquirir os serviços, estes são bastante diversificados, sendo que a maioria foi essencialmente pela perda de mobilidade e problemas de saúde.

A ausência de competências e capacidades para realizar as AVD'S, a baixa retaguarda familiar e sentimentos de solidão foram outros motivos mencionados.

Contudo, alguns, ainda referem que apenas adquiriram estes serviços pela incessante insistência dos filhos, familiares ou vizinhos mais próximos. O facto destes elementos, nomeadamente familiares diretos, se encontrarem em idade ativa, impossibilita-os de estar em contacto permanente com os seus idosos e, requerer o apoio do SAD constitui uma forma de saberem que os seus idosos não passam por necessidades no seu dia-a-dia e caso aconteça algo de inesperado, há, diariamente a visita de um colaborador de SAD que alerta de imediato. Para estes familiares, o SAD é visto como um suporte de segurança para o dia-a-dia dos mais velhos.

As seguintes citações foram proferidas pelos clientes entrevistados, o que comprova o referido anteriormente:

- *“Os meus filhos só vêm ao final do dia cá a casa, durante cinco minutos, que é para acartarem lenha para eu acender a lareira... gostava que ficassem mais tempo, mas têm a vida deles”*(Feminino, 86 anos de idade, viúva);

- *“Antes de virem cá a casa trazerem o comer, não via ninguém, agora sei que todos os dias alguém entra por aquela porta”* (Feminino, 91 anos de idade, viúva);
- *“É uma alegria quando chegam as meninas”* (Feminino, 81 anos de idade, casada);
- *“A minha mulher faleceu e então tive de requisitar a alimentação porque não sabia cozinhar e posteriormente o serviço da limpeza da casa e tratamento de roupa. Agora tenho tudo mais organizado.”* (Masculino, 93 anos de idade, viúvo);
- *“Já não conseguia cozinhar adequadamente.”* (Feminino, 85 anos de idade, viúva);
- *“Já me custava muito a fazer as coisas sozinha, foi nessa altura que pedi o apoio.”* (Feminino, 78 anos de idade, divorciada);
- *“Comecei a ter muitos problemas de saúde, o que me impossibilitava de fazer determinadas tarefas doméstica.”* (Feminino, 77 anos de idade, solteira).

4.5.2. Serviços a melhorar e/ou a criar com o intuito de satisfazer as necessidades da população idosa

Como já referido, a entrevista foi efetuada a beneficiários de SAD de duas Organizações distintas, sendo que foi notável a divergência de opiniões relativamente aos serviços a criar e /ou melhorar no sentido de satisfazer as necessidades da população idosa.

Os beneficiários de SAD da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa, não mencionaram qualquer serviço a melhorar, pois referem estar satisfeitos com todos os serviços e não detetam melhorias a efetuar aos mesmos.

Em contrapartida, o Centro Paroquial de São João do Monte é uma pequena Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que possui uma participação baixa por parte do Instituto da Segurança Social, IP, o que conduz a que apenas sejam disponibilizados os serviços base (Alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupa) e a

capacidade para disponibilizar transporte e profissionais para desenvolver outro tipo de respostas é reduzida.

Assim, os clientes que fazem parte desta Instituição referem estar satisfeitos com os serviços de que usufruem e não mencionam qualquer melhoria a realizar aos mesmos. Em contrapartida, fazem alusão à criação de um espaço de convívio (Centro de Dia) para poderem socializar durante o dia e realizar atividades diversas que desenvolvessem as capacidades que ainda possuem.

Por conseguinte, os mesmos afirmam, que, apesar de as colaboradoras frequentarem o domicílio diariamente, a sua permanência no mesmo é reduzida e nem têm tempo para conversar.

Nesta perspetiva, a criação de um espaço de convívio seria uma alternativa ao combate à solidão e ao isolamento que estes clientes sentem, referindo também que gostariam que houvessem mais visitas ao domicílio por parte dos Técnicos, no sentido de conseguirem criar mais laços afetivos com os mesmos, bem como possuir uma maior abertura para expor os problemas e necessidades sentidos no dia-a-dia.

Estas foram as principais sugestões de mudanças que estes beneficiários de SAD sugeriram, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar no dia-a-dia.

Seguem-se as opiniões recolhidas durante a entrevista e conversas informais tidas com os beneficiários:

“- Gostaria que houvesse mais socialização, pois era uma maneira de passar mais rapidamente o tempo.” (Feminina, 87 anos de idade, viúva);

“- As atividades de lazer e realização de passeios eram coisas em que se devia apostar.”(Masculino, 88 anos de idade, casado).

“- Sinto falta de conversar com outras pessoas, seria bom socializar.”(Masculino, 80 anos de idade, viúvo);

“- O que eu gostava era que criassem um Centro de Dia. Vinham-me buscar de manhã a casa e só regressava ao final do dia.” (Feminino, 85 anos de idade, viúva).

“- O convívio seria uma mais valia para me tirarem desta solidão que sinto. Já nem tenho vizinhos, cada vez estou mais isolada.” (Feminino, 84 anos de idade, viúva).

Após a análise destes testemunhos, pode-se considerar que o convívio e a dinamização de atividades socioeducativas são extremamente importantes para a população idosa, na medida em que proporcionam maior sentimento de segurança, menos isolamento, menos solidão e são instrumentos que conduzem à valorização pessoal do cliente, uma vez que há a partilha de conhecimentos, ideias e até experiências de vida vividas.

4.6. Conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD

A presente investigação é composta por quatro objetivos específicos, sendo que o ponto atual constitui o quarto objetivo. Pretendendo-se conhecer em que medida a qualidade de vida dos beneficiários de SAD é tida como negativa ou positiva no ponto de vista dos mesmos.

Contudo, para conhecer esta vertente da vida dos clientes, aplicou-se uma escala da qualidade de vida, *WHOQOL-Bref (The World Organization Quality of Life)* (Anexo 5), na qual foi possível compreender o nível da qualidade de vida dos mesmos em quatro domínios diferentes, físico, psicológico, relações sociais e ambiental.

A aplicação do instrumento foi efetuada em forma de entrevista, em que os clientes selecionados para fazer parte do estudo são detentores de diferentes graus de dependência física e a capacidade de compreensão para responder às questões, tendo em conta a idade avançada, é reduzida. Neste sentido, os questionários foram preenchidos pela investigadora, respeitando e registando a opção de resposta de cada cliente.

A escala integra 26 questões, sendo que o primeiro domínio faz referência à qualidade de vida de um modo generalizado e o segundo, faz referência à satisfação sentida pela própria saúde, tal como se pode verificar na tabela 4. As restantes 24 questões estão divididas pelos domínios físicos, com 7 itens, psicológico, com 6 itens, social, com 3 itens e por último, o meio ambiente, com 8 itens. Este instrumento tanto pode ser aplicado em populações saudáveis como em populações com situações clínicas pontuais ou crónicas. Cada participante dá a sua resposta, sendo que é possível avaliar a sua concordância ou discordância, avaliando numa pontuação de 1 a 5, utilizando a escala *de Likert*.

Nos diversos domínios, existem 3 questões que são avaliadas de forma invertida, tal como está referenciado na tabela 5, devendo ser recodificadas antes da cotação do instrumento,

no sentido de os dados serem tradutores fiéis da qualidade de vida. Assim, exceto as 3 questões referenciadas, quanto mais elevado for o valor dado a cada item, melhor é a qualidade de vida do indivíduo.

Nesta perspetiva, se em cada item o valor médio for superior a 3, indica que, neste caso o cliente de SAD, está satisfeito com a sua qualidade de vida.

Numa fase posterior à aplicação do questionário e conseqüente resposta dos inquiridos, passámos à análise dos dados recolhidos, utilizando as ferramentas disponibilizadas pelo *Software Excel*. Seguidamente, foi efetuada a pontuação e tratamento de dados tendo em conta o *WHOQOL-Bref* bem como os seus critérios de avaliação, procedendo-se para a análise estatística descritiva.

No decorrer da aplicação dos questionários, para além da investigadora assinalar a resposta a cada item, também realizou registos de algumas opiniões dadas pelos beneficiários de SAD. A análise das opiniões foram codificadas, WB 1, WB 2 ..., WB 20, em que “W” significa o nome do instrumento, *WHOQOL-Bref*, “B” significa beneficiário e o número faz referência a cada um dos 20 beneficiários inquiridos.

No item, “*Em que medida está satisfeito(a) com a sua vida sexual?*”, no domínio social, os itens, “*Como classifica a sua capacidade para desempenhar as tarefas do dia-a-dia?*”, no domínio físico e os dois itens, “*Em que medida está satisfeito(a) com o acesso que tem aos cuidados de saúde?*” e “*Como classifica a sua satisfação relativamente aos transportes que utiliza?*”, no domínio do ambiente que revelam valores médios inferiores a 3, e como tal, representam que os beneficiários de SAD inquiridos estão insatisfeitos com a qualidade de vida ao nível dos presentes aspetos.

Em contrapartida, os dois itens, “*Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?*” e “*Em que medida é saudável no seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, etc.)?*”, referentes ao domínio ambiental e os dois itens, “*Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?*” e “*Como classifica a sua satisfação em relação ao apoio que recebe dos seus amigos?*”, relativos ao domínio das relações sociais, representam valores médios superiores a 4, o que indica que os clientes inquiridos estão satisfeitos com a sua qualidade de vida relativamente a estes aspetos.

Por conseguinte, o item, “*Com que frequência teve sentimentos negativos, tais como, tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?*”, alusivo ao domínio psicológico representa um valor médio inferior a 3, o que representa que os indivíduos inquiridos não têm tido

os sentimentos descrito, pelo que se pode concluir que a qualidade de vida relativo a este é satisfatório.

Relativamente a um dos itens gerais sobre a qualidade de vida, “*Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?*”, o mesmo encontra-se com um valor médio inferior a 3 (2.85), o que se pode constatar que os inquiridos estão insatisfeitos com este aspeto. Os mesmos foram justificando a sua resposta, referindo que os principais défices de saúde estão relacionados com problemas cardiovasculares, hipertensão arterial, colesterol, diabetes, reduzida mobilidade, audição, visão e até mesmo memória, raciocínio, entre outros problemas que advêm com o avançar da idade.

No momento em que os idosos foram inquiridos sobre o que é ter qualidade de vida, a resposta dada em maior número foi “*Ter saúde*”.

No entanto, há medida que o inquérito se foi realizando, proporcionou-se a possibilidade de registar opiniões acerca de aspetos relevantes que contribuem significativamente para estas pessoas idosas terem uma qualidade de vida positiva:

- “*Ter uma boa relação com os filhos, família e vizinhos mais próximos*” (WB 16);
- “*Qualidade de vida é poder passar os dias sem dores e conseguir caminhar*” (WB 12);
- “*Quando era novo é que tinha qualidade de vida... corria, saltava e nada me preocupava*” (WB 1);
- “*Passei muitos momentos felizes quanto a casa estava cheia... quando podia ver, todos os dias, a minha mulher e os filhos... agora estou sozinho, já nada me alegra*” (WB 20);
- “*O que me faz mais feliz é chegar ao fim-de-semana e ter os meus filhinhos e netinhos cá em casa*” (WB 8);
- “*Qualidade de vida é poder andar ao ar livre e ter forças para cultivar a minha hortinha*” (WB 2);

Tabela 5: Média e desvio-padrão de cada item da escala *WHOQOL-Bref*

Fonte: Adaptado de Silva (2011), p.38

Qualidade de Vida no Idoso – WHOQOL-Bref	Média	Desvio-Padrão
Domínio Qualidade de Vida – 2 Itens (n=20; 100%)		
Como avalia a sua qualidade de vida?	3,15	0,49
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	2,85	0,75
Sub-Domínios:		
Físico – 7 Itens (n=20; 100%)		
Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que necessita? (Escala Invertida)	3,20	0,95
Em que medida necessita de cuidados médicos para realizar a sua vida diária? (Escala Invertida)	3,40	0,88
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	3,20	0,95
Como classifica a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))?	3,05	0,89
Como classifica a sua satisfação em relação ao seu sono?	3,25	0,79
Como classifica a sua capacidade para desempenhar as tarefas do dia-a-dia?	2,95	1,15
Em que sentido está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	3,15	0,99
Psicológico – 6 Itens (n=20; 100%)		
Até que ponto gosta da sua vida?	3,55	0,51
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3,65	0,67
Até que ponto se consegue concentrar?	3,25	0,85
Aceita a sua aparência física?	3,65	0,59
Em que medida está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?	3,50	0,61
Com que frequência teve sentimentos negativos, tais como, tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? (Escala Invertida)	2,30	0,73

Social – 3 Itens (n=20; 100%)		
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	4,15	0,59
Em que medida está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	2,90	0,72
Como classifica a sua satisfação em relação ao apoio que recebe dos seus amigos?	4,05	0,39
Meio Ambiente – 8 Itens (n=20; 100%)		
Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?	4,05	0,51
Em que medida é saudável no seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, etc.)?	4,65	0,59
Possui dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3,40	0,60
O acesso às informações tem sido fácil, no sentido de conseguir organizar a sua vida diária?	3,70	0,47
Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	3,10	0,97
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?	4,00	1,08
Em que medida está satisfeito(a) com o acesso que tem aos cuidados de saúde?	2,80	0,89
Como classifica a sua satisfação relativamente aos transportes que utiliza?	2,40	0,94

Tal como indica Canavarro et al (2006), após a aplicação do instrumento, procedeu-se à soma obtida em cada domínio, tal como representado na tabela 6, e posteriormente realizou-se uma conversão para valores compreendidos entre 0 e 100, sendo que quanto mais elevado for o valor obtido em cada domínio, mais satisfeito estará o indivíduo com a sua qualidade de vida.

Tendo em conta os valores representados na ilustração 10, podemos mencionar que os valores médios obtidos são superiores a 50 (média teórica), o que representa que os beneficiários de SAD, de um modo geral, estão satisfeitos com a sua qualidade de vida

em cada domínio da escala *WHOQOL-Bref*, em particular no domínio das relações sociais, que se encontra com um valor médio de aproximadamente 70 (67,50).

Em contrapartida, observando a ilustração 10, podemos concluir que o domínio em que as pessoas idosas apresentam menor satisfação com a qualidade de vida é a nível físico, cujo valor médio é de 50. Este resultado é justificado pelos problemas de saúde que os participantes foram referindo ao longo da aplicação da escala, sendo que alguns relacionaram a sua má qualidade de vida com o facto de possuírem défices de saúde.

Dada a experiência pessoal da investigadora, bem como o seu conhecimento alargado acerca desta população, refere que o facto das pessoas idosas terem alguns problemas de saúde e dores no seu dia-a-dia, remete para o que o quotidiano das mesmas fique condicionado e não olhem a vida de uma forma positiva, na medida em que todas as áreas da sua vida se tornam negativas e sem sentido. Em contrapartida, há idosos que possuem uma resiliência mais elevada, pelo que conseguem ultrapassar as condicionantes de saúde mais facilmente e por vezes, agarram-se a determinantes significativos da sua vida, como por exemplo pessoas mais próximas, a fim de olhá-la com outro sentido e esperança.

Tabela 6: Estatística descritiva para cada domínio da escala *WHOQOL-Bref*

Fonte: Elaborado pela autora

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Físico	12,00	2,99	7,43	17,14
Psicológico	14,20	1,63	11,33	16,67
Relações Sociais	14,80	1,49	12,00	17,33
Meio Ambiente	14,05	1,40	12,00	17,00
Auto- avaliação da QV	12,00	2,15	8,00	16,00
TOTAL	13,46	1,48	11,23	16,15

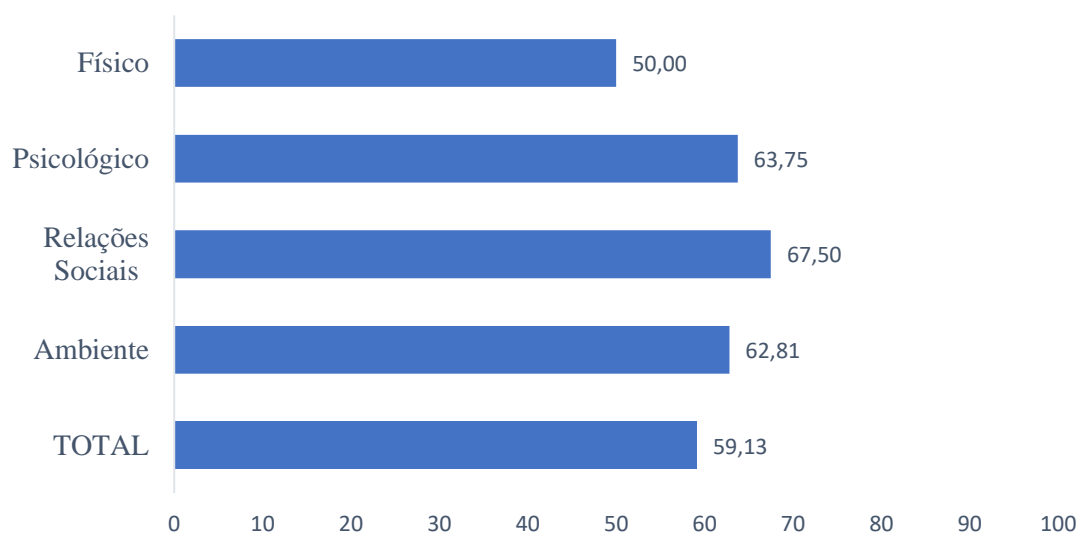


Ilustração 10: Gráfico da conversão de valores (0-100) para cada domínio da escala *WHOQOL-Bref*

Fonte: Elaborado pela autora

CAPÍTULO V- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O constante aumento da população envelhecida em Portugal e mundial tem sido palco de significativas atenções, tanto por parte do Estado como por parte de toda a comunidade académica, profissionais das ciências sociais e sociedade em geral. Assim, estes principais intervenientes têm como objetivos investigar, refletir, bem como compreender o fenómeno do envelhecimento, procurando adaptar e delinear novos mecanismos de intervenção, no sentido de desenvolver apoios e serviços, reajustando-os à complexidade desta nova realidade.

Os resultados da presente investigação permitiram confrontar os dados obtidos com a perspetiva dos diversos autores, que serviram de suporte para realizar a parte teórica e ainda, justificar os objetivos delineados inicialmente.

Deste modo, passamos a expor as reflexões críticas acerca dos resultados obtidos.

Para esta investigação, tal como já foi referido várias vezes ao longo da mesma, fizeram parte 20 clientes de Serviço de Apoio Domiciliário de duas Instituições distintas, sendo 10 beneficiários dos serviços disponibilizados pela Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e os outros restantes 10 usufruem do SAD do Centro Paroquial de S. João do Monte. Os principais critérios de seleção foram essencialmente serem clientes de SAD e encontrarem-se nas devidas faculdades mentais, na tentativa de responderem adequadamente ao que era pretendido, nunca descorando a opinião e ponto de vista individual de cada participante. Dos clientes em estudo, 12 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

Esta população tem idades compreendidas entre os 71 e 93 anos de idade, pelo que a média de idades é de aproximadamente 84 anos (85.75 para o sexo masculino e 83.25 para o sexo feminino).

Estes resultados vão ao encontro das estimativas da Pordata (2016), em que a mesma refere que a esperança média de vida aumentou nos últimos anos, pelo que, atualmente, a média se encontra nos 80.78 anos (77.74 anos para o género masculino e 83.74 anos para o género feminino). Assim, pode-se afirmar que a média de idades da população em estudo, ultrapassa a média de idades a nível nacional.

Nesta população, verifica-se que relativamente ao estado civil, 8 são casados, 6 são viúvos, 4 são solteiros e 2 são divorciados. Tendo em conta estes resultados, é possível

cruzá-los com os dados obtidos nos Censos 2001 (INE, 2002), uma vez que mencionam que a população idosa continua a ser a faixa etária do país, na qual o número de casados continua elevado, contudo, o nível de viuvez continua a ser mais elevado para o sexo feminino. Por conseguinte, segundo os dados obtidos, também podemos referir que o número de idosos, 14, a residir sozinhos é bastante elevado, pelo que a maioria são mulheres.

Relativamente ao nível de escolaridade, conclui-se que dos 20 participantes, 7 possuem a 1ª e/ou 2ª classe, 6 têm a 4ª classe e os 7 restantes, não possuem qualquer nível de instrução, no entanto, a maioria referiu ser capaz de realizar o básico para o seu dia-a-dia, desde escrever o seu nome, reconhecer dinheiro, realizar contas, até reconhecer números e letras.

Nesta perspetiva, tendo em conta os dados obtidos pelos Censos 2001, a população atual, mais idosa, é a que suporta o nível de escolaridade mais baixo, pelo que há muitas pessoas idosas sem qualquer grau de instrução, tal como se verificou no desenrolar do presente estudo. Contudo, através de conversas informais, a investigadora reteve que a maioria das crianças de antigamente não iam à escola, pelo facto de os pais necessitarem delas para ajudar na agricultura ou, no caso das raparigas, para tratar das lides domésticas. Há que ter em conta que as pessoas idosas em estudo, sempre viveram no meio rural e faziam da agricultura o seu sustento para o dia-a-dia

Após a análise sociodemográfica dos participantes, é a vez de analisar os serviços e o impacto que o SAD tem na vida destes idosos.

Através da análise documental do Processo Individual de cada cliente em estudo, foi possível concluir que o serviço mais requisitado por esta amostra populacional é a alimentação, que perfaz uma totalidade, seguido do tratamento da roupa e higiene habitacional, em que 35% beneficiam dos mesmos. O serviço de acompanhamento ao exterior é seguidamente o apoio mais requerido, sendo que 25% dos clientes são usuários do mesmo. Em contrapartida, o serviço de higiene pessoal é o apoio menos requisitado, pois só 15% dos clientes são beneficiários deste. Segundo as conversas informais desenvolvidas com os participantes, os mesmos referem não requisitar o serviço de higiene pessoal, pelo facto de se sentirem capazes de realizar a sua higiene, nomeadamente a mais íntima, adequadamente e sem a ajuda de terceiros.

O serviço “outros”, é constituído por pequenos trabalhos que se vão fazendo junto dos clientes e não são enquadrados em nenhum serviço em específico, que é o caso de aviar receitas de medicamentos e/ou preparação das caixas individuais de medicação semanalmente, pagamento de contas domésticas (água, luz, telefone, entre outros), aquisição de géneros alimentares, entre outras solicitações.

Relativamente aos participantes da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa que foram selecionados para o estudo, todos participam na dinamização de atividades socioeducativas, pelo que referem que desde que começaram a participar, notaram que algumas das suas capacidades melhoraram, nomeadamente, a memória, o raciocínio, a destreza física, o sentimento de pertença, a autoestima, a autoconfiança. Dizem ter desenvolvido estas capacidades porque consideram que as atividades desenvolvidas trabalham as dificuldades individuais de cada indivíduo e permitem que haja a partilha de conhecimentos e histórias vivenciadas.

Entre a amostra populacional, há 3 elementos que usufruem do SAD há relativamente pouco tempo, 1 ano, porém, os restantes elementos contam com o apoio do mesmo há mais tempo, sendo que existe 1 cliente que é beneficiário há 15 anos. Dadas estas evidências, pode-se considerar que os beneficiários de SAD, apesar de possuírem limitações para dar resposta às necessidades diárias, têm uma acrescida vontade de continuarem a permanecer nos seus domicílios. Os serviços de que usufruem, para além de contribuírem para a manutenção no seu próprio domicílio, também cooperam para que haja um retardo na possível institucionalização.

Os dados obtidos, permitem justificar o ponto de vista de Jerónimo (2016) relativamente ao papel do SAD, pois o mesmo defende que o SAD é uma resposta social organizada, com a qual é possível ter acesso a um vasto conjunto de serviços que satisfazem as necessidades básicas e específicas, tendo apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e ainda, atividades sócio recreativas.

Na mesma linha de pensamento, Rosa (2012), defende que a manutenção da pessoa idosa no seu próprio domicílio pode ser vista como uma alternativa à institucionalização, pois o SAD, para além de prestar cuidados domiciliários, constitui-se como um serviço local que permite um maior envolvimento entre a família e o próprio cliente.

Por conseguinte, os resultados obtidos nesta investigação demonstram que os principais motivos, pelos quais as pessoas idosas recorrem a estes serviços, resultam dos processos

de envelhecimento, do declínio do seu estado de saúde e da impossibilidade de os familiares garantirem a satisfação das necessidades básicas do dia-a-dia do idoso. Tendo a mesma perspetiva, Andrade (2014), refere que os principais motivos que levam o idoso a procurar o auxílio do SAD para as suas tarefas do seu dia-a-dia são principalmente a idade avançada, a necessidade e a dependência.

No que concerne à qualidade dos serviços prestados pelo SAD, os seus beneficiários demonstram um elevado nível de satisfação de um modo geral, no entanto apontam pequenos reparos que merecem ser tidos em conta, nomeadamente a escassez de tempo de todos os colaboradores em geral para relacionamento interpessoal com os clientes, o que pode indiciar um aspeto menos positivo acerca da adequada resposta que o SAD presta às pessoas idosas, bem como a qualidade. É deveras importante que um serviço apresente qualidade, uma vez que a mesma está relacionada com o grau de satisfação das necessidades e expectativas que o cliente deposita sobre as características do serviço.

No sentido de complementar a perspetiva dos clientes, Pillou (2004 cit. in Rosa, 2012) explica que a qualidade de um serviço pode ser avaliada interna ou externamente.

Quanto à vertente externa de um serviço, a mesma diz respeito à satisfação dos clientes, bem como às respostas disponibilizadas pelo mesmo para superar as expectativas da pessoa idosa. Já a qualidade interna de um serviço, remete-nos para a implementação de meios que melhor possibilitam descrever a Organização, a sua localização e ainda, limitar os défices de funcionamento

Neste sentido, é impreterível que haja uma relação positiva entre colaboradores e clientes de SAD, para que os serviços praticados possam ter qualidade, permitindo fortalecer sentimentos de segurança e confiança ao cliente, bem como contribuir para uma adaptação mais facilitada à mudança gerada. Sendo de igual forma importante, que os colaboradores do SAD mantenham um contacto de proximidade, promovam a partilha de informação e a responsabilização com o cliente, de forma continuada e consistente, no sentido de proporcionar um maior benefício ao cliente e ainda uma melhoria contínua dos serviços prestados (ISS, IP.2005 cit. in. Rosa, 2012).

Relativamente à empatia e relacionamento com as colaboradoras de SAD, os clientes opinaram ter uma boa relação e mais, alguns consideraram que as mesmas têm um papel fulcral nas suas vidas, nomeadamente, nos casos em que se verifica uma baixa retaguarda familiar. O apoio, simpatia e palavras de apresso por parte destas são essenciais para o

dia-a-dia do cliente. Porém, ainda salientaram que preferem quando as colaboradoras são sempre as mesmas, pois ficam receosos e constrangidos quando nas suas casas aparecem colaboradoras novas, que não conhecem e que possuem pouca experiência. Este facto contribui para que os clientes não sintam confiança e o à vontade para expor as suas necessidades e dificuldades que vão encontrando no seu dia-a-dia, pelo que o SAD fica impossibilitado de conhecer as reais carências dos mesmos, não oferecendo a melhor resposta.

Oliveira (2007) vai ao encontro do que foi concluído após a análise dos dados, pois refere que as pessoas idosas têm dificuldades em criar novas rotinas, hábitos e adaptar-se a novos contextos na sua vida. É neste ponto de vista, que a prestação dos serviços de SAD devem ser assegurados, sempre que possível, pelos mesmos profissionais, a fim de garantir a continuidade no relacionamento entre o profissional prestador de cuidados e o cliente, facilitando a criação de relações interpessoais.

Ainda, fazendo referência aos profissionais que prestam o apoio no domicílio do idoso, estes devem adotar uma postura de profissionalismo, pois devem abordar o idoso de forma digna, respeitando a privacidade e a propriedade do mesmo.

Neste sentido, o cliente faz o que pretender no seu próprio domicílio, enquanto que os profissionais apenas fazem aquilo que os deixam fazer. Não obstante, o contexto habitacional em que os idosos estão inseridos influencia a forma como o processo de cuidar decorre, pois, o processo de cuidar de um idoso com pouca retaguarda familiar não decorrerá da mesma forma que o processo de cuidar de um idoso com uma fortíssima retaguarda e presença familiar.

Sendo assim, os profissionais têm de possuir a capacidade de adaptar os procedimentos de cuidados às realidades e contextos com que se vão deparando (Pastor Sanchez, 2003 cit. in Ferreira, 2014).

A regularidade com que os serviços são prestados aos beneficiários, foram tidos em conta como certos e alvos de muita prontidão. Por conseguinte, houve alguns clientes que alertaram para o facto de, em determinados dias, a alimentação chegar aos seus domicílios morna, seca e com sabor alterado, pelo que gostariam de a rececionar mais atempadamente.

Todos os participantes inferiram que o SAD causou um bom impacto nas suas vidas, na medida em que passou a auxiliá-los em todas as vertentes da sua vida diária, sentindo-se mais seguros, acompanhados e integrados em sociedade.

Justificando o que foi apurado ao longo da análise de dados, Paúl (2005) defende que o facto da pessoa idosa ser apoiada por um suporte social, faz com que a mesma tenha o sentimento de pertença a um grupo, no sentido de haver uma integração social em que há contactos com outras pessoas, evitando desta forma o isolamento e aumentando a participação social. Para além disso, também é extremamente importante fazer sentir ao idoso que há uma rede de apoio que o ajuda a combater as necessidades e/ou dificuldades e que tem interesse em promover o seu bem-estar e contribuir para uma boa qualidade de vida.

Após a análise dos dados obtidos, pode-se referir que a maioria dos participantes está satisfeito com a qualidade dos serviços de apoio domiciliário, uma vez que dão uma resposta adequada às suas necessidades e toda a equipa tenta oferecer o melhor ao cliente, de modo a que estes se sintam bem.

Neste sentido, defende-se que uma prestação de serviços adequada às necessidades específicas de cada cliente, remete para que este perceçione a sua qualidade como boa, pois o facto de poder continuar a permanecer no espaço onde passou a maior parte da sua vida, confere um sentimento de bem-estar.

Como sugestões de melhoramento dos serviços prestados pelo SAD, a maioria dos clientes, nomeadamente os beneficiários do Centro Paroquial de São João do Monte, mencionaram o facto de não existir a dinamização de atividades socioeducativas. No ponto de vista destes, os momentos de convívio seriam uma mais valia para socializar, combater o isolamento e a solidão, sendo que o tempo passaria mais rápido. Referem também que seria bom criar a valência de Centro de Dia, pois daria a possibilidade de estarem acompanhados durante todo o dia e não se sentiriam sozinhos. Já os utentes da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa, não mencionam qualquer alteração e/ou sugestão aos serviços disponibilizados pela mesma. Esta Instituição tem a valência de ERPI e desta forma, tem a possibilidade de dinamizar mais atividades de socialização junto aos clientes, uma vez que predispõe de uma equipa mais alargada e transportes adaptados para poder assegurar as deslocações dos mesmos para as suas instalações.

Nesta perspetiva, aplicámos uma escala da qualidade de vida, *WHOQOL-Bref*, a qual permitiu conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD, em 4 domínios diferentes, sendo eles, físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

Os principais problemas de saúde mencionados pelos participantes foram essencialmente a nível cardiovasculares, hipertensão arterial, colesterol, diabetes, bem como, mobilidade, audição, visão e até memória e raciocínio reduzidos, entre outros problemas que advêm com o avançar da idade. É sabido que a sabedoria é trazida pela idade, porém há determinados problemas de saúde que o tempo vai desenvolvendo e que vão diferindo de individuo para individuo, pelo que não se processa da mesma forma, nem ao mesmo tempo, demarca-se pela heterogeneidade e não é apenas dependente das características individuais de cada um.

Assim, no sentido de as pessoas idosas conseguirem dar resposta a estes problemas, de forma a usufruir de um envelhecimento bem-sucedido, Baltes, Lindenberger e Staudinger (1999) sugerem que estas devem adotar estratégias, nas quais consigam dar resposta a essas mudanças, sendo a seleção, otimização e compensação, os métodos sugeridos.

De um modo geral, as pessoas idosas, que participaram neste estudo, estão satisfeitas com a sua qualidade de vida em cada um dos domínios da escala *WHOQOL-Bref*, especialmente, no domínio social, em que o valor médio obtido foi de aproximadamente 70 (67,50). Este domínio foi o que obteve a pontuação mais alta, pelo facto de os participantes considerarem que a boa relação que estabelecem com os filhos, familiares e vizinhos mais próximos é o essencial para terem uma estabilidade social e assim, sentirem paz e tranquilidade consigo mesmo. Reforçando esta ideia, Paúl e Ribeiro (2011) consideram que o facto da pessoa idosa se manter ativa ao longo da sua vida, permite reforçar o sentimento de cidadão ativo e o de pertencente à sociedade, uma vez que há um envolvimento positivo nas questões culturais, políticas e sociais.

Em contrapartida, o domínio físico é o que apresenta um valor médio menor, 50, o que traduz menor satisfação com a qualidade de vida.

Este resultado é justificável, uma vez que os participantes foram salientando que possuem algumas dores no corpo, nomeadamente nas articulações, o que os impossibilita de serem totalmente autónomos e fazerem as suas AVD'S sem a ajuda de terceiros.

Paúl (1991) partilha os mesmos argumentos, referindo que a saúde física é um aspeto crucial para o estado de felicidade, caso contrário, a falta de saúde acarreta estados de sofrimento, divergindo do bem-estar.

As incapacidades físicas impossibilitam a aplicação de estratégias cognitivas e comportamentais que conduzam à superação das dificuldades, sendo estas situações cada vez mais deterioráveis com o avançar da idade. A qualidade de vida passa essencialmente pela qualidade de saúde, autonomia e capacidades para dar resposta às AVD'S.

Desta forma, o modo como se autoavalia a saúde e a maneira como se encara a fase do envelhecimento são aspetos cruciais para o bem-estar na pessoa idosa.

Pode-se concluir que o nível de qualidade de vida dos beneficiários de SAD selecionados para este estudo, é elevada, uma vez que nenhum dos domínios regista valores médios abaixo dos valores de referência (50). No entanto, foi notável em alguns casos, que o agregado familiar, nomeadamente a falta de elementos familiares, teve influência para a diminuição do nível de qualidade de vida do indivíduo. Esta ausência remete as pessoas idosas para estados de tristeza, solidão e isolamento, que os impossibilita de fazer a sua vida diária de uma forma feliz e com uma autoestima elevada.

Assim podemos concluir que o SAD é um apoio social com grande impacto na vida da pessoa idosa, uma vez que oferece a possibilidade de realizar a sua manutenção e dar o devido auxílio nas suas AVD'S no seu próprio domicílio, contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Por conseguinte, após a análise dos dados é possível reter que os beneficiários de SAD escolhidos para este estudo, apesar de estarem satisfeitos com a sua qualidade de vida, não estão totalmente satisfeitos, sendo que as principais implicações são ao nível das condições da saúde, nomeadamente físicas, e sentimentos de solidão e tristeza, pois a maioria reside sozinho e a família apenas faz visitas ao fim-de-semana.

CONCLUSÃO

O número de pessoas idosas está a aumentar consideravelmente, pelo que o envelhecimento da população é inevitável e todas as consequências políticas, económicas e sociais a ela implícitas.

Porém, há que realçar a crescente criação e expansão de medidas e respostas sociais, de maior proximidade, que têm sido desenvolvidas para tornar mais fácil o dia-a-dia das pessoas idosas e dos seus familiares, pois disponibilizam um conjunto de serviços de carácter comunitário e domiciliário que retardam e/ou evitam a institucionalização e proporcionam bem-estar e qualidade de vida ao idoso.

Atualmente, as pessoas idosas cada vez vivem mais anos e com o passar do tempo, o declínio na saúde e as dependências vão surgindo, na medida em que os familiares são obrigados a tomar providências. Contudo, as respostas existentes não são as suficientes, dado que não conseguem abarcar todas as situações, levando a que as famílias e os próprios idosos fiquem sem suporte e orientação.

A capacidade funcional tem um papel relevante na vida da pessoa idosa, na medida em que é a capacidade que permite ao indivíduo cuidar de si próprio, desempenhando as atividades de vida diária autonomamente.

A funcionalidade está diretamente relacionada com a autonomia do indivíduo, sendo que se vai deteriorando com o avançar dos anos. No entanto, esta deterioração não se verifica de igual forma em todos os indivíduos, uma vez que está associada à natureza genética, hábitos de vida ou doenças e ainda, a fatores culturais, ambientais ou até mesmo características do próprio habitat do indivíduo.

Neste ponto de vista, a pessoa com o decorrer dos anos deve arranjar estratégias que retardem a capacidade funcional, no sentido de conseguirem dar uma resposta positiva à qualidade de vida na fase da velhice (Botelho, 2014 cit. in Marques, 2017).

Atualmente existem diversas respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, no entanto, o SAD, que visa a manutenção do indivíduo no seu próprio domicílio, tem sido de forma recorrente a primeira escolha tanto do cliente como da família, o que permite privilegiar o envelhecimento em casa.

Entre o ano de 2000 e 2017, a resposta de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) foi a que mais cresceu, disponibilizando cerca de 110 000 lugares, porém, sabe-se que em muitos

casos não é a resposta ideal, uma vez que são apresentados quadros de dependência difíceis, necessitando de supervisão e cuidados permanentes de 24 horas diárias.

No caso do presente estudo, os motivos que estiveram na origem para as pessoas idosas procurarem os serviços disponibilizados pelo SAD, foram essencialmente por sentirem solidão, incapacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD'S), insistência por parte dos familiares, amigos e vizinhos mais próximos e também pela incapacidade de os familiares não conseguirem assegurar os cuidados básicos, por falta de tempo, bem como o desejo de retardar a institucionalização dos seus familiares.

Stone (2001, cit. in Ferreira, 2014) menciona que a institucionalização da pessoa idosa nos lares remete para uma imagem de abandono e fragilidades familiares, enquanto que o SAD proporciona a independência e a integração social, que muitas vezes é dificultada neste ciclo de vida.

A habitação na qual o idoso viveu a maioria da sua vida está associada em grande parte a sentimentos de amor, pertença, individualidade, poder e é o espaço no qual o indivíduo encontra representações do seu dia-a-dia, acontecimentos que marcaram a sua vida, marcos de dor e felicidade, o que permite recordar pessoas e momentos.

O facto de, por vezes, a pessoa idosa apresentar um quadro de dependência significativo, a escolha de permanecer no seu domicílio deveria constituir-se um direito, dando essa possibilidade a todos os indivíduos que assim o desejassem.

Para além do seu espaço habitacional, o espaço externo à mesma é considerado relevante, nomeadamente a igreja, as lojas que constituem o comércio local e até o jardim, pois são espaços de referência que permitem a pessoa idosa assegurar a sua orientação, quer no espaço quer no tempo, através de pequenos sons memorizados, tais como, o toque do sino de igreja, os ruídos efetuados pelos vizinhos, entre outros que contribuem significativamente para a sua vitalidade, equilíbrio e qualidade de vida.

Na perspetiva de Bernardo (1996 cit. in Ferreira, 2014) a pessoa idosa, que é alvo de uma institucionalização, por mais que tente, não consegue levar consigo este tipo de referências, independentemente do respeito que a instituição demonstre pelos seus usos e costumes, o que acarreta para um declínio da capacidade de orientação bem como da qualidade de vida.

Neste sentido, a realização deste estudo pretendeu avaliar a perceção que os beneficiários de SAD têm relativamente aos serviços de que usufruem.

Assim, começou-se por escolher uma amostra de 20 clientes de SAD de duas instituições diferentes, sendo elas, a Associação de Solidariedade Social de Caparrosa e o Centro Paroquial de São João do Monte, na qual se efetuou uma caracterização sociodemográfica e se realizou um levantamento dos serviços prestados, recorrendo à pesquisa documental do Processo Individual (PI) de cada participante. Posteriormente, no sentido de dar resposta à problemática inicial, realizou-se uma avaliação da perceção dos serviços disponibilizados pelo SAD segundo os seus clientes, conhecendo a qualidade dos serviços prestados, relação/ empatia com as colaboradoras, regularidade com que os serviços são prestados e ainda, a perceção do impacto que o SAD tem na vida dos clientes. Assim, com a aplicação de uma entrevista, no decorrer de conversas informais e fazendo uso da observação direta, foi possível concluir que todos os clientes que participaram neste estudo estão satisfeitos com a qualidade dos serviços disponibilizados pelo SAD, em contrapartida as opiniões acerca da melhoria a realizar aos serviços já existentes ou criação de novos serviços que correspondessem às necessidades da população idosa foram díspares.

No decorrer de conversas informais e também com a aplicação da entrevista, foi possível concluir que os clientes que beneficiam do SAD prestado pelo Centro Paroquial de São João do Monte, possuem o sentimento de solidão, sentem-se isolados e necessitam de conversar sobre o seu quotidiano e vivências passadas. Como serviços a melhorar e/ou criar, estes clientes sugeriram gerar um Centro de Dia ou um espaço de convívio, onde pudessem socializar e desenvolver atividades socioeducativas que retardassem as dificuldades oriundas do envelhecimento. Já os clientes do SAD da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa não demonstraram essa preocupação, pelo facto de terem à sua disposição uma equipa que vai ao seu domicílio e transporta-os para as instalações, nas quais, para além de funcionar o SAD, também funciona a resposta de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e, onde disponibilizam uma Animadora Sociocultural diariamente e uma Fisioterapeuta duas vezes por semana, que dinamizam atividades adaptadas e que vão ao encontro das dificuldades de cada pessoa idosa.

Ambas as realidades são distintas, pelo que se pode concluir que a socialização é uma vertente bastante importante, que contribui significativamente para que as pessoas idosas tenham um envelhecimento ativo, se sintam valorizadas, com elevada autoestima,

autoconfiança e ainda, se sintam incluídas, no sentido de afastarem pensamentos negativos e sentimentos de solidão e isolamento.

Por sua vez, pode-se concluir que na perspectiva dos beneficiários de SAD estão identificados as melhorias e/ou serviços a criar para que os serviços disponibilizados tenham qualidade e correspondam adequadamente às necessidades dos mesmos.

No sentido de ir ao encontro do que foi referido pelos clientes do Centro Paroquial de São João do Monte, Paúl (2005 cit. in Rocha, 2013) refere que o facto da pessoa idosa ser apoiada por um suporte social faz com que a mesma tenha o sentimento de pertença a um grupo, no sentido de haver uma integração social em que há contactos com outras pessoas, evitando desta forma o isolamento e aumentando a participação social. Para além disso, também é extremamente importante fazer sentir ao idoso que há uma rede de apoio que o ajuda a combater as necessidades e/ou dificuldades e que tem interesse em promover o seu bem-estar e contribuir para uma boa qualidade de vida.

Não obstante, as redes de suporte social, como é o caso do SAD, funcionam como teias, em que há uma interligação entre todas as pessoas. Mais importante que o processo de integração da pessoa idosa, é o facto da mesma estabelecer contactos pessoais, através do quais há uma manutenção da identidade social, receção de apoio emocional e material bem como, disponibilização de serviços e informação.

O apoio que a pessoa idosa recebe destes meios, constitui-se como um influenciador da percepção que a mesma tem acerca de si e do meio que a envolve, pois o convívio e a escuta ativa que se tem sobre os outros, remete para que a mesma se reequacione enquanto pessoa e reavalie a sua vida, obtendo um significado mais realista (Araújo & Melo, 2001 cit. in Rocha, 2013).

Relativamente ao desempenho das cuidadoras formais do SAD, os clientes revelaram que as mesmas possuem o perfil adequado para desempenhar as funções, na medida em que detêm competências e conhecimentos adequados para dar resposta às suas necessidades. Todos os participantes salientaram ter uma boa relação com as colaboradoras, sendo que alguns consideram que as mesmas já fazem parte da sua família, pelo que são as únicas pessoas que veem durante o dia.

No que diz respeito ao impacto que o SAD teve na vida das pessoas idosas, conclui-se que o dia-a-dia dos mesmos melhorou substancialmente, uma vez que passaram a ter auxílio para realizar as AVD'S, o que melhorou o bem-estar e a sua qualidade de vida.

Não obstante, os clientes foram referindo que sentem mais segurança, uma vez que sabem que têm apoio para suportar os seus problemas e o apoio prestado vai-se adaptando às necessidades que vão surgindo com o avançar da idade.

Nesta perspetiva, o SAD disponibiliza serviços que conduzem a que a pessoa idosa continue a viver no seu domicílio o máximo de tempo possível, promovendo condições de conforto e dignidade aceitáveis.

Por conseguinte, ainda se aplicou uma escala da qualidade de vida designada *WHOQOL-Bref* (*The World Organization Quality of Life*), tendo como objetivo conhecer a qualidade de vida dos beneficiários de SAD. Após a aplicação deste instrumento de recolha de dados, foi possível concluir que os participantes deste estudo estão satisfeitos com a sua qualidade de vida de um modo geral, bem como, nos domínios físico, psicológico, social e meio ambiente.

Ainda assim, os participantes ao longo da aplicação da escala foram mencionando ter alguns problemas de saúde, tais como hipertensão, colesterol, diabetes, perdas de urina, entre outros fatores que condicionam significativamente a sua qualidade de vida.

Na mesma linha de raciocínio, o domínio que apresentou menos cotação foi o físico, uma vez que os participantes foram referindo não estarem totalmente satisfeitos com a sua saúde a nível da mobilidade, sendo que os impossibilita de realizar determinadas tarefas do dia-a-dia.

Todavia, o domínio que obteve maior cotação foi o das relações sociais, pois a maioria dos participantes refere ter uma boa retaguarda familiar e uma boa relação com amigos e vizinhos mais próximos, o que os torna mais felizes e tranquilos.

Posto isto, pode-se concluir que os fatores mais determinantes para que as pessoas idosas considerem ter uma boa qualidade de vida, passa essencialmente pelo estado de saúde e relação que possuem, principalmente com os familiares mais próximos (filhos e netos).

Com o avançar da investigação foram surgindo algumas limitações, nomeadamente a limitação temporal, que impossibilitou que o número da amostra fosse mais alargado e também as próprias características da população-alvo, uma vez que alguns beneficiários de SAD não possuíam as devidas faculdades para responder, de forma ciente, ao pretendido. Porém, uma dificuldade sentida, foi o facto de haver um alargado volume de informação acerca da presente temática, o que por vezes, suscitou dúvidas na credibilidade da informação a ser consultada.

Por conseguinte, há que salientar que o grande objetivo inicial foi superado, pelo que os objetivos específicos também foram atingidos com sucesso.

Neste sentido, o SAD, apesar de contribuir para o bem-estar e para melhorar a qualidade de vida dos seus clientes, ao longo da investigação foi possível aferir que esta resposta social necessita de algumas reestruturações, tais como, disponibilizar uma equipa multidisciplinar que trabalhe junto dos clientes as várias áreas da sua vida, desenvolvendo a melhor intervenção para cada caso, bem como responder a todas as necessidades eficazmente. Assim, torna-se fundamental estar presente e ter conhecimentos acerca da vida e do dia-a-dia do cliente, de maneira a proporcionar os melhores serviços e intervenções.

Importa também referir, que o facto deste estudo ter sido realizado nos locais onde a investigadora tem um lugar profissional, no qual desempenha a sua função de Técnica Superior de Educação Social, será uma mais valia para melhorar os serviços que são prestados pelo SAD de ambas as Instituições e permitiu conhecer as reais necessidades sentidas pela população idosa, o que possibilitará criar novas estratégias de intervenção e atuação.

REFERÊNCIAS

Afonso, P. (2018, 7 de dezembro). Envelhecimento: O Verdadeiro Desafio. *Sapo* 24.

Acedido em: 2 de janeiro de 2019, em:

https://24.sapo.pt/opiniaio/artigos/envelhecimento-o-verdadeiro-desafio?fbclid=IwAR3HVtBhkshgQQ7mPo_IJvWTkm731fB6ygTvm1Of5UUtYYvYuZxGtDLIFos

Albuquerque, C., Almeida, H. & Santos, C. (2013). Serviço Social: Mutações e Desafios. 1ª edição, Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Albuquerque, F., Gouveia, C., Martins, C., Neves, M. & Rodrigues, C. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida Subjetiva dos Idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11, 135- 154. Obtido de <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4817>

Andrade, A. (2014). *Contextos e Práticas do Serviço Social com Pessoas Idosas em Serviço de Apoio Domiciliário* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Obtido de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6280/Trabalho%20Projeto.pdf?sequence=1>

Araújo, L., Paúl, C. & Ribeiro, O. (2016). Envelhecimento bem-sucedido e longevidade avançada. 2 (1). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/3445>

Azevedo, M. (2015). *Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrativa* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/10776>

Bonfim C. & Veiga, S. (1996). Direção Geral da Ação Social. *Serviços de Apoio Domiciliários*. Obtido de http://www.seg-social.pt/documents/10152/51544/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a

Cabral, M., Ferreira, P., Jerónimo, P., Marques, T. & Silva, P. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/24456>

Campos, M. (2014). *Envelhecimento, institucionalização e bem-estar subjetivo do idoso* (Dissertação de Mestrado). Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa. Viseu. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/23839>

Canavarro, M., Carona, C., Gameiro, S., Quartilho, M., Pereira, m., Rijo, D., Serra, A & Simões, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL-Bref*) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos (2014). Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). Obtido de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2014.pdf>

Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos (2017). Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). Lisboa. Obtido de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2017.pdf>

Carvalho, M. (2014). Serviço social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. [ULL-ISSSL] *Intervenção Social*, 38, 45-60. Obtido de <http://hdl.handle.net/11067/1042>

Costa, A. (2009). *A Qualificação do Serviço de Apoio Domiciliário* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa. Obtido de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:www.repository.utl.pt:10400.5/3027>

Cunha, C. (2016). *Envelhecimento Bem-Sucedido na Perspetiva das Pessoas mais Velhas: Um Estudo Qualitativo com Professoras do 1º Ciclo* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Obtido de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1898>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2016). *Envelhecimento activo- Conceitos*. Acedido em: 10 de Novembro, 2018, em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/conceitos.aspx>

Engenheiro, S. (2008). *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.5/3382>

Ferreira, R. (2014). *A Criação de um Serviço de Apoio Domiciliário no Combate ao Retraimento Social dos Mais Velhos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/6949>

Figueiredo, D., Galante, H. e Sousa, L. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300016

Fonseca, A. & Paúl, C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores

Furtado, J. & Gasparini, M. (2014). Programs and Social Services Evaluation in Brazil: an analysis of practices in the current contexto. *Serviço Social & Sociedade*, 117, 122-141. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000100008

Gil, A. (2007). Envelhecimento Activo: Complementaridades e Contradições. *Fórum Sociológico*, 17, 25-36. Disponível em: forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.3.pdf

Guiomar, V. (2010). Compreender o Envelhecimento Bem-Sucedido a partir do Suporte Social, Qualidade de Vida e Bem-Estar Social dos Indivíduos em Idade Avançada. *Portal dos Psicólogos*. Obtido de www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0261.pdf

Henriques, S. (2014). *Análise de Conteúdo*. Universidade Aberta. Obtido de https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/.../AnalisedeConteudo_SH-2014.pdf.

Instituto da Segurança Social, IP. (2007). Lar Residencial - Modelo de Avaliação da Qualidade. Obtido de <http://www.seg-social.pt/publicacoes?kw=qualidade>

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2015 – 2017. Acedido em 26 de setembro de 2018, em : https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=316114129&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Acedido em 26 de setembro de 2018, em : https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Luz, M. (2018). *Etapas gerais da investigação social científica*. Acedido em 5 de dezembro de 2019, no Web Site do Inforestudante da Faculdade de Psicologia e de Ciências Sociais da Universidade de Coimbra.

Martins, R. (2014). *Qualidade de Vida do Idoso: A sua Perspetiva e a do seu Cuidador Formal* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/20251>

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2010). Carta Social Rede de Serviços e equipamentos – Relatório. Lisboa. Acedido em: 10 de novembro de 2018, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2010.pdf>

Miranda, R. (2009). *Qual a relação entre o pensamento crítico e a aprendizagem de conteúdos de ciências por via experimental?: um estudo no 1º Ciclo* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa,. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/5489>

Montanha, A. (2015). *Alterações das respostas sociais, especialmente nos Serviços de Apoio Domiciliário, perante as exigências da população idosa jovem*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/12451>

Moreira, I. (2013). *Envelhecimento Activo e Bem-sucedido* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/6496>

Oliveira, L. (2007). *Contextos do serviço de apoio domiciliário: a dinâmica entre necessidades e serviços* (Dissertação de Mestrado). Secção Autónoma Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Obtido <http://hdl.handle.net/10773/3266>

Paúl, C. (2005). Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275- 287. Obtido de: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392>

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, Edições técnicas

Paúl, C. (1991). *Panorama demográfico dos idosos em Portugal*. Geriatria, 38 (4), 21-26. Coimbra: Livraria Almedina.

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajectórias*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto

Pordata. (2016). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*. Acedido em: 26 de setembro de 2018, em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. Diário da República nº21/2013- I Série. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/258278/details/maximized>

Ribeirinho, C. (2005). *Conceção e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Obtido de <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>

Rocha, A. (2013). *Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social em Idosos Portugueses* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/17088>

Rosa, M. (2012). *Serviço de apoio domiciliário: um estudo sobre a qualidade dos serviços* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.1/5793>

Ruivo, J. (2009). *Qualidade de Vida e Satisfação com o Suporte Social em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/4384>

Ruiz, E. (2011). *Evaluacion de la calidade percebida en Servicios Sociales*. 1ª edição, DM Librero – Editor. Murcia

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel. Lisboa

Serapioni, M. (2016). Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas Sociologia. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 31, 59-80. Obtido de

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-34192016000100004&lng=pt&nrm=iso

Silva, A. (2012). O Cuidador Informal da Pessoa Idosa com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Perspetivando a Intervenção do Serviço Social. *Intervenção Social*, 40, 109-141. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11067/1068>

Silva, J. (2016). *Envelhecimento e Políticas Sociais: Um Estudo sobre o Serviço de Apoio Domiciliário* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Obtido de

http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1814/1/Jose_Silva.pdf

Silva, M. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de

<http://hdl.handle.net/10198/625>

Silva, R. (2012). *Vivências Afetivas na Terceira Idade num Contexto Institucional* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Braga. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/13338>

Vaz, C. (2012). *Aspetos da vida sexual na terceira idade- uma abordagem qualitativa e exploratória da perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do idoso* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/7707>

BIBLIOGRAFIA

Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 289- 302. Obtido de <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393>

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores

Gerónimo, M. (2016). *A participação das pessoas idosas em serviços de apoio domiciliário: a perspetiva do cliente face à intervenção social* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.5/13682>

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208. Obtido de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

Macedo, C. (2014). *O Serviço de Apoio Domiciliário e a Participação Social das Pessoas Idosas* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas- Instituto Universitário de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10071/9238>

Marques, A. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa. Braga. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/24101>

Moreira, S. (2011). *Espiritualidade, bem-estar e qualidade de vida de pessoas idosas que vivem sós no domicílio habitual* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/9214>

Nunes, J. (2014). *Implementação da gestão da qualidade no serviço de apoio domiciliário: Centro de Dia São Simão* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10437/6281>

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2018). *Manual de envelhecimento ativo*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, Edições técnicas

Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da Gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos*. 2ª edição. Viseu: Psicossoma

Ribeiro, J. (2013). *Impacto do envelhecimento na Sociedade Portuguesa*. Acedido a 26 de dezembro, 2018. Obtido de <http://economiaportuguesa.blogspot.com/2013/03/impactos-do-envelhecimento-na-sociedade.html>

Rodrigues, O. (2014). *Sistema de Gestão da Qualidade nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, que benefícios?* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Obtido de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1356>

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. 2ª edição. Lisboa: Lidel, Edições técnicas

Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais- Casos práticos*. Porto: Porto Editora

Serrano, P. & Tena-Dávila, M. (2004). Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda social a domicilio. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 9-18. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X04749252>

Silva, L. (2001). *Acção Social na Área da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sousa, A. (2016). *Na senda de respostas inovadoras: percepções sobre o serviço de apoio domiciliário no concelho de Oliveira de Azeméis* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/33116>

ANEXOS

Anexo 1- Declaração de Autorização de recolha de dados na Associação de Solidariedade Social de Caparrosa



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

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Mário Barreira Simões, na qualidade de Presidente da Associação de Solidariedade Social de Caparrosa, autorizo que a mestranda Marta Carina Henriques Pereira, integrada no Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, utilize os dados dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, sempre com o devido consentimento dos mesmo, para realizar o seu estudo subordinado ao tema geral “A Exigência do SAD na qualidade de Vida dos Idosos: Desafios Presentes e Futuros”.

O Presidente

(Mário Barreira Simões)

Tel. 232 245 127

Anexo 2- Declaração de Autorização de recolha de dados no Centro Paroquial de São João do Monte



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

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, António José de Figueiredo Marques, na
qualidade de Presidente Do Centro Paroquial de São João do Monte, autorizo que a
mestranda Marta Carina Henriques Pereira, integrada no Mestrado em Serviço Social da
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, utilize
os dados dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, sempre com o devido
consentimento dos mesmo, para realizar o seu estudo subordinado ao tema geral “A
Exigência do SAD na qualidade de Vida dos Idosos: Desafios Presentes e Futuros”.

O PRESIDENTE
CENTRO PAROQUIAL
DE
S. JOÃO DO MONTE

António José de Figueiredo Marques
Contribuinte N.º 506 531 077
Telef. 232 866 138 • Telef. 968 064 242
3475 - 072 S. JOÃO DO MONTE
IPSS - Pessoa colectiva de Utilidade Pública
(António José de Figueiredo Marques)
N.º Social: 20017308380

Anexo 3- Entrevista realizada aos beneficiários de SAD

ENTREVISTA

Este questionário tem como objetivo a colheita de dados para o desenvolvimento do estudo de investigação “A Exigência do SAD na qualidade de Vida das Pessoas Idosas: Desafios Presentes e Futuros”, sendo dirigido a pessoas idosas beneficiárias do serviço de apoio domiciliário. Garanto total anonimato e confidencialidade.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração, não ocupando mais do que 15 minutos.

1. Porque é que requisitou a prestação dos Serviços de apoio domiciliário? _____

2. Em que sentido o SAD mudou a sua vida? _____

3. Qual é o seu grau de satisfação com os serviços prestados pelo SAD? _____

4. Na sua opinião, há algum serviço que deveria ser melhorado?

5. Na sua perspectiva, haverá algum serviço que se poderia criar, para melhor satisfazer as suas necessidades e de outros utentes?

Obrigada pelo tempo disponibilizado!

Anexo 5- Escala da qualidade de vida: WHOQOL- Bref (World Health Organization Quality of Life).

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário tem como objetivos compreender e conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor responda a todas as questões. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta poderá ser a resposta que lhe vier primeiro à mente.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em consideração a sua Vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte questão:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve colocar um círculo à volta do número que melhor corresponde ao apoio que recebeu dos outros nas duas últimas semanas. Portanto, deve, por exemplo, desenhar um círculo à volta do número 4, caso tenha recebido bastante apoio, ou no número 1, caso não tenha recebido qualquer apoio nas duas últimas semanas.

Por favor, leia com atenção cada questão, tendo em conta como se sente a respeito da mesma, e coloque um círculo à volta do número da escala que melhor a classifica.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem, têm como objetivo perceber até que ponto teve determinadas sensações nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que necessita?	1	2	3	4	5
4	Em que medida necessita de cuidados médicos para realizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Em que medida sente segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

9	Em que medida é saudável no seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, etc.)?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

As questões que se seguem, têm como objetivo entender até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer determinadas coisas nas duas últimas semanas

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11	Aceita a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Possui dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	O acesso às informações tem sido fácil, no sentido de conseguir organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15	Como classifica a sua mobilidade	1	2	3	4	5

	(capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))?					
--	---	--	--	--	--	--

As questões seguintes destinam-se a compreender se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Como classifica a sua satisfação em relação ao seu sono?	1	2	3	4	5
17	Como classifica a sua capacidade para desempenhar as tarefas do dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Em que sentido está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Em que medida está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?	1	2	3	4	5
20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5

21	Em que medida está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Como classifica a sua satisfação em relação ao apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?	1	2	3	4	5
24	Em que medida está satisfeito(a) com o acesso que tem aos cuidados de saúde?	1	2	3	4	5
25	Como classifica a sua satisfação relativamente aos transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A questão que se segue tem como objetivo entender a frequência com que sentiu determinados estados anímicos nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	sempre
26	Com que frequência teve sentimentos negativos, tais	1	2	3	4	5

	como, tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					
--	---	--	--	--	--	--

Obrigado pela sua colaboração