

Mónica Fernandes Simões

**QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA,
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO
DOMICILIÁRIO E DO SERVIÇO SOCIAL NA SANTA
CASA DA MISERICÓRDIA DE ANADIA**

Monografia de Estágio do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação, sob orientação da Professora Doutora Maria Helena
Gomes dos Reis Amaro da Luz

Setembro, 2019



FACULDADE DE
PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Mónica Fernandes Simões

**QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA,
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO
DOMICILIÁRIO E DO SERVIÇO SOCIAL NA SANTA
CASA DA MISERICÓRDIA DE ANADIA**

Monografia de Estágio do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Local de Estágio: Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Anadia

Setembro, 2019



FACULDADE DE
PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Agradecimentos

Chegou o momento de agradecer. Agradecer a quem me fez crescer, a quem me passou grandes ensinamentos, a quem me fez rir, a quem me fez chorar, a quem permitiu que isto fosse possível.

Gostaria de agradecer à Santa Casa da Misericórdia de Anadia por me ter proporcionado a oportunidade de estagiar durante todo este tempo na instituição.

A todos os profissionais, agradeço a forma amável com que me receberam e acolheram nesta instituição. A disponibilidade demonstrada, a prontidão com que responderam aos meus pedidos e a simpatia que transpareceram.

Um obrigada especial à Dr.^a Joana Félix, pela partilha de conhecimentos, por acreditar no meu trabalho, pela disponibilidade e sobretudo por me possibilitar evoluir e crescer tanto a nível pessoal como profissional.

Devo ainda um obrigada gigante aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, do Centro de Dia e do lar da Santa Casa da Misericórdia de Anadia, pelo sorriso que arrancavam do meu rosto, até nos dias menos bons. Por vezes, uma simples palavra vossa ou um simples gesto fazia toda a diferença.

Obrigada a todas as docentes do Mestrado em Serviço Social por todos os ensinamentos transmitidos e por lutarem connosco pelo sucesso.

Em especial, um agradecimento à Professora Doutora Helena Reis pela supervisão nesta reta final, a paciência e dedicação que teve para comigo foi extraordinária. Obrigada pela motivação e por acreditar em mim.

Para não correr o risco de me esquecer de alguém, não vou nomear ninguém, vou apenas agradecer do fundo do coração a todos os amigos, sabem o que significam para mim e o sentido que dão à minha vida. Um Obrigada gigante a todos vocês!

O meu maior OBRIGADA vai para os meus pais e irmão, por acreditarem sempre em mim, por fazerem com que tudo isto fosse possível. Sem vocês eu não era quem sou.

Obrigada a todos os meus familiares, amigos e conhecidos. Obrigada a todos!

Resumo

A monografia que configura o presente trabalho resulta do estágio desenvolvido na Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) no contexto do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), traduzindo, assim, o estágio, a via em que se concretizou este trabalho de Mestrado em Serviço Social.

O SAD constitui uma das respostas sociais privilegiadas, de natureza formal, em termos da prestação de cuidados aos idosos e é a que tem assumido um maior crescimento por entre as diferentes modalidades de provisão de apoio aos mesmos. Dados provenientes da Carta Social – Relatório de 2017 (GEP/MSESS, 2017) informam que no período que medeia entre 2000 e 2017, o incremento deste serviço se situou na ordem dos 71%. O SAD traduz uma das modalidades de apoio desenvolvida no âmbito da rede solidária e para a qual, em muito contribuem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's), entre as quais se incluem as Misericórdias, que procuram de forma primordial efetivar o apoio no domicílio dos idosos e contribuir para a qualidade de vida destes públicos. Neste âmbito, os objetivos gerais do estudo empírico, contextualizado pela realidade institucional, intentaram perceber a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD da SCMA, assim como compreender o papel do SAD e do Serviço Social na qualidade de vida desses idosos. Com um enfoque mais específico pretendeu-se, caracterizar a amostra composta por utentes idosos, ajudantes familiares e assistente social/diretora técnica da resposta social, apurar elementos analíticos da qualidade de vida geral dos idosos e elementos advindos da sua perceção acerca da qualidade de vida na sua relação com o SAD; perceber o contributo do SAD para a qualidade de vida dos idosos, em termos de necessidades (in)satisfeitas, prestação de cuidados e expectativas relativas a este serviço; compreender quais as conceções e práticas ancoradas ao Serviço Social potenciadoras da qualidade de vida dos idosos no contexto institucional.

Com o intuito de alcançar os objetivos delineados foi privilegiada a metodologia qualitativa conducente à realização de um estudo empírico com a tipologia de um estudo de caso exploratório único, de natureza holística (Yin, 1993), tendo sido para o efeito reunida uma amostra constituída por 14 participantes (idosos, ajudantes familiares e assistente social). Os instrumentos de recolha de dados mostraram-se múltiplos e beneficiaram de fontes teórico-documentais, do diário/notas de campo e de um protocolo de entrevista semi-estruturada. A metodologia dominante em termos de análise de dados prosseguiu a análise de conteúdo, tendo, contudo o estudo também recorrido à análise

estatística simples para a apresentação mais sistemática de dados referentes a elementos de caracterização da amostra.

A interpretação dos resultados permitiu verificar quanto às entrevistas e relativamente aos elementos analíticos da qualidade de vida dos idosos que a mesma se associa, quanto a aspetos de saúde e funcionalidade, à inexistência de problemas de saúde mental, ou seja, de memória limitadores do quotidiano; quanto ao apoio social e participação, ao cuidado provisionado por familiares, maioritariamente filhos(as); quanto ao meio ambiente em que os idosos estão inseridos, à segurança e ao conforto sentidos no domicílio. De salientar que os idosos afirmam sentir-se satisfeitos com a vida e salientam como preocupações futuras capazes de influenciar a sua qualidade de vida, as que se relacionam com a deterioração da sua saúde e/ou vivência de um estado de dependência. A influência do SAD para a qualidade de vida dos idosos é percecionada como decisiva para a satisfação de necessidades elementares, designadamente, alimentação, limpeza do domicílio, higiene pessoal e vestuário, tendo sido sugeridas melhorias com influência na qualidade de vida, a nível da flexibilidade dos horários.

Relativamente aos serviços prestados pelas ajudantes familiares, os resultados do estudo informam que as tarefas do foro doméstico têm uma influência na qualidade de vida dos idosos acrescentando o seu conforto e conseqüente felicidade e satisfação; as tarefas que focalizam uma atenção pessoal ao idoso são importantes para o combate à solidão destes públicos; as tarefas que potenciam a relação do idoso com o meio envolvente traduzem oportunidades para que os mesmos possam participar em atividades quebrando a sua monotonia diária e as tarefas a nível do apoio familiar favorecem a proximidade entre a família e o idoso.

Ao nível do Serviço Social, a auscultação feita permitiu apurar que os enfoques centrais da intervenção profissional comprometida com a qualidade de vida do idoso decorrem de uma atuação que procura integrar o idoso, incentivar a sua autodeterminação, motivar os profissionais, prosseguir a política de qualidade, entre outros aspetos. O contributo do SAD para a qualidade de vida decorre dos serviços individualizados e personalizados no domicílio sendo que o desafio que se coloca ao Serviço Social neste âmbito surge da necessidade de se conseguir corresponder às exigências crescentes a nível da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de vida; Serviço de Apoio Domiciliário; Serviço Social; Utentes/Idosos, Ajudantes familiares

Abstract

The monograph that forms the present work results from the stage developed in the Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) in the context of the Domiciliary Support Service (SAD), thus translating the internship, the way in which this Master's Social Work.

The SAD is one of the privileged social responses, of a formal nature, in terms of care for the elderly, and is the one that has assumed the greatest growth among the different modalities of providing support to them. Data from the Social Charter - 2017 Report (GEP / MSESS, 2017) report that in the period between 2000 and 2017, the increase of this service was around 71%. The SAD is one of the forms of support developed within the framework of the solidarity network and to which the Private Social Solidarity Institutions (IPSS's) contribute a great deal, including the Misericórdias, which seek primarily to provide support at home of the elderly and contribute to the quality of life of these publics. In this context, the general objectives of the empirical study, contextualized by the institutional reality, sought to understand the quality of life of elderly people integrated into the SAD of the SCMA, as well as to understand the role of SAD and Social Work in the quality of life of these elderly people. With a more specific focus it was intended to characterize the sample composed of elderly users, family helpers and social worker / technical director of the social response, to ascertain analytical elements of the general quality of life of the elderly and elements coming from their perception about the quality of life in its relationship with SAD; to perceive the contribution of SAD to the quality of life of the elderly, in terms of (in)satisfied needs, care and expectations regarding this service; understand the concepts and practices anchored to the Social Work, enhancing the quality of life of the elderly in the institutional context.

In order to reach the objectives outlined, the qualitative methodology was favored, leading to the accomplishment of an empirical study with the typology of a single exploratory case study, of a holistic nature (Yin, 1993). 14 participants (elderly, family helpers and social worker). Data collection instruments were multiples and benefited from theoretical-documentary sources, diary / field notes and a semi-structured interview protocol. The dominant methodology in terms of data analysis continued the analysis of content, but the study also turned to simple statistical analysis for the more systematic presentation of data referring to elements of characterization of the sample.

The interpretation of the results allowed us to verify, regarding the interviews and the analytical elements of the quality of life of the elderly, that it is associated, in terms of health and functional aspects, to the absence of mental health problems, that is to say, memory of daily life; with regard to social support and participation, care provisioned by relatives, mostly children; the environment in which the elderly are inserted, the security and comfort felt at home. It should be noted that the elderly affirm that they feel satisfied with life and future concerns capable of influencing their quality of life, those related to the deterioration of their health and / or living in a state of dependency. The influence of SAD on the quality of life of the elderly is perceived as decisive for the satisfaction of basic needs, namely, food, household cleaning, personal hygiene and clothing, and improvements have been suggested that influence the quality of life in terms of flexibility schedules.

Regarding services provided by family helpers, the results of the study report that household tasks have an influence on the quality of life of the elderly, increasing their comfort and consequent happiness and satisfaction; the tasks that focus on personal attention to the elderly are important to combat the loneliness of these publics; the tasks that foster the relationship between the elderly and the environment translate opportunities for them to participate in activities that break their daily monotony and tasks in the family support favor the proximity between the family and the elderly.

At the level of Social Work, the auscultation made it possible to verify that the central approaches of the professional intervention committed to the quality of life of the elderly result from an action that seeks to integrate the elderly, encourage their self-determination, motivate the professionals, pursue the quality policy, among other aspects. The contribution of SAD to the quality of life derives from individualized and personalized services at home, and the challenge to Social Work in this area arises from the need to meet the growing demands on quality of care.

Keywords: Aging, Quality of life; Domiciliary Support Service; Social Work; Users / Elderly, Family Helpers

Índice

Índice de Tabelas	10
Índice de Figuras	11
Lista de abreviaturas	12
Introdução	13
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTÁGIO	16
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO	17
1. Envelhecimento demográfico e desafios das sociedades envelhecidas	17
2. Qualidade de Vida: Abrangência e abordagens operativas	21
3. Respostas sociais direccionadas para a população idosa: Evolução e tendências	26
4. Serviço de Apoio Domiciliário	32
PARTE II- CONTEXTO DE ESTÁGIO	40
CAPÍTULO 2 - SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ANADIA E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	41
1. A Santa Casa da Misericórdia de Anadia: Contextualização	41
2. O Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Anadia	43
3. O Serviço Social no SAD: Âmbito e funções	45
4. O Serviço Social no âmbito do SAD da SCMA	53
5. Atividades curriculares desempenhadas no estágio	57
PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO	60
CAPÍTULO 3 - QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA, INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO E DO SERVIÇO SOCIAL NA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ANADIA	61
1. Delineamento do Estudo	61
1.1. Formulação do problema	61
1.2. Objetivos do estudo	66
1.3. Estratégia de investigação	67
1.4. Amostra/População do estudo	69
1.5. Metodos e instrumentos de recolha de dados	70

1.6.	Metodologia de análise de dados.....	75
2.	Apresentação e Análise dos Resultados.....	77
2.1.	Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Percepções dos idosos relativos a aspetos da sua Qualidade de Vida e na sua relação com o SAD.....	77
2.2.	Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Percepções dos elementos da equipa de ação direta (ajudantes familiares) sobre a prestação de serviços diretos e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos	103
2.3.	Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Percepções do Serviço Social sobre os contextos da prática profissional e o seu papel para a Qualidade de Vida da população inserida em SAD	114
3.	Discussão dos resultados.....	116
	Conclusão	127
	Bibliografia.....	132
	Apêndices	139

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Sinopse das atividades de estágio

Tabela 2 - Codificação

Tabela 3 – Caracterização dos utentes por idade

Tabela 4 - Análise das entrevistas aos utentes - Elementos analíticos da Qualidade de Vida

Tabela 5 - Análise das entrevistas aos utentes - Componente Institucional e Qualidade de Vida

Tabela 6 – Perfil das Ajudantes Familiares

Tabela 7 - Análise das entrevistas às ajudantes familiares

Tabela 8 – Perfil da Assistente Social

Tabela 9 - Análise da entrevista à Assistente Social

Índice de Figuras

Figura 1 – Faixas etárias dos utentes

Figura 2 – Sexo dos utentes

Figura 3 – Naturalidade dos utentes

Figura 4 – Residência dos utentes

Figura 5 – Estado Civil dos utentes

Figura 6 – Grau de escolaridade dos utentes

Figura 7 – Rendimentos dos utentes

Figura 8 – Agregado Familiar dos utentes

Figura 9 – Rede Social e de Suporte

Figura 10 – Regime Habitacional

Figura 11 – Estado de Conservação

Figura 12 – Barreiras arquitetónicas

Figura 13 – Serviços Solicitados para apoio

Figura 14 – Tempo que os utentes beneficiam de SAD

Lista de abreviaturas

AVD's – Atividades da Vida Diária

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FPCEUC – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCMA – Santa Casa da Misericórdia de Anadia

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Introdução

A monografia a que se reporta o presente trabalho decorreu do estágio que foi desenvolvido na Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) no contexto do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e mostra-se integrada no Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra.

A opção por esta modalidade de trabalho final decorreu da intenção manifestada aquando da frequência da componente curricular do mestrado e mostrou-se associada ao interesse em aprofundar o conhecimento acerca da intervenção desenvolvida junto dos idosos, numa ótica em que fosse possível conciliar a apreensão da realidade prática institucional, o desenvolvimento de atividades profissionais e a realização de um trabalho de investigação. Neste âmbito, o estágio desenvolvido teve uma duração de quatro meses (setembro a dezembro de 2019), incluiu uma componente prática e de investigação e teve o acompanhamento técnico da orientadora da instituição de acolhimento Dr^a Joana Félix (Assistente Social e Diretora Técnica do SAD da SCMA) e a supervisão em termos do acompanhamento do estágio na FPCEUC, da Professora Doutora Helena Reis Amaro da Luz.

Atendendo a que um dos objetivos do mestrado consiste em fomentar a reflexão em torno das mutações da sociedade atual e analisar o impacto que estas transformações têm nas instituições sociais e sendo um dos pressupostos do estágio a potenciação de uma experiência profissional aliada a uma atividade de investigação, considerou-se oportuno analisar como as mesmas lidam com o envelhecimento e longevidade dos seus públicos, assumidamente cada vez mais diferenciados e apresentando problemáticas crescentemente complexas, pelo que a par com as atividades desenvolvidas se pretendeu centralizar a atenção na qualidade de vida dos idosos no domicílio, a partir do SAD e na intervenção do Serviço Social neste domínio.

Em particular direcionar o conhecimento para a qualidade de vida dos idosos em SAD e compreender de forma mais aprofundada o papel dos profissionais nesse contexto de intervenção, a partir de um contacto direto e de uma proximidade com profissionais que lidam com esta área, emergiu como uma oportunidade de grande valia para encetar o trabalho de investigação necessário à conclusão do mestrado.

Traduz uma constatação assinalada pela investigação a que reconhece que o processo de envelhecimento demográfico assume uma dimensão mundial e cuja expressão se mostra particularmente visível nas sociedades desenvolvidas, de que são um

exemplo a maioria das sociedades europeias (Rosa, 2012). A par com esta tendência de envelhecimento populacional as expectativas globais de vida têm vindo a crescer atento o aumento da esperança de vida aos 65 anos, realidade esta que está na base do alargamento da longevidade humana (Rosa, 2012). Um tal aumento da esperança de vida e o prolongamento da vida tendem também a avolumar as possibilidades de surgimento de situações de dependência e de uma maior vulnerabilidade quer em termos físicos quer psíquicos, limitando os indivíduos na satisfação das suas necessidades. (Carvalho, 2009; ISS, 2010). Sendo certo que as respostas sociais são diversas e apresentam diferentes finalidades em função das necessidades dos mais velhos, também é verdade que o SAD se tem vindo a erguer como resposta de elevada procura por parte de todos aqueles que dispendo ainda de alguma autonomia desejam retardar a institucionalização (Oliveira, 2007).

O SAD constitui uma resposta social formal que permite que pessoas em situação de dependência possam ver satisfeitas as suas necessidades básicas e específicas assim como o apoio nas actividades instrumentais da vida quotidiana e actividades sociorrecreativas, facilitando a par e através da prestação de serviços no domicílio habitual de vida do cliente, a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de dependência ou seu agravamento (ISS, 2010). Porque as situações dos idosos se tornam crescentemente complexas, esta resposta, por forma a assegurar os seus cuidados necessários e a satisfação das suas necessidades, requer que a qualidade de vida dos mesmos e da intervenção seja uma exigência que deve ser tida em conta e que importa não descurar. Com efeito, ainda é incipiente a investigação associada ao conhecimento da qualidade de vida dos idosos apoiados pelo SAD visto que perdurou durante largo tempo o entendimento de que o apoio a provisionar deveria centrar-se fundamentalmente em componentes de satisfação de necessidades de subsistência tipificadas e que resultaria apenas daí o bem-estar dos mais velhos. O entendimento da velhice numa ótica diferenciada e o reconhecimento da multidimensionalidade dos fatores que conduzem à qualidade de vida dos idosos ainda que em domicílio está pois na base da necessidade de incrementar o conhecimento sobre este fenómeno para se poder imprimir uma maior dignidade à vida dos longevos.

Face a este contexto, perceber a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD da SCMA, assim como compreender o papel do SAD e do Serviço Social na qualidade de vida desses idosos constituíram os objetivos gerais delineados para o estudo empírico, o qual revestindo o cariz de um estudo de caso exploratório único, abrangeu em

termos de amostra 14 elementos (idosos, ajudantes familiares e assistente social). Os instrumentos de recolha de dados de suporte ao estudo evidenciaram pluralidade tendo integrado fontes de pesquisa teórica, diário/notas de campo e um protocolo de entrevista semi-estruturada composto por três entrevistas diferenciadas em função dos participantes. A análise de conteúdo foi a metodologia que predominou na análise dos dados.

Em termos de estruturação, a monografia encontra-se organizada em três partes. Na primeira parte é abordado o envelhecimento demográfico e os desafios que as sociedades envelhecidas enfrentam e é explorado o conceito de qualidade de vida de forma a ficarem explícitas as definições mais consensuais entre os autores, as dimensões que este conceito abrange e o modo como se pode avaliar. Também neste enquadramento teórico se ilustra a evolução e as tendências das políticas e respostas sociais existentes destinadas à população idosa, especificamente o SAD.

A segunda parte procede a uma contextualização do local de estágio distinguindo o papel que o Serviço Social tem no SAD em geral e no SAD da SCMA em particular, incluindo na componente estrutural do trabalho as atividades desenvolvidas pela estagiária.

A última parte abrange todo o estudo empírico, desde as opções metodológicas à análise, interpretação e discussão dos resultados.

O estudo culmina com a apreciação final dos resultados e respetivas conclusões.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTÁGIO

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

1. Envelhecimento demográfico e desafios das sociedades envelhecidas

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), o envelhecimento demográfico, é um fenómeno europeu assente no crescimento da população idosa (com 65 e mais anos) em detrimento dos jovens e pessoas em idade ativa, prevendo-se que este fenómeno continue a aumentar até 2080, tanto na Europa como em Portugal.

Dados recentes informam que entre 2010 e 2015 houve um aumento da proporção de idosos de 17,6% para 19,2% entre os 28 países da União Europeia (INE, 2017) apresentando-se Portugal como o 4º país com a maior percentagem de idosos, apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália.

Tendo em conta o que a OMS (2011, cit in Luz, 2014) informa, este envelhecimento não se restringe à escala Europeia, alargando-se a nível mundial, pois em 2010 a população com idade igual ou superior a 65 anos representava 8% da população mundial estimando-se um crescimento na ordem dos 16% até 2050.

Prevê-se ainda que em 2050, em Portugal, o Índice de Envelhecimento se venha a situar nos 398 idosos por cada 100 jovens, ao passo que em 2002 se verificava um índice de envelhecimento na ordem dos 102 idosos por cada 100 jovens, antevendo-se assim que este indicador possa vir a triplicar de 2002 até 2050. (INE, 2002 cit in Oliveira, 2007)

Fatores como a queda acentuada da natalidade, os saldos migratórios negativos, os progressos na medicina e a melhoria das condições socio-económicas têm vindo a ser enunciados como estando na base do envelhecimento associando-se este também à maior longevidade e dependência das populações. (Oliveira, 2007; INE, 2017)

O aumento da população idosa está relacionado com o aumento que se tem verificado na esperança média de vida, no entanto, o aumento da esperança de vida de uma população não significa necessariamente que esse tempo seja vivido em boa saúde. Ou seja, enquanto o indicador da esperança de vida à nascença mede o número de anos de vida esperado, a esperança de vida em saúde incide sobre a qualidade de vida, representando o número de anos de vida saudável que a população espera viver. (INE, 2017)

Sendo que de acordo com a PORDATA (2018) em 2016 a esperança de vida à nascença se situou nos 77,7 anos para os homens e 83,4 anos para as mulheres, denunciando este indicador uma tendência global de crescimento contínuo.

Segundo Amaro (2015) o aumento da esperança média de vida e consequentemente o aumento do índice de envelhecimento devem-se em grande parte ao progresso da medicina que proporcionou melhores condições de vida a toda a população levando à diminuição da taxa de mortalidade em geral e da taxa de mortalidade infantil em particular, o que permitiu que um maior número de pessoas alcançasse uma idade avançada. Também a quebra da fecundidade é um fator que justifica o envelhecimento evidenciado.

A crescente longevidade, se por um lado tem vindo a ser discutida como fator gerador de impactos ou consequências associadas ao agravamento das despesas com a saúde, ao crescimento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, ao aumento dos encargos do Estado e às modificações na estrutura e relações familiares (Amaro, 2015), por outro também tem estado na base de novos conceitos ou categorizações de velhice. Deste modo e para Renaud Santerre (1995, cit in Cardoso, Santos, Baptista & Clemente, 2012) existem “três velhices”: os “jovens” velhos dos 65 aos 75 anos, os “médios” velhos dos 75 aos 85 anos e os “velhos” velhos com mais de 85 anos. Esta categorização baseia-se nos diferentes papéis e funções sociais que cada um destes subgrupos assume na sociedade e na família. Daí este autor referir que é difícil considerar que a reforma marca a entrada na velhice, pois não se sabe de que velhice se trata, ainda para mais quando a própria idade de pensão ou reforma vai variando. Há assim a necessidade de dissociar idade civil de idade física e idade social de idade real, pois utilizar idades fixas de entrada na velhice (60 ou 65 anos) pode acarretar efeitos negativos, sendo que “o reconhecimento do direito à inatividade profissional e ao benefício (...) não são determinados pelas reais capacidades dos indivíduos, mas correspondem antes a uma opção da sociedade em termos de política social”. (Rosa, 1992, cit in Cardoso et al., 2012, p. 610)

De igual modo e tal como elucida Fernandes (1997, cit in Cardoso et al., 2012, p. 610) a definição da idade da velhice e da idade da reforma agrava-se ainda quando se invoca os avanços tecnológicos, pois com o grande desenvolvimento tecnológico ocorrido, muitos trabalhadores foram despedidos por serem demasiado velhos, e não se puderam reformar por serem demasiado novos, ou seja, “é-se jovem biologicamente até cada vez mais tarde e velho socialmente, cada vez mais cedo”.

Daí, ser necessário um cuidado especial quando se definem as pessoas idosas como aquelas que apresentam 65 ou mais anos, por forma a não homogeneizar e indiferenciar todas as pessoas dentro da mesma categoria esquecendo-se que cada pessoa deve ser considerada única e diferenciada de todas as outras. (Carvalho, 2009)

Neste seguimento, Luz (2014) aponta outros fatores para a definição de velhice para além da idade cronológica, a qual foi sendo afirmada como elemento principal na sinalização da identidade. Tal significa que a variabilidade dos estados/situações de velhice assentes em diferentes idades e fatores como os processos de envelhecimento, percursos de vida, necessidades e expetativas têm de ser tidos em conta na definição de “diferentes velhices” e na determinação da pluralidade de gerações mais idosas, permitindo consequentemente encarar a velhice como sendo diferenciada, ou seja, heterogénea e individualizada.

A mesma autora refere assim a existência das noções de terceira e quarta idade, estando estas relacionadas com a ideia de funcionalidade, ou seja, à medida que o estado funcional se vai agravando e que os indivíduos deixam de conseguir realizar as atividades básicas do quotidiano de forma autónoma, significa que a velhice está a evoluir para outro patamar, não esquecendo que essa passagem da terceira para a quarta idade varia de indivíduo para indivíduo.

Para uma melhor compreensão destes termos importa referir que na terceira idade revelam-se “os aspectos mais positivos que identificam os indivíduos com as condições e práticas de uma vida ainda autónoma, aspectos que Baltes e Smith (2003, cit in Fonseca, 2006, p. 78) sinalizam como “(...) elevado potencial latente de manutenção de boa forma (física, mental); cortes sucessivos com ganhos ao nível da forma física e mental; existência de substanciais reservas cognitivo-emocionais; (...) níveis elevados de bem estar pessoal e emocional (...)””. Enquanto que a quarta idade “configura uma realidade diferente pautada por várias perdas, “(...) no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; [bem como] aumento de sintomas de stresse crónico; considerável prevalência de demências (cerca de 50% aos 90 anos de idade); elevados níveis de fragilidade; disfuncionalidade, e multimorbilidade” (Baltes & Smith, 2003, cit in Fonseca, 2006, p.79).” (Vd Luz, 2014, p. 4-5)

É ainda importante referir que cada indivíduo desenvolve estratégias diferentes para se adaptar às mudanças que vão ocorrendo ao longo do processo de envelhecimento através de diferentes atitudes e diferentes decisões, sendo que as maiores mudanças se

prendem com questões de dependência e de deterioração física e mental que estão intimamente ligadas com o avanço da idade. (Luz, 2014)

Assim como a população idosa é desafiada a adaptar-se às alterações biológicas, psicológicas e sociais ocorridas, também a própria sociedade e o Estado são desafiados a isso, cabendo-lhes encontrar respostas heterogêneas e individualizadas que potenciem a qualidade de vida desta população proporcionando-lhes “vidas com sentido” e não ampliem os problemas associando a velhice a estados de incapacidade e declínio. (Luz, 2017)

A este respeito, Oliveira (2007) invoca o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento que defende o direito dos cidadãos de envelhecer com segurança e dignidade, podendo continuar a participar na sociedade como cidadãos de plenos direitos sem sofrerem qualquer discriminação, salientando que cabe aos governos fazer-se cumprir o estipulado. Assim, são destacadas três prioridades, sendo elas: i) as pessoas idosas devem participar de forma ativa na sociedade; ii) as pessoas idosas têm direito a cuidados de saúde prestados por cuidadores com formação específica, tendo neste sentido direito à prevenção da doença, à reabilitação, ao acesso a serviços e equipamentos de apoio e a cuidados no domicílio; iii) melhoria das condições de vida dos idosos de forma a garantir habitações e meio envolvente acessível e seguro.

Sobretudo, importa enfatizar que face às crescentes mudanças e transformações que vão ocorrendo carece de se proporcionar o máximo de tempo de vida possível com qualidade de vida, o que implica manter um baixo risco de doença, manter um bom funcionamento físico e mental e possuir independência no que concerne à capacidade de tomada de decisões relacionadas com a vida quotidiana sem ser necessário o apoio permanente de outrem. (Amaro, 2015)

Neste contexto e de um modo geral, a promoção da qualidade de vida impõe-se como o grande desafio que se coloca a nível societal e em particular às instituições prestadores de cuidados.

Neste âmbito, as propostas relacionadas com o envelhecimento ativo têm vindo a ser distinguidas como abordagens a adotar para a promoção da qualidade de vida na medida que fomenta a participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não apenas para a atividade física ou para a participação no mercado de trabalho. (Luz, 2017)

Tal como refere a OMS (2002, p. 12), o envelhecimento ativo e saudável reporta-se ao “processo de incremento das oportunidades para a saúde, participação e segurança,

de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”. No entanto, é necessário ter em conta as condições de saúde, os fatores ambientais e pessoais, os fatores económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde e o sexo, pois estes são determinantes no envelhecimento ativo.

Ir ao encontro do envelhecimento ativo traduz pois uma via de promoção da qualidade de vida, sendo ambos os conceitos complexos e difíceis de definir.

2. Qualidade de Vida: Abrangência e abordagens operativas

Segundo Wolfensberg (1994, cit in Pires, 2014), desde os anos 60 do séc. XX, que a designação “qualidade de vida” tem vindo a ser cada vez mais utilizada, muito devido ao aumento da esperança média de vida que se tem vindo a verificar, apesar do conceito ser ambíguo e precisar de uma definição precisa.

O aumento da esperança média de vida resulta num aumento de tempo de vida que, segundo Paúl (1992 cit in Coimbra & Brito, 1999) nem sempre é acompanhado “... por um aumento da qualidade de vida, antes pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o envelhecimento, quer do ponto de vista socio-económico, quer psicológico”. Degrada-se socialmente devido à insuficiência de respostas destinadas aos idosos e devido às dificuldades sentidas pelas famílias em cuidar dos seus familiares, ficando estes consequentemente desprotegidos. A nível económico, os cuidados de saúde e os recursos que esta população acarreta traduzem uma sobrecarga para a economia nacional e a nível psicológico devido à debilidade na saúde, a fragilidades económicas e a sentimentos negativos que surgem por causa do acumular de todas as situações.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS, cit in Pires, 2014, p.25), definiu este conceito como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença”, apesar de esse ser um componente de muita influência. No entanto, o conceito de qualidade de vida tem diversas definições de acordo com o contexto/área que se esteja a abordar, e não pode depender apenas da saúde visto que o ser Humano é entendido como um ser bio-psico-social, e todos os domínios têm a sua influência (inter-domínios).

Devido à complexidade do conceito de qualidade de vida no início da década de 90, a OMS convocou um grupo de especialistas de diversas partes do mundo para que fosse construída uma definição de qualidade de vida, bem como um instrumento para a

sua avaliação, formando-se assim o World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) (Grelha, 2009; Pires, 2014).

Foi a partir deste grupo que surgiu, embora de forma não consensual, o conceito de qualidade de vida, como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL Group, 1994, cit in Pires, 2014, p.26)

A subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de elementos positivos e negativos são três dimensões básicas da qualidade de vida, e são largamente afetadas pela saúde física, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas relações com o meio ambiente do indivíduo. Todas estas dimensões determinam a percepção que o indivíduo tem sobre a sua qualidade de vida, daí essa diferir de pessoa para pessoa, podendo mesmo ser diferente em pessoas que se encontrem no mesmo contexto/ambiente. (Renwick & Brown, 1996, cit in Pereira, Teixeira & Santos, 2012)

A fim de perceber alguns fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos idosos, Coimbra e Brito (1999) realizaram um estudo onde os resultados mostram que a qualidade de vida dos idosos que residem no domicílio a beneficiar de apoio domiciliário é superior à dos idosos que se encontram institucionalizados, pois o ambiente familiar e conhecido quebra o isolamento próprio da idade e proporciona ao idoso a oportunidade de continuar a desenvolver um papel ativo na sociedade, apesar de não existir diferenças estatisticamente significativas.

O mesmo estudo mostrou ainda que quanto mais baixo for o nível socio-económico e a situação de saúde menor será a qualidade de vida dos idosos.

Outro estudo que aborda a influência dos domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida dos idosos é o de Pereira et al. (2006), que mostra que o domínio físico é o que mais contribui para a qualidade de vida, seguindo-se o domínio ambiental, depois o psicológico e por fim o social com uma contribuição estatisticamente pouco significativa. A influência do domínio físico deve-se ao facto de este estar relacionado com a capacidade funcional dos idosos que é um importante factor na qualidade de vida destes, pois a capacidade de continuar a desempenhar os seus papéis ocupacionais e as suas funções proporciona uma maior satisfação para com a vida.

O domínio ambiental também se posiciona como tendo uma grande influência na qualidade de vida dos idosos porque, segundo a OMS (2001, cit in Pereira et al. 2006, p. 34) “o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou

não do indivíduo”, ou seja, o idoso será mais ativo física e socialmente se puder movimentar-se e deslocar-se para onde quer sozinho (ex: casa dos vizinhos, transportes locais, entre outros), enquanto que um ambiente inseguro leva a problemas de mobilidade e conseqüentemente deixa os idosos susceptíveis ao isolamento e à depressão, influenciando pela negativa a qualidade de vida.

Estes autores citaram Sprangers et al. (2000, cit in Pereira et al., 2006, p. 32) que referem que “fatores como a idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida”, para além disso, também a situação socioeconómica contribui para a qualidade de vida, pois este estudo mostra que os indivíduos a partir dos 60 anos ficam mais dependentes de rendimentos de terceiros para manter o padrão de vida que tinham anteriormente.

Castellón e Pino (2003, cit in Pereira et al., 2006, p. 33) referem a respeito do sexo que “a qualidade de vida subjetiva é melhor para os homens do que para as mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo” e no entender de Avis et al. (2004, cit in Pereira et al., 2006) isso deve-se ao esquecimento e à falta de autoestima que está associada ao sentimento de que as mulheres ficam menos atraentes com o avançar da idade, bem como a atividade física, o stress, a perceção e a aceitação em relação ao envelhecimento. Por sua vez, o sexo masculino apresenta melhores resultados tanto no domínio físico como no psicológico.

Este estudo também indica que “a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a auto-estima e deteriorar o estado emocional do idoso”, (Pereira et al., 2006, p. 34) nunca esquecendo que a qualidade de vida é percebida de forma diferente por cada indivíduo.

Importa referir que existem vários instrumentos para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos, de natureza quer quantitativa (ex: escalas) quer qualitativa (ex: entrevistas).

A este nível, um dos principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida em adultos, denomina-se World Health Organization Quality of Life-100 (*WHOQOL-100*), e possui um caráter subjetivo na avaliação e uma perspetiva multidimensional, abrangendo na sua versão original cem questões organizadas em seis domínios, designadamente, físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religiosos/crenças pessoais, e por fim contem uma faceta geral de avaliação global da qualidade de vida (Serra et al., 2006).

Por se ter revelado muito extenso, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão mais curta do *WHOQOL-100*, a saber, o *WHOQOL- bref*, sendo este constituído por 26 perguntas, duas delas de cariz mais geral sobre qualidade de vida, dividindo-se as restantes 24 facetas pelos quatro domínios constituintes do instrumento: “domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho); domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte/apoio social e atividade sexual) e meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima; transporte)” (Fleck, 2000, p.36).

O instrumento *WHOQOL-OLD*¹ é uma escala que avalia a qualidade de vida do idoso e que deve ser aplicada em conjunto com o instrumento *WHOQOL- bref*. Globalmente consiste numa medida que inclui 24 itens avaliados numa escala de Likert e que se inserem em seis dimensões: “Funcionamento Sensorial” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Em concreto, o “Funcionamento Sensorial” avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida, a “Autonomia” refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autónoma e tomar as suas próprias decisões, as “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia, a “Participação Social” delinea a participação em atividades do quotidiano, especialmente na comunidade, a “Morte e Morrer” relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, e a “Intimidade” avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas. (Manual *WHOQOL-OLD*)

¹ Desenvolvimentos sobre estudos de adaptação e validação do *WHOQOL-OLD* em Portugal podem encontrar-se em Vilar (2015).

Outro instrumento de avaliação da qualidade de vida é o Easy-Care (Elderly Assessment System / Sistema de Avaliação de Idosos), que foi desenvolvido através do projecto EPIC (European Prototype for Integrated Care) e que avalia o bem-estar físico, mental e social das pessoas com 75 anos ou mais. O Easy-Care permite efetuar uma avaliação rápida das necessidades a nível social e de saúde e as capacidades da pessoa idosa, tal como esta as percebe, sendo que é um instrumento de avaliação multidimensional. (Figueiredo & Sousa, 2001; Silva, 2010)

Os dados obtidos podem, ainda, ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objetivos, que auxiliam a gestão dos serviços, a investigação e a formulação de políticas.

Este instrumento efetua a caracterização dos idosos com base nas seguintes variáveis: visão, audição e comunicação; cuidar de si (auto-cuidado); mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar; e outras informações que considere importantes. (Silva, 2010)

O EASYcare apresenta algumas limitações sendo que não pode ser aplicado a sujeitos muito dependentes e incapazes de se expressar e não pode ser administrado a idosos com baixo nível cognitivo. (Figueiredo & Sousa, 2001)

De salientar que as questões da dependência e da autonomia influenciam a qualidade de vida dos idosos. Isto porque o conceito está relacionado com a incapacidade da pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas, temporária ou permanentemente, e precisa da ajuda de terceiros. (Sequeira, 2010)

Segundo o decreto-lei nº101, de 6 de Junho, 2006, artigo 3º, alínea h), dependência “é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.”

É importante perceber que a dependência pode não advir da idade avançada, mas sim de patologias, ou seja, este conceito não pode por si só caracterizar esta fase da vida, pois há idosos que vivem saudáveis durante muitos anos.

No entanto, percebe-se que este conceito seja tão ligado a esta população, pois é na idade avançada que as pessoas ficam mais frágeis e mais propícias a doenças e a perdas de capacidades físicas, cognitivas e intelectuais, o que compromete a sua autonomia e,

consequentemente leva à necessidade de respostas que apoiem esta população nas atividades diárias.

Tal como refere Carvalho (2009, p. 68) “a palavra dependência remete não só para um limite de capacidades físicas, cognitivas e intelectuais, mas também para outros factores que interferem nesse processo como a perda de rendimento, o baixo nível de escolaridade e de participação social, a escassez de contactos familiares e de vizinhança, a inexistência de recursos sociais e de saúde adequados e as consequências negativas que esses factores podem ter para o exercício da autonomia crítica”, ou seja, a dependência decorrente de situações de doença é mais comum na população com mais de 65 anos de idade, com clara prevalência para os mais idosos a partir dos 75 e mais anos, mas também está associada ao grau escolar, pois quanto maior for o grau escolar, menor é a dependência e quanto menor for o grau escolar, maior é a dependência.

Cabral (2003, cit in Carvalho, 2009, p. 69) indica que em 2001 “a dependência verificava-se maior no grupo de 85 e mais anos, com 19,45%, seguindo-se o grupo entre os 75 e os 84 anos com 14,2% e, por último, o grupo dos 65 aos 74 anos com 10,8%”.

Para os idosos com autonomia, a existência de serviços de apoio é crucial para conservar e encorajar essa independência. (Engenheiro, 2008)

3. Respostas sociais direccionadas para a população idosa: Evolução e tendências

As políticas sociais dirigidas aos idosos são cruciais nas sociedades envelhecidas mostrando-se cada vez mais necessárias para fazer face aos problemas sentidos por esta população e também pelas suas famílias.

Segundo Fernandes (1997, p. 22) as políticas de velhice reportam-se ao “(...) conjunto das intervenções públicas, ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade”. Neste âmbito e como refere a autora, são diversos os agentes comprometidos com as respostas às questões suscitadas pela velhice, sendo que o Estado tem aqui uma preocupação acrescida.

Em referência ao caso português, Leal (1998, cit in Cardoso et al., 2012, p. 612) revela que a evolução das políticas sociais de velhice, em Portugal, surgiram inicialmente de forma condicionada devido à “institucionalização do direito generalizado à reforma, associado à edificação de um sistema de segurança social, só ter ocorrido após a Revolução de abril de 1974, em claro desfasamento face aos outros países europeus” e ainda, porque antes desta revolução a velhice era tratada através da assistência pública ou

através das instituições da previdência social, sendo que no primeiro caso confundia a velhice com indigência e invalidez, mandando os idosos para locais supostamente apropriados como é o caso dos asilos², que na altura dependiam da ação de instituições de caridade tradicionais em Portugal de índole laico e religioso.

Terá sido no ano de 1974 que surgiram as primeiras medidas consideradas justas para esta população, decorrentes da “criação de uma pensão social para todos os que tivessem mais de 65 anos, ou fossem inválidos e não beneficiassem de qualquer esquema de previdência” que mais tarde, em 1977 se viria a alargar a “todas as pessoas com mais de 65 anos que não tivessem exercido atividade remunerada, introduzindo assim um regime não contributivo”. (Fernandes, 1997, cit in Cardoso et al., 2012, p. 613)

Segundo António (2013) as políticas sociais dirigidas à população idosa devem orientar-se pelos princípios definidos pelas Nações Unidas em 1991 e revistos em 2001, sendo estes, o princípio da independência, o princípio da participação, o princípio de assistência e cuidados, o princípio da autorregulação e o princípio da dignidade.

A mesma autora recorda que na I Assembleia de Viena sobre o envelhecimento ocorrida em 1982, as principais preocupações apontadas estavam relacionadas com a “saúde e nutrição”, “habitação e meio ambiente”, “família e bem-estar social”, “segurança do rendimento e emprego” e “educação”. (António, 2013)

Neste seguimento, Veloso (2008) divide as políticas de terceira idade em Portugal em quatro períodos, de 1976 a 1985; de 1985 a 1995; de 1995 a 2002; e de 2002 até 2008.

O primeiro período, referente à Constituição de 1976, marca a mudança no modo de gerir a velhice e de tratar os idosos, pois foi nesta altura que os asilos se transformaram em lares e surgiram os primeiros serviços e as primeiras instituições destinadas à população idosa.

Foi com a Constituição de 1976 que se consagraram as condições para a universalização do direito a uma reforma de velhice, e se reconheceu socialmente esta

² Segundo Lima (2005, cit in Costa & Mercadante, 2013, p. 214) “o asilo para velhos foi criado para dar “sossego” e “repouso” àquele que já se achava cansado de tanto viver e agora aguardava seu último “suspiro”. Tradicionalmente, portanto, o asilo não é lugar para trabalho e, sim, para descanso. Não há registros de quando tenha começado o uso da ocupação pela população idosa asilada” no entanto a autora refere que a primeira instituição destinada à “velhice desamparada” foi criada em 1890 no Rio de Janeiro e ficou conhecida por Asilo São Luiz. Costa & Mercadante (2013) indicam que esta definição apresenta uma carga negativa por ser associada a abandono, pobreza e rejeição, daí se ter mudado este termo para outros, tais como: abrigos a idosos, casa de repouso, clínica geriátrica, dentre outros.

fase da vida como a Terceira Idade, sendo que de acordo com o artigo 63.º da Constituição de 1976: “O Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade”. (Cardoso et al., 2012, p. 613)

Os mesmos autores informam ainda que a partir de 1978, a proteção social aos idosos, por parte do Estado, não se restringiu apenas ao apoio económico tendo começado a denotar-se uma preocupação em desenvolver infraestruturas de apoio ao idoso que favorecessem a sua integração e participação na sociedade.

Foi neste período que os idosos foram reconhecidos como indivíduos ativos, autónomos e integrados, passando aqui a defender-se que os idosos deviam permanecer o máximo de tempo possível no conforto das suas casas. Neste seguimento, criaram-se equipamentos e serviços de apoio, designadamente, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário e Centros de Convívio, que tinham como objetivos, integrar os idosos no seu meio social, fomentar o convívio, reduzir o isolamento e reduzir a despesa pública. (Veloso, 2008)

No segundo período, manteve-se a política de manutenção do idoso no domicílio e a política de redução de despesas por parte do Estado, surgindo em 1988 a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI) e mais tarde o primeiro “Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas”. (Veloso, 2008)

Nesta década de 80 também houve uma preocupação do Estado em atualizar periodicamente as pensões para que os idosos passassem consecutivamente a manter ou melhorar o poder de compra bem como uma continuação na preocupação em alargar e aperfeiçoar as redes de equipamentos sociais de proteção à população idosa. (Cardoso et al., 2012)

Em 1993, ocorreu a comemoração do Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações e no ano seguinte é criado, em Portugal, o “Programa de Apoio Integrado a Idosos” (PAII). Este programa visa criar condições para que o idoso se mantenha no seu domicílio, pretende dar apoio às famílias cuidadoras de familiares idosos, promover e apoiar ações de formação a profissionais, técnicos e voluntários e prevenir o isolamento, a exclusão e a dependência. (Veloso, 2008)

Ainda com este programa surgiram outros projetos, entre eles: “Passe para a Terceira Idade”; “Serviço de Teleassistência³”; “SAD”; “Centro de Apoio a dependentes⁴”; “Formação de Recursos Humanos e Saúde⁵” e “Termalismo”.

No terceiro período, o foco na manutenção do idoso na sua residência continua a ser uma prioridade política, continuando a promover-se e a apoiar projetos que visem criar respostas às diferentes necessidades sentidas pelos mais dependentes, de que foi um exemplo o “Programa Idoso em Lar” (PILAR), criado em 1997. (Velo, 2008)

No período que se inicia a partir de 2002, houve um estímulo à criação de medidas e programas vocacionados para proporcionar ainda mais autonomia aos idosos, para prevenir as situações de dependência e de institucionalização, para combater a pobreza e a exclusão social e também para incrementar mais condições destinadas a aumentar o período de permanência dos idosos no seu domicílio, daí ter sido criado em 2004 o “Programa para a Inclusão e Desenvolvimento” (PROGRIDE⁶). (Velo, 2008; Cardoso et al., 2012; António, 2013)

De salientar que o reconhecimento em 2002 do conceito de envelhecimento ativo segundo a OMS constituiu também uma oportunidade para alavancar todo um conjunto de iniciativas destinadas a manter e/ou maximizar a qualidade de vida e a autonomia dos idosos e a prevenir e/ou evitar a institucionalização, de que são um exemplo o Programa

³ Segundo o site da vida ativa “Os serviços de teleassistência permitem que sejam feitos contactos de emergência para manter a autonomia dos idosos nos seus domicílios. (...) Este serviço é constituído por um telefone simplificado, com teclas grandes e alta-voz e, ainda, por um pendente com um botão de emergência.”

⁴ Segundo o manual de procedimentos do PAII (n.d., p. 5) “os CAD são centros de recursos locais, abertos à comunidade, para apoio temporário, que visam a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência. Desenvolvem-se a partir de estruturas já existentes, assegurando apoio e cuidados diversificados na perspectiva da promoção da autonomia e da continuação de um Projecto de vida participativo. A componente de internamento que esta resposta pode ter, desenvolve-se em pequenas unidades, de cariz familiar e muito humanizado, com forte ligação ao serviço de apoio domiciliário, criando condições para a participação da família e para o retorno ao meio habitual de vida o mais rapidamente possível (vide n.º 2 do artigo 2.º do Despacho-conjunto n.º 259/97, de 21 de Agosto).”

⁵ Segundo o manual de procedimentos do PAII (n.d., p. 6) “os FORHUM são projectos de formação que se destinam prioritariamente a familiares, vizinhos e voluntários e outros elementos da comunidade, bem como a profissionais, nomeadamente das áreas da acção social e da saúde, habilitando-os para a prestação de cuidados às Pessoas Idosas e/ou Dependentes (vide n.º 3 do artigo 2.º do Despacho-conjunto n.º 259/97, de 21 de Agosto).”

⁶ Segundo António (2013, p. 94) este programa foi criado através da Portaria n.º 730/2004, de 24 de junho, e regulamentado pelo despacho n.º 25/2005, de 3 de janeiro e “dirige-se a grupos específicos particularmente confrontados com situações de exclusão, marginalidade e pobreza persistente, assentes na participação de todos os atores locais e na congregação das várias sinergias locais.”

Conforto Habitacional a Idosos⁷ e a Rede Nacional de Cuidados Continuados⁸. (António, 2013)

Cardoso, Santos, Baptista e Clemente (2012) reconhecem que a preocupação com a velhice tem vindo a aumentar cada vez mais, assumindo uma crescente importância ao nível das ações desencadeadas pelos diversos “agentes” responsáveis pelo cuidado aos idosos.

A este respeito, Carvalho (2009) sublinha que as políticas sociais vocacionadas para o cuidado a idosos subdividem-se em cuidados formais e informais, sendo os primeiros prestados por instituições sociais em equipamentos sociais e os segundos prestados dentro do grupo familiar, vizinhos, amigos e voluntários que podem ser pagos ou não. Estes cuidados focalizam as dimensões sociais e de saúde e intentam a satisfação das necessidades fundamentais como a alimentação, a higiene pessoal, a participação, a liberdade e os direitos de integração social do indivíduo na comunidade, bem como os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos. (Carvalho, 2009)

De igual modo, García et al. (2007) referem que no âmbito das estratégias de políticas sociais para a população idosa, os programas sociais especificamente de promoção ao cuidado (ex: programas residenciais e cuidado domiciliário) traduzem dinâmicas de elevada relevância para a satisfação das necessidades dos idosos e em particular dos que se sentem confrontados com o aumento de dependência.

Neste contexto e de acordo com a Carta Social – Relatório 2017 (GEP/MSESS, 2017), as respostas dirigidas às pessoas idosas tiveram um crescimento entre 2000 e 2017, passando a representar 41,5% do número de respostas da RSES (Rede de Serviços e Equipamentos Sociais), refletindo a necessidade acrescida que esta população tem em receber apoio.

⁷ Segundo António (2013, p. 94) este programa foi desenvolvido pelo Despacho nº 6716-A/2007 e “tem por finalidade melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade dos idosos que usufruem do SAD ou frequentem um Centro de Dia ou ainda cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional.”

⁸ Segundo António (2013, p. 94) a RNCCI foi implementada pelo decreto-lei nº 101/2006 e é “constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias.”

A RSES integra no que à população idosa diz respeito, uma diversidade de respostas sociais que visam potenciar a satisfação das atividades básicas da vida diária e das atividades instrumentais da vida diária dos utentes, bem como a promoção, a inclusão e a participação na comunidade. Assim, e de acordo com a Carta Social – Relatório 2017 (GEP/MSESS, 2017, p.68) o SAD é uma “resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, 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 necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária”.

O Centro de Convívio é uma “resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade” (GEP/MSESS, 2017, p. 68)

O Centro de Dia “consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar” (GEP/MSESS, 2017, p. 68)

O Centro de Noite tem “por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite” (GEP/MSESS, 2017, p. 68)

O Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas “consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio” (GEP/MSESS, 2017, p. 69)

A residência e o lar de idosos que atualmente se designa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) nos termos da Portaria nº 67/2012, de 21 de março, consiste num “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos” (GEP/MSESS, 2017, p. 69)

De entre todas estas respostas, destacaram-se em 2017 a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas com 32,9% e o SAD com 16% como respostas que entraram em funcionamento em maior número.

A nível evolutivo, sobressai em 2017 o SAD com 71%, seguido da ERPI com 70% evidenciando conseqüentemente um desenvolvimento destas mesmas respostas também a nível da sua capacidade.

4. Serviço de Apoio Domiciliário

a) Tendência de procura e objetivos do SAD

Até há alguns anos atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas estava quase exclusivamente a cargo da própria família. Mas as alterações demográficas e sociais evidenciadas, como por exemplo a diminuição do agregado familiar, a entrada das mulheres no mundo do trabalho, o aumento da competição e do consumo, levaram a que algumas famílias começassem a transferir essa responsabilidade para o Estado ou para instituições privadas. (Almeida, 2008)

Nos dias de hoje, cada vez mais as famílias têm de recorrer aos lares e residências para idosos porque não conseguem permanecer em casa a tomar conta dos seus idosos, quer devido à sua situação profissional, a qual não pode ser negligenciada, quer por causa da elevada dependência que os idosos começam a apresentar e que se torna difícil de suportar, tanto pelo cansaço físico que acarreta como pelo cansaço psicológico. (Gonçalves, 2015)

No entanto, tanto os idosos como a sociedade em geral veem os lares e residências para idosos com uma conotação negativa, associando muitas vezes estas respostas a locais depressivos onde predomina uma vida monótona e uma estruturação inadequada às necessidades humanas de identidade, relação e afeto (Romão, 2002, cit in Gonçalves, 2015).

A inserção num lar torna-se muito difícil quando não é feita segundo a vontade e o desejo do idoso, pois este vai adotar um sentimento negativo, passando a sentir-se mais só e insatisfeito, a estar afastado da sua rede social e considerando que o seu dia-a-dia é monótono, deixando de ter esperança e vontade de viver (Fonseca, 2005, cit in Gonçalves, 2015).

Para além da resistência à mudança já ser um sentimento que domina o ser humano ao longo da sua vida por causa do medo do desconhecido, no caso dos idosos esta resistência vai para lá do medo e receio do desconhecido.

Os idosos preferem passar a velhice com os seus familiares nas suas casas, pois é nesse local que se sentem bem, se sentem confortáveis e é onde têm os seus pertences e as suas lembranças que possibilitam recordar momentos passados. (Gonçalves, 2015)

A mudança do ambiente familiar para um ambiente desconhecido pode “predeterminar alterações psicológicas, cognitivas e funcionais devidas ao isolamento, solidão e inatividade física do indivíduo, conduzindo a um aumento da dependência na concretização das AVD’s (Atividades de Vida Diárias) e a uma diminuição da capacidade funcional”. (Ferreira & Yoshitome, 2010, cit in Peres, 2014, p. 11).

Muitas vezes essa mudança é encarada pelo idoso como um abandono de que está a ser vítima por parte da família, levando-o a pensar que os familiares já não gostam de si, que é um fardo e já ninguém o irá visitar e que se tornou um indivíduo inútil na sociedade desejando morrer para não causar mais dor a ninguém nem sentir ele próprio dor. (Ferreira, 2014)

A ideia existente de que nos lares os dias são passados a ver televisão e sentados em sofás também não favorece esta situação, pois os idosos estão habituados a ser ativos e a passarem toda a vida a trabalhar e a fazer o que querem, e idealizar uma rotina monótona onde não há atividades nem estímulos e onde os idosos deixam de ter poder de decisão não contribui para a sua vontade de ingressar num lar. (André, 2013)

A institucionalização “constitui muitas das vezes, para a família ou para o idoso sem família, a última alternativa quando todas as outras se tornam inviáveis”, até porque muitos familiares sentem que estão a abandonar o idoso quando recorrem a esta resposta social (Hortelão, 2004, cit in Gonçalves, 2015, p. 19).

Dá o SAD ser muitas vezes privilegiado, pois assim os idosos permanecem no seu lar e recebem o apoio que necessitam sem ter de “abandonar” as suas famílias e os seus bens, evitando assim todos os sentimentos negativos que a institucionalização pode acarretar.

Como já salientado, a manutenção do idoso no seu domicílio é uma política que se tem vindo a defender e a promover ao longo dos anos, pois é na sua habitação que o idoso se sente confortável e o SAD constitui uma resposta que permite “complementar a existência de cuidados informais procurando reduzir a carga de esforço dos cuidadores de primeira linha ou, nos casos em que estes não existam, promover um nível de condições similares quanto a serviços básicos e em questão de afeto e proximidade” (SCMA, 2018)

O SAD permite que pessoas em situação de dependência continuem inseridas no seu meio habitual de vida através da prestação de apoio social, de saúde e de outro tipo de atividades.

É evidente que muitos idosos não têm condições habitacionais ou emocionais para ficarem nas suas próprias casas sozinhos e nesses casos o SAD torna-se insuficiente para lhes proporcionar uma boa qualidade de vida, sendo que a melhor hipótese passa mesmo por optar pelas estruturas residenciais para idosos que tem vindo cada vez mais a superar as lacunas existentes e cada vez mais a inovar nas atividades que desenvolvem. (Ferreira, 2014)

No entanto, o SAD tem um caráter preventivo e reabilitador que implica “diagnóstico, tratamento, monitorização, reabilitação e serviços de suporte”, que visam a autonomia do indivíduo. Assim, pode-se considerar que este é um conceito holístico que “procura restaurar, manter e promover a qualidade de vida aos utentes e à sua rede de suporte, através da prestação de serviços de saúde e sociais” (Dane, 1990, cit in Ferreira, 2014, p. 27). De igual modo, Rodriguez (1998, cit in Martín et. al, 2007, p. 154) refere que “o apoio domiciliário pode ser definido como um programa de intervenção individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais consistentes na atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar e relações com o ambiente, prestados no domicílio de uma pessoa idosa, funcionalmente dependente em algum grau.”

O SAD procura garantir o bem-estar dos idosos mantendo-os nas suas casas o máximo de tempo possível, contribuindo conseqüentemente para a manutenção das suas redes de relacionamento (família, amigos, vizinhos...) que muitas vezes fica comprometido quando os idosos vão para instituições. (Ferreira, 2014)

Oliveira (2007) esclarece que os objetivos do SAD são múltiplos e pretendem:

- ✓ Melhorar ou manter a saúde.
- ✓ Promover o conforto e o desaparecimento da dor.
- ✓ Melhorar ou reduzir a deterioração das capacidades funcionais.
- ✓ Melhorar a capacidade de cuidar de si próprio (autocuidado).
- ✓ Melhorar o “bem-estar psicológico” de modo a reduzir sintomas de depressão ou ansiedade sem infantilizar o idoso.
- ✓ Melhorar o “bem-estar social” fomentando as atividades sociais e as relações sociais, sendo que os indivíduos socialmente isolados devem ser integrados em

programas comunitários, que potenciem contactos e criação de laços sociais. O utente não deve limitar-se à sua casa.

- ✓ Dar sentido à vida combatendo sentimentos de autovitimização e adotando uma atitude positiva.
- ✓ Maximizar a independência e a autonomia do idoso encorajando-o a formar a sua vontade e opinião, efetuando escolhas de acordo com as suas preferências.
- ✓ Permitir que o idoso permaneça na sua casa, ressalvando-se, uma vez mais que o domicílio não deverá ser apenas o único espaço onde o utente desenvolva a sua vida.

O SAD traduz a resposta com maior crescimento atualmente, sendo que a capacidade desta resposta ascendeu de 48700 lugares a sensivelmente 110000 lugares entre 2000 e 2017, ou seja, mais do dobro. (GEP/MSESS, 2017)

Ainda a este respeito, a carta social – relatório de 2017 (GEP/MSESS, 2017, p. 46) informa que “a oferta de SAD por parte de entidades da rede solidária é maioritária em todos os distritos, apenas os distritos do Porto e Lisboa apresentavam, em 2017, uma oferta já significativa (acima de 20 %) de respostas da rede lucrativa”.

No entanto, a mesma fonte refere que o aumento crescente da população com idade igual ou superior a 65 anos tem condicionado o nível de cobertura oferecido por estas respostas, pois não se consegue acompanhar esse crescimento.

A evolução da resposta do SAD tem sido notória sendo que em 2017 mais de metade (69%) destes serviços encontrava-se em funcionamento durante 7 dias por semana, possibilitando que os utentes sejam assistidos todos os dias sem exceção. (GEP/MSESS, 2017)

A evolução denota-se também nos serviços oferecidos que progrediu de tal forma que já em 2014 para além dos serviços de base como “a alimentação, a higiene pessoal, a higiene habitacional e o tratamento de roupas, também são disponibilizados os serviços de animação, o acompanhamento dos utentes para assuntos pessoais e obrigações legais, as reparações no domicílio e a teleassistência, que já apresenta um número de utilizadores considerável”. (GEP/MSESS, 2014, p. 46)

b) Públicos abrangidos

Cabe ao SAD permitir o acesso de todos a este serviço, no entanto deve-se dar prioridade aos que apresentam maiores necessidades. Deve-se também proporcionar

serviços abrangentes garantindo a sua qualidade, integrando e coordenando serviços e fortalecendo os sistemas informais de cuidados. (Oliveira, 2007)

O SAD atualmente tem vindo a ser alargado a todas as idades e a diagnósticos diferenciados, no entanto, ainda está muito associado a pessoas idosas, fragilizadas e dependentes. (Cox & Ory, 2000, cit in Ferreira, 2014).

Segundo Revilla & Almendro (2003, cit in Ferreira, 2014) os pedidos para esta resposta estão muitas vezes associadas a situações agudas que levaram à alteração repentina do estado de saúde dos indivíduos. Daí muitos dos pedidos surgirem num período de pós internamento hospitalar. No entanto, é notório que a maioria dos pedidos vem de pessoas idosas, pois estas vão perdendo algumas capacidades funcionais com o avanço da idade e passam a necessitar de apoio na realização de diversas tarefas, cujo objetivo não é necessariamente a reabilitação, mas a manutenção da qualidade de vida.

Neste sentido, o fator idade é preponderante para a utilização do serviço, apesar da variável sexo também ter influência, pois as mulheres utilizam mais este serviço do que os homens. Também o fator económico exerce alguma influência no recurso ao SAD devido a algumas dificuldades que alguns indivíduos apresentam. (Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory, 2000 cit in Ferreira, 2014).

A este respeito, a carta social – relatório de 2017 (GEP/MSESS, 2017) informa que os utentes até aos 80 anos de idade constituem 43,4% dos utentes apoiados em 2017. Esta procura em idades menos avançadas pode dever-se ao desejo do idoso se manter no seu espaço habitacional por mais anos e retardar ou até mesmo evitar a institucionalização. No que diz respeito à distribuição por género, à exceção dos escalões que vão até aos 69 anos em que os homens estão em maioria, verifica-se um aumento progressivo do peso do género feminino com o aumento da idade. (GEP/MSESS, 2014)

c) Recursos Humanos afetos ao SAD

Em relação a esta resposta social e no que concerne aos recursos humanos afetos ao SAD, uma das orientações relativamente à equipa indica que esta deve ser constituída por “um diretor técnico, um técnico de serviço social por cada 60 utentes, um ajudante familiar por cada 6 utentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro por cada 30 utentes, um trabalhador auxiliar por cada 30 utentes, um motorista e um administrativo” (Bonfim & Veiga, 1996, cit in Ferreira, 2014, p. 48).

Ferreira (2014) refere ainda que, caso os utentes necessitem, também se podem envolver nesta equipa uma enfermeira, um médico geriatra, uma fisioterapeuta, uma

terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, um psicólogo, entre outros. Sobretudo, argumenta-se que a intervenção deve estar organizada de modo que o apoio ocorra 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados e devem ser disponibilizados serviços de urgência sempre que assim se justifique. Nos termos do nº 2 do artigo 4º da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro “os cuidados e serviços prestados pelo SAD devem ser, tendencialmente, disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, também, sempre que necessário o apoio aos sábados, domingos e feriados.”

O SAD só funcionará de forma eficaz e eficiente se houver uma boa comunicação e uma boa coordenação na e da equipa, no “sentido de prestar um serviço que corresponda à resolução dos problemas do idoso e das famílias, os quais são, normalmente, além de complexos, também multidimensionais”. (Ferreira, 2014, p. 39)

Entre os diferentes recursos humanos afetos globalmente ao SAD, o grupo das ajudantes familiares constitui a sua base do trabalho, atendendo a que estas profissionais intervêm diretamente com os idosos em termos de suporte no cuidado íntimo e pessoal. (Ferreira, 2014)

Na perspetiva da SEGG (1997, cit in Ribeirinho, 2005, p. 150), as ajudantes familiares devem obedecer aos seguintes requisitos para desempenhar com competência esta profissão:

- “- Possuir conhecimentos gerais sobre as características das pessoas idosas;
- Ter formação prática para a realização de determinadas tarefas, como é o caso da mobilização de pessoas dependentes, cuidados gerais e especiais, entre outra.
- Dispor de estratégias e habilidades para saber comunicar com as pessoas idosas e manter uma atitude de escuta ativa e de observação atenta das necessidades não formuladas pelas pessoas idosas;
- Ser capaz de valorizar as possibilidades de melhoria da prestação do SAD, de perceber as mudanças durante a prestação do serviço e encaminhar toda esta informação para a entidade responsável”.

Segundo Sampaio (1999, cit in Ferreira, 2014, p. 41), tanto os prestadores como os agentes e os responsáveis por estes serviços “devem estar sensibilizados para a natureza dos cuidados, bem como para a sua especificidade, garantindo um serviço de qualidade”.

Ribeirinho (2005, p. 127) apresenta um conjunto de serviços e técnicas do SAD que devem fazer parte das funções das ajudantes familiares, designadamente:

- A atenção pessoal que se desenvolve em atividades de “companhia, conversação e escuta ativa, passeios, apoio na higiene pessoal, assistência nas principais atividades quotidianas e cuidados especiais (mobilizações, transferências)”;

- A atenção doméstica consiste em tarefas como “limpeza da casa, compras, cozinhar e lavar”. No entanto, Ribeirinho (2005) refere que há autores como Rodríguez e Sánchez (2000) e SEGG (1997) que defendem que este tipo de tarefas devem ser menos valorizadas pelo SAD, dado que poderão ser realizadas por empresas do ramo, que não pessoal especializado em serviços sociais.

- O apoio familiar tem como objetivo “reforçar a coesão familiar e o espírito de colaboração e nunca de substituição do papel da família”.

- A dimensão da relação da pessoa idosa com o seu meio “deve ser tomada em consideração no SAD, estimulando-se os contactos externos, tanto com as suas próprias redes sociais, como com o conjunto dos recursos sociais existentes”. (Ribeirinho, 2005, p. 127)

As ajudantes familiares não podem esquecer nunca de respeitar o direito à privacidade e à propriedade, porque, apesar de estas profissionais entrarem em casa dos utentes para efetuar os serviços solicitados, é importante que tenham sempre presente que a casa é do utente e este faz o que quer, enquanto os profissionais só podem fazer aquilo que os deixam fazer. (Ferreira, 2014)

É também importante que estas percebam a diversidade de contextos com que se podem deparar, sendo que acima de tudo devem respeitar os valores que cada utente defende sem criticar ou querer mudar e assim devem adequar sempre os serviços às realidades que encontram. (Ferreira, 2014)

Ferreira (2014, p. 40) recorre ainda a Anderson (2001) para enumerar algumas questões que também devem ser consideradas nesta profissão, tais como:

- “- A confidencialidade de toda a informação relativa ao utente;
- A documentação de toda a intervenção;
- A procura de apoio caso existam dúvidas relativas à intervenção;
- A participação constante nas reuniões da equipa;
- A cooperação e coordenação entre todos os elementos da equipa;
- A consideração do utente como elemento interveniente na definição de objetivos, planificação e execução do plano de cuidados;
- A participação frequente em formação contínua”.

Em síntese, o SAD constitui no presente uma das respostas sociais de proximidade que importa garantir aos cidadãos idosos que evidenciem deterioração do seu processo de envelhecimento e que carecem de apoio a nível da satisfação das suas necessidades básicas e/ou instrumentais, ou seja, de apoio para a manutenção da sua qualidade de vida.

PARTE II- CONTEXTO DE ESTÁGIO

CAPÍTULO 2 - SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ANADIA E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

1. A Santa Casa da Misericórdia de Anadia: Contextualização

As Misericórdias portuguesas são entidades que possuem uma tradição mais do que secular, tendo entrado na sociedade portuguesa nos fins do século XV. A primeira misericórdia portuguesa surgiu em Lisboa em 1498, por iniciativa da Rainha D. Leonor (1458-1525), e com o total apoio do Rei D. Manuel I, seu irmão, devido à grande situação precária em que Portugal se encontrava (SCML, 2018). Na sua essência as misericórdias portuguesas foram instituídas para executar a totalidade das 14 obras de misericórdia (sete espirituais e sete corporais)⁹, abrangência esta que lhes atribui uma originalidade ímpar no mundo (Fonseca, 1996). Tendo na sua vocação estas práticas, as misericórdias foram desenvolvendo ao longo dos séculos uma ação assistencial reconhecida, quer integrando ou fundando hospitais, quer conferindo proteção social a órfãos, idosos, pessoas com deficiência entre outros, proporcionando ainda auxílio moral e material a situações múltiplas individuais e familiares que revestiam necessidade. (Azevedo, 1986)

As misericórdias (irmandades ou santas casas) traduzem uma das expressões das Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), e são “associações reconhecidas na ordem jurídica canónica, com o objetivo de satisfazer carências sociais e de praticar atos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios de doutrina e moral cristãs” (artº 68 do DL n.º 172-A/2014).

As misericórdias são consideradas entidades de economia social (artº 4 da Lei n.º 30/2013) e desenvolvem a par com a ação de solidariedade social e de segurança social, atividade em outros domínios, como a saúde, a educação ou, ainda, em outras áreas em que as necessidades possam propiciar apoio e resposta a públicos em dificuldade. Como

⁹ Como consta do primeiro compromisso, as obras de de misericórdia corporais são: Obras Corporais: 1ª Dar de comer a quem tem fome; 2ª Dar de beber a quem tem sede; 3ª Vestir os nus; 4ª Dar pousada aos peregrinos; 5ª Assistir aos enfermos; 6ª Visitar os presos; 7ª Enterrar os mortos. As obras de misericórdia espirituais são: 1ª Dar bons conselhos; 2ª Ensinar os ignorantes; 3ª Corrigir os que erram; 4ª Consolar os tristes; 5ª Perdoar as injúrias; 6ª Sofrer com paciência as fraquezas do nosso próximo; 7ª Rogar a Deus por vivos e defuntos (Vd. Fonseca, 1996, p.87-88)

se refere no texto introdutório do Estatuto das IPSS, “(...) por via da sua proximidade junto da sociedade, as IPSS têm demonstrado, pela sua ação, possuir capacidade para responder com elevada eficácia às situações de emergência social e de apoio aos cidadãos em situação de maior vulnerabilidade”, demonstrando a par elevada “(...) capacidade de inovação e adaptação, face às respostas sociais necessárias” (DL n.º 172-A/2014).

A Santa Casa da Misericórdia de Anadia (SCMA) é uma instituição centenária, tendo sido fundada em 1908 por impulsionamento voluntário de um grupo de cidadãos e possui o estatuto de IPSS, pelo que é considerada uma entidade de economia social, nos termos da respetiva Lei de Bases (Compromisso da SCMA, 2015).

Constituindo uma entidade integrante da rede social e solidária, a SCMA desenvolve a sua atividade fundamentalmente a partir dos seus dois estabelecimentos de apoio social: a) o Complexo Social Seabra de Castro - que integra uma Creche (42 crianças), área do Pré-Escolar (66 crianças), Lar de Idosos (46 idosos), Centro de Dia (50 idosos) e Apoio Domiciliário (45) - e, b) o Lar José Luciano de Castro (36 idosos). (SCMA, 2018)

Desde janeiro de 2015, gere também o Hospital José Luciano de Castro, nos termos e ao abrigo do decreto-lei 138/2013 de 9 de outubro, que define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as IPSS's, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais, mediante a celebração de acordo de cooperação, nos termos previstos no presente decreto-lei que, neste caso, foi assinado em 2014. (SCMA, 2018)

A sede encontra-se no antigo palacete Seabra de Castro, onde residiu José Luciano de Castro, um dos membros fundadores. (SCMA, 2018)

Segundo o artigo 3º do Compromisso da SCMA (2015, p. 4), os objetivos desta instituição passam por cenceber bens e desenvolver atividades de intervenção social, designadamente de:

- a) “Apoio à infância e juventude, designadamente a crianças e jovens em perigo ou risco social;
- b) Apoio às pessoas idosas, às pessoas com deficiência ou incapacidade, às pessoas em situação de necessidade ou de dependência física, mental ou social, sem-abrigo e a vítimas de violência doméstica ou a vítimas de calamidade natural;
- c) Apoio à família e comunidade em geral;
- d) Apoio à integração social e comunitária;

- e) Promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na perspetiva curativa, de reabilitação e reintegração, designadamente através da criação, exploração e manutenção de hospitais, unidades de cuidados continuados e paliativos, serviços de diagnóstico e terapêutica, cuidados primários de saúde e tratamentos de doenças do foro mental ou psiquiátrico e de demências, bem como aquisição e fornecimento de medicamentos e assistência medicamentosa, a pessoas carenciadas;
- f) Salvaguarda e defesa do património cultural e artístico, material e imaterial, religioso ou não;
- g) Promoção da educação, da formação profissional e da igualdade de homens e mulheres;
- h) Habitação e turismo social;
- i) Empreendedorismo e outras respostas e serviços não incluídos nas alíneas precedentes, desde que enquadráveis no âmbito da economia social, isto é, desde que contribuam para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos e para a sustentabilidade da instituição;
- j) Atividade agrícola;
- k) Atividade educativa.”

De salientar a importância atribuída pela instituição à qualidade dos serviços prestados para que estes sejam eficazes e eficientes de forma a contribuir para a satisfação e qualidade de vida dos seus beneficiários.

2. O Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Anadia

Segundo informações internas, o SAD da SCMA foi criado em 1990, abrangendo inicialmente 15 utentes, tendo posteriormente conseguido alargar a prestação do serviço a 25 utentes e em 2002 passou a apoiar 45 utentes, número este que se mantém até aos dias de hoje.

Segundo o regulamento interno do SAD da SCMA (2016, p. 1), o SAD é uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços no domicílio dos utentes quando, por motivo de doença, deficiência, idade, ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária.”

Neste contexto e de acordo com o Regulamento Interno, o SAD da SCMA presta, atualmente, os seguintes serviços:

- **Alimentação** – prestação do almoço e lanche, sendo que em situações justificadas há um reforço para o jantar. A refeição é composta por sopa, prato de carne ou peixe e devidos acompanhamentos (pão, fruta ou sobremesa), e o lanche inclui leite ou iogurte e pão com conduto diverso.
- **Cuidados de Higiene e Conforto Pessoal** – prestação da higiene pessoal (dar banhos, fazer a barba, passar cremes/pomadas no corpo) assegurados pelas ajudantes familiares mediante as solicitações/necessidades.
- **Apoio nos cuidados de saúde** – as ajudantes familiares podem ser responsáveis pela administração de medicamentos ao utente por indicação médica, e mobilização por indicação de técnicos de saúde. Poderá ainda fazer-se o transporte e/ou acompanhamento de utentes a Unidades de Saúde, bem como ceder material ortopédico e/ou ajudas técnicas e fornecer material de incontinência.
- **Tratamento de Roupa** – a roupa é levada para a lavandaria da instituição onde se procede à sua limpeza e tratamento.
- **Higiene Habitacional** – as ajudantes familiares procedem à limpeza dos espaços ocupados pelo utente na habitação (limpeza do chão, limpeza do pó, tratamento da cama).
- **Serviços de Animação/Socialização** – é proporcionado aos utentes atividades/serviços que podem variar entre animação, lazer, cultura, apoio psicossocial, aquisição de bens e géneros alimentares, pagamento de serviços e deslocação a entidades da comunidade.

O SAD carece de inscrição através de uma entrevista conduzida pela Assistente Social da instituição que posteriormente estuda a situação sociofamiliar do candidato de forma a avaliar a necessidade de admissão em SAD bem como informa das condições de entrada, funcionamento, normas, princípios e valores da Misericórdia. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

O mesmo regulamento interno enumera os critérios de admissão desta resposta, designadamente:

- a) *“Vontade expressa do candidato a Utente quando tiver capacidade para o efeito;*
- b) *Pessoas com baixos rendimentos que vivam em isolamento geográfico ou social, das quais resultem sentimentos de solidão ou insegurança;*

- c) *Falta de condições socioeconómicas e habitacionais que assegurem vivências dignas;*
- d) *Inexistência de retaguarda familiar e falta de capacidade dos familiares em assegurarem cuidados específicos;*
- e) *Viver em risco de isolamento social geográfico;*
- f) *Ser irmão e/ou aposentado da Santa Casa da Misericórdia de Anadia;*
- g) *Idade igual ou superior a 65 anos, salvo casos excecionais a considerar individualmente após análise pela equipa técnica e devidamente aprovado pela Mesa Administrativa;*
- h) *Ser natural ou residente no concelho de Anadia, salvo casos excecionais a considerar individualmente após análise pela equipa técnica e devidamente aprovado pela Mesa Administrativa;*
- i) *Ser familiar direto de Utente que frequente outras Respostas Sociais de apoio a Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Anadia.” (Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário da SCMA, 2016, p. 4)*

Para garantir a qualidade do desempenho e eficácia dos serviços, o quadro de pessoal do SAD atualmente é composto pela Direção Técnica assegurada pela Assistente Social, e pelo pessoal auxiliar que conta com seis ajudantes familiares. De salientar que, sempre que é necessário, as auxiliares dos serviços gerais também integram a equipa do SAD de forma a assegurar os serviços aos utentes, mostrando-se estas e outras profissionais transversais às várias respostas. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

De lembrar que a equipa da cozinha também tem um papel fulcral no serviço de alimentação que o SAD proporciona aos utentes.

O SAD funciona das 8:30 horas às 22:00 horas, tanto em dias úteis como nos fins-de-semana e feriados. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

3. O Serviço Social no SAD: Âmbito e funções

a) Âmbito

O Serviço Social “é uma profissão baseada na prática e uma disciplina académica que promove a mudança e o desenvolvimento social, a coesão social e o empoderamento e a libertação das pessoas. Princípios de justiça social, direitos humanos, responsabilidade coletiva e respeito às diversidades são centrais para o trabalho social” (IFSW & IASSW, 2014)

Inicialmente, o Serviço Social era confundido com o Assistencialismo, mas com a criação e evolução do ensino nesta área, este é atualmente considerado como uma profissão de valor que apresenta profissionais especializados designados Assistentes Sociais. (Andrade, 2014)

Segundo Amaro (2012), o Assistente Social é “um profissional especializado na área das ciências sociais e humanas com capacidade de intervenção, planejamento e investigação e que atua em três níveis distintos: indivíduos, grupos e comunidade. Recorre a procedimentos especializados, como o diagnóstico ou a entrevista, e age com o propósito de identificar e resolver os problemas do indivíduo, grupo ou comunidade, adaptando-o e tornando-o útil à sociedade” (Amaro, 2012, p.113).

O principal objetivo do Serviço Social passa por incitar mudanças sociais e potenciar o bem-estar e a realização pessoal dos indivíduos, tendo como pano de fundo a justiça social. Tal como enfatiza a Federação Internacional de Assistentes Sociais (2014), os direitos humanos e a justiça social são cruciais quer no ensinamento, quer na ação dos profissionais, os quais a partir do seu conhecimento e competências potenciam o apoio, a mudança e o bem-estar, quer a nível individual, quer coletivo.

Uma das temáticas que tem merecido continuada reflexão e que se traduz numa importante área de intervenção é a que se reporta ao envelhecimento e intervenção gerontológica.

A este respeito, García et al. (2007, p. 54) esclarecem que no campo da gerontologia, o Serviço Social diz respeito à “prática e disciplina científica que se encarrega de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais individuais e coletivos dos idosos e de como conseguir que estas pessoas assumam uma ação organizada quer preventiva, quer transformadora para superá-los”.

A missão e os valores que norteiam a intervenção social são muito vinculados pela própria filosofia institucional onde o Assistente Social está inserido, no entanto, o principal objetivo da intervenção do Serviço Social na área da gerontologia em qualquer instituição, deverá passar e de acordo com Ribeirinho (2013, p.182) por “conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, para o bem-estar deste grupo populacional através de um sistema global de ações”. A autora acrescenta ainda que “ (...), o assistente social deteta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas, procurando não centrar-se apenas nas carências reais e/ou potenciais da pessoa idosa ou do seu meio numa visão tradicional da intervenção baseada num diagnóstico de dificuldades, problemas, necessidades e

carências da pessoa e da sua situação. Situa-se também na capacidade de enfrentar/dar resposta a essa necessidade, e só depois propor soluções a partir dos recursos sociais existentes. Tal baseia-se no pressuposto de que a intervenção se centra na pessoa idosa, motivando-a à participação, para que seja protagonista nas intervenções sociais que lhe dizem respeito e não como um mero espetador ou recetor de serviços”. (Ribeirinho, 2013, p.182)

Neste sentido, tem de haver uma grande capacidade para gerir bem todos os recursos existentes tendo por base “os pressupostos e as finalidades da intervenção, nomeadamente responder às questões: Para quem? Porquê? Com que objetivo?”. (Andrade, 2014, p. 61)

É importante lembrar que se deve adequar a intervenção às necessidades e expectativas de cada utente pois cada um tem direitos, liberdades e garantias bem como crenças, valores e desejos, devendo o profissional guiar-se pela ética e deontologia profissional, em cada atitude, comportamento e decisão. (Andrade, 2014)

Acerca do posicionamento ético subjacente à intervenção, a declaração de princípios éticos aprovada na Assembleia geral da FIAS e da AIESS em Adelaide, em 2004, salienta que o Serviço Social se baseia no respeito pelos direitos humanos e dignidade humana, ou seja, respeita o direito à autodeterminação, promove o direito à participação, trata cada pessoa como um todo e identifica e desenvolve competências. O Serviço Social baseia-se ainda na promoção da justiça social, ou seja, desafia a discriminação negativa, reconhece a diversidade, distribui os recursos equitativamente, desafia práticas e políticas injustas e trabalha numa perspetiva solidaria.

b) Funções/Processo interventivo

Segundo García e Jimenez (2003, cit in Andrade, 2014, p. 84), “a função do Assistente Social consiste em coordenar, apoiar e supervisionar os ajudantes de ação direta (AAD) no seu trabalho com as pessoas idosas. A supervisão requer inevitavelmente um processo de reflexão e análise, em que o Assistente Social e os AAD, através da experiência e da formação contínua, traçam e desenvolvem propostas de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado”. Indo ao encontro destes argumentos, González (2003, cit in Andrade, 2014, p. 84) sublinha que o Assistente Social tem funções de coordenação, devendo “definir estratégias para manter a motivação da equipa, estimular a formação dos profissionais, criar oportunidades de troca de experiências entre profissionais de forma a enriquecer as práticas institucionais e

desenvolver na equipa um sentimento de pertença e de responsabilidade profissional, através de técnicas de trabalho em equipa e estratégias para melhorar o desempenho profissional”.

Muitas vezes, o cargo de Diretor Técnico é desempenhado pelo Assistente Social, e segundo o Despacho Normativo nº 62/99, norma X, é da sua competência:

“- Dirigir o serviço, responsabilizando-se pela sua organização, planificação, execução, controlo e avaliação;

- Recrutar profissionais com formação/qualificação adequada à prestação dos serviços propostos;

- Coordenar as equipas prestadoras de cuidados;

- Garantir a qualidade técnica do diagnóstico de cada situação e a elaboração do respetivo plano de cuidados;

- Supervisionar o pessoal do SAD;

- Proporcionar o enquadramento técnico para a avaliação da evolução de cada situação, em função do plano de cuidados definido;

- Sensibilizar o pessoal face às problemáticas dos utentes”.

Ainda neste sentido, o nº 2 do artigo 8º da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro informa que ao diretor técnico compete “dirigir o SAD assumindo a responsabilidade pela sua organização e funcionamento, coordenação e supervisão dos profissionais, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada, tendo em conta, designadamente, a melhoria da prestação de cuidados e serviços”

A Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro também enumera os princípios de atuação do SAD no artigo 5º, sendo eles: “a) Qualidade, eficiência, humanização e individualização; b) Interdisciplinaridade; c) Avaliação das necessidades do utente; d) Reserva da intimidade da vida privada e familiar; e) Inviolabilidade do domicílio e da correspondência; f) Participação e corresponsabilização do utente ou representante legal e dos seus familiares, na elaboração do programa de cuidados e serviços”.

Relativamente aos princípios norteadores da intervenção com pessoas idosas, Alexandre Diniz (2002, cit in Ribeirinho, 2005, p. 116) enumera os seguintes:

- I. “Respeito pela dignidade humana, o que pressupõe o direito à privacidade e à preservação da identidade pessoal;
- II. Respeito pela manutenção ou restabelecimento da autonomia e da participação e bem-estar da pessoa idosa;

- III. Respeito pela adequação dos cuidados ao contexto relacional social e promoção da inserção social da pessoa idosa dependente;
- IV. Incentivo ao exercício da cidadania, o que pressupõe a promoção da capacidade da pessoa idosa dependente, para tomar decisões sobre a sua própria vida”.

Apesar de um dos princípios de base do apoio domiciliário ser a manutenção do utente no domicílio, deve-se ter em consideração que “este local, embora seja conhecido e repleto de histórias e memórias, pode todavia, apresentar barreiras arquitetónicas ou problemas de outra ordem que limitem ou impossibilitem a mobilidade da pessoa idosa, ou mesmo colocando-a numa situação de risco, agravando ou desencadeando processos patológicos.” (Ribeirinho, 2005, p. 123)

Deste modo, devem-se criar condições de habitabilidade favoráveis para a permanência do utente na sua casa sem correr riscos desnecessários.

Alexandre Diniz (2002, cit in Ribeirinho, 2005, p. 116) relembra que a intervenção deve integrar diferentes “tipos e níveis de respostas, de acordo com os diversos níveis de necessidades dos seus potenciais utilizadores, o que exige não apenas a re-engenharia dos serviços de saúde e de apoio social, como a criação de novas respostas.”

Neste seguimento deve-se reforçar a importância de haver um programa individualizado para cada utente, ou seja, um programa que inclua serviços flexíveis e adaptáveis às reais necessidades da pessoa a quem se dirige. Não se pode apresentar uma resposta igual para todos os utentes, sendo que cada um tem necessidades e condições sócio-históricas, económicas e culturais específicas que requerem respostas específicas que devem ser planeadas individualmente. (Emler et al., 1996; Rodríguez & Sánchez, 2000, cit in Ferreira, 2014).

O profissional não pode retirar o utente do centro do processo de intervenção, independentemente da natureza do seu problema, pois é a instituição que tem de encaixar os seus serviços às necessidades dos utentes e não o utente a encaixar-se nos serviços. (Ribeirinho, 2005)

De acordo com a SEGG (1997, cit in Ribeirinho, 2005), o processo de programação e desenvolvimento do SAD em cada caso divide-se em 4 fases, sendo elas o diagnóstico, o desenho da intervenção/planificação, a execução da ajuda e a avaliação.

1) Diagnóstico – Nesta fase devem-se conhecer e compreender os problemas e necessidades de cada utente bem como compreender quais as suas causas e evolução ao longo do tempo e os fatores condicionantes e de risco. (Ribeirinho, 2005)

É também no diagnóstico que se avaliam e determinam os recursos disponíveis e se avalia o estado funcional de cada utente através de instrumentos de avaliação funcional que permitem aos profissionais adquirir informações objetivas, fiáveis e válidas. (Ribeirinho, 2005)

A caracterização socio-familiar, o conhecimento das condições de vida e habitação da pessoa idosa e o conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico da vida do indivíduo também são elementos que devem constar nesta fase. (Ribeirinho, 2005)

Este diagnóstico não deve ser feito de uma forma superficial, ou seja, não basta saber o que os idosos têm ou não têm, deve-se fazer um aprofundamento do diagnóstico de modo a perceber quais as rotinas de funcionamento, horários, disponibilidades de apoio por parte de familiares, empregados, vizinhos, entre outros, pois só assim o SAD consegue intervir de forma eficiente e eficaz. (Ribeirinho, 2005)

Neste seguimento, Yeda Duarte (2002, cit in Ribeirinho, 2005, p. 136), propõe “uma sequência de patamares de intervenção. Em primeiro lugar, o profissional deve começar por avaliar o nível de satisfação das necessidades básicas, analisando quais as que no momento estão a interferir no bem-estar da pessoa idosa”, quer ao nível do conforto, como da alimentação, da funcionalidade e independência, funções sensoriais e cognitivas, entre outras, “estabelecendo com esta e com a sua família quais as intervenções necessárias para o suprimento dessas necessidades”.

De seguida, deve-se considerar os aspetos psicossociais, designadamente a auto-estima e a interação social e só depois da análise destes fatores, se deverá examinar os aspetos da habitação, família e redes de suporte.

Segundo a SEGG (1997, cit in Ribeirinho, 2005, p. 137), podemos dividir o diagnóstico do SAD em três etapas:

I. Entrevista no domicílio:

Na entrevista no domicílio deve-se:

“- Fazer uma apresentação adequada (nome, profissão, instituição a que se pertence e objetivos da visita);

- Falar de forma pausada, simples e afável, ao mesmo nível que as outras pessoas, com boa luz e falando frente a frente;

- Saber se a pessoa idosa vive sozinha (e neste caso saber quem e quando a visitam e a ajudam) ou acompanhada (sabendo quem são, sexo, idade, profissão, estado de saúde, ocupações várias, o horário de permanência em casa, etc.);

- Conhecer o estado de saúde da pessoa idosa, ao nível de doenças e/ou transtornos diagnosticados através da solicitação de informações médicas;

- Sondar sobre o estado subjetivo de saúde e bem-estar geral da pessoa idosa, bem como as dificuldades que tem para as AVD;

- Conhecer os hábitos da pessoa idosa (a que horas se levanta, come, sai, dorme, o que faz durante o dia, etc.)

- Saber a opinião das pessoas chegadas que apoiam a pessoa idosa (quem são, quais as suas dificuldades no desempenho do seu papel, como consideram que podem melhorar a sua situação e atenuar o desgaste físico emocional que eventualmente experimentam);

- Avaliar as condições da casa, a sua acessibilidade e o seu meio envolvente;

- Averiguar sobre riscos de acidentes (saber se já ocorreu algum acidente doméstico, do que tem medo, que riscos a preocupam mais, quem chamar em caso de acidente);

- Conhecer a situação económica da pessoa idosa”. (Ribeirinho, 2005, p. 137)

II. Avaliação:

Na avaliação deve-se:

“- Avaliar o grau de dependência da pessoa idosa, assim como a carga de trabalho correspondente a essa dependência;

- Dimensionar o apoio que a pessoa idosa irá receber (tendo em conta as suas redes sociais), nomeadamente:

✓ Ajuda emocional (ao nível do relacionamento, e do reforço da autoestima);

✓ Apoio informativo e estratégico (ajuda para a resolução de problemas concretos e situações difíceis);

✓ Apoio material ou instrumental (prestação de ajuda e/ou serviços).

- Avaliar as necessidades do meio físico e as possibilidades de adaptação da casa e dos seus acessos no caso de se terem diagnosticado na pessoa idosa motivos para tal”. (Ribeirinho, 2005, p. 138)

III. Coordenação e otimização e recursos - para saber com que recursos se pode contar para planificar a intervenção, implicando nesta etapa tanto os recursos próprios da instituição como os recursos externos (ex: centros de saúde, autarquias, hospitais, outras instituições, organismos/entidades locais). (Ribeirinho, 2005)

2) Desenho da intervenção/planificação – nesta fase definem-se objetivos, referindo os recursos humanos e materiais a utilizar, as ações concretas com as quais se pretendem atingir os objetivos e uma calendarização das mesmas. (Ribeirinho, 2005)

Assim, esta fase processa-se em quatro momentos:

I. Adequação da casa e das ajudas técnicas;

II. Planificação da ajuda – a planificação elaborada deve ser considerada apenas como sendo um projeto que tem de ser apresentado à pessoa idosa e à sua família para que estes possam opinar e intervir, de modo que eles próprios possam sugerir ações.

É importante lembrar que o objetivo do SAD não é substituir a própria pessoa nem desresponsabilizar a família, daí a pessoa idosa ser chamada a intervir diretamente na tomada de decisões para assim se potenciar a participação ativa tanto do idoso como da sua família

III. Determinação de tarefas principais – é a fase onde se estabelecem as tarefas a desenvolver pelo ajudante familiar, com indicação do tempo previsto que dedicará a cada uma.

Como vimos anteriormente, as tarefas podem ser de cuidado pessoal, tarefas domésticas, cuidados especiais e ajuda na vida social e relacional.

IV. Determinação de tarefas que assumem as pessoas idosas e as pessoas próximas

3) Execução da ajuda – nesta fase realiza-se a efetivação do programa estabelecido para resolver o problema que se detetou e analisou e consiste em:

- Realizar as tarefas programadas nas fases anteriores;
- Estabelecer contactos ou colaborações planificadas;
- Acompanhar diariamente cada caso registando todas as situações ocorridas.

É importante que o ajudante familiar transmita ao Assistente Social aspetos que eventualmente não tenham sido detetados na fase de diagnóstico e que detete ao longo da intervenção. (Ribeirinho, 2005)

4) Avaliação – é a fase onde se percebe se os objetivos postulados estão a ser atingidos ou não.

É também nesta fase que se apura o grau de satisfação da pessoa idosa, bem como as evoluções que ela sente, ou as falhas que deteta.

Por estes motivos, a avaliação deve ser sistemática e contínua, sendo que os resultados permitem melhorar ou alterar a intervenção caso seja necessário. (Ribeirinho, 2005)

4. O Serviço Social no âmbito do SAD da SCMA

Na SCMA, o SAD é assegurado pela Assistente Social, a qual assegura simultaneamente a Direção Técnica desta resposta social.

Procurando ir ao encontro dos objetivos do SAD, esta profissional assume diversas funções que, segundo García et al. (2007), podem classificar-se maioritariamente como de trabalho direto (ex: com idosos e/ou família) e de intervenção indireta (ex: coordenação e supervisão).

A intervenção direta inclui funções de natureza preventiva, ou seja, “funções que criam condições pessoais ou grupais para que não se produzam determinados conflitos, para que estes não aumentem e se intensifiquem ou para evitar o seu reaparecimento”; de natureza promocional, que “se realizam para descobrir e desenvolver nos idosos as suas capacidades naturais para prevenir, resolver e controlar as condições que configuram a sua problemática social de forma autónoma, reduzindo ao máximo as dependências sociais”; de natureza assistencial, onde se “trabalha com os idosos ou com as famílias que não têm capacidade para resolver um conflito e precisam de ajuda de diferentes formas, que vai desde um simples apoio até um tratamento longo ou um internamento assistido”; e de natureza reabilitadora, onde as funções são “dirigidas a reeducar e orientar os idosos que tenham sofrido algum tipo de declínio físico, psicológico ou social, de modo a substituí-los por outros que os permitam desenvolver-se com maior autonomia, alcançando a maior integração social possível.” (García et al., 2007, p. 61)

Neste contexto, as dinâmicas ou vertentes de intervenção direta situam-se em diferentes níveis, designadamente:

➤ *Processo de Candidatura/Inscrição*

O indivíduo que pretenda beneficiar do SAD da SCMA deve proceder à sua inscrição para que a instituição tenha conhecimento do seu interesse em usufruir dos seus serviços.

No processo de inscrição é necessário um formulário próprio já existente para registar os dados recolhidos e alguns documentos por parte do candidato que são exigidos, tais como: cartão de cidadão do candidato e do responsável pela inscrição caso não seja a mesma pessoa; comprovativo dos rendimentos do agregado familiar; última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação; e declaração anual de pensões ou, na ausência de rendimentos, uma declaração comprovativa da Segurança Social. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

É neste momento que se faz a recolha dos dados de identificação do candidato, a caracterização socioeconómica, o levantamento da rede social e de suporte, bem como do contexto habitacional, da saúde e do estado funcional do utente. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

Neste processo também se ficam a saber quais os serviços que o candidato pretende solicitar e faz-se a recolha dos rendimentos para se poder determinar a mensalidade.

Dáí os objetivos passam por:

- Estudar a situação sociofamiliar e socioeconómica do candidato de forma a avaliar a necessidade de admissão em SAD;
- Informar das condições de admissão, funcionamento, normas, princípios e valores da Misericórdia. (Vd. Apêndice 3)

➤ *Processo de Admissão*

Após a inscrição do candidato, e depois de avaliados os dados recolhidos nesse momento, acontece o processo de admissão nos casos que reúnem os critérios de admissão enumerados anteriormente.

No processo de admissão procede-se à leitura e assinatura do Contrato de Prestação de Serviços que já contém os direitos e deveres das partes envolvidas, o período de vigência do contrato, as condições que podem originar a sua cessação e o valor da mensalidade (Despacho Normativo n.º 62/99, Norma VII), e elabora-se o Plano Individual de Cuidados.

O Plano Individual de Cuidados é um documento onde se selecionam os serviços que vão ser prestados em cada caso, onde se indica quantas colaboradoras são necessárias para esse serviço, bem como quantas vezes por dia e quantos dias por semana será efetuado o serviço. Este preenchimento é feito com base nas características de cada utente. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

Assim sendo, os objetivos passam por:

- Iniciar a organização do processo individual do utente;
- Informar da data e condições de admissão;
- Elaborar o Contrato de Prestação de Serviços;
- Acolher o utente. (Vd. Apêndice 3)

➤ *Atendimento ao Utente e Família*

Muitas vezes o utente ou a família recorrem ao atendimento para entregar documentos atualizados dos rendimentos ou para comunicarem alterações ocorridas referentes ao utente.

Estes atendimentos servem para atualizar as mensalidades e para adaptar o plano individual de cuidados à situação atual do utente, pois este pode ter melhorado ou piorado no sentido em que é necessário rever os serviços que lhe estão a ser prestados.

Em geral, faz-se o atendimento e no final regista-se o que foi abordado e o que ficou estabelecido numa folha de Observações que ficará arquivada no processo individual do utente. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

Neste sentido, os objetivos passam por:

- Atualizar os processos individuais de cada utente;
- Atualizar o plano individual de cuidados;
- Esclarecer dúvidas existentes.

➤ *Visitas Domiciliárias*

Tendo em conta que o SAD é um serviço que não decorre na instituição mas sim no domicílio de cada utente, é crucial que se façam algumas visitas ao domicílio do utente para apurar as condições atuais de cada caso e para dialogar um pouco com os utentes a fim de aprofundar as suas necessidades, opiniões, insatisfações, desejos, entre outros objetivos.

Nas visitas domiciliárias, caso se observe ou aconteça algo significativo, a Assistente Social tem de tomar decisões para resolver a situação e deve anotá-las na folha

de Observações que fica arquivada no processo do utente. (Regulamento Interno do SAD da SCMA, 2016)

Assim, os objetivos das visitas domiciliárias passam por:

- Promover a socialização;
- Apurar as condições atuais de cada utente;
- Perceber quais as necessidades, opiniões, insatisfações e desejos de cada utente;
- Avaliar a satisfação dos serviços prestados.

As vertentes de intervenção indireta também podem ser de natureza preventiva, promocional, assistencial ou reabilitadora e baseiam-se em coordenação, trabalho comunitário, gestão, documentação, planificação e avaliação e aconselhamento e apoio aos membros da equipa e outros serviços. (García et al., 2007)

Assim, as intervenções indiretas executadas baseiam-se em:

➤ ***Coordenação e supervisão dos profissionais do SAD***

A Assistente Social é responsável por coordenar e supervisionar o trabalho das Ajudantes Familiares de modo a que o trabalho seja executado de forma ordeira e eficaz, otimizando recursos, revendo necessidades e planificando alternativas de intervenção. (García et al., 2007)

Para as Ajudantes Familiares se conseguirem organizar e orientar, a Assistente Social elabora mensalmente um mapa de escalas onde indica quem trabalha em que dia, quem trabalha da parte da manhã ou da parte da tarde e quem está de folga.

Também cabe à Assistente Social orientar as rotas de distribuição da alimentação, supervisionar o cumprimento das normas laborais da instituição e apoiar e aconselhar a equipa.

Para além disso, são feitas reuniões técnicas sempre que é necessário entre a Assistente Social e as Ajudantes Familiares.

➤ ***Gestão das atividades***

A Assistente Social é responsável por gerir e promover as atividades desenvolvidas no âmbito do SAD. Estas atividades ajudam os idosos a sentir-se incluídos na sociedade e reforçam a sua autoestima.

5. Atividades curriculares desempenhadas no estágio

As atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular, revelaram-se múltiplas (Vd. Apêndice 1) e abrangeram essencialmente quatro domínios, nomeadamente:

o Atividades de integração institucional

As atividades de integração institucional integram as dinâmicas de proximidade com a realidade institucional e com a prática profissional.

Assim, num primeiro momento procedeu-se ao conhecimento da instituição, dos profissionais e do SAD da SCMA. Sendo que o conhecimento de uma instituição ultrapassa em muito o conhecimento da sua estrutura formal, mostrando-se necessário consultar documentos internos, nomeadamente o Compromisso da Irmandade da SCMA bem como o Regulamento Interno do SAD da SCMA de forma a conhecer os objetivos, os valores e princípios que regem a intervenção desenvolvida, bem como os direitos e deveres, quer da instituição/profissionais, quer dos utentes/famílias.

Nesta fase procedeu-se também ao conhecimento das funções e dinâmicas dos profissionais desta resposta social e com este intuito tiveram de ser analisados os documentos e formulários já existentes inerentes à prática profissional do Serviço Social, de que são exemplo o formulário de inscrição, o formulário de admissão, o Plano Individual de Cuidados e o Mapa de Escalas.

Como o foco desta investigação é o SAD, foi aprofundado o conhecimento teórico sobre os serviços de apoio prestados aos utentes e foi percecionada a dinâmica inerente à atividade das ajudantes familiares. Tal permitiu uma melhor compreensão acerca dos roteiros e rotinas subjacentes à distribuição das refeições (almoços) e acerca da operacionalização das equipas nos turnos da manhã e tarde em função dos serviços prestados.

o Atividades associadas à intervenção com utentes e com equipa de ação direta/ajudantes familiares

Após a fase da integração, no mês de Outubro, foram encetadas atividades direcionadas para o conhecimento e proximidade com os utentes e para a observação das funções das ajudantes familiares. Para o efeito foi feito o acompanhamento das mesmas ao domicílio dos utentes por forma a ser possível observar as suas práticas junto deste

público no que concerne a funções de higiene pessoal e habitacional. Tal permitiu de igual modo intensificar o conhecimento acerca dos utentes tendo-se criado uma relação de proximidade e empatia com os mesmos, através sobretudo do diálogo com estes encetado.

A participação em atividades de animação sociocultural, como foi o caso da Sardinhada, da Ida à Praia e da Festa de Natal, bem como a ajuda na organização do evento “Anadia Social” (ocorrido de 15 a 21 de Outubro), através da elaboração de faixas, da encenação da sopa dos pobres, da participação no almoço dos utentes e a ida ao cineteatro também contribuíram para a relação de proximidade e de confiança que se foi estabelecendo.

O conhecimento dos utentes foi aprofundado ainda através da consulta e análise dos seus processos individuais e do acompanhamento feito a consultas médicas, quando era necessário.

- **Atividades associadas à intervenção profissional**

Sendo este um estágio que ocorre na área do Serviço Social, é fulcral haver um conhecimento da prática profissional do Serviço Social.

As atividades de intervenção profissional que a estagiária desenvolveu no contexto de estágio mostraram-se semelhantes às funções desempenhadas pela Assistente Social/Diretora Técnica desta resposta social. Deste modo foi possível observar processos de inscrição e de admissão, explicar os Contratos de Prestação de Serviços aos utentes, observar reuniões que ocorriam com as ajudantes familiares e observar os atendimentos aos utentes e/ou familiares. Importa ainda referir que houve colaboração no Banco Alimentar, através da recolha de bens alimentares em supermercados e distribuição dos mesmos semanalmente às famílias carenciadas que recorrem a esta resposta.

O Banco Alimentar, segundo o seu *site* são “IPSS’s que lutam contra o desperdício de produtos alimentares, encaminhando-os para distribuição gratuita às pessoas carenciadas” e é neste sentido que a SCMA atua, recebendo os produtos alimentares que são distribuídos pelo Banco Alimentar e angariando roupas e produtos de higiene para posteriormente os distribuir às pessoas carenciadas que se deslocam à instituição para os receber.

É acreditando que "toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente que lhe assegure e à sua família, a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda aos serviços sociais necessários" (Excerto do artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem) que a SCMA

abraçou esta resposta procedendo ao auxílio semanal a indivíduos e famílias com produtos que se mostram essenciais à sua sobrevivência.

- **Atividades associadas à atividade de investigação**

A componente de investigação mostrou-se articulada com o processo de estágio e constituiu uma atividade transversal durante todo o período em que o mesmo ocorreu. Tendo sido delineado previamente o tema geral do estudo a desenvolver assente na qualidade de vida dos idosos do SAD e intervenção do Serviço Social, foi possível, através da proximidade com a realidade profissional e com a prática profissional realçar a sua pertinência e aprofundar as dimensões de conceptualização e instrumentais necessárias ao desenvolvimento da pesquisa. Deste modo e tendo por base o planeamento das atividades de investigação em contexto institucional desenvolveu-se o estudo que se apresenta em detalhe na parte III.

Todas estas atividades de proximidade quer com os utentes quer com o Serviço Social contribuíram em grande escala para uma evolução tanto a nível pessoal como profissional. Ter um contacto direto com estas realidades possibilitaram uma reflexão aprofundada sobre todas as necessidades e preocupações que esta população enfrenta.

PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 - QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA, INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO E DO SERVIÇO SOCIAL NA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ANADIA

1. Delineamento do Estudo

1.1. Formulação do problema

De acordo com Sousa e Batista (2013), a revisão bibliográfica e a seleção do enquadramento teórico relevante para a investigação está na base de todo o processo analítico subsequente na investigação. Como salientam Marconi e Lakatos (2003, p. 97) “toda investigação nasce de algum problema teórico/prático sentido. Este dirá o que é relevante ou irrelevante observar, os dados que devem ser selecionados”, ou seja, deve-se determinar com precisão qual o objetivo central da investigação. A este respeito, Rudio (1978, p.75 citado por Marconi & Lakatos, 2003, p.127) afirma que "formular o problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características”.

Na pesquisa, o problema enunciado carece para que melhor possa ser respondido de ser decomposto em questões associadas ou questões centrais as quais traduzem os assuntos principais que orientam de uma forma estruturada todo o estudo, ou seja, que definem a sua perspectiva de abordagem em termos de orientação epistemológica e permitem na sua globalidade fornecer uma resposta ao problema de investigação¹⁰.

Atentos os vetores do enquadramento teórico exposto pode perceber-se que os públicos idosos se caracterizam no presente pela sua heterogeneidade, se mostram mais longevos e a necessitar de cuidados de apoio diversificados, quer seja do foro da saúde, social, de apoio à sua subsistência, entre outros. A qualidade de vida destes públicos assente no conhecimento sobre as suas características e perfis e em vetores abrangentes relacionados com as suas existências é um elemento decisivo para orientar as políticas

¹⁰ Apontamentos/Material de apoio de aulas da Professora Doutora Luz, Helena (2018). Métodos e Técnicas de Investigação Social, material de apoio no tema Investigação em Serviço Social. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 23/03/2018.

institucionais. A este respeito os profissionais que com este público mais diretamente lidam desempenham um papel fundamental na provisão dos cuidados que facultam a satisfação das suas necessidades e o seu bem-estar. No contexto do SAD, o Serviço Social (diretor técnico) tem um papel ao nível da direção do estabelecimento competindo-lhe intervir em função dos objetivos do serviço e potenciar a qualidade de vida dos públicos idosos a partir de uma intervenção que é informada por princípios e valores ancorados à profissão.

Neste seguimento e tendo por base os pressupostos subjacentes aos objetivos da SCMA e considerando que o desafio da qualidade de vida dos públicos beneficiários das respostas sociais constitui um vetor central de orientação das políticas institucionais definiu-se como a questão de partida subjacente ao estudo empírico da seguinte forma: Qual a perceção dos idosos relativa à sua qualidade de vida e qual o papel do SAD e do Serviço Social nesse âmbito?

Para uma melhor compreensão da questão de partida formulada elencaram-se em jeito de questões associadas três vetores analíticos de questionamento, os quais se mostram interrelacionados e passíveis de enquadrar os objetivos de investigação, designadamente:

1. Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Perceções dos idosos relativos a aspetos da sua Qualidade de Vida e na sua relação com o SAD:

- Elementos analíticos da Qualidade de Vida (elementos relativos ao estado de saúde e funcional, à sociabilização, ao meio ambiente em que os idosos/utentes estão inseridos e à qualidade da vida em geral);
- Componente institucional e Qualidade de Vida.

Este vetor de análise está associado aos elementos analíticos da qualidade de vida dos idosos e que se mostram importantes de compreender através da perceção dos mesmos para que os serviços possam desenvolver toda a sua intervenção com o intuito da prestação dos melhores cuidados.

Neste âmbito e tendo por base a teoria advinda de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, (mais concretamente: WHOQOL-bref, WHOQOL-OLD e Easy Care), vários aspetos foram considerados em termos de um enfoque mais compreensivo, designadamente no que se reporta à componente da saúde e da funcionalidade dos utentes, tendo-se afigurado importante compreender se aspetos como a memória, a visão, a

locomoção, a audição e a situação física em geral eram aspetos que se mostravam comprometedores da qualidade de vida quotidiana dos utentes e de que forma, conhecendo os seus argumentos ou razões apontadas, afetavam a sua vida quotidiana.

No aspeto social, existem dificuldades sentidas a nível familiar para o apoio em termos do cuidado pelo que perceber qual a rede próxima de cuidados em termos de apoio que lhes é prestado (ou seja, se necessitam de algum reforço) traduzem aspetos que importa acautelar.

A vertente da participação social traduz um outro elemento que vem sendo destacado como estando na base do envelhecimento ativo e saudável e por isso preditora de qualidade de vida (OMS, 2002). No computo dos serviços que constam do SAD, as dinâmicas de ativação dos utentes são uma vertente que merece crescente atenção, pelo que perceber qual a predisposição dos utentes para participar nas atividades e razões que eventualmente os possam limitar traduz um aspeto importante de ser conhecido por parte dos serviços.

A participação social não se resume apenas à participação em atividades desenvolvidas pela instituição, sendo que também é oportuno perceber qual a predisposição demonstrada pelos utentes em participar em atividades da comunidade e quais as razões apontadas para a não participação, pois podem ser limitações logísticas que os serviços de SAD possam assegurar.

Uma outra componente particularmente importante para o bem-estar dos idosos são os envolventes contextuais que lhes propiciam segurança e conforto. A este respeito refira-se que os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas devendo mostrar-se adaptados às suas necessidades e limitações, pelo que se afigurou como essencial perceber como os idosos sentem usufruir de condições de segurança no domicílio e de meios de conforto habitacional.

Ao nível do meio ambiente, apurar quais os serviços da comunidade que são importantes para os utentes e saber a quais eles conseguem aceder facilmente aparentou ser uma vertente a merecer atenção, pois o conceito de dependência e incapacidade está muito ligado à questão da velhice sendo que muitos dos idosos deixam de frequentar serviços importantes por falta de capacidade e/ou por falta de transporte. Através destes dados, o SAD poderá proporcionar acompanhamento e/ou transporte aos utentes que apresentam dificuldades em aceder a determinados serviços.

Numa vertente mais geral e tendo em conta que muitas vezes os idosos deixam de estar satisfeitos com a vida por motivos de saúde, familiares, financeiros, entre outros,

pareceu importante perceber qual o nível de satisfação que apresentam perante a vida, bem como perceber quais as preocupações atuais e futuras que os inquietam no dia-a-dia, pois assim o SAD poderá dar-lhes apoio nessas questões, solucionando aquilo que é possível e ajudando a superar medos e receios através do aconselhamento e escuta ativa.

Ainda nesta vertente, perceber as necessidades sentidas pelos utentes também se revelou crucial para se poderem superar todas as que forem superáveis e assim contribuir positivamente para a qualidade de vida destes utentes.

Tendo em conta que esta investigação pretende perceber a qualidade de vida dos utentes que beneficiam do SAD e não de utentes que usufruam de outras respostas sociais, este vetor de análise também está obrigatoriamente associado à componente institucional do SAD. Assim sendo, impera conhecer-se as razões que levam os utentes a solicitar o SAD, pois a partir daí a instituição consegue preparar-se para satisfazer as necessidades dos utentes e responder de forma eficiente e eficaz ao que eles procuram.

Considerou-se ainda pertinente apurar quem prestava apoio aos utentes antes de estes solicitarem a resposta social do SAD na medida em que essa informação também permite perceber qual a retaguarda existente e com quem a instituição vai colaborar no apoio domiciliário.

No que concerne à vertente da qualidade de vida relacionada com o SAD revelou-se pertinente perceber como esta resposta social influencia a qualidade de vida dos utentes e o que pode fazer para consequentemente a melhorar, pois só conhecendo as opiniões dos beneficiários o SAD pode ir de encontro àquilo que de facto contribui para a sua qualidade de vida.

2. Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Perceções dos elementos da equipa de ação direta (ajudantes familiares) sobre a prestação de serviços diretos e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos:

- Funções das ajudantes familiares;
- Contribuição da prestação de serviços de apoio para a Qualidade de Vida.

Este vetor de análise está associado às funções desempenhadas pelas ajudantes familiares tentando perceber de que forma esses serviços de apoio contribuem para a qualidade de vida dos utentes, para assim se perceber o contributo do SAD neste sentido.

Recuperando Ribeirinho (2005) as tarefas a desempenhar pelas ajudantes familiares situam-se nos domínios da “atenção pessoal”, da “atenção doméstica”, do “apoio familiar” e da “relação da pessoa idosa com o seu meio”. Atenta a esta conceptualização, afigurou-se pertinente apurar quais as tarefas que as ajudantes familiares desempenham em cada domínio no contexto da SCMA e compreender quais as que são mais convocadas ou solicitadas pelos utentes de acordo com as necessidades sentidas pelos mesmos.

Paralelamente, afigurou-se relevante analisar de que forma esses serviços influenciam a qualidade de vida dos utentes, sendo que esse é um dos objetivos centrais do SAD.

Tendo em conta que as ajudantes familiares são as profissionais que maior contacto têm com os utentes sendo as mesmas, aquelas que se deslocam aos seus domicílios para lhes prestar o apoio necessário, também pareceu oportuno questioná-las sobre novas formas de potenciar a qualidade de vida dos utentes pois são estas profissionais as que mais têm oportunidades de averiguar in loco as lacunas existentes, bem como apurar as novas necessidades que vão surgindo nesta população alvo, de forma a possibilitar ao serviço equacionar estratégias para melhorar a qualidade de vida dos utentes.

Por fim, numa vertente mais geral, elevou-se o questionamento acerca das áreas que surtiram maior impacto na qualidade de vida dos utentes.

3. Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Perceções do Serviço Social sobre os contextos da prática profissional e o seu papel para a Qualidade de Vida da população inserida em SAD:

- Princípios que informam a prática;
- Atuação no contexto;
- Promoção da Qualidade de Vida

Este vetor de análise está associado à prática profissional do Assistente Social, na medida em que pretende refletir sobre os princípios que informam a prática, sobre a forma de atuação no contexto e sobre as estratégias utilizadas para promover a qualidade de vida da população idosa.

Neste âmbito, importa compreender os princípios que se destacam na intervenção profissional bem como os enfoques centrais na intervenção tanto ao nível do idoso, como

da equipa, como da instituição. Como já foi referido, o Assistente Social assume com frequência o cargo de Diretor Técnico e como tal intervém a vários níveis, sendo importante perceber quais as suas principais abordagens nas diferentes situações.

Tendo em conta os “novos idosos” e as exigências e mudanças que esta população acarreta, também é crucial desvendar quais os atuais desafios com que o Serviço Social se tem deparado atualmente, para assim se tomar consciência das mudanças que têm ocorrido e que conseqüentemente conduzem a dinâmicas adaptativas e/ou de transformação da própria intervenção.

Este vector também está relacionado com a promoção da qualidade de vida, emergindo daqui o questionamento para perceber, junto da Assistente Social, o contributo do SAD para a qualidade de vida dos utentes.

Inquestionavelmente, o SAD tem um contributo direto na qualidade de vida dos utentes, na medida em que os apoia nos serviços necessários, no entanto há sempre estratégias novas a adotar que fomentem essa qualidade de vida, parecendo oportuno explorar áreas a descoberto e novas formas de incrementar a qualidade de vida.

Por fim, destacar o facto do Serviço Social ter, além dos desafios ocorridos na intervenção diária, os desafios que advêm da procura de proporcionar sempre uma melhor qualidade de vida aos utentes, não descurando o facto de esta população estar a ficar cada vez mais exigente e a ter novas necessidades e expectativas.

1.2. Objetivos do estudo

Segundo Marconi e Lakatos (2003), os objetivos clarificam o problema, aumentando os conhecimentos sobre o mesmo. Neste sentido foram definidos objetivos gerais e específicos entendendo-se tal como Marconi e Lakatos (2003, p. 219) enfatizam que o objetivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenômenos e eventos, quer das ideias estudadas.”. Por seu lado, os objetivos específicos “apresentam caráter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objetivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares”. Resulta daqui que no presente estudo, os objetivos gerais pretenderam:

- Percecionar a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD da SCMA.
- Compreender o papel do SAD e do Serviço Social na qualidade de vida dos idosos que beneficiam deste serviço.

No que concerne aos objetivos específicos, pretendeu-se no que diz respeito aos utentes/ idosos do SAD:

- Proceder à sua caracterização numa perspetiva sociodemográfica (sexo, idade, naturalidade, estado civil, grau de escolaridade, profissão, rendimentos, agregado familiar, rede social e de suporte e contexto habitacional).

- Percecionar a sua qualidade de vida geral a partir de elementos relativos ao seu estado de saúde e funcional, à sua sociabilização e ao meio em que os mesmos se mostram inseridos.

- Compreender como percecionam a influência do SAD para a sua qualidade de vida.

Relativamente às Ajudantes Familiares os objetivos específicos visaram:

- Percecionar o contributo que atribuem ao SAD para a qualidade de vida dos idosos, em termos de necessidades (in)satisfeitas, prestação de cuidados e expectativas relativas a este serviço.

No que respeita à Assistente Social, os objetivos específicos foram formulados com o intuito de:

- Compreender a importância atribuída ao Serviço Social na promoção da qualidade de vida dos idosos em SAD.

- Compreender quais as conceções e práticas ancoradas ao Serviço Social potenciadoras da qualidade de vida dos idosos em SAD.

1.3. Estratégia de investigação

Ao contrário do que acontece nos estudos quantitativos, não existe uma forma padronizada ou instrumentos pré-elaborados aplicáveis a todas as pesquisas nos estudos qualitativos, sendo que a investigação é realizada de forma diversificada e interpretativa, exigindo múltiplos instrumentos e métodos (Coutinho, 2011).

Entre os vários modelos metodológicos utilizados nos estudos qualitativos, encontra-se o estudo de caso que pode assumir diferentes tipologias e funções de acordo com as intenções da investigação. (Coutinho, 2011)

Yin (2001) afirma que o estudo de caso é uma investigação empírica com uma lógica de planeamento, recolha de dados e a sua posterior análise, interpretação e discussão.

A este respeito, Stake (2000) refere que o caso é um sistema limitado em termos de tempo e contextos, no entanto, o caso tem fronteiras que nem sempre são precisas e claras e cabe ao investigador ter atenção à delimitação das fronteiras do seu caso.

Lüdke e André (1986) reforçam a ideia anterior posicionando-se perante o estudo de caso como uma forma de pesquisa de um caso simples, específico ou complexo mas necessariamente bem delimitado. Ou seja, ao longo do estudo, o investigador pode adotar vários métodos e vai deparar-se sobre uma multiplicidade de fatores, dados e informações, daí ser crucial uma delimitação concreta e organizada dos moldes da investigação para conseguir chegar a resultados finais bem estruturados.

Sucintamente, pode-se dizer que esta abordagem metodológica é um método de pesquisa qualitativa que estuda um objeto de forma intensiva, detalhada e bem delimitada no seu contexto natural para adquirir conhecimento, através de análise documental (ex: cartas, relatórios, revistas, imagens, entre outros), entrevistas, observações diretas e questionários. Contudo, nesta estratégia de investigação podem também ser utilizadas técnicas quantitativas no momento da recolha de dados, fazendo-se assim uso de métodos mistos.

Coutinho (2011) sintetiza a definição de estudo de caso referindo que “o estudo de caso é uma investigação empírica (Yin, 1994), (...) que depende fortemente do trabalho de campo (Punch, 1998), que não é experimental (Ponte, 1994) e que se baseia em fontes de dados múltiplas e variadas (Yin, 1994)” (Coutinho, 2011, p. 294).

Os principais objetivos do estudo de caso passam pela observação, a descrição, a explicação, a avaliação e a transformação. Guba e Lincoln (1994, cit in Coutinho, 2011) entendem ainda que o estudo de caso passa por relatar, registar e descrever acontecimentos e factos, originando conhecimento detalhado acerca do objeto de estudo.

Segundo Stake (2000), o estudo de caso pode ser único, múltiplo ou comparativo, sendo que o primeiro é adoptado quando o investigador procura perceber melhor um caso único e particular e surge interesse próprio, o estudo de caso múltiplo visa perceber outros fenómenos sem ser exclusivamente o caso em si, funcionando como um instrumento, e o caso comparativo estuda casos coletivos com o intuito de comparar e formar conhecimento sobre fenómenos, populações ou condições.

Relativamente à classificação do estudo de caso quanto ao objetivo da investigação, Yin (1993) aponta três tipos, sendo eles descritivo, exploratório e explanatório. O descritivo tem por base a descrição de casos, o exploratório está associado a investigações que recaem sobre temas pouco estudados e que requerem ser explorados

para assim se definirem hipóteses ou proposições para futuras investigações, por fim, o explanatório remete para a explicação das relações de causa e efeito a partir de uma teoria.

O mesmo autor refere ainda que o estudo de caso pode ser de natureza holística ou incorporada, sendo que na holística se investiga um programa ou uma organização de forma global e na incorporada são exploradas uma ou várias sub-unidades. (Yin, 1993)

Uma das vantagens deste modelo é que pode ser aplicado a uma grande variedade de problemas e áreas do conhecimento, mostrando-se ser muito versátil e conseqüentemente, as conclusões de um estudo de caso podem ser extrapoladas ou transmissíveis, para outros casos desde que se tenha em consideração as semelhanças das condições particulares e contextuais da cada situação.

Neste sentido, e tendo em conta que a investigação se posiciona no contexto de estágio, considerou-se pertinente optar pelo estudo de caso exploratório único, de natureza holística, atento o problema de investigação associado à realidade institucional, ou seja, abrangendo o SAD da SCMA.

1.4. Amostra/População do estudo

O presente estudo assumiu como universo a globalidade dos idosos/utentes abrangidos pelo SAD, os quais totalizam 45 indivíduos, assim como a totalidade das profissionais que prestam serviços diretos aos mesmos, representada por 6 ajudantes familiares, e foi acrescido pela profissional/assistente social a exercer funções de direção técnica do SAD. Em termos operativos e tendo por base os objetivos do estudo e questões associadas à sua exequibilidade, em termos do calendário definido pela estagiária/investigação houve necessidade de se selecionar uma amostra para as populações do estudo representadas pelo grupo dos idosos/utentes e pelo grupo das ajudantes familiares, a qual representa e de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 163) “(...) uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); (...) um subconjunto do universo” carecendo a mesma de possuir as mesmas características da população da qual foi retirada.

Em relação ao tipo de amostragem selecionado optou-se pela amostragem não probabilística e de cariz intencional, ou seja, subordinada aos objetivos específicos do estudo e que se mostrasse representativa apenas da população abrangida, tendo sido definidos como critérios de inclusão, ao nível dos utentes:

- Ter disponibilidade para responder às questões constituintes da entrevista;

- Ter capacidade (a nível mental/cognitivo) para responder às questões;
- Beneficiar do SAD há pelo menos meio ano;
- Beneficiar de vários serviços de apoio no contexto domiciliário.

No que respeita às ajudantes familiares, os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Ter disponibilidade para responder às questões constituintes da entrevista;
- Trabalhar na instituição como ajudante familiar há pelo menos 3 anos.

Considerando que a amostra intencional, envolve uma maior participação do investigador na escolha dos elementos da população a integrar no estudo e pressupõe da parte daquele um conhecimento significativo da população para que a sua escolha possa ser mais representativa e fidedigna (Carvalho, n.d.), procedeu-se em termos do processo amostral dos idosos/utentes ao levantamento de dados integrantes do seu processo individual (ex: serviços solicitados), tendo a par sido realizadas várias visitas domiciliárias para se poder apurar os utentes que estavam capazes de responder às questões, ou seja, que evidenciassem capacidade de comunicação e compreensão a nível do diálogo, tendo a aplicação dos critérios de inclusão sido também apoiada por informação clínica, que permitiu despistar à priori situações de funcionalidade mental comprometida.

Na sua globalidade, a amostra do estudo, aplicando os critérios de inclusão, foi constituída por 14 sujeitos de três populações distintas, entre as quais: 10 utentes, três ajudantes familiares e uma Assistente Social/Diretora Técnica, sendo que em relação a esta, por ser a única profissional afeta ao SAD, a amostra coincidiu com o universo.

1.5. Metodos e instrumentos de recolha de dados

No momento de definir quais as técnicas de recolha de dados que se adequam à presente investigação, Marconi e Lakatos (2003, p. 63) relembram que a seleção do instrumental metodológico está relacionada com o problema a ser estudado, pois essa escolha depende de vários fatores como: “a natureza dos fenómenos, o objeto da pesquisa, os recursos financeiros, a equipa que compõe a investigação, entre outros elementos que possam surgir”.

Os mesmos autores reforçam esta ideia dizendo que “tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser estudado, às hipóteses levantadas e que se

queira confinar, ao tipo de informantes com que se vai entrar em contato.” (Marconi & Lakatos, 2003, p. 163)

Estes autores acrescentam ainda que, geralmente, nunca se utiliza apenas um método ou uma técnica, sendo que se devem usar todos aqueles que forem necessários ou apropriados para a investigação. Assim, na maioria das vezes, há uma combinação de vários métodos e técnicas que são usados concomitantemente.

As técnicas de recolha de dados seleccionadas para a concretização da presente investigação foram: a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental, o diário/notas de campo e a entrevista semiestruturada.

➤ **Pesquisa bibliográfica**

Ao nível da metodologia, o referencial teórico apresentado nesta investigação, baseou-se em pesquisa bibliográfica, abrangendo fontes primárias ou originais e/ou fontes secundárias, ou seja, integrando elementos teóricos e/ou resultados empíricos decorrentes de obras originais e que evidenciassem articulação com o objeto de estudo.

Esta pesquisa que segundo Lakatos e Marconi (2003, p.183) “abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo” apoiou e delimitou o estudo e a discussão dos resultados.

➤ **Pesquisa documental**

Foi ainda utilizada a pesquisa documental como técnica de recolha de dados, que segundo Marconi e Lakatos (2003) é uma fonte de recolha de informação que está restrita a documentos, escritos ou não. Estas fontes permitem recolher dados atuais e importantes, relacionados com o tema que se pretende analisar e compreender.

Posto isto, as fontes documentais que foram analisadas nesta investigação prenderam-se com os processos individuais de cada utente, através dos quais foi possível recolher informações úteis de acordo com a grelha de análise documental construída (Vd. apêndice 2), e referentes a: género, idade, naturalidade, residêndia, estado civil, grau de escolaridade, principal atividade profissional desempenhada na vida ativa, agregado familiar, rede social e de suporte, rendimentos, condições habitacionais, tempo de benefício do SAD e serviços solicitados para apoio, tendo sido possível a partir daqui proceder à caraterização dos utentes da instituição.

Outras fontes documentais analisadas foram os documentos oficiais da instituição, de que são exemplo o Compromisso da Irmandade da SCMA e o Regulamento Interno do SAD da SCMA.

Estas fontes permitiram contextualizar a instituição, os utentes e a sua situação, e ainda o trabalho desenvolvido, nomeadamente pelo Serviço Social no contexto do SAD.

➤ **Diário/notas de Campo**

Segundo Marconi e Lakatos (2003) a observação é um elemento básico de investigação científica utilizado na pesquisa de campo, pois é uma técnica de recolha de dados que apura informações não só apenas através do “ver” e do “ouvir”, mas também através da análise de fatos e fenómenos que se desejam estudar. Assim, o investigador recorre ao diário de campo para fazer os registos do que observa conseguindo documentar atividades, comportamentos e características físicas sem sofrer condicionalismos, nomeadamente devido à vontade ou à capacidade de outras pessoas.

Segundo Lima, Mioto e Prá (2007), o diário de campo, não serve apenas para guardar informações, pois deve conter também reflexões quotidianas que, quando relidas teoricamente, produzam avanços tanto no âmbito da intervenção como da teoria.

O diário de campo é “um documento que apresenta tanto um “caráter descritivo-analítico”, como também um caráter “investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas”. (Lima, Mioto & Prá, 2007, p. 96)

Para Falkembac (s.d., cit in Lima et al., 2007), o diário de campo serve para registar observações, comentários e reflexões, criando assim hábitos ao investigador de observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos. Este registo deverá acontecer diariamente e todas as observações devem ser datadas e localizadas.

A mesma autora refere ainda que o diário de campo pode ser organizado em três partes: (1) descrição; (2) interpretação do observado; (3) registo das conclusões preliminares, das dúvidas, imprevistos e desafios.

Posto isto, o diário de campo (Vd. apêndice 3) é composto por data de observação, espaço/contexto de observação, unidade de análise e descrição, e foi construído para registar o “observado” e incluir os elementos de reflexão e interpretação correspondentes. Tal significa que no diário de campo se encontram descrições sobre as atividades realizadas no quotidiano, anotações sobre procedimentos profissionais e institucionais e

outras informações importantes para o desenvolvimento e conhecimento das atividades e observações feitas nas visitas domiciliares.

➤ **Entrevistas semiestruturadas**

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 195), a entrevista é “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.”

Por outras palavras, pode-se dizer que é um diálogo frente-a-frente onde o investigador questiona o entrevistado sobre a informação que pretende obter.

A entrevista pode, no entanto, ser de diversos tipos, entre esses encontra-se a entrevista semiestruturada, que foi a que se utilizou nesta investigação.

De acordo com Lüdke e André (1986) a entrevista semiestruturada desenrola-se a partir de um esquema básico, porém esta não deve ser aplicada rigidamente, pois deve permitir que o entrevistador faça as adaptações necessárias.

Para Boni e Quaresma (2005) as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, dando possibilidade ao entrevistado de falar livremente sobre o tema. Este tipo de entrevista assemelha-se a uma conversa informal com a diferença que uma das partes (entrevistador) leva um conjunto de questões guia previamente definidas. No entanto, as questões não são rígidas nem têm de ser colocadas por uma ordem fixa, daí o entrevistador ter de estar muito atento para orientar a discussão para o assunto que lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para esclarecer questões que não ficaram claras ou ajudar o entrevistado a voltar ao foco da questão, caso o mesmo tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele, pois só desta forma os objetivos serão alcançados.

Os mesmos autores referem que as vantagens em utilizar este tipo de entrevista devem-se à sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos e à interação direta que existe entre entrevistador e entrevistado, pois isso possibilita uma maior abertura e proximidade entre eles permitindo ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados e ao entrevistado dar respostas mais espontâneas.

No presente estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas tanto aos utentes integrados no SAD, para caracterizar a sua qualidade de vida e aferir as suas

necessidades, opiniões, perspectivas e expectativas, como às ajudantes familiares para compreender o papel do SAD e também à Assistente Social para compreender o papel do Serviço Social neste âmbito. (Vd. Apêndice 5, 6 e 7)

A opção pela entrevista semiestruturada aos utentes decorreu da intenção de analisar a qualidade de vida numa perspectiva mais compreensiva, recorrendo à percepção de “significados” acerca de dimensões da qualidade de vida já atrás explicadas. Neste sentido, tendo por base instrumentos já existentes e analisados (WHOQOL-bref, WHOQOL-OLD e Easy Care) e que realizam a avaliação da qualidade de vida, constatou-se que estes contribuem para compreender a qualidade de vida dos idosos em aspetos que se relacionam com a saúde e funcionalidade do utente, com o apoio social e participação, com os envolventes contextuais em que os idosos/utentes estão inseridos e com a qualidade da vida numa visão global, pelo que se procedeu à construção de um instrumento de recolha de dados informado por estes referenciais, que se mostrasse mais direcionado para o contexto institucional e que se mostrasse simultaneamente abrangente a outros itens a incluir, atendendo aos objetivos do estudo. (Vd. Apêndice 5)

Também para as ajudantes familiares foi construído um guião de entrevista semiestruturada (apêndice 6), tendo por base a concepção de Ribeirinho (2005) relativa aos níveis em que ocorre a prestação de serviços (atenção pessoal, atenção doméstica, relação do idoso com o meio envolvente e apoio familiar), intentando apurar e analisar as tarefas desempenhadas, a influência na qualidade de vida e formas de a potenciar.

O guião de entrevista semiestruturada dirigido à Assistente Social/Diretora Técnica (apêndice 7), obedece a uma lógica de questionamento relativa aos princípios que informam a prática, aos enfoques da prática e aos desafios na intervenção. Outros enfoques analíticos incidem na percepção do contributo do SAD para a qualidade de vida, nas formas de incrementar essa qualidade de vida e nos desafios do Serviço Social para promover a mesma.

O protocolo da entrevista foi autorizado pelo Sr. Provedor da SCMA e as entrevistas foram precedidas do consentimento informado¹¹, tendo assim sido explicado

¹¹ Segundo o Relatório Belmont (1974) da United States National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (n.d.), o consentimento informado é um elemento crucial de respeito pelos participantes humanos que traduz um resumo escrito das informações que devem ser fornecidas aos participantes. Cabe a cada participante decidir se quer participar no estudo após a compreensão de todas as informações, sendo que essa concordância se obtém através de uma assinatura completamente voluntária.

a todos os participantes os objetivos e a finalidade da entrevista e da investigação e solicitada autorização para a realização e gravação da mesma. (Vd. Apêndice 4)

Após as entrevistas realizadas e gravadas em suporte áudio, procedeu-se à transcrição das mesmas para posterior análise.

1.6. Metodologia de análise de dados

Em todas as investigações, a etapa que procede à recolha de dados é inevitavelmente a análise dos mesmos que pode ser feita através da técnica que o investigador considera mais apropriada de acordo com a sua investigação.

No presente estudo, a análise dos dados foi desenvolvida através da análise de conteúdo com base nos objetivos definidos anteriormente e na operacionalização dos conceitos, tendo-se procedido a uma análise vertical, onde se analisa caso a caso, e transversal, onde ocorre comparação da informação.

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação que pretende descrever as situações narradas e interpretar o sentido do que foi dito através de categorias e subcategorias (Guerra, 2006).

Segundo Raigada (2002, cit in Reis, 2017, p. 206), pode chamar-se análise de conteúdo ao “conjunto de procedimentos interpretativos de produtos comunicativos (mensagens, textos ou discursos) provenientes de processos originais de comunicação anteriormente relatados e que, com base em técnicas de medição, às vezes quantitativa (estatísticas com base na contagem de unidades), às vezes qualitativas (com base na combinação de categorias lógicas) têm como objetivo desenvolver e processar dados relevantes sobre as condições em que esses textos foram produzidos, ou em condições que podem ocorrer para aplicação subsequente.”

A análise de conteúdo pretende descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito. (Reis, 2017)

Krippendorff (1980, cit in Lüdke & André, 1986) salienta que a análise de conteúdo se caracteriza como um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens. Sendo que estas mensagens podem ser abordadas de diferentes formas e sob inúmeros ângulos. Pode haver variações na unidade de análise e pode haver variações na forma de tratar essas unidades. Alguns podem fazer a contagem de palavras ou expressões, outros podem fazer análise da estrutura lógica de expressões e elocuições e outros podem ainda fazer análises temáticas.

Estas análises são executadas após a transcrição das entrevistas que originam o *corpus* da pesquisa e ajudam a organizar os dados. (Reis, 2017)

Segundo Lüdke & André (1986) a construção de categorias culmina depois do investigador organizar os dados e proceder a inúmeras leituras e releituras de forma a examinar tudo diversas vezes para tentar detetar mais temas e temáticas.

Guba e Lincoln (1981 cit in Lüdke & André, 1986, p. 43) sugerem que as categorias devem refletir os propósitos da pesquisa e devem possuir “homogeneidade interna, heterogeneidade externa, inclusividade, coerência e plausibilidade”. Ou seja, “(...) se uma categoria abrange um único conceito, todos os itens incluídos nessa categoria devem ser homogêneos”. Além disso, “as categorias devem ser mutuamente exclusivas, de modo que as diferenças entre elas fiquem bem claras. É desejável também, de acordo com estes autores, que grande parte dos dados seja incluída em uma ou outra das categorias”.

Após a primeira categorização, o investigador deve voltar a examinar as entrevistas para aumentar o seu conhecimento, descobrir novos ângulos e aprofundar a sua visão. (Lüdke & André, 1986)

O propósito final é explorar as ligações entre os vários itens, a fim de estabelecer relações e associações de forma a combinar, separar ou reorganizar os dados tendo também por base a fundamentação teórica pré-elaborada. (Lüdke & André, 1986)

Segundo Vala (1990, p. 114) “uma análise de conteúdo pressupõe a definição de 3 tipos de unidades: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração”.

A unidade de registo é “o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise e coloca-se numa dada categoria”. (Vala, 1990, p. 114)

A unidade de contexto é “o segmento mais largo de conteúdo que o investigador examina quando caracteriza uma unidade de registo”. (Vala, 1990, p. 114)

A unidade de enumeração é “a unidade em função da qual se procede à quantificação”. (Vala, 1990, p. 115)

Para efeitos da sinalização dos relatos associados à análise de conteúdo utilizou-se a seguinte codificação:

Tabela 2 - Codificação

Participantes no Estudo	Codificação
Utente 1	U1
Utente 2	U2
Utente 3	U3
Utente 4	U4
Utente 5	U5
Utente 6	U6
Utente 7	U7
Utente 8	U8
Utente 9	U9
Utente 10	U10
Ajudante Familiar 1	A.F.1
Ajudante Familiar 2	A.F.2
Ajudante Familiar 3	A.F.3
Assistente Social	AS

Para além da análise de conteúdo, também se recorreu à análise estatística descritiva (média, moda, mediana e frequências absolutas) sobretudo para a apresentação mais sistemática de dados referentes a elementos de caracterização da amostra.

2. Apresentação e Análise dos Resultados

2.1. Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Perceções dos idosos relativos a aspetos da sua Qualidade de Vida e na sua relação com o SAD

2.1.1. Elementos sociodemográficos

A caracterização dos utentes foi elaborada reunindo informação plurifacetada de natureza sociodemográfica focalizando indicadores relativos a: idade, sexo, naturalidade, residência, estado civil, grau de escolaridade, principal atividade profissional desempenhada na vida ativa, rendimentos, agregado familiar, rede social e de suporte, contexto habitacional e serviços solicitados para apoio. De sublinhar que o apuramento desta informação foi obtido maioritariamente através da consulta dos processos individuais de cada utente integrante da amostra, tendo contudo a entrevista servido

também para confirmar e complementar informação em falta relativa à análise sociodemográfica.

2.1.1.1. Idade dos utentes

A população utente auscultada que beneficia do SAD possui idades que se situam entre os 40 e os 92 anos.

Recorrendo à tabela 3 é possível perceber que a média das idades dos utentes constituintes da amostra é de 79,4 anos.

É ainda possível verificar que as idades que constituem a moda, ou seja, aquelas mais tendenciosas, são os 73 e os 90 anos, sendo a mediana de 84,5 anos.

Tabela 3 – Caracterização dos utentes por idade

Idade	
Média	79,4
Moda	73 e 90
Mediana	84,5
Máximo	92
Mínimo	40

Na figura 1 consegue-se perceber que a maioria dos utentes têm entre 80 e 99 anos, sendo que esta faixa etária inclui 70% dos utentes.

A faixa dos 60 aos 79 anos, apesar de não incluir tantos utentes ainda apresenta uma percentagem de 20%.

Analisando as faixas etárias menores, consegue-se verificar facilmente que quase não há utentes novos, à exceção da faixa etária entre 40 e 59 anos onde se apresenta um utente que como vimos anteriormente tem 40 anos.

A inexistência de utentes nas duas faixas etárias mais baixas e a existência de apenas um utente na faixa etária central demonstra e comprova o envelhecimento da população que recorre ao SAD.

Resgatando a definição de SAD apresentada pela Carta Social, pode-se concluir que, de facto, são os indivíduos mais idosos que mais recorrem a este serviço devido à sua vulnerabilidade e fragilidade.

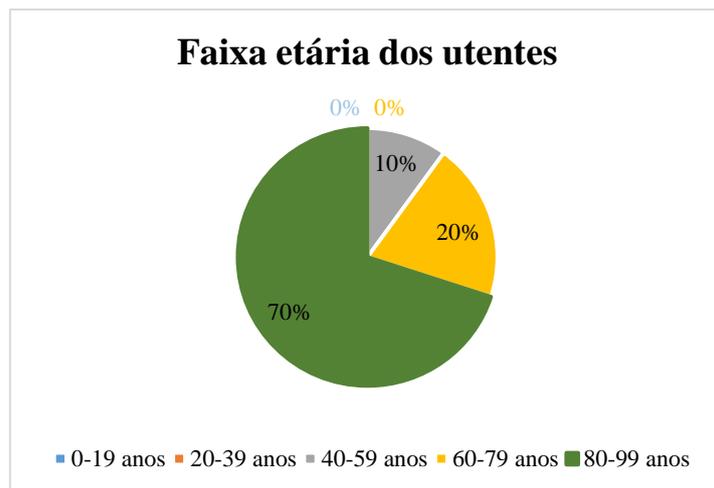


Figura 1 – Faixa etária dos utentes

2.1.1.2. Sexo

Relativamente ao indicador - sexo dos utentes, a amostra incidu em 50% de utentes do sexo masculino e 50% do sexo feminino, conforme mostra a figura 2.

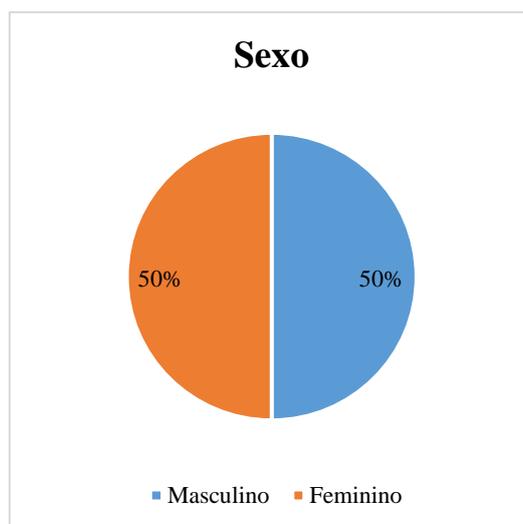


Figura 2 – Sexo dos utentes

2.1.1.3. Naturalidade

No que diz respeito à naturalidade dos utentes, a figura 3 mostra que a maioria é natural do concelho de Anadia, havendo também utentes com naturalidade de Coimbra, Gondomar e Torres Novas.

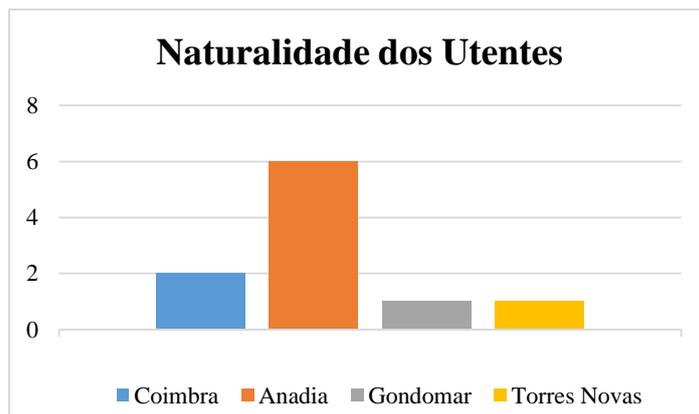


Figura 3 – Naturalidade dos utentes

2.1.1.4. Residência

Quanto à residência, a figura 4 mostra que todos os utentes residem no concelho de Anadia, mais concretamente nas freguesias da Moita e União de Freguesias de Arcos e Mogofores. Sendo que os indivíduos da União de Freguesias de Arcos e Mogofores são os que mais recorrem ao SAD da SCMA devido à proximidade desta instituição com as suas residências, enquanto que os indivíduos que residem em outras freguesias do concelho de Anadia recorrem a outras instituições que se encontrem mais perto.

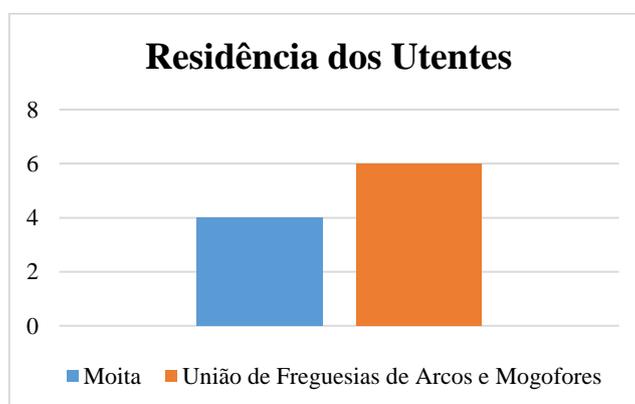


Figura 4 – Residência dos utentes

2.1.1.5. Estado Civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que predomina no estudo o estado viúvo, seguido pelo estado casado, existindo também o estado civil de divorciado e unido de facto.

Aprofundando a análise, verificamos que as idosas mulheres apenas apresentam o estado civil de casada e viúva, dominando o estado de viúva. Enquanto que os homens se

distribuem quase uniformemente pelos quatro estados civis apresentados, sendo que, à semelhança do sexo feminino, também domina o estado civil de viúvo. (Vd. Fig. 5)

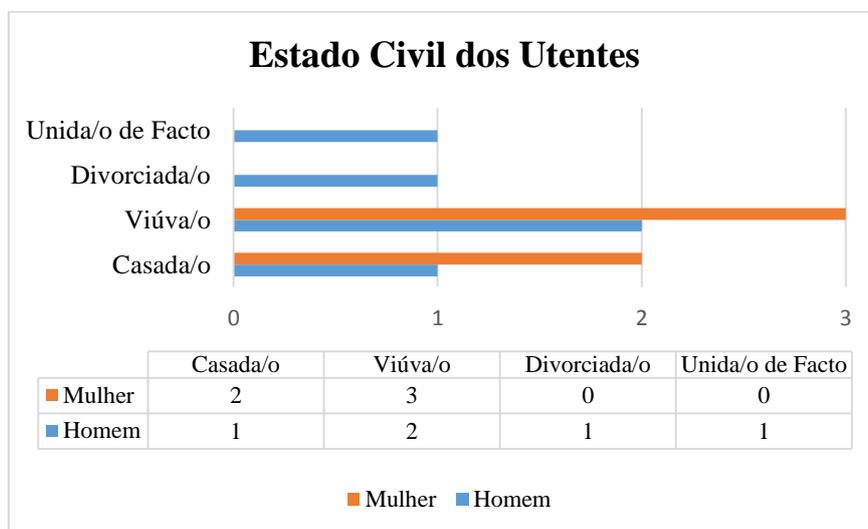


Figura 5 – Estado Civil dos utentes

2.1.1.6. Grau de Escolaridade

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a figura 6 mostra que a maioria dos idosos apenas concluiu o 3º ano de escolaridade, no entanto há utentes que concluíram o 4º ano e um utente que concluiu o 12º ano, havendo ainda dois utentes que não sabem ler nem escrever.

Concluindo-se a partir destes dados que os utentes do SAD da SCMA participantes no estudo não possuem um elevado nível de escolaridade, realidade esta que pode associar-se ao facto de que antigamente a escola não era uma prioridade para muitas famílias.

Importa ainda salientar que, quem apresenta menor grau de escolaridade são os utentes do sexo feminino que, ou não sabem ler nem escrever, ou possuem apenas o 3º ano.

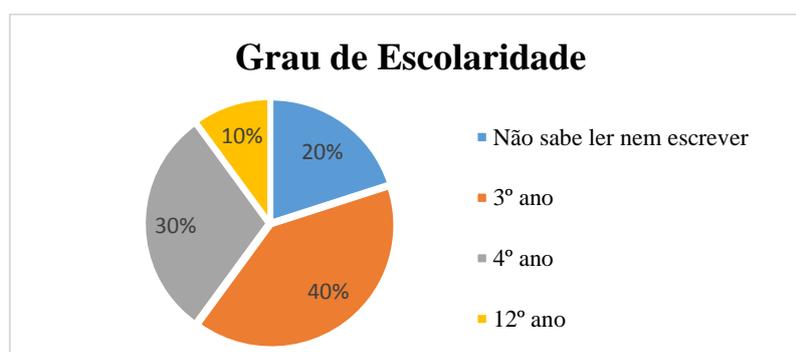


Figura 6 – Grau de escolaridade dos utentes

2.1.1.7. Principal Atividade Profissional desempenhada na vida ativa

Analisando o indicador da principal atividade profissional que os utentes desempenharam na sua vida ativa, deparamo-nos com uma variedade de respostas, sendo que temos um madeireiro, um pintor, um serralheiro mecânico, um empregado de escritório que posteriormente foi Gerente de Loja, Fábrica e Caves, um comercial, uma ama de crianças, uma agricultora e três empregadas domésticas.

Podemos concluir com estes dados que, a maioria das mulheres que integraram a investigação desempenharam uma atividade profissional mais direcionada para a agricultura e para as atividades domésticas.

Os homens, por sua vez, desempenhavam profissões mais diversificadas, ligadas à indústria e serviços.

De salientar que a maioria dos utentes já não desempenha qualquer atividade profissional devido à idade da reforma.

2.1.1.8. Rendimentos

Com os dados recolhidos sobre os rendimentos auferidos pelos utentes entrevistados foi possível construir a figura 7 que mostra que a maioria dos utentes auferem uma pensão, sendo a mais comum a pensão de velhice, e nesta categoria a maior parte é do sexo masculino, havendo apenas uma mulher a receber este tipo de rendimento.

Por outro lado, vemos que 40% dos entrevistados auferem a pensão social, verificando ainda que este tipo de rendimento, neste estudo, foi atribuído na sua totalidade ao sexo feminino.

Quando foi pedido aos utentes para avaliarem as suas fontes de rendimento tendo em conta a satisfação das suas necessidades, concluiu-se que, na maioria dos casos, é suficiente para as suas necessidades, principalmente para os utentes que auferem a pensão normal. No entanto, quatro utentes referem que esses rendimentos são insuficientes, dos dois casos que auferem pensão social, um deles refere que passa metade do mês sem dinheiro, e dos outros dois casos que auferem pensão normal, um deles deve-se ao facto da sua situação de saúde obrigar a grandes despesas. Existe ainda um caso em que os seus rendimentos são suficientes em alguns meses e noutros já não o são devido à compra de medicação.

De salientar que ao longo das entrevistas realizadas, alguns utentes se queixaram de dificuldades económicas, dando a entender que o facto de os serviços serem todos

pagos torna-se uma condicionante para não pedirem certos apoios, pois não têm grandes possibilidades económicas e tentam poupar ao máximo.

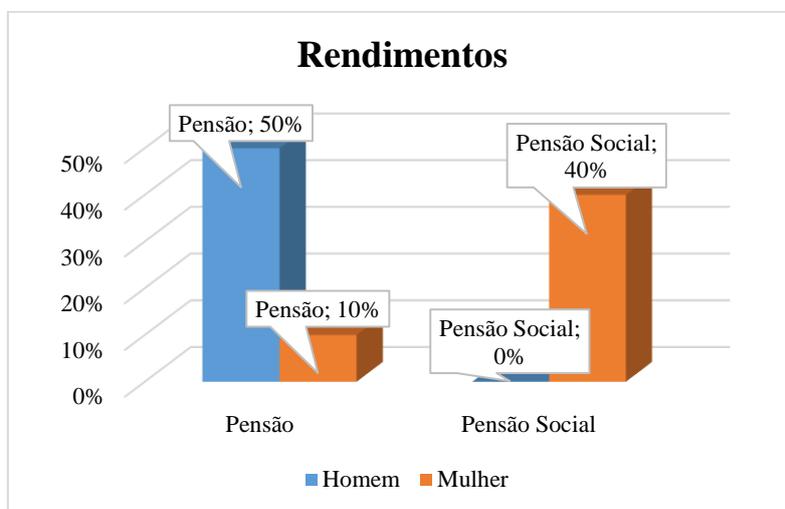


Figura 7 – Rendimentos dos utentes

2.1.1.9. Agregado Familiar

Como se pode verificar na figura 8, metade dos utentes entrevistados vivem sozinhos e a outra metade vive acompanhada, sendo que o agregado familiar é maioritariamente constituído pelo marido ou esposa do utente e em 20% dos casos pelo filho(s) e/ou filha(s).

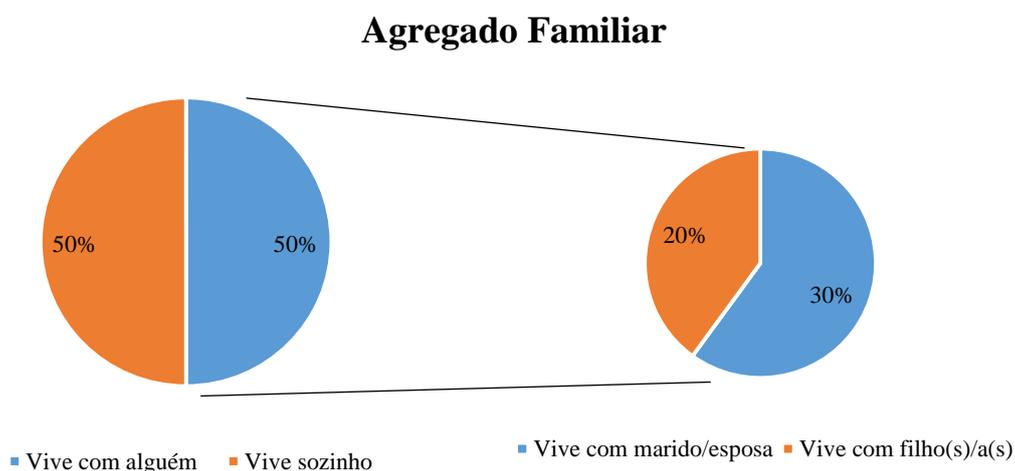


Figura 8 – Agregado Familiar dos utentes

2.1.1.10. Rede Social e de Suporte

A rede social e de suporte encontra-se dividida em dois grandes suportes, o suporte familiar e o suporte de vizinhos/amigos.

A figura 9 mostra que todos os utentes têm suporte familiar e, apesar de haver 10% que apenas tem esse suporte pontualmente e 20% que tem suporte familiar semanalmente, há uma grande maioria (70%) que tem suporte familiar diariamente.

Nesta investigação, o suporte familiar diário deve-se ao facto de alguns utentes viverem com os cônjuges e/ou com os filhos que lhes prestam o apoio necessário. Em alguns casos, apesar dos familiares não viverem com o utente, dirigem-se diariamente à sua habitação para lhe aquecer a comida à noite, para lhe levar medicação, para confirmar a sua situação de bem-estar, entre outras necessidades. Existem também familiares que vão pelo menos uma vez por semana a casa do utente confirmar a sua situação de bem-estar e num dos casos são os familiares que preparam a refeição do utente aos fins-de-semana. Há ainda um caso em que o suporte familiar é pontual, ou seja, existe quando o utente precisa de algum apoio.

Analisando o suporte de vizinhos/amigos, este ou não existe ou na maioria das vezes é prestado pontualmente, quando os vizinhos ou os amigos telefonam ou vão confirmar a situação de bem-estar do utente. Existe um caso onde este suporte é diário porque a utente está sozinha em casa, tal como a vizinha, e há uma relação de proximidade e entajuda entre ambas.

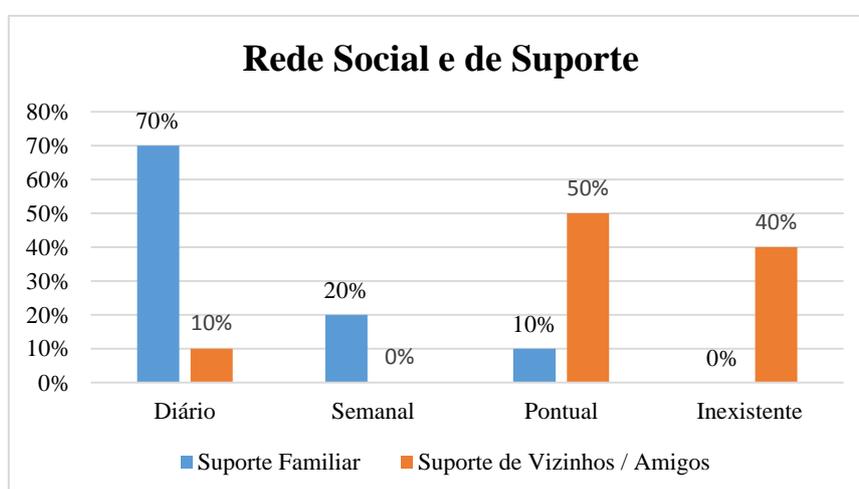


Figura 9 – Rede Social e de Suporte

2.1.1.11. Contexto habitacional

No que diz respeito ao contexto habitacional, a figura 10 informa que a maioria dos utentes habita em casa própria, no entanto há um utente que habita em casa de um familiar e outro que habita numa casa arrendada.

Na figura 11 indica-se que quase todas as casas estão em bom estado de conservação, havendo apenas 30% das casas que estão degradadas.

A figura seguinte (figura 12) demonstra as barreiras arquitetónicas que muitas vezes se encontram nas habitações, no entanto, 40% das casas não apresentam qualquer barreira arquitetónica, o que é muito positivo para diminuir o risco de queda dos utentes. Porém, existem 40% das casas que apresentam barreiras arquitetónicas exteriores, 10 % que apresentam barreiras interiores e outros 10% que apresentam barreiras tanto interiores como exteriores. Estas barreiras traduzem-se na maioria das vezes em escadas e/ou em wc com banheira, o que dificulta o banho dos utentes, aumentando assim o risco de queda.



Figura 10 – Regime Habitacional



Figura 11 – Estado de Conservação

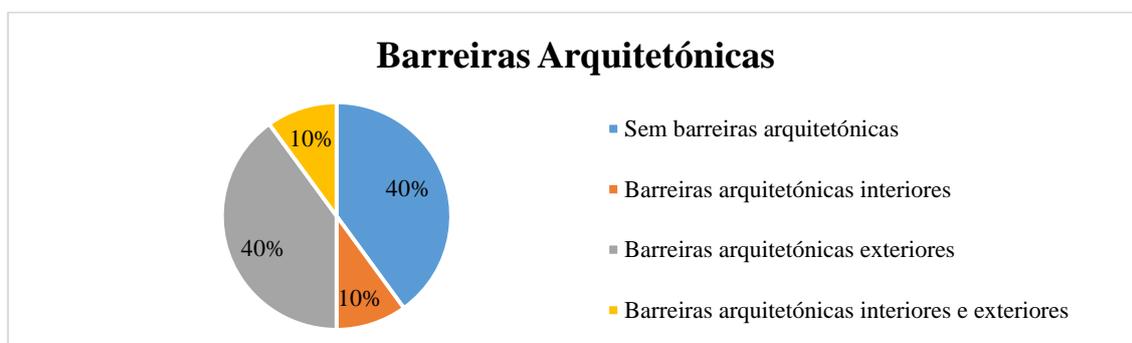


Figura 12 – Barreiras arquitetónicas

2.1.1.12. Serviços solicitados para apoio

Conforme podemos verificar na figura 13, dos 10 utentes entrevistados, oito beneficiam de alimentação, três de apoio na refeição, sete de cuidados de higiene, quatro de higiene habitacional, dois de tratamento de roupa, um de cuidados de saúde/reabilitação, cinco de apoio psicossocial, três de acompanhamento ao exterior/transporte e seis de atividade de animação/socialização.

De salientar que os utentes que usufruem dos serviços, podem beneficiar dos mesmos todos os dias ou apenas em dias úteis. É ainda importante referir que cada utente beneficia de mais do que um serviço em simultâneo.

Da análise da figura abaixo, é fácil de perceber que a maioria solicita alimentação, seguindo-se os cuidados de higiene, depois as atividades de animação/socialização, o apoio psicossocial, a higiene habitacional, o apoio na refeição, o acompanhamento ao exterior/transporte, o tratamento de roupa e por fim os cuidados de saúde/reabilitação.

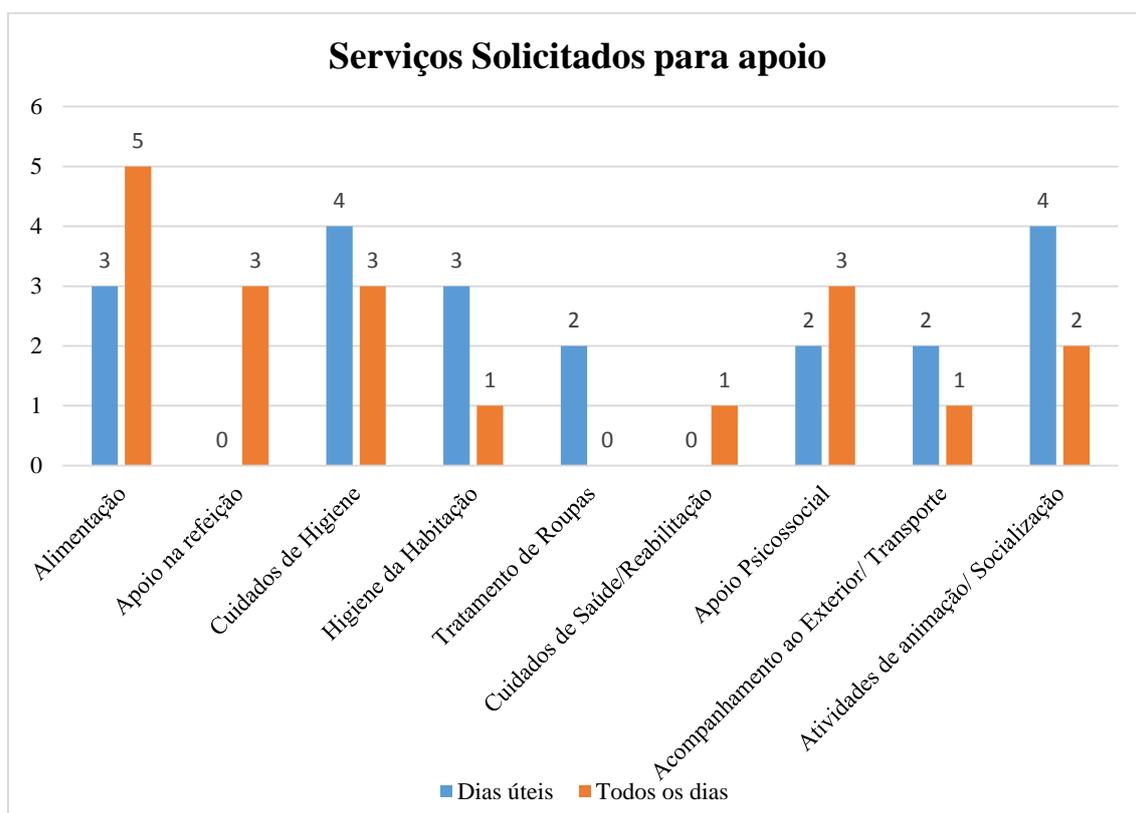


Figura 13 – Serviços Solicitados para apoio

No que concerne ao tempo de benefício do SAD, constata-se através da figura 14¹² que a maioria dos utentes beneficia de SAD há menos de seis anos, à exceção de dois utentes que já beneficiam deste serviço há mais anos.

¹² A figura 14 começa com meio ano devido ao critério de inclusão para selecionar a amostra que indica que apenas podem integrar o estudo os utentes que beneficiam deste serviço há pelo menos meio ano.

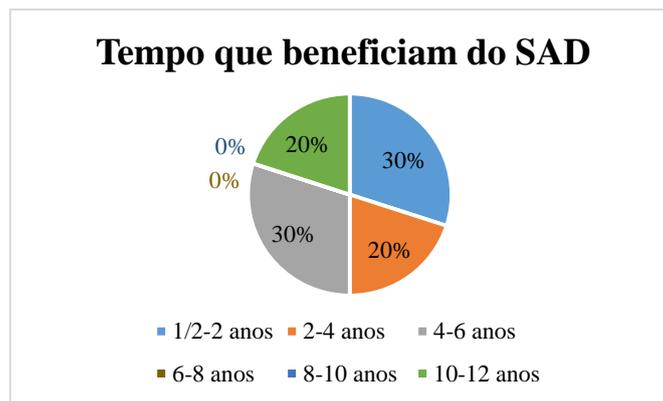


Figura 14 – Tempo que os utentes beneficiam de SAD

2.1.2. Elementos analíticos da Qualidade de Vida

Tendo por base a análise de conteúdo e as categorias centrais elencadas a partir da teoria relativa à análise/avaliação da qualidade de vida, distinguiram-se para efeitos da compreensão da qualidade de vida dos utentes, elementos abrangentes relacionados com a saúde e funcionalidade dos utentes, com o apoio social e participação, com o meio físico e contextual ou envolvente em que os idosos/utentes estão inseridos e com outros elementos da qualidade da vida em geral (ex: preocupações atuais, preocupações futuras e necessidades) (Vd. apêndice 7 – tabela 4).

❖ A) Saúde e Funcionalidade

○ Na dimensão categorial referente à saúde e funcionalidade e tendo por base as subcategorias estabelecidas pode a partir da orientação traçada pelas unidades de registo apreender-se os elementos contextuais associados à qualidade de vida dos utentes. Deste modo e no que concerne à **saúde mental/memória**, a população utente (8) salienta não possuir constrangimentos que a este nível possam influenciar a sua vida no dia-a-dia:

“(…) graças a Deus a minha memória ainda regula” (U1)

“Da minha memória estou bem.” (U2)

A este respeito, os comprometimentos na saúde mental reportam-se a situações de esquecimento e falhas na memória presente (2):

“A memória não está muito boa porque já estou muito esquecido.” (U3)

“A memória está assim pouca, lembro-me mais do passado do que do presente.” (U9)

Assim, conclui-se que a memória não demonstra ser um fator acentuado de perturbação da vida diária.

○ A um outro nível e no que se reporta ao sentido da **visão**, os participantes do estudo informam ter dificuldades visuais acentuadas (6) decorrentes essencialmente de problemas oftalmológicos:

“Está muito mal, já fiz uma série de operações aos olhos mas não vejo quase nada.” (U3)

“Da visão eu ando agora a ver muito mal. Já fui operada a uma catarata e desta vista estou cega dela (...) Mas com os óculos vou vendo alguma coisita.” (U5)

A este nível, é possível verificar que apenas quatro dos utentes referem que vêm bem, apesar de necessitarem de óculos:

“A nível visual, eu uso óculos” (U4)

“À visão eu fui ao especialista e tinha uma catarata mas ainda estava pequena e ele disse que não valia a pena estar a ser operado logo e já estou à espera há 5 anos. Mas com os óculos vejo bem, às vezes vejo melhor sem eles a ver a televisão.” (U7)

Em suma, este é um indicador que influencia negativamente a qualidade de vida de todos os utentes, pois todos apresentam problemas visuais, apesar de em alguns casos a utilização de óculos permitir a realização das suas vidas diárias normalmente.

○ Ao nível da **locomoção** a população auscultada informa ter a sua qualidade de vida influenciada por dificuldades (9) associadas a doenças como artroses, próteses nos joelhos, atrofia muscular espinal¹³ e Parkinson¹⁴. Estes utentes para terem alguma qualidade de vida, andam diariamente com andarilhos, bengalas ou, no caso do utente que tem uma atrofia muscular espinal, cadeira de rodas elétrica:

“Ando mal, ando com muita dificuldade até tenho umas pernas ali (andarilho).” (U3)

“De saúde tenho uma atrofia muscular espinal que faz com que eu tenha pouca força em todos os membros, particularmente nos membros inferiores” (U4)

¹³ Segundo Neves et al. (2014) “a Atrofia Muscular Espinal (AME) é classificada como doença neuromuscular, de ordem genética recessiva, que envolve a degeneração dos neurónios localizados no corno anterior da medula espinal e de núcleos motores do tronco encefálico. Essa degeneração afeta a musculatura esquelética provocando atrofia e fraqueza generalizada”

¹⁴ Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer “A Doença de Parkinson é uma condição neurológica degenerativa e progressiva, que ocorre quando as células nervosas (neurónios) de uma zona do cérebro denominada por substância nigra ficam comprometidas ou morrem. Estas células produzem uma substância química denominada por dopamina, que facilita a coordenação dos músculos corporais e do movimento.”

“Andar é que me custa. Tenho de andar agarrada à bengala por causa das artroses. E fui operada a esta anca, fui operada a este joelho que não dobra (...) Sofro muito das pernas, é tudo nos ossos e nos joelhos e tudo.” (U5)

“fui operada aos joelhos, tenho uma prótese em cada joelho.” (U6)

“Dificuldade tenho em andar, o Parkinson” (U9)

Neste indicador apenas um utente afirma deslocar-se bem, apesar de “ter de ir agarrado”, no entanto, a observação feita pela estagiária indica que esse utente apresenta muitas dificuldades a andar e muito desequilíbrio:

“Nem andar nem nada, agarro-me e vou agarrado e lá vou até ao quintal quando está tempo bom.” (U1)

○ A **audição**, não se verifica tão limitadora do quotidiano como os dois indicadores anteriores, sendo que quatro utentes afirmam ouvir bem:

“Ouço bem, muito bem” (U1)

“Ouço muito bem graças a Deus” (U9)

No entanto, mais de metade dos utentes (6) lamentam ter problemas auditivos, referindo a necessidade de colocar aparelhos auditivos:

“Também estou muito surda e já fiz várias limpezas, mas preciso de um aparelho.” U6

“Estou mouca, mouca. Estou a ficar cada vez mais mouca.” U8

○ Quanto ao estado de **saúde físico** (geral), apenas um utente afirma ter um estado de saúde físico bom porque garante não lhe doer nada:

“Bom, então pois graças a Deus não me dói nada e são 92” (U1)

Por sua vez, quatro utentes referem ter um estado de saúde físico razoável, tendo consciência das suas limitações mas acreditando que mesmo assim ainda se encontram com uma saúde física razoável comparativamente com outras pessoas:

“Eu desejava mais, queria melhor, mas o Senhor ensinou-nos que “tudo vos é lido mas nem tudo vos convém fazer” (...) Há quem esteja pior do que eu por isso é razoável.” (U2)

“Razoável, tendo em conta as minhas limitações, visto que estou limitado a esta cadeira.” (U4)

“Está péssimo. Mas eu tenho dito e digo, que há gente que está pior do que eu. E eu, graças a Deus ainda ando sozinha, só dependo dos outros para me fazer a higiene. Por isso o meu estado físico é razoável.” (U6)

Por fim, metade dos utentes referem ter um estado de saúde físico frágil devido às dificuldades e limitações que apresentam:

“É frágil porque eu não ando bem, não vejo bem, tenho este problema nos pulmões” (U3)

“Está um bocadinho já para o frágil. Ando de moleta já alguns anos. E para além do problema que tive do AVC, fiquei aqui com uma artrose que não me deixa andar sem a moleta porque me vou abaixo.” (U7)

“Está muito mal. Frágil, frágil, frágil, estou sempre na cadeira de rodas.” (U8)

Tendo em conta os resultados do indicador da locomoção, estas respostas são compreensíveis, na medida em que estes utentes apresentam muitas dores e muita dificuldade de mobilidade.

○ Relativamente à **autonomia**, verifica-se que apenas três atentes se consideram autónomos na realização das atividades quotidianas, ainda que apresentem algumas dificuldades em executar certas tarefas:

“(…) eu não preciso de ajuda ”, “faço tudo cá em casa” (U1)

“Visto-me, lavo-me, tomo banho, como sem ser preciso ajuda, às vezes com um bocadito de dificuldade mas ainda faço. E a alimentação vem já feita lá do lar.” (U7)

Metade dos utentes auscultados referem ser semi autónomo, na medida em que vão fazendo algumas atividades diárias sozinhos mas outras precisam de auxílio, ou de familiares ou das ajudantes familiares, porque não se equilibram ou já não têm força:

“eu vou fazendo as minhas coisitas (...) preciso (de ajuda no banho) porque eu não posso pôr as pernas para dentro, eu tenho que pôr uma almofada para conseguir ir para a banheira, porque o meu filho tem polibã lá em cima mas eu não posso subir as escadas e esta cá de baixo é de banheira” (U2)

“sou autónomo a comer e a fazer as minhas necessidades, porque tomar banho e essas coisas todas, como sabe, tem de ser a Santa Casa.” (U3)

Por fim, o utente que tem uma Atrofia Muscular Espinal e a utente que tem Parkinson mencionaram ser dependentes devido às limitações que a doença acarreta (ou seja, o primeiro anda numa cadeira de rodas e depende de terceiros para fazer praticamente tudo, apesar de ser jovem e conseguir fazer o seu trabalho a partir do computador em casa; e o segundo caso devido ao grande desequilíbrio que apresenta e que não a deixa fazer nada sozinha):

“(…) totalmente dependente em termos da minha higiene, da minha alimentação, para vestir, para despir.”; “Fazer compras fora de casa eu consigo ir sozinho até uma certa

limitação de peso dos artigos”; “permite-me ser semi-autónomo com a ajuda da X na alimentação, porque também criámos as condições na cozinha para tentarmos sê-lo”; “faço o meu trabalho a partir de casa”; “é sempre complicado estar dependente do horário de terceiras pessoas, porque há dias em que, por exemplo te queres levantar de manhã mas já sabes que te tens de levantar àquela hora, porque estou totalmente dependente de terceiros para fazer as transferências, ou seja, eu tenho que me levantar às horas que o apoio domiciliário quer ou pode, tenho de ir para a cama dentro do horário em que eles operam e isso é muito constrangedor em termos de vida social, de vida profissional (...) No banho e nas transferências estou totalmente dependente” (U4)

“Sozinha não. Eu dantes fazia tudo mas agora já não porque de repente caiu. Preciso sempre de auxílio, já dei ali fora uma queda por ir buscar uma lenhita e ia rachando a cabeça. Preciso de ajuda para tomar banho, para acender o lume, para andar tenho o andarilho. Só comer é que como sozinha.” (U9)

❖ B) Apoio Social e participação

○ Na dimensão categorial referente ao apoio social e participação e com base nas subcategorias estabelecidas pode a partir da orientação traçada pelas unidades de registo apreender-se os elementos contextuais associados à qualidade de vida dos utentes. Deste modo e no que diz respeito às **relações de proximidade e de apoio**, a maioria dos utentes (8) tem o apoio dos familiares, ou seja, apoio dado pelos maridos/esposas, no caso dos utentes casados, e pelos filhos, nos casos em que os há. No geral, esse apoio está relacionado com a ajuda dada pelos familiares em questões que os utentes já não conseguem resolver sozinhos e nos momentos em que o SAD não presta apoio como por exemplo aos fins de semana e nas horas nocturnas.

“Muito, muito, muito, pelos meus filhos e pelos meus netos. A minha neta é uma joia, vem cá a casa dar-me o banho todos os sábados (...) Vêem-me cá trazer o comer ao meio dia, à noite é cada um dos filhos que está a tomar conta de mim que traz uma comidita e eu como” (U1)

“Sim. Sinto-me apoiada pelo meu marido, ele não me pode apoiar mais, senão apoiava. Os meus sobrinhos apoiam-me de vez em quando, às vezes vêm-me trazer lenha outras vezes vêm-me limpar aqui este caminho e vão comigo onde eu preciso.” (U6)

Por outro lado, dois utentes demonstram sentir-se pouco apoiados, sendo que um deles é o que apresenta a Atrofia Muscular Espinal e que apenas se sente apoiado pela companheira que também apresenta muitas dificuldades. A outra utente sente algum

apoio dos sobrinhos, que são a única família que tem, mas esse apoio é um pouco limitado também devido às dificuldades desses sobrinhos:

“Não de todo, tirando a X que me apoia. (...) A X ajuda-me a virar durante a noite, porque se eu não tivesse a X não conseguia virar-me durante a noite porque o Apoio Domiciliário não faz serviço a partir da 10h da noite” (U4)

“De acordo ao que eles (sobrinhos) podem. Porque há uns que ainda andam às vezes pior que eu. (...) Eu sinto-me apoiada porque gosto de estar aqui fechada. Elas dizem: “Ai está sozinha, está sozinha” mas enquanto eu não tiver dores estou bem, não me mexo para lado nenhum para não cair, estou aqui sossegada e eu chamo todos os dias, não são eles para mim, sou eu para eles porque eles disseram que devia ser eu a chamar e não eles” (U8)

○ Quanto à **participação em atividades propostas pela SCMA**, apenas dois utentes demonstram ter uma forte participação referindo que vão a tudo o que podem e lhes é proposto:

“Vou sempre, ainda agora na outra semana fui lá ao teatro, muito bonito” (U1)

“Se houver qualquer coisa, vou sempre. Não me meto fora desses programas.” (U10)

No entanto, a maioria demonstra participar muito pouco nas atividades propostas pela SCMA, porque preferem ficar em casa e gostam da monotonia em que vivem ou devido a problemas de mobilidade, visão, entre outros. O utente que tem a atrofia muscular espinal não participa devido ao transporte da SCMA não estar devidamente equipado para transportar pessoas de cadeira de rodas elétrica:

“Não, nisso eu não vou. Eu gosto de estar em casa.” (U2)

“Não, não posso por causa da visão, da mobilidade, não posso fazer nada disso.” (U3)

“Não, porque até agora, por exemplo a nível de transporte eles não tinham sequer uma carrinha de apoio para transporte, ou seja, se eu quisesse ir a um evento que fosse fora da Santa Casa, eu não tinha transporte porque eles não tinham uma carrinha preparada de apoio para transportar pessoas de cadeira de rodas elétrica.” (U4)

○ Relativamente à **participação em atividades da comunidade**, também apenas dois utentes costumam participar em excursões que são organizadas na freguesia e em eventos do concelho de Anadia:

“Sim, de vez em quando fazemos atividades por Anadia principalmente, ou então quando vamos sair com amigos, porque temos amigos que nos podem conduzir às vezes, dependentemente sempre dos horários deles.” (U4)

“Eu normalmente já fui em muita excursão, porque gosto de ver e analisar o que se passa porque a gente aqui não aprende nada. Normalmente vem um senhor organizar as excursões e eu participo muito, já fui a Espanha, pronto vou. É uma coisa que eu gosto muito, é passear um pouco.” (U10)

À semelhança do que acontece com as atividades propostas pela SCMA, também nas atividades da comunidade a maioria não participa devido às limitações que apresentam:

“Não. Nem a minha cabeça dá para isso, (...) o barulho dá-me cabo da cabeça.” (U2)

“Também não. (...) Eu gostava de participar, mas não posso.” (U3)

“Nada. Agora estou morta aqui.” (U8)

❖ C) Envolventes contextuais (ex: meio ambiente e meio físico) em que os utentes estão inseridos

o Na dimensão categorial referente aos envolventes contextuais em que os utentes estão inseridos e com base nas subcategorias estabelecidas pode a partir da orientação traçada pelas unidades de registo apreender-se os elementos contextuais associados à qualidade de vida dos utentes. Deste modo e no que concerne ao **espaço habitacional** dos utentes, na generalidade este aparenta proporcionar-lhes qualidade de vida, sendo que todos os utentes (10) referem sentir segurança no seu domicílio, devido à estrutura sólida, à companhia que lá encontram e ao sentimento de pertença:

“O meu filho faz-me companhia” (U2)

“Eu tenho impressão que sim. Só se vier algum temporal que a deite abaixo.” (U5)

“É. E é a minha casa” (U6)

Relativamente ao conforto, sete utentes consideram ter um domicílio confortável e com tudo o que eles necessitam:

“Sim. Até ver não falta nada daquilo que eu preciso, é confortável.” (U7)

“É muito confortável a minha casa. É fria, mas é normal como noutras casas quaisquer.” (U8)

No entanto, dois utentes referem algumas limitações no seu domicílio tornando-o consequentemente menos confortável do que o desejado devido à falta de apoios técnicos que facilitariam a vida diária e devido à falta de condições estruturais:

“Não está perfeita ainda como eu quero, falta-me uma grua para ajudar nas passagens da cama para a cadeira, da cadeira para a cama.” (U4)

“Chovia aqui dentro e chovia acolá no quarto, agora mandei arranjar o telhado porque disseram que era umas telhas partidas” (U5)

Quanto à acessibilidade, apenas três utentes consideram ter uma habitação com fácil acessibilidade, sendo que não apresenta barreiras arquitetónicas nem no interior nem no exterior:

“(…) é acessível porque é plano. Tive esse cuidado de deixar tudo pronto.” (U3)

“É, e para mim até é bom porque ao menos não tem degraus, e se eu quiser ir lá fora à rua vou sem ter de subir escadas ou descer. E dentro de casa é a mesma coisa.” (U7)

No entanto, cinco utentes lamentam ter uma acessibilidade à habitação limitada por escadas exteriores. Há ainda uma utente que para além de se queixar das barreiras exteriores também se lamenta da sua casa ser tão isolada, condicionando não só a limitação que a própria tem em entrar, mas também a limitação que os outros têm em lá chegar devido à distância:

“Só há as escadas que atrapalham por causa da cadeira de rodas, mas também nem todos podem ter tudo. Quando é preciso vêm cá os bombeiros para me levarem para baixo.” (U8)

“A escada é um pouco mais complicado. Eu agora ainda a subo com o auxílio de um pau ou da moleta eu subo, mas se fosse plano era melhor.”; “Esta casa se estivesse noutra sítio... mas não está, está aqui. (...) Por um lado é bom mas por outro lado é mau. (...) Porque a gente se agrega a ter uma coisa qualquer de repente está um bocado isolada. O marido agora ainda conduz, ainda leva o carro e ainda conduz se for preciso, mas de repente se acontece alguma coisa, só recorrendo aos bombeiros.” (U9)

Em suma, a maioria dos domicílios dos utentes são seguros e confortáveis, no entanto a acessibilidade fica aquém das expectativas devido às barreiras arquitetónicas exteriores.

○ Quanto aos **serviços da comunidade** importantes para o utente e que ele pode beneficiar sem dificuldade, apenas um utente tem facilidade em ir a qualquer serviço porque ainda vai por ele próprio:

“Eu felizmente não tenho problemas nenhuns em ir a lado nenhum. Vou à farmácia, vou aos correios, vou onde é preciso.” (U10)

Há ainda três utentes que têm facilidade em ir a serviços relacionados com a saúde, apesar de necessitarem do transporte das filhas ou do transporte da SCMA:

“Não, eu sinto-me bem aqui. Ao médico, a minha filha vem e leva-me” (U2)

“O hospital de Anadia, o hospital de Coimbra (...) Vou com a carrinha da Misericórdia, pagando.” (U3)

Outro serviço importante mencionado tem a ver com serviços ligados à religião que uma utente não dispensa:

“Para a igreja tenho uma moça que me leva todos os Domingos” (U6)

No entanto, a maioria dos utentes (6) tem dificuldades em ir a qualquer serviço, pois não se conseguem deslocar sozinhos e não têm transportes públicos perto de casa, precisando sempre de chamar os bombeiros, pagar a um táxi ou pedir a familiares, que nem sempre estão disponíveis, que os levem:

“Eu tenho dificuldade em ir a Anadia porque tenho que falar a um carro de praça porque não posso ir lá a pé. (...) Ao médico, ao centro de saúde, à farmácia, outras vezes é receber o meu pré ou pagar alguma coisa nos correios.” (U6)

“Eu não posso ir lá fora para nada. Preciso sempre dos bombeiros, eu nem à varanda posso ir por exemplo, porque tem um altozito para sair e não posso ir sozinha.” (U8)

No caso do utente que tem Atrofia Muscular Espinal, precisa de alguém que conduza o seu carro adaptado para poder ir aos serviços mais longínquos, sendo que mesmo aos mais perto só consegue ir se estiver bom tempo.

“As idas ao médico eu tenho de ir de cadeira, ou seja, se estiver a chover eu não vou mas se estiver bom tempo eu posso ir. O sistema de transporte de Anadia eu ainda não testei, mas lá está, é sempre complicado porque se eu tiver de ir daqui até à próxima paragem eu quase que chego até ao hospital. (...) A Santa Casa segundo sei, cobra um serviço ainda extra se tiver de levar-me ao médico.” (U4)

Em suma, a maioria tem dificuldades em ir a qualquer serviço, destacando-se como serviços de maior importância para os utentes os serviços relacionados com a saúde.

❖ Geral

○ Na dimensão categorial referente à qualidade de vida em geral e com base nas subcategorias estabelecidas pode a partir da orientação traçada pelas unidades de registo apreender-se os elementos contextuais associados à qualidade de vida dos utentes. Deste modo relativamente à **satisfação com a vida**, apenas quatro utentes revelam estar

satisfeitos com a vida que têm, quer seja por estarem vivos quer seja por terem a consciência de que há pessoas que estão em situações piores:

“Em certo sentido sim. (...) tenho 92 anos já. E graças a Deus ainda estou vivo e tenho cabeça” (U1)

“Olhe, há quem esteja pior, e há quem tenha passado pior. Eu passei muitas, muitas, muitas, e trabalhei muito, muito, muito, tanto a nível de trabalho para ganhar dinheiro como a fazer coisas para mim. Agora olhe, quanto mal, sempre assim. (...) Sinto-me satisfeita com o que Deus me deu, dou graças a Deus. Para quê desejar o que não posso? Nunca desejei mais que a conta.” (U8)

Metade dos utentes (5), por sua vez, não se consideram totalmente satisfeitos com a vida que têm, devido principalmente às limitações que os estados de saúde acarretam:

“Tenho que estar satisfeita. (...) O meu marido fez-me muita falta, era a minha companhia e agora vejo-me sozinha. E eu penso muito nisso, eu gostava muito dele e ele era muito meu amigo. (...) Quando era nova ia Anadia e vinha e pé, e ia de bicicleta e nada me doía. As quedas deram conta de mim.” (U5)

“a gente chega a pontos que já não liga, vive-se o dia-a-dia e se não tivermos dores já é bom. Mas antes era satisfeito, antes de ter o AVC e antes de ficar viúvo. Agora sinto-me bem, de manhã está tudo programado, depois se me apetecer dormir, durmo.” (U7)

Por fim, há um utente que demonstra estar insatisfeito com a vida, sendo que desejava mais saúde, mais autonomia e mais dinheiro:

“Porque não, precisava de ser mais autónomo do que o que sou e ter mais saúde e dinheiro.” (U3)

No geral, os utentes estão mais ou menos satisfeitos com a vida que têm e contentam-se por ainda estarem vivos, por terem alguma saúde e por terem apoio de familiares.

○ As **preocupações atuais** dos utentes passam maioritariamente por questões associadas à saúde (5), pois preocupam-se com as dores que têm e com as dificuldades funcionais que apresentam:

“A minha preocupação é não ter dores, porque tenho muitas, muitas vezes. E é estar aqui tranquila e não sentir barulhos” (U8)

“E preocupa-me eu querer andar e não poder.” (U9)

Seguidamente, há quatro utentes que demonstram preocupar-se com a família, os seja, preocupam-se com a saúde deles, com a distância que os separa e com conflitos existentes:

“Preocupo-me quando os filhos estão doentes e os netos, olhe preocupo-me com a família.” (U2)

“Tenho a preocupação da minha mulher não poder dar-me assistência”; “Tenho a preocupação de a minha filha mais velha não se dar lá muito bem comigo” (U3)

“Preocupo-me porque não tenho cá filho nenhum não tenho cá ninguém da família, quer dizer tenho as minhas irmãs, mas os filhos está tudo lá fora, filhos e netos. Preocupa-me eles estarem tão longe e eles não me podem ajudar a mim e nem eu a eles.” (U9)

As preocupações com questões financeiras também foram apontadas por três utentes, pois têm receio de ter falta de dinheiro para fazer face às despesas:

“O que mais me preocupa é não receber o dinheiro do meu homem para pagar a quem devo.” (U5)

“Preocupo-me quando não tenho dinheiro para a medicina, para as cuecas, para os resguardos, que é muito dinheiro por mês” (U8)

Há ainda dois utentes que se preocupam com a velhice:

“É a idade (...) Agora a única coisa que me preocupa é a velhice” (U1)

“A única preocupação é estar a caminhar para a velhice.” (U10)

O utente mais novo preocupa-se com questões sociais, ou seja, preocupa-se com pessoas que se encontrem na mesma situação que ele e que não podem viver de forma digna devido à falta de legislação adequada:

“preocupa-me que hajam pessoas que não possam ter a vida que desejam ter, limitadas pela falta de legislação adequada para pessoas com a minha situação” (U4)

○ No que diz respeito às **preocupações futuras**, destaca-se a preocupação em ficar dependente e/ou sofrer (respostas de 5 utentes), sendo que a ideia de ficar acamado, dar trabalho aos familiares que têm os seus empregos, ficar cegos ou com problemas de saúde graves e sofrer na hora de morrer é algo que os inquieta:

“Só me preocupa se me dá alguma coisa que eu fique acamada e não ter quem trate de mim porque as minhas filhas estão empregadas.” (U5)

“Eu querer fazer as coisas e não poder e tenho medo de ficar sem visão.” (U6)

“A morte já se sabe que é certo, mas gostava de morrer a dormir para não chatear ninguém. Preocupa-me sofrer ou chatear alguém. De resto já nada me preocupa.” (U7)

A preocupação em deixar os familiares também foi mencionada por dois utentes:
“(...) só me preocupa deixar os meus filhos.” (U2)

“preocupa-me muito o futuro da X” (U4)

Assim como preocupações em ser institucionalizado (2), pois estes utentes não querem de todo ir para um lar:

“(...) é um dia ter de ir para uma instituição porque não existe ainda uma “Vida Independente” a funcionar em Portugal.” (U4)

“É isso e ir para um lar, não gosto. Não gosto de estar com muita gente, metida no meio de muita gente, de muita falaria.” (U8)

Há ainda um utente que se preocupa diretamente com a morte, sendo que é uma questão que o assusta:

“eu penso mais até na morte (...) Tenho muito medo, pode haver pessoas que não tenham medo mas eu tenho.” (U8)

Havendo apenas um utente que refere não se preocupar com nada:

“(...) graças a Deus não me preocupo muito” (U1)

Analisando todas as respostas, percebe-se que as preocupações futuras estão todas muito ligadas com o fim da vida e o modo como isso vai acontecer e onde. Ou seja, na globalidade, não os assusta/preocupa a morte, mas sim quem vão deixar, como vão acabar, se vão sofrer e se os vão institucionalizar.

○ Quanto às **necessidades** que precisam de ser colmatadas para contribuir para a qualidade de vida, praticamente todos os utentes (8) referiram a saúde, apesar de saberem que quanto a isso pouco se pode fazer, à exceção de um utente que se refere à colocação de aparelhos auditivos e outro utente que se refere à operação à visão:

“era a minha saúde, mas ninguém pode fazer nada quanto a isso.” (U5)

“Só se for os aparelhos nos ouvidos.” (U7)

“Para ser resolvido só dos meus olhos.” (U8)

Há ainda dois utentes que indicam as questões familiares, ou seja, um utente gostava de ter a mulher com saúde ao pé de si e de fazer as pazes com a filha e a outra utente gostava de ter os filhos mais perto de si para não se sentir tão sozinha:

“Ter a minha mulher ao pé de mim, ter uma boa relação com a minha filha, tudo isso.” (U3)

“Olhe que os meus filhos estivessem mais perto, mas eles também cá não tinham meio de sobrevivência (...) Gostava de os ter aqui, embora que eu já não pudesse andar com ele

mas ao menos tinha uma presença mais. Eu estou aqui sempre sozinha. Sinto-me sozinha mas ao mesmo tempo estou conformada com essa solidão. Porque se eu estiver muito tempo a conversar com uma pessoa ou a ouvir conversar, transtorna-me a cabeça.” (U9)

Os aspetos financeiros também são enumerados por dois utentes como uma necessidade que queriam ver colmatada para poderem pagar a quem lhes faça as coisas que não podem e para fazer face às despesas que têm:

“E gostava de ter dinheiro para falar a alguém para me tratar de certas coisas porque as minhas terras ou as terras do meu marido estão abandonadas porque a gente não pode” (U6)

“De resto não há mais nada, de dinheiro já nem falo” (U8)

Dois utentes gostariam ainda de poder melhorar as suas casas, pois essa é uma necessidade que colmatada iria fazer com que vivessem em melhores condições. Esta necessidade poderia ser colmatada através da superação dos problemas financeiros:

“Era uma casa melhor, mas mal tenho dinheiro para pagar esta renda.” (U5)

“Eu gostava. Para já era tapar acolá o sótão porque vem um frio desgraçado e era fazer um quarto grande lá em baixo porque eu tenho dois quartos muito pequenitos ou fazer uma sala comum e eu punha lá um sofá-cama e fazíamos lá a vida e eu evitava de subir as escadas. E depois fazia uma casinha de banho (...) Queria ter mais dinheiro para conseguir ter a minha casinha em condições e à minha vontade” (U6)

O utente mais novo desejava ter os apoios técnicos que necessita, como é exemplo as gruas para facilitar as transferências, e gostava de ver implementado em Portugal o conceito de “Vida Independente”¹⁵ para poder ter uma pessoa atribuída pelo Estado a tomar conta de si em vez de ter de ir para um lar ou para uma instituição destinada a pessoas deficientes mentais, pois ele defende que nenhuma se enquadra na sua situação: *“se tivesse as gruas de transferências em condições e uma pessoa atribuída a fazer os horários que normalmente são feitos na “Vida Independente”. Isto iria permitir que eu tivesse uma vida mais plena” (U4)*

¹⁵ Segundo o Centro de Vida Independente “A Vida Independente é uma filosofia de vida aplicada às pessoas com deficiência (pessoas com diversidade funcional), que abrange todas as vertentes da vida de uma pessoa. Esta filosofia não se esgota na Assistência Pessoal, também se aplica ao acesso a bens e serviços, ou à constituição de família, ou às acessibilidades e à mobilidade geográfica. O pressuposto base é que as pessoas com diversidade funcional têm capacidade, e sobretudo direito, à sua autodeterminação e podem decidir sobre as suas próprias vidas.”

“A implementação, como existe noutros países, do conceito de “Vida Independente”, isso é fulcral.” (U4)

Por fim o utente um alega não ter qualquer necessidade que precise de ser colmatada, pois já tem tudo o que necessita:

“Não sei. Tenho aí tudo, graças a Deus. (...) do que é preciso cá em casa há cá tudo” (U1)

Resumindo, para a maioria dos utentes terem mais qualidade de vida precisavam que fossem colmatadas necessidades a nível da sua saúde, questões financeiras e questões familiares. Havendo um caso particular que precisava de ver colmatadas necessidades mais específicas devido à sua situação de saúde e à sua idade.

2.1.3. Componente institucional e Qualidade de Vida

Além da importância de compreender e analisar a qualidade de vida dos utentes, também se considerou pertinente ajustar essa qualidade de vida à componente institucional.

Assim foi fulcral perceber as razões que levaram os utentes a solicitar o SAD, quem lhes prestava os serviços antes do apoio domiciliário, a influência que o SAD tem na qualidade de vida de cada utente e o que o SAD poderia fazer para melhorar essa qualidade de vida. (Vd. Apêndice 9 – tabela 5)

❖ Componente institucional

o Na dimensão categorial referente à componente institucional e com base nas subcategorias estabelecidas pode a partir da orientação traçada pelas unidades de registo apreender-se as **razões para solicitar o SAD**, verificando que todos os utentes tiveram como principal razão a incapacidade dos próprios utentes e dos cuidadores informais, ou seja, os utentes deixaram de ser capazes de fazer certas atividades devido à falta de saúde e limitações inerentes, e como a maioria dos familiares tem os seus empregos e não consegue dar o apoio total que os utentes necessitam, tiveram de solicitar o SAD para os auxiliar. De salientar que alguns utentes referem que se recusaram ir para um lar, daí a opção pelo SAD:

“A minha mãe faleceu, que era a minha cuidadora. O meu pai não estava habituado a dar-me banho, a vestir-me, e essas coisas assim, só me ajudava em algumas coisas. E quando a minha mãe faleceu e deixou de me poder ajudar eu tive de arranjar que me viesse prestar o apoio, que neste caso foi a Santa Casa” (U4)

“Porque eu não me podia vestir e as minhas filhas de manhã não estão em casa, estão empregadas, mas à noite já me vêm cá tirar a roupa.” (U5)

o Quanto à questão de **quem prestava os serviços antes do utente beneficiar de SAD**, verifica-se que eram maioritariamente os familiares, mais concretamente, em dois casos eram os filhos, num caso era a mãe, noutra caso era o marido, um outro era a sobrinha e no último caso eram as noras:

“Eram os meus filhos que cozinhavam” (U2)

“Era a minha mãe que me apoiava em tudo. Na altura não estava tão dependente como estou hoje e ela sozinha conseguia prestar-me todo o apoio.” (U4)

“Quem me vestia a mim era o meu marido” (U5)

“E quando nós não podemos, antes de ter este apoio foi a minha sobrinha.” (U6)

“Eram as minhas noras que cá vinham fazer a limpeza à casa. (...) Da casa e das roupas tratavam elas.” (U10)

Há ainda cinco casos em que eram os próprios utentes a prestar os serviços a si próprios enquanto podiam:

“ainda era eu que tomava banho sozinha.” (U2)

“Eramos nós que fazíamos o comer e era eu que me lava.” (U6)

Por fim, há três utentes que tinham a ajuda de empregadas domésticas que eram pagas para lhes fazer os serviços necessários:

“Tinha umas senhoras que vinham cá de vez em quando, pagava-lhes à hora e elas faziam-me o serviço, as limpezas e coisas do género, agora faz a minha filha” (U3)

“A minha filha mandava cá uma mulher para me limpar a casa e eu comia nos restaurantes e era assim.” (U7)

“Eu tinha sempre, e ainda agora, tenho uma mulher que me vem limpar a casa. E a alimentação era uma outra senhora.” (U8)

Como era de esperar, os familiares destacam-se como os principais cuidadores seguidos dos próprios utentes, pois como provam estudos já realizados, os familiares são considerados os mais responsáveis por cuidar da pessoa idosa.

❖ **Qualidade de Vida e SAD**

o Na dimensão categorial referente à qualidade de vida e SAD e com base nas subcategorias estabelecidas pode a partir da orientação traçada pelas unidades de registo apreender-se a **influência do SAD na qualidade de vida**, verificando que todos os

utentes referiram que o SAD influencia positivamente a sua qualidade de vida, pois todos aludem para o facto de que sem o SAD a casa não estaria tão limpa, que não conseguiriam fazer a higiene pessoal, que o comer é bom e que as ajudantes familiares são muito carinhosas e meigas para eles:

“Então pois, se não fossem elas como é que eu comia, como é que tinha a casa sempre limpinha? Graças a Deus tenho as meninas que fazem a limpeza cá em casa.” (U1)

“Eu acho que sim. O comer é bom e sem elas não conseguia tomar banho.” (U2)

Assim sendo, apesar de algumas queixas de questões que poderiam ser melhoradas, a generalidade dos utentes está satisfeito com o serviço prestado e sentem-se agradecidos.

○ Quando se questionam os utentes sobre **como pode o SAD melhorar a qualidade de vida** deles, há metade (5) que considera que não há nada a melhorar, pois as ajudantes familiares já fazem o que podem e o que lhes é pedido:

“Elas fazem o que podem e o que lhe pedem” (U9)

“Eu não quero mais, pode-se manter assim que está bem.” (U10)

Há três utentes que sugerem a flexibilidade de horários, devido aos serviços serem executados muito tarde ou muito próximos do almoço e devido à inexistência do período noturno e inexistência de tempo para executar certos serviços mais demorados diariamente:

“Pode. Podia arranjar uns horários de modo a que eu possa tomar banho por volta das 10h para tomar o pequeno almoço por volta das 10 e pouco e poder almoçar quando o almoço chega” (U3)

“a nível de flexibilidade, extensão a nível do período noturno, caso haja uma necessidade de às x horas me vir virar ou por exemplo uma extensão como eles têm internamente de pessoas a trabalhar à noite”; *“O banho é outra questão, porque como eu demoro muito tempo no banho, demoram cerca de 1 hora a dar-me banho de manhã, entre tomar banho e fazer a barba e esse tipo de coisas, então é muito complicado tomar banho todos os dias e muito mais tomar banho aos fins de semana, então passo de sexta-feira, que é o meu dia de banho, até segunda. O que para mim é muito constrangedor porque hoje em dia, para uma pessoa que se quer ativa, acho que é um bocadinho complicado.”* (U4)

“Elas dão-me carinho e não podem fazer mais. Estou satisfeita com tudo. O horário é que é pior porque elas às vezes vem muito tarde por causa de eu me ir embora (...) Às

vezes tenho que dizer para elas virem mais cedo quando eu tenho de sair para algum lado” (U5)

Depois temos um caso que refere a saúde apesar de ter consciência que o SAD não pode fazer nada quanto a isso:

“*Só se fosse a minha saúde mas nisso elas não podem fazer nada.*” (U2)

A alimentação também é referida por um utente como aspeto a melhorar porque considera que o sabor é sempre o mesmo:

“*E a alimentação podia ser diferente, porque é sempre a mesma coisa é tudo igual, tudo com o mesmo sabor*” (U3)

Outra opinião dada, prende-se com a existência de mais recursos humanos que iria contribuir para satisfazer as necessidades de todos:

“*eu penso que eles fazem aquilo que podem com as limitações que têm, limitações de pessoas, de horários, e eu penso que se existirem mais pessoas afetas aos SAD ou que façam operação no SAD, haverá recursos necessários para fazer face às necessidades de todos.*” (U4)

Por fim, há uma utente que tem poucas possibilidades económicas e desejava que houvessem voluntários que fizessem alguns serviços sem ela ter de pagar:

“*se não tivesse que pagar eles podiam fazer aqui alguma limpeza e dar-me o transporte.*” (U6)

Concluindo, metade dos utentes está satisfeito com o SAD e a outra metade sugere algumas ideias que poderiam contribuir para a sua qualidade de vida, sendo que a mais sugerida está associada à flexibilidade de horários.

2.2. Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Perceções dos elementos da equipa de ação direta (ajudantes familiares) sobre a prestação de serviços diretos e a contribuição destes para a Qualidade de Vida dos idosos

Considerou-se pertinente para alcançar os objetivos definidos nesta investigação, analisar o perfil das ajudantes familiares, perceber quais as reais tarefas que as ajudantes familiares desenvolvem na prestação dos serviços de apoio aos utentes, quais os contributos dessas tarefas para a qualidade de vida dos utentes bem como quais as formas de potenciar a qualidade de vida em cada um dos níveis.

2.2.1. Perfil das ajudantes familiares

Quanto ao perfil das ajudantes familiares entrevistadas, podemos constatar, através da tabela 6, que são todas do género feminino.

Há duas ajudantes familiares com maior idade (58 e 60 anos) e uma mais nova (22 anos), sendo que as mais velhas são casadas e a mais nova é solteira.

A ajudante familiar mais velha possui o 4º ano de escolaridade e nenhuma formação específica, enquanto que as restantes possuem o 12º ano e uma tem formação em técnica de laboratório e outra em técnica de auxiliar de saúde.

Relativamente ao tempo de exercício da profissão, destaca-se a ajudante familiar mais velha que conta com 17 anos a trabalhar no SAD da SCMA seguida das restantes, contando uma com 3 anos e meio e outra com 3 anos de serviço.

Tabela 6 – Perfil das Ajudantes Familiares

Ajudantes Familiare s	Idad e	Sexo	Estado Civil	Grau de Escolaridad e	Formação específica	Tempo exercício profissão
A.F. 1	58	Feminin o	Casada	12º ano	Técnica de Laboratóri o	3 anos e meio
A.F. 2	60	Feminin o	Casada	4º ano	-	17 anos
A.F.3	22	Feminin o	Solteir a	12º ano	Técnica Auxiliar de Saúde	3 Ano s

2.2.2. Funções das ajudantes familiares

No que se reporta às tarefas desempenhadas pelas ajudantes familiares em cada âmbito, o estudo destaca funções tendo por base os vários domínios equacionados e atrás explicitados, a saber “atenção doméstica”, “atenção pessoal”, “relação do idoso com o meio envolvente” e “apoio familiar”. (Vd. apêndice 10 - tabela 7)

❖ Atenção Doméstica

Em relação à “atenção doméstica”, todas as ajudantes familiares referem provisionar a higiene habitacional (fazer a cama de lavado, aspirar, limpar o pó, recolher o lixo e pôr lenha ao pé da lareira), a qual é feita exclusivamente em espaços ocupados pelos utentes; a manutenção da roupa, sendo que esta pode ser feita em casa dos utentes

ou pode ser feita na instituição; e a alimentação, que se traduz em entrega de almoços, ajuda a descascar fruta ou tirar espinhas/ossos e em dar pequenos-almoços, levando-nos a crer que estas são as tarefas que mais desenvolvem neste âmbito, sendo que o tratamento da louça é apenas referido em duas respostas e a administração de medicação em apenas uma:

“(...) lavar a louça do dia anterior” (A.F.1)

“(...) mete-se a roupa a lavar, vai-se pôr outra a enxugar, vai-se apanhar a que se estendeu no dia anterior (...) trazemos a roupa num saquinho para lavar na instituição e quando vamos novamente na semana seguinte, levamos a roupinha lavada.” (A.F.1)

“levamos a alimentação (...) descascar a fruta (...) tira os ossos, ou tira as espinhas (...) desaperto os termos (...) dar o pequeno-almoço” (A.F.1)

“Limpeza da casa, portanto, fazer a cama de lavado, aspirar, limpar o pó, (...) recolher o lixo, há utentes que têm lareira e nós vamos buscar lenha para pôr ao pé da lareira para poderem acender” (A.F.2)

“Temos utentes que precisam de medicação e nós também damos.” (A.F.2)

❖ **Atenção pessoal**

No que diz respeito à “atenção pessoal”, o diálogo, a higiene pessoal (banho, fazer a barba, a higiene oral), a atenção ao conforto pessoal (massajar as costas, as pernas, os pés, ver se as unhas não encravam, cortar as unhas, colocar creme no corpo) e as transferências são respostas comuns às três ajudantes familiares. O cumprimentar é referido em duas respostas e depois há outras situações, como é o caso da atenção a ferimentos ou anomalias no corpo dos utentes, do aconselhamento conforme aprendem nas formações respeitando a decisão dos utentes, do incentivo a que eles façam os serviços com elas e da preparação para dormir, que passa por vestir o pijama, levá-los à casa de banho e deitá-los:

“cumprimento-os, quase todos sempre com um beijinho, como se fosse minha família” (A.F.1)

“A higiene pessoal, cortar as unhas quando é necessário, a barba aos senhores” (A.F.2)

“o after-shave depois da barba para eles ficarem a cheirar bem, cortar as unhas, fazer uma massagem nos pés depois de cortar as unhas, o creme depois do banho. Quando eles dizem “Ai tenho aqui uma borbulhinha” nós vamos lá tirar.” (A.F.3)

“nós quando estamos a lavá-los também temos de ter muita atenção, para ver se tem uma ferida, se tem uma pisadura, são coisas que nós temos de ter muita atenção para que não se venha a agravar. E depois transmitimos umas às outras” (A.F.1)

“E quando eles dizem que não querem assim, nós tentamos dar-lhes a volta e explicar que assim fica melhor e não fica tão bem assim, ou seja, a gente tenta fazer aquilo que aprende nas formações, mas respeitando sempre a decisão deles, se eles disserem “não” é “não”, mas alguns até dizem “então vamos experimentar” e vêm que é muito melhor. Não podemos contrariá-los, não podemos e nem devemos, pelo menos é o que eu acho.” (A.F.1)

“Conversamos um pouco com eles (...) sobre o antigamente, sobre o trabalho deles, sobre a família, pronto, e gostam muito de falar sobre isso” (A.F.2)

“Temos mais as transferências e no caso em que os utentes já não andam muito bem ajudamos na mobilidade.” (A.F.2)

“incentivamos a que eles façam, não é que a gente não queira fazer, mas incentivamos a que sejam eles a fazer, tiram a prótese, se tiverem, e limpam. Estamos ali a ajudar, mas ao mesmo tempo são eles que fazem.” (A.F.2)

“à noite é deitá-los, levá-los à casa de banho, deitá-los na caminha deles, vestir-lhes o pijama, aconchegar-lhes a roupa, darmos-lhe um beijinho de boa noite” (A.F.3)

❖ Relação do idoso com o meio envolvente

Relativamente à “relação do idoso com o meio envolvente”, as respostas são semelhantes salientando-se a comunicação aos idosos das atividades existentes e o incentivo à participação, bem como o transporte tanto para consultas como para essas atividades:

“Por vezes, quando há consultas no hospital, há uma colega que está mais habituada a ir para o Hospital de Coimbra que os leva (...) perguntam “Então e meio de transporte” e nós “Não se preocupe, meio de transporte há sempre, as meninas vêm buscar e vêm trazer, não há problema nenhum”.” (A.F.2)

“informar que vai haver atividades e incentivá-los a ir” (A.F.2)

❖ Apoio Familiar

Quanto ao “apoio familiar”, todas as ajudantes familiares referem a transmissão de informações à família, uma acrescenta que colabora em pedidos destes e outra

acrescenta o apoio psicológico que presta à família dos utentes e o saber prepará-los quando algo não está a correr bem:

“ligamos à família e dizemos “Passa-se isto e isto e isto... o que é que acha? Quer que chame alguém? Vocês vêm cá?”. Se for um filho que esteja a trabalhar ou qualquer coisa pedem para a gente medir a febre e nós medimos ou vemos o que a pessoa tem e se for preciso fazemos um chá. Portanto, tentamos transmitir à família o que se está a passar” (A.F.1)

“Quando chegamos temos familiares que, por exemplo, dizem que não conseguiram pôr os pratos na mesa, nós metemos. Ou outra coisa que seja necessário fazer, nós fazemos.” (A.F.2)

“muito apoio psicológico às pessoas. Eu gosto de ajudar as pessoas, gosto de as abraçar quando elas precisam de alguma coisa, gosto de estar ali quando eles precisam de mim, gosto de dar o meu amor” (A.F.3)

“saber preparar a família, não é assusta-los e dizer que vai acontecer isto ou aquilo, não, é dizer “Olhem preparem-se, porque ela está a começar a ficar assim e assim, porque ela está a ficar desta maneira”” (A.F.3)

2.2.3. Contribuição da prestação de serviço de apoio para a Qualidade de Vida

A influência que a prestação de serviços de apoio tem na qualidade de vida dos utentes, ocorre transversalmente.

Deste modo e tendo por base as diferentes tarefas/funções, os relatos dão conta das seguintes contribuições:

❖ Atenção doméstica

No que concerne à “atenção doméstica”, as três respostas foram muito semelhantes, sendo que todas as ajudantes familiares consideram que os idosos ficam com mais conforto nas suas habitações e ficam muito felizes ao verem as suas casas limpas e arrumadas, contribuindo essa felicidade para a sua qualidade de vida. A ajudante familiar 1 acrescenta ainda que alguns utentes passam a ter com este serviço um mínimo de condições de vida:

“Nós tivemos um senhor onde fomos que ele diz “ Graças a Deus, a minha casa cheira tão bem”. Acho que os idosos têm muito mais qualidade de vida se tiverem uma pessoa que lhes vá limpar a casa, que lhes vá preparar as coisinhas para eles terem o mínimo de condições para poderem viver uma vida mais ou menos normal.” (A.F.1)

“Têm um conforto melhor. (...) e ficam muito contentes e gostam.” (A.F.2)

❖ Atenção pessoal

Também se denota grande concordância a nível da influência decorrente de atividades de “atenção pessoal”. Tanto a ajudante familiar 1 como a 2 realçam a importância de, a este nível, se contribuir para combater a solidão, ou seja, a importância que resulta do facto de estes idosos terem companhia, mesmo que seja apenas no tempo em que vão fazer os serviços. Para além dos idosos ficarem satisfeitos com essa companhia, a ida regular das ajudantes familiares ao domicílio dos utentes evita que eles fiquem “caídos” ou “sujos” durante grandes períodos de tempo quando não têm apoio de mais ninguém.

O diálogo também contribui para combater a solidão, pois os idosos sentem falta de ter alguém com quem falar:

“Influenciam e muito, porque se a pessoa estiver sozinha, ou fica suja, ou fica deitada no chão, ou morre, porque não tem assistência, não vai lá ninguém.”; “Para muitos, nós lá irmos, eles dizem que é a melhor coisa que lhes podia ter acontecido. (...) enquanto nós lá estávamos ela estava feliz porque tinha alguém com quem falar”; “eu acho que o apoio domiciliário, tanto faz ser desta casa como faz ser de outra instituição qualquer, é uma coisa muito boa para os idosos que estão sozinhos, que estão sozinhos e que não estão sozinhos, para qualquer um.” (A.F.1)

“Influenciam porque têm alguém que está ali, que cuida deles, que lhes faz alguma companhia enquanto a família não pode. E influenciarmo-los a que eles façam um bocado o que faziam antigamente sem esforço nenhum.”; “Gostam que os escutem (...) começam a reviver o tempo de antigamente, as amizades que tinham, que agora já não têm e gostam que a gente esteja a ouvir.” (A.F.2)

Por fim, a ajudante familiar 3 encara esta “atenção pessoal” com um contributo diferente, pois foca mais a importância que a higiene pessoal tem para os utentes:

“Eles sentem-se bem, sentem-se limpos, ficam mais airosos, ficam mais fresquinhos principalmente no Verão.” (A.F.3)

❖ Relação do idoso com o meio envolvente

No que diz respeito à influência das tarefas desenvolvidas no âmbito da “relação do idoso com o meio envolvente”, as respostas não foram completamente direcionadas para o contributo das tarefas das ajudantes familiares, pois tanto a ajudante familiar 1

como a 2 focaram a importância das atividades propostas pela SCMA em si, ou seja, no seu entender, as atividades que são propostas pela SCMA aos utentes do SAD são muito importantes na medida em que quebram a monotonia em que estes idosos vivem, proporcionando-lhes dias “especiais”, fora do comum, e dão oportunidades a alguns idosos de conhecer coisas e sítios novos, contribuindo conseqüentemente a favor da sua qualidade de vida.

O papel das ajudantes familiares acaba por contribuir diretamente na quebra de monotonia e na adesão nas atividades, daí influenciar a qualidade de vida dos utentes, pois se não fosse o incentivo dado, muitos não participariam em nenhuma atividade.

O facto das ajudantes familiares incentivarem os idosos também faz com que eles sintam que elas se interessam por eles e principalmente que querem que eles não estejam tão isolados:

“Eu acho que é uma mais valia para eles, porque alguns nunca tiveram oportunidade de o fazer. Outros porque se foram deixando ficar e nunca o tentaram fazer. Agora, uns porque estão viúvos ou porque estão sozinhos. A gente diz-lhes “Olhe vá” e eles ficam contentíssimos (...) É diferente, é uma coisa que não tem nada a ver com os outros dias, porque é sempre a mesma monotonia e é sempre a mesma coisa, então aquilo é diferente. Adoram, gostam de ir, dizem que se fartam de rir, dizem que quando houverem mais passeios que também vão.” (A.F.1)

“Eles deixam de estar tão isolados e sentem que alguém se interessa em os tirar de casa (...) Terem um dia diferente daquele que vivem habitualmente.” (A.F.2)

A ajudante familiar 3 focou mais a questão do transporte que é feito, pois no seu entender, este contribui muito para que os idosos se sintam seguros e apoiados:

“Sentem-se seguros, sabem que têm sempre ali alguém com quem eles podem contar (...) sabem que podem falar, sabem que podem pedir (...) eles sabem que têm sempre alguém quando eles têm uma emergência, têm cá sempre alguém para eles.” (A.F.3)

❖ Apoio familiar

Quanto ao “apoio familiar”, todas as ajudantes familiares consideram que é um serviço que contribui para a proximidade entre as famílias e os utentes, pois estes passam a preocupar-se mais com os seus familiares e a estar mais atentos quando são alertados para certas situações.

Os idosos, desta forma, passam a sentir-se protegidos e apoiados pelos seus familiares e sentem-se mais despreocupados ao saber que aqueles estão a par de todas as situações:

“Muito, porque obriga a família a estar mais presente e atenta nas coisas que têm de ser feitas e organizadas.” (A.F.1)

“A família assim envolve-se mais, fica muito agradecida, dá mais atenção aos utentes. Talvez até os ouçam um pouquinho mais” (A.F.2)

“gostam que a gente se dê com a família e às vezes quando há festas, eles são todos os primeiros a querer-nos sentar na mesma mesa que eles e a dizer “Sentem-se e bebam qualquer coisa” (...) eles gostam que a gente lhes transmita a informação” (A.F.3)

➤ No geral, quando questionadas sobre as **principais áreas em que a qualidade de vida dos utentes melhorou**, houve um destaque para a “atenção doméstica” e para a “atenção pessoal”.

A “atenção doméstica” foi a que mais sobressaiu, havendo um especial destaque para a higiene habitacional, referida por todas como sendo imprescindível os utentes viverem com as mínimas condições de higiene, seguido da alimentação que para duas ajudantes familiares melhorou significativamente sendo que, sem este serviço, alguns dos utentes possivelmente mal se alimentavam:

“Depois a higiene habitacional porque eu acho que havia pessoas em condições miseráveis, que no tempo em que nós estamos, mesmo tendo família, não se deixa estar uma pessoa naquelas condições.” (A.F.1)

“a mais radical, penso que será a distribuição dos almoços (...) quando os idosos ficam sem alimentação, é que é mais complicado.” (A.F.3)

A “atenção pessoal” também foi referida como sendo uma área em que a qualidade de vida dos idosos melhorou, sendo evidenciadas (2) a higiene pessoal que era feita com muitas dificuldades por alguns idosos, e a socialização (2), pois muitos deles estavam sozinhos e ganharam a companhia, apesar de limitada, das ajudantes familiares:

“(...) como na higiene pessoal” (A.F.2)

“(...) como para não estarem sozinhos (...) os lá de fora não têm ninguém, a companhia deles somos nós enquanto estamos a lavá-los, enquanto estamos a dar-lhes o leite, enquanto estamos a fazer as coisinhas.” (A.F.1)

2.2.4. Potenciar a Qualidade de Vida através dos serviços de apoio prestados

À semelhança do que aconteceu com os indicadores anteriores, também as formas de potenciar a qualidade de vida dos idosos está dividida consoante o tipo de tarefas e como de seguida se apresenta:

❖ Atenção doméstica

Para potenciar a “atenção doméstica”, todas as respostas foram díspares, sendo que cada ajudante familiar sugeriu alterações diferentes a fazer.

A ajudante familiar 1 sugeriu prestar este tipo de serviços mais vezes em casa de cada utente, apesar de também ter sublinhado que isso muitas vezes não é feito porque os utentes não querem, e isso possivelmente pode dever-se ao valor que daí resulta em termos de pagamento:

“O melhorar só está nesse aspeto, o ir mais vezes ou menos vezes, porque o serviço é feito, fica limpinho, fica tudo em ordem. E isto não é pela equipa, é porque a pessoa não pede e não quer.” (A.F.1)

A mesma ajudante familiar sugeriu ainda a importância de existirem mais profissionais na distribuição de almoços, principalmente ao fim de semana, pois são muitas casas e os idosos que recebem as refeições, em último, por vezes almoçam um pouco mais tarde e isso poderia ser melhorado:

“os fins-de-semana que podia haver mais equipas a distribuir os almoços porque aos utentes do apoio juntam-se os do centro de dia e vai menos uma carrinha distribuir os almoços e muitas vezes alguns utentes reclamam das horas a que recebem a refeição” (A.F.1)

Por sua vez, a ajudante familiar 2 considera que já fazem o que podem e o que lhes é pedido a este nível:

“Não sei. Se houver alguma coisa que eles nos peçam a gente faz. Penso que está bem assim.” (A.F.2)

Enquanto a ajudante familiar 3 sugere a importância de existir mais tempo para cuidar dos utentes e assim conseguirem incentivá-los a fazer também as tarefas proporcionando-lhe autonomia e sugere que, quando os idosos solicitam limpeza habitacional, exista uma empresa especializada para fazer uma limpeza geral e profunda a toda a casa para posteriormente as ajudantes familiares fazerem a limpeza de manutenção:

“Haver mais tempo para podermos cuidar deles, para estarmos com eles e incentiva-los a eles fazerem connosco” (A.F.3)

“há casas em que custa lá estar, até por causa de cheiros e coisas que nós não conseguimos dominar e que já não conseguimos eliminar da casa (...) contratar uma empresa de desinfestação, de limpezas de paredes, limpezas de tetos (...) e limpar tudo de alto a baixo e depois nós mantínhamos” (A.F.3)

❖ Atenção pessoal

Para potenciar a qualidade de vida dos utentes ao nível da “atenção pessoal”, houve uma sugestão que se destacou, que foi a existência de uma equipa/pessoa que proporcionasse companhia ao domicílio dos utentes, ou seja, haver uma equipa/pessoa (voluntária ou não) disponível para visitar e fazer companhia aos utentes, assim como a família deveria fazer:

“Se (a companhia) fosse um serviço voluntário, as pessoas até queriam, mas um serviço a pagar é diferente” (A.F.1)

“ter uma pessoa mais disponível para lhes fazer companhia”; “visitar os utentes que recebem só almoço, para conversar” (A.F.2)

“(...) era a família, se calhar, às vezes ser mais presente” (A.F.3)

A ajudante familiar 1 ainda sugeriu que alguns utentes poderiam ir para o Centro de Dia para melhorar a sua qualidade de vida, pois nesse ambiente institucional podem dispor de mais companhia e ajuda com carácter permanente:

“há pessoas que podiam vir para o centro de dia, estarem aqui sossegadinhos, terem uma vidinha boa, que têm aqui, e à noite regressarem a casa deles.” (A.F.1)

Por fim a ajudante familiar 2 reforçou a importância de dar mais atenção ao conforto pessoal com “coisas simples” que poderão melhorar a autoestima dos utentes:

“Com coisas simples como pintar as unhas” (A.F.2)

❖ Relação do idoso com o meio envolvente

Para melhorar a qualidade de vida dos idosos a nível da “relação do idoso com o meio envolvente” destaca-se uma proposta que foi sugerida por todas as ajudantes familiares e que sinaliza a importância da existência de mais atividades propostas pela SCMA, tanto a nível de passeios como propostas de atividades físicas, para quebrar a monotonia, a solidão e o isolamento de muitos dos idosos:

“Eu acho que estamos a fazer bem, mas se pudesse haver mais, com certeza que seria melhor. Alguns quereriam ir, outros não, mas acho que se fizessem mais seria bom para eles.” (A.F.1)

“Talvez quando fazem aqui atividade física, ginástica, havia deles que até vinham antigamente cá para fazer ginástica. Ou dar mais passeios com eles.” (A.F.2)

“Havendo mais atividades que eles nos pedissem para fazer. (...) Ao Domingo haver uma pessoa especializada para isso, uma pessoa que se disponibilize” (A.F.3)

Para além da proposta anterior, a ajudante familiar 3 ainda sugere a existência de uma equipa que apoiasse em alguns dos assuntos dos idosos, sobretudo dos que estão sozinhos e mais isolados.

“Fazer um grupo em que houvesse uma equipa que fosse tratar dos assuntos das pessoas (...) estou a falar daqueles que não têm, que não podem, ou então daqueles que estão 15 dias para conseguir falar com um familiar” (A.F.3)

❖ Apoio familiar

A nível do “apoio familiar”, duas ajudantes de ação direta consideram que “já fazem o que podem” para apoiar e transmitir as informações às famílias, tendo dificuldade em sugerir melhorias:

“No geral já fazemos o que podemos fazer e comunicamos aos familiares quando qualquer coisa não está bem.” (A.F.2)

“Nós fazemos a nossa parte, mas revoltamo-nos imenso quando a família não faz a parte dela.” (A.F.3)

A ajudante familiar 1 dá a entender que algumas vezes, nos turnos em que está apenas uma ajudante familiar a trabalhar individualmente, tal reflete algum constrangimento para fazer face a pedidos das famílias, sugerindo que os turnos fossem todos constituídos por pares, para assim corresponder da melhor forma às expetativas e necessidades, tanto dos utentes como dos familiares:

“Depende, porque nós estamos duas de manhã, e está uma sozinha à tarde e às vezes há pedidos da família que não se podem fazer, porque está uma sozinha.” (A.F.1)

2.3. Qualidade de Vida dos idosos em SAD: Percepções do Serviço Social sobre os contextos da prática profissional e o seu papel para a Qualidade de Vida da população inserida em SAD

Tendo por base os objetivos do estudo e no que concerne às concepções e práticas ancoradas ao Serviço Social potenciadoras da qualidade de vida dos idosos, foram analisadas variáveis relativas ao perfil da Assistente Social, princípios que informam a prática, atuação no contexto e promoção da qualidade de vida, como de seguida se apresenta. (Vd. Apêndice 11 – tabela 9)

2.3.1. Perfil da Assistente Social

A Assistente Social que acumula funções a nível da Direção Técnica do SAD da SCMA, possui 27 anos, é do sexo feminino e é licenciada em Serviço Social. Exerce as suas funções na SCMA há 3 anos. (Vd. Tabela 8)

Tabela 8 – Perfil da Assistente Social

	Idade	Sexo	Formação	Cargo	Tempo de exercício no cargo
Assistente Social	27 anos	Feminino	Licenciatura em Serviço Social	Assistente Social Diretora Técnica do SAD	3 anos

2.3.2. Princípios que informam a prática

No que concerne aos princípios que norteiam a intervenção profissional, a Assistente Social informa que os mesmos incidem no direito à autodeterminação, pois considera que os utentes têm o direito de tomar as suas próprias decisões: *“Cada utente é único e tem direito à sua autodeterminação, até ao limite em que isso não desrespeite os iguais direitos dos outros. Por isso tento sempre apoiar os utentes no seu desenvolvimento e na resolução dos seus conflitos.”* (AS)

O respeito pela dignidade humana também foi apontado pela Assistente Social, sendo que esta defende que ninguém deve ser discriminado independentemente da sua deficiência, cor, raça, classe social, religião, língua, convicções políticas ou opções sexuais: *“Dou o melhor apoio possível a todas as pessoas que procurem a minha ajuda,*

sem discriminação com base na deficiência, cor, raça, classe social, religião, língua, convicções políticas ou opções sexuais.” (AS)

Também o respeito pela privacidade é tido em conta na intervenção da Assistente Social, porque todos os dados dos utentes devem ser guardados em local seguro e devem ser usados de forma responsável: *“Aplico sempre os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação.” (AS)*

Por fim, temos o incentivo à autonomia e participação, acreditando que os idosos devem fazer por eles o que podem e participar em todo o processo: *“Os utentes são encorajados a participar em todo o processo. Geralmente, os utentes colaboram na orientação a dar aos problemas que afetam as suas vidas.” (AS)*

2.3.3. Atuação no contexto

Analisando como atua a Assistente Social no contexto, percebe-se que na intervenção a nível do idoso há um enfoque em integrar o idoso, em incentivá-lo para a autodeterminação, ou seja, incentivá-lo a tomar as próprias decisões, e em colmatar as necessidades encontradas de forma eficaz e efetiva: *“integrar o idoso”; “e incentivá-lo a participar nas decisões importantes”; “É fundamental ir de encontro às suas necessidades, com efetividade e eficiência nos cuidados” (AS)*

Ao nível da equipa prestadora de cuidados o enfoque principal passa por motivar os profissionais: *“motivação para os cuidados, empatia com o idoso, para uma plena prestação de cuidados que se pretendem o mais globais possível” (AS)*

Quanto à intervenção a nível da instituição a Assistente Social rege-se pela política de qualidade, ou seja, preocupa-se que todas as respostas sociais primam pela qualidade para consequentemente proporcionar qualidade de vida aos utentes: *“proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos seus utentes em todas as respostas sociais” (AS)*

Como desafios enfrentados pelo SAD, é apontada a personalização dos serviços, sendo que os serviços tradicionais estipulados pela segurança social já não são suficientes para colmatar as necessidades dos utentes que cada vez são mais específicas: *“personalizar os serviços no sentido de ir ao encontro daquilo que são as necessidades de cada utente e ir para lá dos serviços tradicionais estipulados pela segurança social” (AS)*

2.3.4. Promoção da Qualidade de Vida

Relativamente ao papel do SAD e do Serviço Social na promoção a qualidade de vida dos Utentes, verifica-se que o SAD promove a qualidade de vida aos utentes através dos serviços individualizados e personalizados que proporciona no domicílio, ou seja, para além de proporcionar serviços no domicílio que possibilitam a permanência dos idosos nas suas habitações como é de sua vontade, ainda os tenta ajustar de forma individualizada para corresponder às necessidades e expetativas de cada um: *“contribui para a qualidade de vida dos idosos no sentido em que os utentes da geração que temos hoje, não quer deixar a sua casa nem por nada. Neste sentido, sem dúvida que o SAD vem de encontro a esta vontade, levando serviços individualizados e personalizados até eles”* (AS)

São ainda enumeradas algumas sugestões para incrementar a qualidade de vida dos utentes, tal como, os pormenores que podem ser acrescentados aos cuidados de primeira linha, a flexibilidade/alargamento de horários e acrescentar os serviços de saúde ao apoio domiciliário sendo que o apoio na saúde se mostra lacunar no SAD: *“a nível dos cuidados de primeira linha como pequenos detalhes que fazem toda a diferença no dia-a-dia dos utentes”*; *“Tanto a nível de alargamento de horários”*; *“como a nível de serviços de saúde. Se formos a ver é o que falta ir a casa dos utentes”* (AS)

Quanto ao principal desafio que o SS enfrenta para promover a qualidade de vida, este passa por corresponder às exigências dos utentes a nível da qualidade de cuidados, sendo que estes estão cada vez mais exigentes: *“cabe ao serviço social criar ferramentas que vão de encontro a uma exigência cada vez maior na qualidade de cuidados, porque disso depende a permanência do utente no seu domicílio”* (AS)

3. Discussão dos resultados

Tendo por base os dados recolhidos e expostos anteriormente e visando a sua discussão e interpretação, importa salientar que, no que concerne à caracterização da amostra dos **utentes**, se constata que esta é constituída pelo mesmo número de elementos do sexo feminino como masculino, sendo que os utentes têm idades compreendidas entre os 40 e os 92 anos, com maior predomínio das faixas etárias mais envelhecidas. Ainda que este estudo não tenha abrangido a globalidade dos utentes que beneficiam do SAD, pode constatar-se tal como Ferreira (2014) observou, que o SAD é procurado por pessoas mais idosas devido ao aumento da idade estar associado ao aparecimento de limitações e

disfuncionalidades e devido a um dos critérios de admissão enumerados no regulamento interno do SAD da SCMA referir, que devem ser admitidos candidatos com idade igual ou superior a 65 anos, salvo exceções que podem ocorrer pontualmente e que devem ser analisadas pela equipa técnica e aprovada pela Mesa Administrativa, como é o caso do utente que tem 40 anos e que apresenta Atrofia Muscular Espinal necessitando destes serviços.

Relativamente ao estado civil, predomina por entre a população utente auscultada o estado de viúvo, seguido pelo estado de casado, existindo também o estado civil de divorciado e unido de facto.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maioria apenas concluiu o 3º ano, no entanto há utentes que concluíram o 4º ano e um utente que concluiu o 12º ano, havendo ainda dois utentes que não sabem ler nem escrever.

Segundo Sprangers et al. (2000, cit in Pereira et al., 2006, p. 32), “fatores como a idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida”, no entanto, nesta investigação, o género não parece interferir na qualidade de vida, porém, a idade avançada, o baixo nível de escolaridade e o estado de viúvo influenciam negativamente a qualidade de vida. O primeiro fator porque a idade avançada acarreta mais problemas de saúde e disfuncionalidades, o segundo fator porque o analfabetismo e a baixa escolaridade condiciona muitas vezes os indivíduos a nível de burocracias, tornando-os dependentes de terceiros, limita-os no conhecimento dos seus direitos e influência a sua capacidade para o autocuidado (Souza, 2012), e o terceiro fator porque há sempre o sentimento de perda e solidão quando se perde o companheiro.

Pode ainda referir-se que a maioria dos utentes é natural do concelho de Anadia, havendo também utentes com naturalidade de Coimbra, Gondomar e Torres Novas. Quanto à residência, todos residem no concelho de Anadia, mais concretamente nas freguesias de Anadia, Moita e União de Freguesias de Arcos e Mogofores. Estes resultados eram esperados devido a esta instituição se encontrar no concelho de Anadia e um dos critérios de admissão enumerados no regulamento interno do SAD da SCMA referir a obrigatoriedade dos utentes serem naturais ou residentes deste concelho, salvo exceções que podem ocorrer pontualmente e que devem ser analisadas pela equipa técnica e aprovada pela Mesa Administrativa.

A maioria das mulheres que integraram a investigação desempenharam uma atividade profissional mais direcionada para a agricultura e para as atividades domésticas,

enquanto os homens, por sua vez, desempenharam profissões mais diversificadas, ligadas à indústria e serviços.

A maioria dos utentes beneficia de SAD há menos de seis anos, à exceção de dois utentes que já beneficiam deste serviço há mais anos.

Relativamente ao agregado familiar, metade dos utentes entrevistados vivem sozinhos e a outra metade vive acompanhada, sendo que o agregado familiar é maioritariamente constituído pelo marido ou esposa do utente e em alguns casos pelo(s) filho(s) e/ou filha(s). Quanto à rede social e de suporte, a maioria tem suporte familiar diariamente. Estes resultados vão ao encontro da investigação que vem sendo desenvolvida relativa ao apoio/suporte da família aos seus idosos. Com efeito e tal como constata Almeida (2008), a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas recai em grande parte sobre a família, e só devido às alterações demográficas e sociais que se têm verificado é que as famílias começaram a recorrer a respostas sociais proporcionadas pelo Estado ou por instituições privadas, daí a rede social e de suporte ser composta por familiares. (Almeida, 2008). De igual modo, Pimentel e Albuquerque (2010) enfatizam a ideia de que não basta as famílias quererem assegurar o apoio aos seus idosos, sendo que têm de ter condições para tal, nomeadamente disponibilidade temporal e financeira para conseguirem providenciar o bem-estar necessário a toda a família. Associada a essa disponibilidade, existe a fragmentação familiar, o aumento das taxas de divórcio, o decréscimo da fecundidade e da natalidade, as elevadas taxas de atividade laboral e da valorização da carreira profissional e a redefinição dos papéis de género, que provocam alterações na estrutura e morfologia das famílias comprometendo desta forma a disponibilidade destas para prover os cuidados aos seus idosos.

Nesta perspetiva, Attias-Donfut (1995, cit in Pimentel & Albuquerque, 2010) defende que a solidariedade pública e a solidariedade familiar têm de atuar numa lógica de complementaridade. Assim, os sistemas públicos devem arranjar soluções de apoio para fazer face às necessidades e exigências dos idosos e das suas famílias, e estas, por sua vez, devem prover o bem-estar e a estabilidade emocional dos mais velhos.

Estudos de Brito (2002) e Martins (2006, cit in Pimentel & Albuquerque, 2010) comprovam que na União Europeia, são as famílias que asseguram os cuidados prestados a idosos dependentes em cerca de 70% ou 80% dos casos, sendo estes maioritariamente garantidos pelos cônjuges, seguidamente pelos filhos, mais ocasionalmente por irmãos e ainda em alguns casos por outros parentes. No entanto, estes familiares têm de conseguir conciliar a vida familiar e o trabalho, o que nem sempre é fácil devido à ausência de

medidas em termos de apoios financeiros, flexibilidade no trabalho ou até licenças de assistência à família mais alargada.

Apesar dos baixos rendimento referidos por todos, a maioria dos utentes habita em casa própria, no entanto há um utente que habita em casa de um familiar e outro que habita numa casa arrendada. Essas casas estão quase todas em bom estado de conservação, havendo apenas 3 casas que estão degradadas. Quanto às barreiras arquitetónicas que são comuns em muitas casas, verifica-se que em 4 casos essas são inexistentes, o que é muito positivo para diminuir o risco de queda dos utentes.

A respeito da habitação, e tendo por base o estipulado na Constituição de 1976, revista na Lei Constitucional n.º 1/2005, mais concretamente no artigo 72º, que postula que todas as pessoas idosas têm direito a condições habitacionais que evitem o isolamento e a marginalização social, constata-se, a partir do estudo desenvolvido, que nem todos os utentes apresentam essas condições favoráveis carecendo de existir uma maior atenção por parte do Estado, em nosso entender, para com esta realidade por forma a se minimizarem algumas fragilidades associadas às condições objetivas de vida dos idosos.

Refira-se ainda que o baixo nível socio-económico referido potencia o condicionamento da qualidade de vida tal como enfatizam Coimbra e Brito (1999), no entanto a existência de uma rede social e de suporte consolidada na maioria dos casos atenua essa falha financeira que, segundo o estudo de Pereira et al. (2006), aparenta ser um problema associado a indivíduos a partir dos 60 anos.

No que concerne aos serviços solicitados para apoio, a maioria solicita alimentação, seguindo-se os cuidados de higiene, depois as atividades de animação/socialização, o apoio psicossocial, a higiene habitacional, o tratamento de roupa e por fim os cuidados de saúde/reabilitação, sendo estes os serviços que normalmente são considerados indispensáveis à satisfação de necessidades básicas, à exceção das atividades de animação/socialização e do apoio psicossocial (ISS, 2009).

Relativamente aos elementos analíticos da qualidade de vida, pode-se verificar ao nível da saúde e funcionalidade que a memória não limita o quotidiano dos utentes, o baixo sentido de visão e audição acarretam algumas limitações e a locomoção limita muito o dia-a-dia, pois a saúde física percecionada na maioria dos casos encontra-se em estado frágil e razoável, revelando estes indicadores que apenas três utentes entrevistados são autónomos, cinco são semi-autónomos e dois são dependentes. Estes resultados podem encontrar explicação nas perdas que estão associadas a estas idades (especialmente idades a partir de 65 anos) e que segundo Luz (2014) levam a questões de

dependência e de deteriorização física e mental. A este respeito, também Coimbra e Brito (1999), assinalaram que quanto mais baixo for o nível de saúde, menor será a qualidade de vida dos idosos, tendo adicionalmente o estudo de Pereira et al. (2006) sugerido, que a perda da capacidade de continuar a desempenhar as atividades de vida diárias e as atividades ocupacionais interfere em larga escala na satisfação dos idosos para com a vida.

Quanto ao apoio social e participação observou-se que a maioria tem apoio de familiares como foi confirmado na rede social e de suporte. No entanto, existe uma reduzida participação de todos os utentes quer em atividades propostas pela instituição, quer pela comunidade. Estes dados contrariam a primeira prioridade estipulada no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (Oliveira, 2007) onde se distingue a participação ativa desta população na sociedade, tal como é referido no nº 2 do artigo 72º da Lei Constitucional n.º 1/2005. A este respeito importa reconhecer que frequentemente a participação dos idosos utentes se mostra condicionada pelo estado de saúde dos mesmos e não por falta de oportunidades, tendo esta sido uma realidade observada no decorrer do estágio, por altura de uma iniciativa associada a uma ida à praia e em que, não obstante a entrega de convites ter sido efetuada, apenas um número reduzido de utentes aderiu. Neste domínio potenciar novas estratégias e inovar nas atividades propostas para que se adequem melhor às necessidades e expectativas dos utentes pode constituir um caminho tendente a uma maior participação, sendo certo que as contingências associadas às vivências dos mais velhos podem sempre constituir um factor que influencia fortemente a sua adesão. (Vd. Apêndice 3)

Relativamente aos envolventes contextuais, metade dos utentes têm limitações na acessibilidade da habitação comprometendo a qualidade de vida, que é compensada pela segurança e pelo conforto, porém, a terceira prioridade do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (Oliveira, 2007), pretende proporcionar habitações e meios envolventes acessíveis e seguros, ficando neste estudo a acessibilidade comprometida. A este nível, o estudo de Pereira et al. (2006) elucida para o facto de o idoso ser mais ativo física e socialmente se conseguir deslocar-se para onde quer sozinho, sendo que um ambiente inacessível o vai condicionar e conseqüentemente contribuir para o isolamento e depressões.

Também mais de metade dos utentes têm dificuldades em aceder a todos os serviços da comunidade, resultados que fragilizam a segunda prioridade do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (Oliveira, 2007), onde é referido que todas as

peças idosas têm direito ao acesso a serviços e equipamentos de apoio. Por referência ao estudo, pode constatar-se que esta prioridade se mostra condicionada por falta de transportes e devido à distância dos serviços, o que compromete a qualidade de vida dos utentes que ficam limitados, por exemplo, a idas a centros de saúde.

No geral, metade dos utentes assinala satisfação com a sua qualidade de vida (com excepção de um utente), enquanto que em relação aos restantes não é perceptível uma satisfação plena. No essencial e no que concerne a esta percepção acerca da satisfação com a qualidade de vida, pode apurar-se que os idosos apresentam expectativas em relação à vida condicionadas pelo factor idade e onde pesam variáveis como a saúde, entre outras, tendendo a “contentarem-se com o que têm”. De salientar que este indicador carece de ser interpretado com a necessária cautela, visto que, possivelmente devido ao receio de serem institucionalizados ou até por falta de noção das limitações que os próprios idosos apresentam, foi registada alguma disparidade comparando as respostas dadas e a observação possibilitada pelo estágio, visível por exemplo na necessidade de companhia não valorizada pelos utentes e que se percebe ser uma lacuna passível de conduzir à solidão e eventual depressão, assim como o facto de um idoso afirmar “estar bem” de saúde a nível de visão, locomoção e estado de saúde físico e ser visível a debilidade e o desequilíbrio apresentado pelo mesmo. (Vd. apêndice 3)

Decorrente do estudo também se constata que existem preocupações atuais que afetam o nível de satisfação dos utentes direcionadas para a saúde, família e questões financeiras. Também as preocupações futuras afetam essa satisfação sendo neste estudo sinalizadas as que se relacionam com questões de dependência, de institucionalização e de família.

Como se verificou anteriormente, as preocupações ao nível das questões financeiras resultam de baixos rendimentos auferidos por alguns dos utentes, o que contribui para a incerteza de se conseguir fazer face às despesas diárias. Por outro lado, a preocupação presente e futura em relação à saúde e bem-estar dos familiares, surge motivada pelo facto de estes serem as pessoas que os utentes mais prezam, desejando a sua felicidade, e a sua proximidade, admitindo-se que a distância se mostra geradora de saudade e impossibilita a interajuda, realidade esta que “entristece os utentes”. Como referem Pereira et al. (2006), a convivência com os familiares tem uma faceta positiva de interajuda, mas também pode ser geradora de conflitos intergeracionais, e isso também é uma fonte de preocupação num dos casos do estudo, pois o afastamento e

desentendimento com um familiar próximo, neste caso, a filha, mostra ser um factor de perturbação a nível emocional.

No que concerne às questões de saúde, com frequência estas acarretam preocupações, já que a perda de funções e capacidades tanto físicas como psicológicas são realidades penosas que surgem como preocupações futuras, atendendo a que os utentes têm receio do nível de dependência que podem atingir. Para além disso, também a possibilidade de poderem ser institucionalizados é uma preocupação constante, pois como relembra Romão (2002, cit in Gonçalves, 2015) os lares são encarados com uma conotação negativa, quer devido à associação destas respostas a locais depressivos e monótonos, quer por causa de essa ida para lares significar o abandono das suas habitações, local esse onde se sentem bem, confortáveis e onde guardam todas as suas memórias e pertences.

As maiores necessidades sentidas pelos utentes manifestam-se nos domínios da saúde, família, habitação e questões financeiras, destacando-se o primeiro em quase todas as respostas. Denota-se aqui uma evidente conexão entre algumas preocupações dos utentes e as suas necessidades, sendo que, em geral, o que os preocupa corresponde ao que gostavam de ver resolvido. Acresce às necessidades, a habitação, que não foi enumerada como uma preocupação, no entanto, a mesma surge perceptível como necessidade tendo em conta as fragilidades a nível de condições habitacionais sublinhadas por alguns utentes e atrás referidas.

A nível institucional, o estudo informa que o SAD surge procurado sobretudo devido à incapacidade dos idosos e/ou dos cuidadores informais, sendo que quem prestava o apoio no período anterior ao SAD usufruído eram os familiares ou empregadas domésticas, bastando-se os utentes a si próprios quando ainda tinham capacidade para tal.

Pode-se averiguar ainda que o SAD influencia positivamente a qualidade de vida em todos os casos possuindo potencialidades para melhorar a nível da saúde, flexibilidade de horários, alimentação, recursos humanos e voluntariado. Assim, e de acordo com a auscultação feita, um acompanhamento especializado no domicílio ao nível da saúde poderá reverter em consequências positivas em termos de reabilitações ou da prevenção de estados de dependência. A flexibilidade de horários emerge também como uma questão a ponderar, dentro das possibilidades, com o intuito de se facilitar o usufruto dos serviços em horários desejados e adequados aos utentes. Quanto à alimentação, os aspetos relacionados com a variedade influenciam a satisfação. Por sua vez, o acréscimo dos recursos humanos é enunciado como um fator passível de contribuir diretamente para a

quantidade e qualidade dos serviços prestados, tal como o voluntariado que, a ser acrescido, iria permitir aos utentes beneficiar, por exemplo, de apoio a nível de companhia.

Na caracterização das **Ajudantes Familiares**, é possível referir que só trabalham na instituição profissionais do sexo feminino, e como atrás se indicou, as profissionais abrangidas por este estudo possuem idades compreendidas entre os 22 e os 60 anos. Relativamente ao estado civil, duas são casadas e uma é solteira. Quanto ao grau de escolaridade, uma concluiu o 4º ano e duas concluíram o 12º ano.

Ao nível das AAD que segundo Ferreira (2014) devem garantir um serviço de qualidade aos utentes e devem respeitar os direitos de privacidade e propriedade aceitando os valores de cada utente na diversidade dos contextos com que se deparam, podem-se perceber um conjunto de funções desempenhadas pelas mesmas em vários domínios.

Tendo esta investigação, como já explicitado, beneficiado da concepção de Ribeirinho (2005) que informa acerca da divisão das funções desempenhadas pelas ajudantes familiares em quatro domínios, a saber: “atenção doméstica”, “atenção pessoal”, “relação do idoso com o meio envolvente” e “apoio familiar”, realça-se através dos informes apurados que as funções enumeradas pelas ajudantes familiares integrantes do estudo corresponderam de forma global às funções referidas por esta autora. Neste sentido e de forma resumida, as ajudantes familiares desenvolvem funções enquadradas no âmbito da “atenção doméstica”, da qual fazem parte atividades como, limpeza habitacional aos espaços ocupados pelos utentes, manutenção da roupa e alimentação, podendo também em alguns casos provisionar-se o tratamento da louça e a administração de medicação.

No que concerne à “atenção pessoal” são mencionadas atividades como a higiene pessoal, o diálogo, a atenção ao conforto pessoal, os cuidados especiais, como é o caso das transferências, a atenção a ferimentos ou anomalias no corpo dos utentes, o aconselhamento e o incentivo à autonomia.

Na “relação do idoso com o meio envolvente” as ajudantes familiares encarregam-se de informar os utentes das atividades existentes, incentivando-os a participar e proporcionando-lhes o transporte tanto para essas atividades como para consultas.

Por fim, o “apoio familiar” é prestado através da transmissão de informações à família, colaboração em pedidos destes e apoio psicológico quando as famílias necessitam.

Relativamente à influência que os serviços de apoio mencionados anteriormente possuem na qualidade de vida dos utentes, apreende-se que as tarefas do foro doméstico influenciam positivamente a qualidade de vida dos idosos, pois acresce o seu conforto habitacional e conseqüentemente a felicidade e satisfação com as condições que passam a ter.

Quanto às tarefas que focalizam uma atenção pessoal ao idoso denota-se uma importância acrescida no combate à solidão destes públicos, através da companhia e do diálogo, e percebe-se a relevância da higiene pessoal para o bem-estar dos utentes.

Por sua vez, as tarefas que potenciam a relação do idoso com o meio envolvente traduzem oportunidades para que os mesmos possam participar em atividades quebrando a sua monotonia diária.

As tarefas a nível do apoio familiar favorecem a proximidade entre a família e o idoso, contribuindo para que o utente se sinta mais protegido, apoiado e despreocupado.

De todos estes domínios, foi destacada a atenção doméstica e a atenção pessoal como sendo as áreas que mais impacto têm na qualidade de vida dos utentes.

Apesar de todas as tarefas enumeradas e dos contributos visíveis que estas têm na qualidade de vida dos utentes, as ajudantes familiares reconhecem a possibilidade e necessidade de novas formas de a potenciar.

Assim, é sugerido ao nível da “atenção doméstica” que estes serviços sejam executados com mais regularidade e com mais recursos humanos, surgindo daí a possibilidade de dedicarem mais tempo a cada utente de forma a conseguirem incentivá-los a serem autónomos. Para além disso, também a existência de uma empresa especializada em limpezas que efetue uma limpeza geral e profunda afigura ser essencial no início da prestação do SAD, tal como defendem Rodríguez e Sánchez (2000) e o SEGG (1997, citado por Ribeirinho, 2005), remetendo a partir daqui as ajudantes familiares, para a realização de uma limpeza de manutenção.

Ao nível da “atenção pessoal” é sugerida a criação de uma equipa/pessoa (voluntária ou não) que proporcione companhia aos utentes no domicílio, tal como também Carvalho (2009) sugere, ou ainda a complementaridade do SAD com o Centro de Dia viabilizando uma companhia e uma ajuda mais permanente.

Quanto à “relação do idoso com o meio envolvente” é proposto que existam mais atividades direcionadas para esta população visando quebrar a monotonia, bem como a criação de uma equipa que apoie os utentes mais isolados e sozinhos em alguns assuntos mais complexos.

Relativamente ao “apoio familiar” apenas se sublinha que turnos constituídos por pares poderão beneficiar as respostas provisionadas a nível de solicitações familiares.

O apontamento relativo à importância de mais recursos humanos é indicado pelas ajudantes familiares tanto no domínio da “atenção doméstica” como no domínio do “apoio familiar” e também resulta da abordagem aos utentes, importando deste modo realçar que a componente dos recursos humanos se revela fulcral para a manutenção e incremento da qualidade de vida dos utentes. (Carvalho, 2009)

No que diz respeito à caracterização da **Assistente Social**, e como atrás se informou, a mesma possui 27 anos de idade, formação em Serviço Social e exerce funções há três anos na Instituição.

Segundo esta profissional, os princípios que norteiam a intervenção incidem no direito à autodeterminação, no respeito pela dignidade humana, no respeito pela privacidade e no incentivo à autonomia e participação, princípios estes consagrados pela FIAS e pela AIESS em Adelaide, em 2004.

Quanto aos enfoques centrais da intervenção profissional comprometida com a qualidade de vida ao nível do idoso destaca-se uma atuação que procura integrar o utente, incentivar a sua autodeterminação e colmatar as necessidades, que, como vimos anteriormente, são enfoques que vão de encontro aos objetivos do SAD enumerados por Oliveira (2007) e que estão também presentes nas quatro fases em que se divide o processo de programação e desenvolvimento do SAD proposto pela SEGG (1997, cit in Ribeirinho, 2005), sendo que o utente é integrado tanto no diagnóstico, como no desenho da intervenção/planificação, como na execução da ajuda e ainda na avaliação. O suprimento das necessidades dos utentes é o que está na base de todo o processo e a avaliação final só será positiva se essas necessidades forem colmatadas. Quanto ao incentivo à autodeterminação, deve-se ao facto de esta ser um princípio que norteia a intervenção, sendo que o objetivo do SAD passa por proporcionar aos utentes independência e não condicioná-los na toma de decisões ou repreende-los na manifestação de opiniões.

Por sua vez, ao nível da equipa e tal como enunciado pelo Despacho Normativo nº 62/99 e pelo nº 2 do artigo 8º da Portaria nº 38/2013 de 30 de janeiro, a Assistente Social/Diretora Técnica da SCMA procede à coordenação e supervisão dos profissionais, constituindo neste exercício, a motivação dos mesmos um vetor essencial da sua intervenção e que como a mesma argumenta favorece largamente o alcance da qualidade dos serviços e dos cuidados.

A nível institucional há pois uma atenção especial na política de qualidade, sendo que os objetivos do SAD tal como sublinhados por Oliveira (2007) só serão atingidos de forma eficiente e eficaz se forem regrados de uma política de qualidade consistente e que vise a satisfação dos utilizadores.

Neste sentido, atualmente o maior desafio enfrentado pelo SAD é a personalização dos serviços, pois como indica Renaud Santerre (1995, cit in Cardoso, Santos, Baptista & Clemente, 2012) o surgimento do conceito “velhos” velhos com mais de 85 anos ou a noção de quarta idade, como refere Luz (2014), implicou equacionar novas necessidades e exigências, daí a importância de serem desenvolvidos serviços heterogéneos e individualizados que vão de encontro às reais necessidades de cada utente. (Luz, 2017)

Para se perceber a importância atribuída ao SAD e Serviço Social na promoção da qualidade de vida é fulcral apurar que o contributo do SAD para esse desiderato decorre dos serviços individualizados e personalizados no domicílio, carecendo de se encarar a velhice como sendo diferenciada (Luz, 2014), ou seja, considerar cada indivíduo como único e apreender as suas especificidades, assim como as suas próprias necessidades e expectativas, havendo consequentemente necessidade de se criarem serviços individualizados e personalizados. (Luz, 2017; Carvalho, 2009)

Na opinião da Assistente Social, a qualidade de vida dos utentes pode ser incrementada através do acréscimo dos cuidados de primeira linha, da flexibilidade de horários e acrescentar serviços de saúde ao SAD. A flexibilidade de horários também é sugerida pelos utentes como um aspeto a melhorar, que vai ao encontro das suas necessidades contribuindo a par para a sua maior satisfação. De igual modo, o acréscimo dos serviços de saúde ao SAD, surge também como uma questão destacada com potencial influência na qualidade de vida dos utentes, pois estes apresentam grandes problemas de saúde e grandes dificuldades em aceder a esses serviços na comunidades, admitindo-se que o serviço “deslocado” ao domicílio facilitaria a prevenção em termos de diagnóstico assim como o tratamento e reabilitação.

Assim sendo, o desafio que se coloca ao Serviço Social surge da necessidade de se conseguir corresponder às exigências crescentes a nível da qualidade dos serviços e dos cuidados.

Conclusão

Esta investigação aborda um tema pertinente e atual, que tem merecido grande preocupação e destaque nas últimas décadas devido à evolução do índice de envelhecimento que se tem registado e ao aumento da esperança média de vida, que nem sempre é acompanhado de qualidade de vida, pois este prolongamento da vida potencia o surgimento de situações de dependência e vulnerabilidades.

As sociedades atuais enfrentam fortes desafios relacionados com o envelhecimento populacional e com as necessárias respostas a provisionar para que as pessoas vivam com as condições necessárias para manter uma qualidade de vida digna e satisfatória, admitindo-se mesmo que este é um fenómeno com o qual as sociedades não estavam habituadas a lidar, não estando conseqüentemente preparadas para lidar com as novas necessidades associadas a essa idade, como são exemplo as questões ligadas especificamente aos cuidados de saúde e ao envelhecimento com dependência.

Assim, e não obstante a notória evolução demonstrada nas respostas sociais, “ainda muito trabalho tem de ser feito” para se dar resposta às necessidades existentes, visto que importa ter em linha de conta que as necessidades mudaram e que as respostas que outrora eram adequadas, atualmente podem não ser as mais ajustadas.

Entende-se neste estudo que o conceito de dependência não foca exclusivamente as capacidades físicas, cognitivas e intelectuais, mas também a perda de rendimentos, o baixo nível de escolaridade e de participação social, a escassez de contactos familiares e de vizinhança e que a inexistência de recursos sociais e de saúde adequados contribuem para a incapacidade de viver de forma autónoma, tal como Carvalho (2009) também sublinha. Neste sentido, a qualidade de vida pode ser potenciada através do conceito de envelhecimento ativo e saudável, ou seja, proporcionando oportunidades aos idosos a nível da saúde, participação e segurança. (OMS, 2002)

O SAD é uma resposta que cada vez mais é procurada, devido à vontade expressa pelos idosos de permanecer o máximo de tempo possível nos seus domicílios e devido à incapacidade dos familiares poderem satisfazer o desejo dos seus idosos sem auxílio, pois estes trabalham e têm as suas tarefas a fazer, sendo impossível dedicarem o tempo necessário para cuidar a tempo inteiro dos mais velhos.

No geral, esta resposta ainda se centra um pouco nas atividades de subsistência como é exemplo o banho, o vestir, o comer, porém assiste-se já a um elevado esforço e um trabalho contínuo na SCMA vocacionado para dar atenção a atividades instrumentais

da vida diária como é exemplo o sair de casa, a limpeza habitacional, o apoio psicossocial, assim como o impulsionar de atividades que promovem a auto-estima e a qualidade de vida como é exemplo, o massajar e colocar creme no corpo, o cortar as unhas, o diálogo, entre outros.

O reconhecimento da velhice numa ótica diferenciada e heterogênea é fulcral, pois cada vez é mais importante perceber que cada indivíduo é único e tem as suas próprias necessidades e expectativas, sendo que também cada indivíduo percebe a qualidade de vida de forma diferente, impondo-se aqui estratégias de atuação diferentes para cada contexto.

Devido a todas estas alterações, e sendo o SAD uma resposta de caráter preventivo e reabilitador que permite ao utente a permanência no seu meio habitual de vida visando a sua autonomia, considerou-se oportuno apurar qual a perceção que os idosos têm relativa à sua qualidade de vida, bem como o papel do SAD e do Serviço Social nesse âmbito, para se poder contribuir para uma maior compreensão do âmbito e das eventuais necessidades relativas aos cuidados prestados.

Neste sentido, os resultados obtidos permitiram concluir relativamente aos elementos analíticos da qualidade de vida dos idosos que o domínio da saúde e funcionalidade é o que mais afeta negativamente a qualidade de vida, pois, apesar da memória não limitar o quotidiano, a visão e a audição exercem alguma limitação e a locomoção tem ainda mais influência nas atividades do dia-a dia, e esta realidade leva a que a maioria dos utentes auscultados possua um estado de saúde frágil que contribui para maiores níveis de dependência.

Quanto ao apoio social e participação, percebe-se que o apoio é provisionado por familiares, maioritariamente filhos(as), o que favorece a qualidade de vida, no entanto, apura-se um reduzido nível de participação em todas as atividades propostas quer pela SCMA, quer pela comunidade, devido a limitações na saúde e devido ao hábito rotineiro de os utentes permanecerem em casa, o que poderá influir em termos de um maior isolamento e surgimento de situações de depressão, afetando assim a qualidade de vida.

No que concerne aos envolventes contextuais em que os idosos estão inseridos, são realçados aspetos como, a segurança e o conforto sentidos no domicílio, porém, quer a acessibilidade da habitação quer a acessibilidade a serviços da comunidade como é o caso de serviços relacionados com a saúde, fragilizam a qualidade de vida dos idosos, pois essa inacessibilidade condiciona os utentes a nível de mobilidade e de transporte tornando-os dependentes, frequentemente de terceiros. Em alguns casos, a habitação é

ainda apontada como tendo barreiras arquitetônicas e não tendo condições estruturais, dificuldade esta que sendo ultrapassada se presume poder facilitar o bem-estar dos idosos, em larga escala.

No geral, os idosos afirmam sentir-se satisfeitos com a vida apesar de alguns fatores prejudicarem essa satisfação, e salientam como preocupações atuais capazes de influenciar a sua qualidade de vida, as que se relacionam com a deterioração da sua saúde, questões familiares e questões financeiras, devido aos baixos rendimentos auferidos. Nas preocupações futuras destacam-se as preocupações em evoluir para um estado de dependência, a possibilidade de terem de recorrer à institucionalização e preocupações familiares. Neste sentido, a principal necessidade que gostariam de ver satisfeita prende-se com a manutenção e/ou melhoria da sua saúde, adiantando que questões familiares, financeiras e relativas à própria habitação integram de igual modo o leque dessas necessidades.

A razão apontada por todos os auscultados para solicitar o SAD tem a ver com a incapacidade dos próprios e dos cuidadores informais para fazer face às necessidades apresentadas, pois eram estes que prestavam os serviços antes deste apoio e é neste sentido que a influência do SAD para a qualidade de vida dos idosos é percecionada como decisiva para a satisfação de necessidades básicas, designadamente, alimentação, limpeza do domicílio, higiene pessoal e vestuário, tendo sido sugeridas como melhorias com influência na qualidade de vida, a flexibilidade dos horários, a saúde, a alimentação, mais recursos humanos e o voluntariado.

Relativamente ao papel do SAD na qualidade de vida dos utentes conclui-se que os vários serviços prestados pelas ajudantes familiares tem um forte impacto positivo, sendo que as tarefas de “atenção doméstica” contribuem para o conforto a nível de higiene dos utentes e conseqüentemente contribuem para a sua felicidade e satisfação, tendo sido sugeridas melhorias a nível de recursos humanos, facultar os serviços mais vezes ao longo da semana e haver uma equipa especializada em limpezas.

As tarefas que focalizam uma “atenção pessoal” contribuem maioritariamente para o combate à solidão destes públicos, sendo que este domínio poderia ser incrementado com “atividades” de companhia porventura advindas de voluntários.

Por sua vez, as tarefas que potenciam a “relação do idoso com o meio envolvente” traduzem oportunidades para que os mesmos possam participar em atividades quebrando a sua monotonia diária e contribuem para que estes se sintam mais seguros e apoiados, sendo sugeridas mais atividades para potenciar a qualidade de vida dos idosos, bem como

a criação de uma equipa que trate de assuntos mais complexos dos utentes sem rede social e de suporte.

Por fim, as tarefas a nível do “apoio familiar” favorecem a proximidade entre a família e o idoso e considera-se que beneficiariam com acréscimo de recursos humanos.

De salientar que a “atenção doméstica” e a “atenção pessoal” são as áreas que aparentemente mais impacto têm na qualidade de vida desta população.

Focando o papel que o Serviço Social tem na qualidade de vida dos idosos conclui-se que o direito à autodeterminação, o respeito pela dignidade humana, o respeito pela privacidade e o incentivo à autonomia e participação são princípios que estão sempre presentes na prática da Assistente Social, sendo que os enfoques centrais da intervenção passam por integrar o idoso, incentivar a sua autodeterminação, colmatar necessidades, motivar os profissionais e reger-se pela política de qualidade. Assim, personalizar os serviços no sentido de ir ao encontro das reais necessidades de cada utente é o maior desafio apontado atualmente.

No entender da profissional auscultada, o contributo do SAD para a qualidade de vida decorre dos serviços individualizados e personalizados no domicílio, sendo que o desafio que se coloca ao Serviço Social neste âmbito surge da necessidade de se conseguir corresponder às exigências crescentes a nível da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, a qualidade de vida dos idosos do SAD da SCMA poderá ser incrementada através do acréscimo de cuidados de primeira linha, dos serviços de saúde e da flexibilidade dos horários tal como foi sugerido também pelos utentes.

Pode-se concluir a partir destes resultados que o SAD contribui de forma assertiva para a qualidade de vida dos utentes, existindo aspetos vários relativos a necessidades e a outros domínios, que importa considerar e, como ao longo deste estudo foram elencados com o intuito de corresponder às exigências crescentes destes públicos em termos da qualidade dos cuidados.

Em termos de pistas para investigação futura, seria porventura interessante abordar a qualidade de vida dos idosos que integram o SAD em contexto rural e em contexto urbano numa ótica comparada, por forma a distinguir-se, quer aspetos de vulnerabilidade associados a vivências em contextos geográficos distintos, quer as necessidades e expectativas que acompanham estes públicos à medida que envelhecem.

Para finalizar, importa referir que esta investigação foi muito enriquecedora quer a nível pessoal como profissional, e em nosso entender pode constituir um auxiliar para

a instituição incrementar o conhecimento relativamente à área do SAD e fundamentar eventuais estratégias de intervenção.

Bibliografia

- A Vida Independente – Centro de Vida Independente. (n.d.). Obtido em <http://vidaindependente.org/o-que-e-a-vida-independente/>
- Almeida, A. J. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares: Aspetos e contextos da qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Amaro, F. (2015). Conheça o mundo contemporâneo: oportunidades e incerteza. *Revista Brasileira de Ciências do Desenvolvimento Humano*, 12(3), 201-211.
- Amaro, M. I. (2012). *Urgências e Emergências do Serviço Social - Fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Andrade, A. C. (2014). *Contextos e Práticas do Serviço Social com pessoas idosas em Serviço de Apoio Domiciliário*. (Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- André, I. M. (2013). *A Solidão e a Pessoa Idosa Institucionalizada*. (Relatório de Estágio de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. I. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Azevedo, A. (1986). *As Misericórdias um polo integrador de toda a ação social*. Trabalho apresentado em As misericórdias ontem, hoje e amanhã- II Congresso Internacional das Misericórdias, Caldas da Rainha.
- Banco Alimentar. (n.d.). Obtido em <https://www.bancoalimentar.pt/>
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (1), 68-80.
- Cardoso, S., Santos, M. H., Baptista, M. I., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). *Análise Social*, 204, XLVII (3º), 606-630.
- Carvalho, D. (n.d.). (DOC) Amostragem intencional: definição e aplicações na pesquisa econômica. Obtido em

https://www.academia.edu/36850008/AMOSTRAGEM_INTENCIONAL_DEFINI%C3%87%C3%83O_E_APLICA%C3%87%C3%95ES_NA_PESQUISA_E_CON%C3%94MICA_1_INTRODU%C3%87%C3%83O

- Carvalho, M. I. (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou protecção efectiva? *Locus SOCI@L*, 67-80. Obtido em https://www.academia.edu/3843809/A_politica_de_cuidados_domiciliarios_em_instituicoes_de_solidariedade_social
- Carvalho, M. I. (2009). Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 119-133.
- Coimbra, J. A., & Brito, I. S. (1999). Qualidade de Vida do Idoso. *Revista Referência*, (3), 29-35.
- Compromisso da Irmandade da SCMA. (2015)
- Costa, M. C., & Mercadante, E. F. (2013). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(1), 206-222.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Doença de Parkinson e Demência | Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. (n.d.). Obtido em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-39-41-doenca-de-parkinson-e-demencia>
- Engenheiro, S. P. (2008). *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um estudo de caso*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira, R. S. (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, Porto.
- FIAS & AIESS. (2004). *Ética do Serviço Social: declaração de princípios*. Adelaide
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2001). EASYcare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Revista Geriatria*, (130).

- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fonseca, C. D. (1996). *História e Atualidade das Misericórdias*. Mem Martins: Editorial Inquérito.
- García et al. (2007). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- GEP/MSESS. (2014). *Carta Social - Rede de Serviços e equipamentos - Relatório 2014*. Gabinete de estratégia e planeamento.
- GEP/MSESS. (2017). *Carta Social - Rede de Serviços e equipamentos - Relatório 2017*. Gabinete de estratégia e planeamento.
- Gonçalves, C. M. (2015). *A qualidade de vida em idosos institucionalizados*. (Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Grelha, P. A. (2009). *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Guerra, I. M. (2006). *Pesquisa Qualitativa e análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso* (2nd ed.). Estoril: Principia.
- IFSW & IASSW. (2014). Definição Global da Profissão do Serviço Social. Obtido em <https://www.ifsw.org/pt/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa. INE.
- ISS. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário - oferta e custos no mercado privado*. Gabinete de Planeamento - Núcleo de Estudos e Conhecimento
- ISS. (2010). *Serviço de Apoio Domiciliário- manual de processos chave* (2nd ed.).
- Lima, T. C., Mito, R. C., & Prá, K. R. (2007). A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos & Contextos*, 6 (1), 93-104.
- Lüdke, M., & André, M. E. (1986). *Pesquisa em educação: abordagem qualitativa*. São Paulo: EPU.

- Luz, H. R. (2014). Sociologia do Envelhecimento. In M. T. Veríssimo (coord.) *Geriatrics fundamental: saber e praticar*. (pp. 65-75) Lisboa, Editora Lidel.
- Luz, H. R. (2017). *Problemas sociais complexos - wicked problems - e intermediação das organizações de economia social: Estratégias adaptativas no campo do envelhecimento ativo (EA)*. Atas do XVIII Congresso AHILA.
- Manual de Procedimentos: PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos. (n.d.)
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5th ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Martín, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C., & Cabral, F. P. (2007). *Políticas sociais para a terceira idade*. In Osório, A. R. & Pinto, F. C. (coord.). *As pessoas idosas*. Instituto Piaget.
- Neves, E. B., Krueger, E., Cióla, M. C., Costin, A. C., Chiarello, C. R. & Rosário, M. O. (2014). *Terapia Neuromotora Intensiva na Reabilitação da Atrofia Muscular Espinhal: Estudo de Caso*. *Rev Neurocienc*, 22 (1), 66-74.
- Oliveira, L. M. (2007). *Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- OMS: Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26 (2), 241-250.
- Pereira, R. J, Cotta, R. M., Franceschini, S. C., Ribeiro, R. C., Sampaio, R. F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 27-38.
- Peres, M. O. (2014). *Os idosos institucionalizados – Estudo de algumas variáveis*. (Trabalho de Projeto apresentado para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.
- Pimentel, L. G. & Albuquerque, C. P. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), 9 (2), 251-263.

- Pires, M. A. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e do grau de dependência dos idosos apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, Lisboa.
- Pordata. (2018). *Retrato de Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Power, M. e Schmidt, S. (n.d.). *Manual WHOQOL-OLD*. Organização Mundial Da Saúde.
- Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Anadia. (2016).
- Reis, B. C. (2017). Os conteúdos em análise – teorias e práticas da análise de conteúdo. In J. Feijó, *Metodologia de Investigação: experiências de pesquisa em contextos moçambicanos* (pp. 205-235). Vila Franca de Xira: Escolar Editora.
- Ribeirinho, C. M. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Lisboa.
- Ribeirinho, C. M. (2013). Serviço Social Gerontológico – Contextos e práticas profissionais. In M. Carvalho (ed.), *Serviço Social na intervenção com idosos* (pp. 177-200). Lisboa: Pactor.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santa Casa da Misericórdia de Anadia. (n.d.). Obtido em <http://www.misericordiaanadia.pt/>
- Santa Casa Misericórdia de Lisboa - Página Inicial. (n.d.). Obtido em http://www.scml.pt/pt-PT/scml/5_seculos_de_historia/seculos_xv_e_xvi/
- Santos, C. C., Albuquerque, C. P. & Almeida, H. N. (2013). *Serviço Social: Mutações e Desafios*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.

- Silva, A. R. (2010). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sousa, M. J., & Batista, C. S. (2013). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios: segundo Bolonha* (4th ed.). Lisboa: Pactor.
- Souza, D. E. (2012). *Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia.
- Stake, R. E. (2000). Case Studies. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 435-453). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Teleassistência: a ajuda imediata aos idosos. (n.d.). Obtido em <https://www.vidaativa.pt/a/teleassistencia/>
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (n.d.). *The Belmont Report Ethical - Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Appendix, Volume II. Washington.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3).
- Vala, J. (1990). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Biblioteca das Ciências do Homem: Edições Afrontamento.
- Veloso, E. (2008). *A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002*. Trabalho apresentado em VI Congresso Português De Sociologia - Mundos Sociais: Saberes E Práticas. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Vilar, M. M. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Yin, R. K. (1993). *Aplicação da pesquisa de estudo de caso*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2nd ed.). Porto Alegre: Bookman.

Legislação

- Assembleia da República, Lei Constitucional n.º 1/2005. Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12
- Assembleia da República, Lei n.º 30/2013. Diário da República n.º 88/2013, Série I de 2013-05-08
- Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21/2013, Série I de 2013-01-30
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Decreto-Lei n.º 172-A/2014. Diário da República n.º 221/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-11-14
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro. Diário da República n.º 264/1999, Série I-B de 1999-11-12

Apêndices

Apêndice 1

Tabela 1 - Sinopse das atividades desenvolvidas no estágio

Atividades	Âmbito	Instrumentos de análise/trabalho profissional	Calendarização
Integração institucional	Análise de documentação institucional facilitadora da proximidade com a realidade institucional e com a prática profissional	de Regulamento Interno do SAD da SCMA; Compromisso da Irmandade da SCMA; Formulário de inscrição; Formulário de admissão; Plano Individual de Cuidados; Mapa de Escalas	Mês de Setembro
Intervenção com utentes e com equipa de ação direta/ajudantes familiares	Visitas domiciliárias e participação em atividades de animação sociocultural, bem como acompanhamento de utentes a consultas	Processos individuais dos utentes	Mês de Outubro, Novembro e Dezembro
Intervenção profissional	Observação não participante em processos associados a inscrições/candidaturas para integração em serviços e admissões	-	Mês de Outubro, Novembro e Dezembro
	Participação na explicação do Contrato	na Contrato de Prestação de Serviços	Mês de Outubro, Novembro e Dezembro

	de Prestação de Serviços aos utentes;			
	Observação não participante reuniões com as Ajudantes Familiares e de atendimentos aos utentes e/ou familiares	-		Mês de Outubro, Novembro e Dezembro
	Colaboração no Banco Alimentar	-		Mês de Outubro, Novembro e Dezembro
Investigação	Enquadramento teórico	Revisão bibliográfica relativa a envelhecimento demográfico, qualidade de vida, políticas sociais e ao SAD		Mês de Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro
	Elaboração dos instrumentos de recolha de dados e dos Consentimentos Informados	Análise de instrumentos de avaliação da qualidade de vida; Revisão bibliográfica relativa a qualidade de vida de idosos em SAD		Mês de Outubro e Novembro
	Aplicação dos instrumentos de recolha de dados	-		Mês de Novembro e Dezembro
	Transcrição das entrevistas	-		Mês de Dezembro

Fonte: Elaboração própria

Apêndice 2

Grelha de Análise Documental

Processos Individuais dos Utentes

Indicadores de recolha/análise:

- Idade
- Sexo
- Naturalidade
- Residência (Freguesia)
- Estado Civil
- Grau de Escolaridade
- Principal Atividade Profissional desempenhada na vida ativa
- Há quanto tempo beneficia do SAD
- Rendimentos
- Agregado Familiar
- Rede Social e de Suporte
- Contexto Habitacional
- Serviços Solicitados para apoio

Apêndice 3

Diário de campo

Data de Observação: 12.09.2018

Espaço/contexto de Observação: Gabinete da Assistente Social

Unidade de Análise: Assistente Social

Descrição: Esta observação foi efetuada na primeira inscrição assistida, onde se ficou a perceber que a inscrição é feita à base da recolha de informações como idade, sexo, naturalidade, residência, estado civil, grau de escolaridade, rendimentos, agregado familiar, rede Social e de suporte, contexto habitacional e quais os serviços que pretendem solicitar para apoio. Estes dados são inseridos num instrumento próprio já existente e são solicitados alguns documentos obrigatórios para finalizar a inscrição. Consoante as vagas existentes e os critérios que o candidato reúne é possível posteriormente proceder-se à admissão.

Data de Observação: 17.09.2018

Espaço/contexto de Observação: Habitação do Utente

Unidade de Análise: Utentes

Descrição: Esta observação foi efetuada na primeira visita domiciliária que ocorreu próxima do meio dia aquando da distribuição dos almoços e verificou-se que algumas das casas dos utentes se encontram um pouco isoladas, denotando-se alguma solidão por parte dos idosos que apresentam muita vontade de falar. No entanto houve a perceção de que a distribuição de almoços tem de ser feita com alguma rapidez devido ao número crescente de utentes que aguardam a refeição para poder almoçar, o que faz com que não haja o tempo desejado para dedicar aos utentes nesta hora, havendo apenas possibilidade para confirmar que os utentes se encontram bem.

Desta observação retira-se que os utentes que apenas solicitam refeição não têm oportunidade de desabafar com as ajudantes familiares sobre as suas preocupações e/ou necessidades pois não têm mais nenhum momento com estas, acabando por, em alguns casos onde a rede de suporte é limitada, estes utentes continuarem pouco apoiados.

Data de Observação: 24.09.2018

Espaço/contexto de Observação: Habitação do Utente

Unidade de Análise: Utentes

Descrição: Esta observação foi efetuada durante as primeiras visitas domiciliárias aquando do acompanhamento das ajudantes familiares às habitações dos utentes para fazer as higiènes pessoais e de habitação e verificou-se que os utentes sentem falta de socializar e gostavam de o fazer com mais alguém que não as ajudantes familiares que já são as pessoas que os utentes vêem diariamente, havendo neste sentido uma demonstração de agrado em verem uma pessoa nova com quem podem falar. Isto leva a crer que seria importante haver uma equipa, eventualmente de voluntários, que se disponibilizassem a ir de vez em quando conversar com estes idosos.

Data de Observação: 24.09.2018

Espaço/contexto de Observação: Habitação do Utente

Unidade de Análise: Utentes

Descrição: Na observação efetuada aquando da entrega de convites para uma ida à praia verificou-se que há utentes que apresentam vontade de sair, passear e ter atividades. No entanto, quando algo é organizado só um número reduzido de utentes participa, muito devido ao estado de saúde limitado que apresentam e outros por estarem habituados à monotonia de estar em casa.

Esta observação leva a refletir se não haverá necessidade de encontrar novas estratégias e inovar nas atividades propostas para que se adequem melhor às necessidades e expetativas dos utentes.

Data de Observação: 10.10.2018

Espaço/contexto de Observação: Gabinete da Assistente Social

Unidade de Análise: Assistente Social

Descrição: Na observação efetuada aquando da admissão de um utente verificou-se que a Assistente Social apresenta um contrato já redigido onde está estabelecido os serviços que vão ser prestados, a mensalidade a pagar pelos utentes e os direitos e deveres de ambas as partes, que é assinado tanto pela instituição como pela família e/ou utente. Nessa admissão fica estabelecida a primeira visita domiciliária à casa do utente para que as ajudantes familiares comecem a prestar os serviços solicitados.

Data de Observação: 19.11.2019

Espaço/contexto de Observação: Habitação do Utente

Unidade de Análise: Utentes

Descrição: Na observação efetuada aquando da entrevista verificou-se que o utente apesar de afirmar estar bem de saúde (ou seja, bem a nível da visão, da locomoção, do estado de saúde físico) aparenta estar já muito debilitado, com necessidade de duas bengalas e ainda assim com grande desequilíbrio. É um senhor já de idade que demonstra ter uma grande vontade de passear e participar em todas as atividades que lhe são propostas e que aparenta não ter consciência das suas limitações, afirmando ser completamente autónomo e negando a necessidade de auxílio para a realização das atividades diárias. No entanto, os seus filhos descolam-se diariamente a casa deste utente para lhe prestar apoio, bem como a sua neta que é quem lhe dá banho.

Nesta observação perdura a dúvida se este utente não tem mesmo consciência das suas limitações ou apenas queria dar as “respostas corretas” às perguntas que lhe estavam a ser colocadas.

Data de Observação: 07.12.2019

Espaço/contexto de Observação: Habitação do Utente

Unidade de Análise: Utentes

Descrição: Na observação efetuada aquando da entrevista verificou-se que este utente vive numa casa sem quaisquer condições mínimas de habitabilidade, sendo que não tem água quente, não tem luz, tem fogão mas não funciona, não tem gás, tem esquentador mas também não funciona, as portas e janelas não estão em bom estado bem como o resto da habitação e apresenta um cheiro desagradável que as ajudantes familiares não conseguem extinguir apesar da limpeza habitacional feita semanalmente.

Nesta entrevista denotou-se alguma cautela por parte do utente em responder às questões sendo que pareceu que este estava com receio de alguém lhe dizer que este tinha de sair de sua casa ou algo do género.

Refletindo sobre esta observação leva a crer que este é um utente que já está de certa forma calejado com a vida e dá a entender que a sua casa é quase a única coisa que lhe resta e que é mesmo sua tendo receio de ter de a abandonar.

Apêndice 4

Consentimentos informados: Utentes; Ajudantes Familiares; Assistente Social

Consentimento informado

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com o título “Qualidade de vida da população idosa inserida no SAD da Santa Casa da Misericórdia de Anadia e intervenção do SAD e do Serviço Social”.

Esta investigação tem como objetivos perceber a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD da SCMA, bem como compreender o papel do SAD e do Serviço Social na qualidade de vida desses idosos.

Para responder aos objetivos definidos torna-se importante a colaboração dos **utentes** do SAD da SCMA.

Informo ainda que o presente estudo não resultará em nenhuma despesa ou risco, sendo as informações recolhidas utilizadas apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Após a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito / não aceito a gravação de voz da entrevista.

Assinatura:

Data

____/____/____

Consentimento informado

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com o título “Qualidade de vida da população idosa inserida no SAD da Santa Casa da Misericórdia de Anadia e intervenção do SAD e do Serviço Social”.

Esta investigação tem como objetivos perceber a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD da SCMA, bem como compreender o papel do SAD e do Serviço Social na qualidade de vida desses idosos.

Para responder aos objetivos definidos torna-se importante a colaboração das **Ajudantes Familiares** do SAD da SCMA.

Informo ainda que o presente estudo não resultará em nenhuma despesa ou risco, sendo as informações recolhidas utilizadas apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Após a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito / não aceito a gravação de voz da entrevista.

Assinatura:

Data

____/____/____

Consentimento informado

A presente entrevista enquadra-se numa investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com o título “Qualidade de vida da população idosa inserida no SAD da Santa Casa da Misericórdia de Anadia e intervenção do SAD e do Serviço Social”.

Esta investigação tem como objetivos perceber a qualidade de vida dos idosos integrados no SAD da SCMA, bem como compreender o papel do SAD e do Serviço Social na qualidade de vida desses idosos.

Para responder aos objetivos definidos torna-se importante a colaboração da **Assistente Social** responsável pelo SAD da SCMA.

Informo ainda que o presente estudo não resultará em nenhuma despesa ou risco, sendo as informações recolhidas utilizadas apenas para fins académicos, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Após a leitura das informações acima referidas declaro que aceito participar nesta pesquisa.

Declaro também que aceito / não aceito a gravação de voz da entrevista.

Assinatura:

Data

____/____/____

Apêndice 5

Guião da entrevista semiestruturada aos utentes

I – Elementos sociodemográficos

Idade: _____

Sexo: _____

Naturalidade: _____

Residência (Freguesia): _____

Estado Civil: _____

Grau de Escolaridade: _____

Principal Atividade Profissional desempenhada na vida ativa: _____

Há quanto tempo beneficia do SAD: _____

Rendimentos

- Pensão ____
- Pensão Social ____
- Outra ____ Qual? _____

Avaliação das fontes de rendimento para a satisfação das suas necessidades:

Agregado Familiar

	Parentesco	Idade	Profissão
1)			
2)			
3)			
4)			

Rede Social e de Suporte

Suporte Familiar	Suporte de Vizinhos / Amigos
Diário ____	Diário ____
Semanal ____	Semanal ____
Pontual ____	Pontual ____
Inexistente ____	Inexistente ____
Observações:	

Contexto Habitacional

Regime Habitacional	Condições Habitacionais	
	Dispõe de:	Estado de conservação
Casa própria ____	Água canalizada ____	Bom estado ____
Casa de familiar ____	Rede energia ____	Degradada ____
Casa arrendada ____	Gás ____	Barreiras arquitetónicas: Interiores ____ Exteriores ____
Casa cedida ____	Aquecimento ____	
Casa partilhada ____	Fogão ____	
Casa isolada ____	Frigorífico ____	Observações:
	Esquentador ____	
	Máq. Lavar Roupa ____	
	Máq. Lavar Louça ____	
	TV ____	
	Telefone ____	
	Outros ____	

Serviços Solicitados para apoio

	Caráter Periódico	
	Dias úteis	Todos os dias
Alimentação		
Apoio na refeição		
Cuidados de Higiene		
Higiene da Habitação		

Tratamento de Roupas		
Cuidados de Saúde / Reabilitação		
Apoio Psicossocial		
Acompanhamento ao Exterior / Transporte		
Atividades de animação / Socialização		

II – Elementos analíticos da Qualidade de Vida:

- 1- Possui algum problema de saúde e /ou dificuldade de memória que perturbe a sua vida diária? (a nível visual, motor, auditivo ou outro)
- 2- Como considera o seu estado de saúde físico de uma maneira geral? (Bom, Razoável, Frágil, ...)
- 3- Consegue realizar as atividades quotidianas autonomamente ou necessita de auxílio?
- 4- Quais são as suas maiores preocupações atuais e futuras? (Saúde, apoio familiar, ...)
- 5- Sente-se uma pessoa apoiada (por familiares ou amigos) para aquilo que precisa?
- 6- Costuma participar em atividades propostas pela SCMA? E em outras atividades?
- 7- Considera que o seu domicílio lhe proporciona uma vida com qualidade? A que níveis? (conforto, segurança, ...)
- 8- Quais considera serem os serviços da comunidade importantes para si e que pode beneficiar sem dificuldade caso precise? (hospital, transporte público, ...)
- 9- Considera-se uma pessoa satisfeita com a vida? Porquê?
- 10- Que necessidades considera que podem ser colmatadas para contribuir para a sua Qualidade de Vida?

III – Componente institucional e Qualidade de Vida

- 11- Quais as razões pela qual foi solicitado o SAD?
- 12- Antes de ter o apoio domiciliário quem lhe prestava os serviços? De que forma?
- 13- Considera que o SAD influencia a sua Qualidade de Vida?
- 14- Considera que o SAD pode melhorar a sua Qualidade de Vida? O que poderia fazer a esse respeito?

Apêndice 6

Guião da entrevista semiestruturada às ajudantes familiares

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Grau de escolaridade: _____

Formação específica possuída: _____

Tempo de exercício da profissão: _____

1. No desempenho da sua atividade que tarefas desenvolve no âmbito da “atenção doméstica” ao idoso? (ajuda na confeção de refeições, tratamento de roupa, limpeza da casa, etc...)
Como influenciam estas tarefas na qualidade de vida dos utentes?
Como potenciar (melhorar) a qualidade de vida a este nível?
2. No desempenho da sua atividade que tarefas desenvolve no âmbito da “atenção pessoal” ao idoso? (companhia, conversação e escuta ativa, passeios, apoio na higiene e conforto pessoal, cuidados especiais como transferências, etc...)
Como influenciam estas tarefas na qualidade de vida dos utentes?
Como potenciar (melhorar) a qualidade de vida a este nível?
3. No desempenho da sua atividade que tarefas desenvolve concernentes à “relação do idoso com o seu meio envolvente”? (acompanhar os idosos ao exterior para passeios e/ou consultas, incentivar a participação nas atividades da SCMA, etc...)
Como influenciam estas tarefas na qualidade de vida dos utentes?
Como potenciar (melhorar) a qualidade de vida a este nível?
4. No desempenho da sua atividade que tarefas desenvolve no âmbito do “apoio familiar”? (transmitir informações dos serviços, colaborar em pedidos da família, etc...)
Como influenciam estas tarefas na qualidade de vida dos utentes?
Como potenciar (melhorar) a qualidade de vida a este nível?
5. No geral, considera que a qualidade de vida dos utentes melhorou com os serviços prestados? Se sim, quais as principais áreas?

Apêndice 7

Guião da entrevista semiestruturada à Assistente Social

Idade: _____

Sexo: _____

Formação: _____

Cargo: _____

Tempo de exercício no cargo: _____

- 1- Como percebe o contributo do SAD para a Qualidade de Vida dos idosos?
- 2- Quais considera serem os desafios que se colocam ao SAD no presente (perfis dos idosos, estado habitacional, ect...)?
- 3- Considera que existe potencial para incrementar a Qualidade de Vida dos idosos em SAD a partir da prestação de cuidados? (áreas a descobrir, melhorias a nível de horários, etc...)
- 4- Quais os objetivos e princípios que norteiam a intervenção profissional na resposta do SAD?
- 5- Quais considera serem os enfoques centrais da intervenção profissional comprometida com a Qualidade de Vida dos idosos (a nível do idoso: integrar o idoso, autonomia, participação, ...; da equipa prestadora de cuidados: coordenar e supervisionar os profissionais, comunicação, transmissão da missão, incentivar e proporcionar formação, ...; da instituição: ter recursos, política de qualidade, disseminar a importância do serviço, ...)?
- 6- Quais considera serem os maiores desafios com que se depara o Serviço Social para promover a Qualidade de Vida dos idosos a partir da qualidade dos cuidados?

Apêndice 8

Tabela 4 - Análise das entrevistas aos utentes - Elementos analíticos da Qualidade de Vida

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração /nº ocorrências
Saúde e funcionalidade	Saúde mental/Memória	Não limitadora do quotidiano	<p>“(…) graças a Deus a minha memória ainda regula” (U1)</p> <p>“Da minha memória estou bem.” (U2)</p> <p>“problemas de saúde sim. De memória não” (U4)</p> <p>“De memória não, ainda me lembro de tudo.” (U5)</p> <p>“graças a Deus por enquanto a memória está boa” (U6)</p> <p>“Mas a cabeça, felizmente, ainda está boa.” (U7)</p> <p>“Eu nunca tive dificuldade de memória” (U8)</p> <p>“Perturbação de memória felizmente não tenho” (U10)</p>	8
		Dificuldades de memória	<p>“A memória não está muito boa porque já estou muito esquecido.” (U3)</p> <p>“A memória está assim pouca, lembro-me mais do passado do que do presente.” (U9)</p>	2
	Sentido da Visão	Não limitadora do quotidiano	<p>“Também leio” (U1)</p> <p>“A nível visual, eu uso óculos” (U4)</p> <p>“À visão eu fui ao especialista e tinha uma catarata mas ainda estava pequena e ele disse que não valia a pena estar a ser operado logo e já estou à espera há 5 anos.</p>	4

			<p><i>Mas com os óculos vejo bem, às vezes vejo melhor sem eles a ver a televisão.” (U7)</i></p> <p><i>“Na visão, infelizmente só tenho uma vista, mas vejo bem dela.” (U10)</i></p>	
	Dificuldades visuais		<p><i>“(…) a ver mal, tanto que vou daqui a uns dias ser operada às cataratas” (U2)</i></p> <p><i>“Está muito mal, já fiz uma série de operações aos olhos mas não vejo quase nada.” (U3)</i></p> <p><i>“Da visão eu ando agora a ver muito mal. Já fui operada a uma catarata e desta vista estou cega dela (...) Mas com os óculos vou vendo alguma coisita.” (U5)</i></p> <p><i>“Na visão tenho duas lentes, uma em cada olho (...) mas o esquerdo anda sempre a chorar” (U6)</i></p> <p><i>“Mal, estou quase cega. Esta já tem glaucoma, se fecho assim, já não vejo, vejo aquela sombra. E esta está com a catarata muito grande, já fui para ir a uma consulta ali, mas não me consultaram, vieram os bombeiros e tudo para me levar e já não consultavam. (...) E fico cega, porque cada dia que passa está pior” (U8)</i></p> <p><i>“A nível da visão tenho visto sempre bem mas agora está assim um bocadinho” (U9)</i></p>	6
	Locomoção	Não limitador do	<p><i>“Nem andar nem nada, agarro-me e vou agarrado e lá vou até ao quintal quando está tempo bom.” (U1)</i></p>	1

	quotidian o			
	Dificuldas motoras	<p>“Tenho artroses nos joelhos” (U2)</p> <p>“Ando mal, ando com muita dificuldade até tenho umas pernas ali (andarilho).” (U3)</p> <p>“De saúde tenho uma atrofia muscular espinal que faz com que eu tenha pouca força em todos os membros, particularmente nos membros inferiores” (U4)</p> <p>“Andar é que me custa. Tenho de andar agarrada à bengala por causa das artroses. E fui operada a esta anca, fui operada a este joelho que não dobra (...) Sofro muito das pernas, é tudo nos ossos e nos joelhos e tudo.” (U5)</p> <p>“fui operada aos joelhos, tenho uma prótese em cada joelho.” (U6)</p> <p>“Eu tive um AVC há 20 anos que me afetou um bocadinho, quer dizer um bocadão, a perna direita e o braço direito” (U7)</p> <p>“Ui, nada. Esta perna nada, e esta desde que me deu o ataque que anda sempre mal.” (U8)</p> <p>“Dificuldade tenho em andar, o Parkinson” (U9)</p> <p>“Andar já se anda com um bocadinho de dificuldade, mas ainda vai dando para andar felizmente.” (U10)</p>	9	
	Audição	Não limitador do	<p>“Ouço bem, muito bem” (U1)</p> <p>“a nível da audição, eu ouço bem” (U4)</p>	4

		quotidian o	<p>“Ouço muito bem graças a Deus” (U9)</p> <p>“Também ouço bem, graças a Deus.” (U10)</p>	
		Dificulda des auditivas	<p>“(…) comecei a ouvir mal (…)” (U2)</p> <p>“Mal, só ouço de um ouvido.” (U3)</p> <p>“Da audição, no outro dia limpavam-me os ouvidos todos que eu não ouvia nadinha (…) mas agora já ouço melhor.” (U5)</p> <p>“Também estou muito surda e já fiz várias limpezas, mas precisa de um aparelho.” (U6)</p> <p>“Está a ficar fraco. Veio cá agora uma técnica para me fazer um exame mas não consegui porque eu tinha muita cera nos ouvidos e era preciso fazer uma lavagem (…) Mas eu ouço mais ou menos.” (U7)</p> <p>“Estou mouca, mouca. Estou a ficar cada vez mais mouca.” (U8)</p>	6
	Saúde física	Estado de saúde físico bom	<p>“Bom, então pois graças a Deus não me dói nada e são 92” (U1)</p>	1
		Estado de saúde físico razoável	<p>“Eu desejava mais, queria melhor, mas o Senhor ensinou-nos que “tudo vos é lido mas nem tudo vos convém fazer” (…) Há quem esteja pior do que eu por isso é razoável.” (U2)</p> <p>“Razoável, tendo em conta as minhas limitações, visto que estou limitado a esta cadeira.” (U4)</p> <p>“Está péssimo. Mas eu tenho dito e digo, que há gente que está pior do que eu. E eu, graças a Deus ainda</p>	4

			<p><i>ando sozinha, só dependo dos outros para me fazer a higiene. Por isso o meu estado físico é razoável.” (U6)</i></p> <p><i>“Eu não me encontro muito em baixo, mas também não está muito bom. (...) sofro muito da coluna” (U10)</i></p>	
		Estado de saúde físico frágil	<p><i>“É frágil porque eu não ando bem, não vejo bem, tenho este problema nos pulmões” (U3)</i></p> <p><i>“Vou andando, com alguma dificuldade mas vou andando. Já é um bocado frágil.” (U5)</i></p> <p><i>“Está um bocadinho já para o frágil. Ando de moleta já alguns anos. E para além do problema que tive do AVC, fiquei aqui com uma artrose que não me deixa andar sem a moleta porque me vou abaixo.” (U7)</i></p> <p><i>“Está muito mal. Frágil, frágil, frágil, estou sempre na cadeira de rodas.” (U8)</i></p> <p><i>“Não está bom não. Nem as pernas nem a cabeça. Principalmente as pernas, não posso sair daqui para fora, só se me levarem. Eu ainda vou, dou uns passos por aí, mas de repente posso cair. Não posso andar sozinha” (U9)</i></p>	5
	Autonomia	Autónomo	<p><i>“(…) eu não preciso de ajuda ”, “faço tudo cá em casa” (U1)</i></p> <p><i>“Visto-me, lavo-me, tomo banho, como sem ser preciso ajuda, às vezes com um bocadito de dificuldade mas ainda faço. E a alimentação vem já feita lá do lar.” (U7)</i></p>	3

			<p>“ainda viajo sozinho (...) eu lavo-me e eu praticamente faço tudo. Claro que há coisas que me custam muito mais a fazer do que outras, por exemplo a comida.” (U10)</p>	
		Semi-autónomo	<p>“eu vou fazendo as minhas coisitas (...) preciso (de ajuda no banho) porque eu não posso pôr as pernas para dentro, eu tenho que pôr uma almofada para conseguir ir para a banheira, porque o meu filho tem polibã lá em cima mas eu não posso subir as escadas e esta cá de baixo é de banheira” (U2)</p> <p>“sou autónomo a comer e a fazer as minhas necessidades, porque tomar banho e essas coisas todas, como sabe, tem de ser a Santa Casa.” (U3)</p> <p>“as minhas filhas vêm-me limpar a casa, a roupa eu meto-a a lavar na máquina e às vezes as vizinhas estendem-ma e assim. Outras vezes a minha filha vem aí e leva-me a roupa”; “Para tomar banho preciso das senhoras da Santa Casa e para me vestir também, elas vestem-me e a minha filha à noite vem e tira-me a roupa e é sempre assim.” (U5)</p> <p>“Muitas vezes eu faço sozinho mas muitas vezes tenho que vir deitar-me e não posso fazer nada. (...) Tomar banho só, de resto consigo fazer tudo sozinha.” (U6)</p> <p>“Não, elas (ajudantes familiares) fazem-me tudo. Não me equilíbrio para fazer nada. Enquanto eu podia de bengala, fiz, depois com o</p>	5

			<p><i>andarilho também fiz, mas agora ele é muito pesado e eu não tenho força para andar com ele (...) Como pela minha mão, é só o que faço. E vestir-me, visto-me também.” (U8)</i></p>	
		Dependente	<p><i>“(...) totalmente dependente em termos da minha higiene, da minha alimentação, para vestir, para despir.”; “Fazer compras fora de casa eu consigo ir sozinho até uma certa limitação de peso dos artigos”; “permite-me ser semi-autónomo com a ajuda da X na alimentação, porque também criámos as condições na cozinha para tentarmos sê-lo”; “faço o meu trabalho a partir de casa”; “é sempre complicado estar dependente do horário de terceiras pessoas, porque há dias em que, por exemplo te queres levantar de manhã mas já sabes que te tens de levantar àquela hora, porque estou totalmente dependente de terceiros para fazer as transferências, ou seja, eu tenho que me levantar às horas que o apoio domiciliário quer ou pode, tenho de ir para a cama dentro do horário em que eles operam e isso é muito constrangedor em termos de vida social, de vida profissional (...) No banho e nas transferências estou totalmente dependente” (U4)</i></p> <p><i>“Sozinha não. Eu dantes fazia tudo mas agora já não porque de repente caiu. Preciso sempre de auxílio, já</i></p>	2

			<p><i>dei ali fora uma queda por ir buscar uma lenhita e ia rachando a cabeça. Preciso de ajuda para tomar banho, para acender o lume, para andar tenho o andarilho. Só comer é que como sozinha.” (U9)</i></p>	
<p>Apoio social e participação</p>	<p>Relações de proximidade e de apoio</p>	<p>Apoio de familiares</p>	<p>“Muito, muito, muito, pelos meus filhos e pelos meus netos. A minha neta é uma joia, vem cá a casa dar-me o banho todos os sábados (...) Vêm-me cá trazer o comer ao meio dia, à noite é cada um dos filhos que está a tomar conta de mim que traz uma comidita e eu como” (U1)</p> <p>“Sinto-me apoiada, primeiro pelos meus filhos e netos que gostam muito de mim e eu gosto muito deles e delas porque são todos muito bons para mim. E depois também preciso das meninas do lar porque os meus filhos também têm os seus problemas, e as suas doenças”;</p> <p>“Sinto-me bem aqui porque sei que o meu filho me ajuda muito e é muito meigo para comigo. O meu filho faz-me companhia” (U2)</p> <p>“Pelo meu filho sim e pela minha filha mais nova também. A minha filha mais velha vem e lava a louça e faz as limpezas, e dá-me o apoio possível, mas tem um feitio muito especial e portanto, aquilo que a menina está aqui agora a fazer ela não faz, não vem cá saber se eu estou vivo ou se estou morto.” (U3)</p> <p>“Sinto-me apoiada pelas minhas filhas. Elas dão-me muito carinho e</p>	<p>8</p>

		<p>tudo, mesmo as minhas netas e tudo. (...) São muito minhas amigas.”; “ (...) (a vizinha) ela costuma cá vir ver como eu estou” (U5)</p> <p>“Sim. Sinto-me apoiada pelo meu marido, ele não me pode apoiar mais, senão apoiava. Os meus sobrinhos apoiam-me de vez em quando, às vezes vêm-me trazer lenha outras vezes vêm-me limpar aqui este caminho e vão comigo onde eu preciso.” (U6)</p> <p>“Sim, sou. Pelos filhos que estão cá e pela neta. E tenho o filho mais velho em Espanha que ainda há pouco tempo cá esteve.” (U7)</p> <p>“Eu sinto-me apoiada. Eu tenho o apoio de toda a gente e não tenho o apoio de ninguém. Apoiam no que podem” (U9)</p> <p>“Felizmente, até ver, nisso não me faltam. Quer dizer, tanto com os meus filhos como com a comunidade em geral não me sinto desprezado.” (U10)</p>	
Poucas relações de apoio	<p>“Não de todo, tirando a X que me apoia. (...) A X ajuda-me a virar durante a noite, porque se eu não tivesse a X não conseguia virar-me durante a noite porque o Apoio Domiciliário não faz serviço a partir da 10h da noite” (U4)</p> <p>“De acordo ao que eles (sobrinhos) podem. Porque há uns que ainda andam às vezes pior que eu. (...) Eu sinto-me apoiada porque gosto de estar aqui fechada. Elas dizem: “Ai</p>	2	

			<i>está sozinha, está sozinha” mas enquanto eu não tiver dores estou bem, não me mexo para lado nenhum para não cair, estou aqui sossegada e eu chamo todos os dias, não são eles para mim, sou eu para eles porque eles disseram que devia ser eu a chamar e não eles” (U8)</i>	
Participação em atividades propostas pela SCMA	Forte participação	<p><i>“Vou sempre, ainda agora na outra semana fui lá ao teatro, muito bonito” (U1)</i></p> <p><i>“Se houver qualquer coisa, vou sempre. Não me meto fora desses programas.” (U10)</i></p>	2	
	Fraca participação	<p><i>“Não, nisso eu não vou. Eu gosto de estar em casa.” (U2)</i></p> <p><i>“Não, não posso por causa da visão, da mobilidade, não posso fazer nada disso.” (U3)</i></p> <p><i>“Não, porque até agora, por exemplo a nível de transporte eles não tinham sequer uma carrinha de apoio para transporte, ou seja, se eu quisesse ir a um evento que fosse fora da Santa Casa, eu não tinha transporte porque eles não tinham uma carrinha preparada de apoio para transportar pessoas de cadeira de rodas elétrica.” (U4)</i></p> <p><i>“Fui noutra dia lá áquilo do comer. Só fui uma vez, agora no outro dia. Aos fins de semana não posso porque estou em casa das filhas. E passeios também não posso ir porque já não estou em condições, porque não posso andar muito bem.” (U5)</i></p>	8	

			<p>“Não porque o meu marido muitas vezes não quer.” (U6)</p> <p>“Não porque como tenho esta dificuldade em andar prefiro não ir. Sinto-me bem aqui. Tenho tudo já aqui encaminhado” (U7)</p> <p>“Não.” (U8)</p> <p>“Não. A minha cabeça nunca foi de barulho” (U9)</p>	
Participação em atividades da comunidade	Forte participação	<p>“Sim, de vez em quando fazemos atividades por Anadia principalmente, ou então quando vamos sair com amigos, porque temos amigos que nos podem conduzir às vezes, dependentemente sempre dos horários deles.” (U4)</p> <p>“Eu normalmente já fui em muita excursão, porque gosto de ver e analisar o que se passa porque a gente aqui não aprende nada. Normalmente vem um senhor organizar as excursões e eu participo muito, já fui a Espanha, pronto vou. É uma coisa que eu gosto muito, é passear um pouco.” (U10)</p>	2	
	Fraca participação	<p>“Não. Só da Santa Casa” (U1)</p> <p>“Não. Nem a minha cabeça dá para isso, (...) o barulho dá-me cabo da cabeça.” (U2)</p> <p>“Também não. (...) Eu gostava de participar, mas não posso.” (U3)</p> <p>“Não, nunca vou.” (U5)</p> <p>“Não, costumo ficar sempre em casa.” (U6)</p> <p>“Não, já não.” (U7)</p>	8	

			<p><i>“Nada. Agora estou morta aqui.” (U8)</i></p> <p><i>“Não, aqui não há nada. Costumo estar mais por casa.” (U9)</i></p>	
<p>Envoltentes contextuais (ex: meio ambiente e meio físico) em que os utentes estão inseridos</p>	<p>Espaço habitacional</p>	<p>Segurança no domicílio</p>	<p><i>“Tenho segurança.” (U1)</i></p> <p><i>“O meu filho faz-me companhia” (U2)</i></p> <p><i>“(…) é segura” (U3)</i></p> <p><i>“Temos um nível de segurança médio” (U4)</i></p> <p><i>“Eu tenho impressão que sim. Só se vier algum temporal que a deite abaixo.” (U5)</i></p> <p><i>“É. E é a minha casa” (U6)</i></p> <p><i>“Às vezes pode-nos cair em cima por causa de terremotos, mas apesar de ter uns anos está em bom estado.” (U7)</i></p> <p><i>“as casas são seguras até que o destino quer.” (U8)</i></p> <p><i>“Até à data tem tido segurança.” (U9)</i></p> <p><i>“é segura” (U10)</i></p>	<p>10</p>
		<p>Conforto no domicílio</p>	<p><i>“É confortável e quentinha.” (U1)</i></p> <p><i>“A casa é confortável e só tem uma coisa, é que a cama é muito baixinha e eu não posso fazê-la” (U2)</i></p> <p><i>“É confortável” (U3)</i></p> <p><i>“Sim. Até ver não falta nada daquilo que eu preciso, é confortável.” (U7)</i></p> <p><i>“É muito confortável a minha casa. É fria, mas é normal como noutras casas quaisquer.” (U8)</i></p> <p><i>“Mais ou menos, vamos indo. Há aqui silêncio, não há aqui barulho. É uma coisa que é boa.” (U9)</i></p> <p><i>“é confortável” (U10)</i></p>	<p>7</p>

		Limitações do domicílio	<p>“Não está perfeita ainda como eu quero, falta-me uma grua para ajudar nas passagens da cama para a cadeira, da cadeira para a cama.” (U4)</p> <p>“Chovia aqui dentro e chovia acolá no quarto, agora mandei arranjar o telhado porque disseram que era umas telhas partidas” (U5)</p>	2
		Fácil acessibilidade à habitação	<p>“(…) é acessível porque é plano. Tive esse cuidado de deixar tudo pronto.” (U3)</p> <p>– “Sim, a nível de deslocação, sinto-me autónomo na casa porque é plana.” (U4)</p> <p>“É, e para mim até é bom porque ao menos não tem degraus, e se eu quiser ir lá fora à rua vou sem ter de subir escadas ou descer. E dentro de casa é a mesma coisa.” (U7)</p>	3
		Acessibilidade à habitação limitada	<p>“É plano, só tem um degrauzito, e mesmo a entrada tem só aqueles 3 degraus, mas eu não os posso descer porque eu tenho medo de cair para a frente.” (U2)</p> <p>“Oh, tenho de me agarrar ao barão para subir as escadas.” (U5)</p> <p>“Só as escadas é que me matam, mas eu prefiro ir por dentro do que por fora que também tem más condições.” (U6)</p> <p>“Só há as escadas que atrapalham por causa da cadeira de rodas, mas também nem todos podem ter tudo. Quando é preciso vêm cá os bombeiros para me levarem para baixo.” (U8)</p>	5

			<p>“A escada é um pouco mais complicado. Eu agora ainda a subo com o auxílio de um pau ou da moleta eu subo, mas se fosse plano era melhor.”; “Esta casa se estivesse noutra sítio... mas não está, está aqui. (...) Por um lado é bom mas por outro lado é mau. (...) Porque a gente se agrega a ter uma coisa qualquer de repente está um bocado isolada. O marido agora ainda conduz, ainda leva o carro e ainda conduz se for preciso, mas de repente se acontece alguma coisa, só recorrendo aos bombeiros.” (U9)</p>	
Serviços da comunidade com fácil acesso	Facilidade em ir a qualquer serviço	<p>“Eu felizmente não tenho problemas nenhuns em ir a lado nenhum. Vou à farmácia, vou aos correios, vou onde é preciso.” (U10)</p>	1	
	Facilidade em ir a serviços relacionados com a saúde	<p>“Não, eu sinto-me bem aqui. Ao médico, a minha filha vem e leva-me” (U2)</p> <p>“O hospital de Anadia, o hospital de Coimbra (...) Vou com a carrinha da Misericórdia, pagando.” (U3)</p> <p>“E para ir ao médico é a minha filha X que me leva, ainda aqui há dias me levou para ir tomar a vacina, levou-me para fazer umas análises e quando eu andava na fisioterapia ia nos bombeiros.” (U5)</p>	3	
	Facilidade em ir a serviços ligados à religião	<p>“Para a igreja tenho uma moça que me leva todos os Domingos” (U6)</p>	1	

		<p>Dificuldades em ir a qualquer serviço</p>	<p>“Não costumo sair daqui.” (U1)</p> <p>“As idas ao médico eu tenho de ir de cadeira, ou seja, se estiver a chover eu não vou mas se estiver bom tempo eu posso ir. O sistema de transporte de Anadia eu ainda não testei, mas lá está, é sempre complicado porque se eu tiver de ir daqui até à próxima paragem eu quase que chego até ao hospital. (...) A Santa Casa segundo sei, cobra um serviço ainda extra se tiver de levar-me ao médico.” (U4)</p> <p>“Eu tenho dificuldade em ir a Anadia porque tenho que falar a um carro de praça porque não posso ir lá a pé. (...) Ao médico, ao centro de saúde, à farmácia, outras vezes é receber o meu pré ou pagar alguma coisa nos correios.” (U6)</p> <p>“Eu consigo ir se me levarem, mas se for preciso ir ao centro de saúde eu sou bom entendido. E à clínica também costumo ir. Mas à farmácia e assim é a minha filha ou a minha neta que tratam.</p> <p>Também andei 18 anos na fisioterapia em Águeda e foi o que me valeu se não já estava de cama, mas a burocracia deixou de me pagar o transporte e ir daqui para Águeda pagar um táxi fica caro, ou ir a minha filha é chato porque tinha de estar sempre a fechar a loja, e é sempre um problema, então prefiro fazer a ginástica aqui em casa nesta bicicleta.” (U7)</p>	<p>6</p>
--	--	--	--	----------

			<p><i>“Eu não posso ir lá fora para nada. Preciso sempre dos bombeiros, eu nem à varanda posso ir por exemplo, porque tem um altozito para sair e não posso ir sozinha.”</i></p> <p>(U8)</p> <p><i>“Não posso ir a banda nenhuma sem ter ajuda. Se precisar de ir tem de ser o marido a levar-me a Anadia, por exemplo à farmácia, ao centro de saúde, ao supermercado, cortar o cabelo de vez em quando. (...) Agora vem aí uma carreira uma vez por semana, mas é a carreira da Câmara, dos miúdos da escola, mas leva as pessoas que não tenham transporte”</i> (U9)</p>	
Geral	Satisfação com a vida	Satisfeito	<p><i>“Em certo sentido sim. (...) tenho 92 anos já. E graças a Deus ainda estou vivo e tenho cabeça”</i> (U1)</p> <p><i>“Tenho a alegria do Senhor no meu coração. Essa é a alegria maior que Ele me dá, estar na presença Dele e na presença dos meus filhos.”</i> (U2)</p> <p><i>“Olhe, há quem esteja pior, e há quem tenha passado pior. Eu passei muitas, muitas, muitas, e trabalhei muito, muito, muito, tanto a nível de trabalho para ganhar dinheiro como a fazer coisas para mim. Agora olhe, quanto mal, sempre assim. (...) Sinto-me satisfeita com o que Deus me deu, dou graças a Deus. Para quê desejar o que não posso? Nunca desejei mais que a conta.”</i> (U8)</p>	4

			<p><i>“Eu até ver considero, porque tenho tido, ou tive problemas e felizmente resolvi tudo sem problema.” (U10)</i></p>	
		Semi satisfeito	<p><i>“Eu nunca fui uma pessoa satisfeita. Eu acho que a satisfação nunca é plena. Sinto-me satisfeito por já ter conseguido muito devido às minhas limitações, mas é óbvio que não me sinto plenamente satisfeito porque ainda há muito para lutar, há muito para fazer e o meu objetivo de vida é conhecer outras culturas, é viajar e nesse sentido é mais uma limitação muito grande. (...) procuro sempre mais e sempre melhor, para também sempre evoluir pessoalmente.” (U4)</i></p> <p><i>“Tenho que estar satisfeita. (...) O meu marido fez-me muita falta, era a minha companhia e agora vejo-me sozinha. E eu penso muito nisso, eu gostava muito dele e ele era muito meu amigo. (...) Quando era nova ia Anadia e vinha e pé, e ia de bicicleta e nada me doía. As quedas deram conta de mim.” (U5)</i></p> <p><i>“Eu sinto-me satisfeita, o que é que eu hei de fazer? A gente tem de aceitar a vida que temos.” (U6)</i></p> <p><i>“a gente chega a pontos que já não liga, vive-se o dia-a-dia e se não tivermos dores já é bom. Mas antes era satisfeito, antes de ter o AVC e antes de ficar viúvo. Agora sinto-me bem, de manhã está tudo programado, depois se me apetecer dormir, durmo.” (U7)</i></p>	5

			<i>“Olhe estou assim. Nem muito bem nem muito mal. Não posso dizer que estou mal satisfeita com a vida, mas gostava de estar melhor.” (U9)</i>	
		Insatisfeito	<i>“Porque não, precisava de ser mais autónomo do que o que sou e ter mais saúde e dinheiro.” (U3)</i>	1
	Preocupações atuais	Velhice	<i>“É a idade (...) Agora a única coisa que me preocupa é a velhice” (U1)</i> <i>“A única preocupação é estar a caminhar para a velhice.” (U10)</i>	2
		Família	<i>“Preocupo-me quando os filhos estão doentes e os netos, olhe preocupo-me com a família.” (U2)</i> <i>“Tenho a preocupação da minha mulher não poder dar-me assistência”; “Tenho a preocupação de a minha filha mais velha não se dar lá muito bem comigo” (U3)</i> <i>“Preocupo-me com meus sobrinhos, com o meu marido” (U6)</i> <i>“Preocupo-me porque não tenho cá filho nenhum não tenho cá ninguém da família, quer dizer tenho as minhas irmãs, mas os filhos está tudo lá fora, filhos e netos. Preocupa-me eles estarem tão longe e eles não me podem ajudar a mim e nem eu a eles.” (U9)</i>	4
		Saúde	<i>“É não ter saúde.” (U3)</i> <i>“com a minha saúde que cada vez é pior.” (U6)</i> <i>“É não poder andar sem ter dificuldades (...) e sem medo de cair” (U7)</i> <i>“A minha preocupação é não ter dores, porque tenho muitas, muitas</i>	5

			vezes. <i>E é estar aqui tranquila e não sentir barulhos</i> ” (U8) “ <i>E preocupa-me eu querer andar e não poder.</i> ” (U9)	
		Questões financeiras	“ <i>Aspetos financeiros (...) porque se eu não tiver dinheiro eu não posso pagar a terceiros</i> ” (U4) “ <i>O que mais me preocupa é não receber o dinheiro do meu homem para pagar a quem devo.</i> ” (U5) “ <i>Preocupo-me quando não tenho dinheiro para a medicina, para as cuecas, para os resguardos, que é muito dinheiro por mês</i> ” (U8)	3
		Questões sociais	“ <i>preocupa-me que hajam pessoas que não possam ter a vida que desejam ter, limitadas pela falta de legislação adequada para pessoas com a minha situação</i> ” (U4)	1
	Preocupações futuras	Sem preocupações futuras	“ <i>(...) graças a Deus não me preocupo muito</i> ” (U1)	1
		Preocupações em deixar familiares	“ <i>(...) só me preocupa deixar os meus filhos.</i> ” (U2) “ <i>preocupa-me muito o futuro da X</i> ” (U4)	2
		Preocupações em ser institucionalizado	“ <i>(...) é um dia ter de ir para uma instituição porque não existe ainda uma “Vida Independente” a funcionar em Portugal.</i> ” (U4) “ <i>É isso e ir para um lar, não gosto. Não gosto de estar com muita gente, metida no meio de muita gente, de muita falaria.</i> ” (U8)	2
		Ficar dependent	“ <i>Só me preocupa se me dá alguma coisa que eu fique acamada e não</i>	5

		e e/ou sofrer	<p><i>ter quem trate de mim porque as minhas filhas estão empregadas.”</i> (U5)</p> <p><i>“Eu querer fazer as coisas e não poder e tenho medo de ficar sem visão.”</i> (U6)</p> <p><i>“A morte já se sabe que é certo, mas gostava de morrer a dormir para não chatear ninguém. Preocupa-me sofrer ou chatear alguém. De resto já nada me preocupa.”</i> (U7)</p> <p><i>“O futuro é ir para debaixo da terra. Não me preocupo porque tem de ser, é uma coisa que tem de ser, eu gostava que fosse era de repente, porque não tenho aqui quem me socorra. Aqui só tenho o meu marido.”</i> (U9)</p> <p><i>“Preocupo-me só com a minha saúde.”</i> (U10)</p>	
		Morte	<p><i>“eu penso mais até na morte (...) Tenho muito medo, pode haver pessoas que não tenham medo mas eu tenho.”</i> (U8)</p>	1
	Necessidades que colmatadas contribuem para a Qualidade de Vida	Sem necessida des a colmatar	<p><i>“Não sei. Tenho aí tudo, graças a Deus. (...) do que é preciso cá em casa há cá tudo”</i> (U1)</p>	1
		Saúde	<p><i>“Sei lá, era a minha saúde. Os olhos já vou tratar. Mas era a minha saúde.”</i> (U2)</p> <p><i>“Ter uma saúde diferente, melhor.”</i> (U3)</p> <p><i>“era a minha saúde, mas ninguém pode fazer nada quanto a isso.”</i> (U5)</p> <p><i>“queria ter mais saúde”</i> (U6)</p>	8

		<p>“Só se for os aparelhos nos ouvidos.” (U7)</p> <p>“Para ser resolvido só dos meus olhos.” (U8)</p> <p>“Precisava de ter pernas para andar, era a minha maior necessidade era essa.” (U9)</p> <p>“A única coisa para ter uma vida melhor que eu considero primeira coisa, é a saúde.” (U10)</p>	
	Questões familiares	<p>“Ter a minha mulher ao pé de mim, ter uma boa relação com a minha filha, tudo isso.” (U3)</p> <p>“Olhe que os meus filhos estivessem mais perto, mas eles também cá não tinham meio de sobrevivência (...) Gostava de os ter aqui, embora que eu já não pudesse andar com eles mas ao menos tinha uma presença mais. Eu estou aqui sempre sozinha. Sinto-me sozinha mas ao mesmo tempo estou conformada com essa solidão. Porque se eu estiver muito tempo a conversar com uma pessoa ou a ouvir conversar, transtorna-me a cabeça.” (U9)</p>	2
	Apoios técnicos	<p>“se tivesse as gruas de transferências em condições e uma pessoa atribuída a fazer os horários que normalmente são feitos na “Vida Independente”. Isto iria permitir que eu tivesse uma vida mais plena” (U4)</p>	1
	Questões sociais	<p>“A implementação, como existe noutros países, do conceito de “Vida Independente”, isso é fulcral.” (U4)</p>	1

		Aspetos financeiros	<p><i>“E gostava de ter dinheiro para falar a alguém para me tratar de certas coisas porque as minhas terras ou as terras do meu marido estão abandonadas porque a gente não pode” (U6)</i></p> <p><i>“De resto não há mais nada, de dinheiro já nem falo” (U8)</i></p>	2
		Melhorar habitação	<p><i>“Era uma casa melhor, mas mal tenho dinheiro para pagar esta renda.” (U5)</i></p> <p><i>“Eu gostava. Para já era tapar acolá o sótão porque vem um frio desgraçado e era fazer um quarto grande lá em baixo porque eu tenho dois quartos muito pequenitos ou fazer uma sala comum e eu punha lá um sofá-cama e fazíamos lá a vida e eu evitava de subir as escadas. E depois fazia uma casinha de banho (...) Queria ter mais dinheiro para conseguir ter a minha casinha em condições e à minha vontade” (U6)</i></p>	2

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas aos utentes

Apêndice 9

Tabela 5 - Análise das entrevistas aos utentes - Componente Institucional e Qualidade de Vida

Categories	Subcategorias	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Unidades de enumeração /nº ocorrências
Componente Institucional	Razões para solicitar o SAD	Incapacidade dos utentes e dos cuidadores informais	<p><i>“Eu não queria chatear os meus filhos e depois também tivemos uns problemazitos na altura e eles foram pedir o comer para mim.” (U1)</i></p> <p><i>“Porque as minhas filhas disseram que o irmão estava a ser muito sobrecarregado e elas queriam ajudar, foi por isso que elas puseram-me aos fins de semana na casa de cada um, (...) mas eu disse logo que para o lar eu não queria ir, preferia ir para minha casa e as meninas iam lá fazer as coisas. Mas o meu filho disse que eu ficava em casa dele e combinaram que elas vinham cá trazer-me o comer e vir-me fazer a cama e dar-me banho” (U2)</i></p> <p><i>“Porque não tenho quem me faça a comida” (U3)</i></p> <p><i>“A minha mãe faleceu, que era a minha cuidadora. O meu pai não estava habituado a dar-me banho, a vestir-me, e essas coisas assim, só me ajudava em algumas coisas.</i></p>	10

			<p><i>E quando a minha mãe faleceu e deixou de me poder ajudar eu tive de arranjar que me viesse prestar o apoio, que neste caso foi a Santa Casa”</i> (U4)</p> <p><i>“Porque eu não me podia vestir e as minhas filhas de manhã não estão em casa, estão empregadas, mas à noite já me vêm cá tirar a roupa.”</i> (U5)</p> <p><i>“Foi um AVC que eu tive. E para a alimentação fui eu que parti este pulso e o meu marido estava no hospital também com um braço partido e eu não tinha outra solução.”</i> (U6)</p> <p><i>“Foi porque eu andava a comer nos restaurantes e a minha filha resolveu que era muito melhor o apoio domiciliário porque tinha o comer às horas e pronto e a roupinha lavada e pronto.”</i> (U7)</p> <p><i>“Foi quando me deu o ataque, a minha sobrinha é que sabe como foi. Eu deixei o gás aberto e depois estava sempre a encontrar-me aqui no chão, porque eu caia muito. E um dia sem eu saber, quando eu recuperei, já estava lá arranjado. Custou-me na altura, mas agora não.”</i> (U8)</p>	
--	--	--	---	--

			<p>“Não fui eu que pedi, quem pediu foi o meu marido. Porque eu ainda fazia as coisas mas já com muitas dificuldades.” (U9)</p> <p>“o responsável é o meu filho mais velho. E ele pediu porque diz que eu que não estava bem. Ele é que tratou de tudo” (U10)</p>	
Quem prestava os serviços antes do utente beneficiar do SAD	Familiares	<p>“Eram os filhos e mais nada. Eles vinham cá trazer o comer à minha casinha.” (U1)</p> <p>“Eram os meus filhos que cozinhavam” (U2)</p> <p>“Era a minha mãe que me apoiava em tudo. Na altura não estava tão dependente como estou hoje e ela sozinha conseguia prestar-mo todo o apoio.” (U4)</p> <p>“Quem me vestia a mim era o meu marido” (U5)</p> <p>“E quando nós não podemos, antes de ter este apoio foi a minha sobrinha.” (U6)</p> <p>“Eram as minhas noras que cá vinham fazer a limpeza à casa. (...) Da casa e das roupas tratavam elas.” (U10)</p>	6	
	Próprio utente	<p>“ainda era eu que tomava banho sozinha.” (U2)</p> <p>“Eramos nós que fazíamos o comer e era eu que me lava.” (U6)</p>	5	

			<p>“O banho e assim era eu.” (U8)</p> <p>“Era eu. Eu ainda me lavava, e agora se elas não viessem também tinha de ser, mas com dificuldade porque eu caiu com facilidade.” (U9)</p> <p>“E a alimentação fazia-a eu.” (U10)</p>	
		Empregada doméstica	<p>“Tinha umas senhoras que vinham cá de vez em quando, pagava-lhes à hora e elas faziam-me o serviço, as limpezas e coisas do género, agora faz a minha filha” (U3)</p> <p>“A minha filha mandava cá uma mulher para me limpar a casa e eu comia nos restaurantes e era assim.” (U7)</p> <p>“Eu tinha sempre, e ainda agora, tenho uma mulher que me vem limpar a casa. E a alimentação era uma outra senhora.” (U8)</p>	3
Qualidade de Vida e SAD	Influência do SAD na Qualidade de Vida	Influência positiva	<p>“Então pois, se não fossem elas como é que eu comia, como é que tinha a casa sempre limpinha? Graças a Deus tenho as meninas que fazem a limpeza cá em casa.” (U1)</p> <p>“Eu acho que sim. O comer é bom e sem elas não conseguia tomar banho.” (U2)</p> <p>“A minha vida era diferente se eu não tivesse necessidade</p>	10

			<p><i>da Misericórdia, por isso influencia.” (U3)</i></p> <p><i>“Muito, se o SAD for bom, mais flexível, melhora a minha qualidade de vida.” (U4)</i></p> <p><i>“Influência pois. Então quem é que me vestia se não fossem elas. Eu tinha aí quem me vestisse, mas não era certo como virem elas, que vêm quase sempre à mesma hora.” (U5)</i></p> <p><i>“Influencia, porque sem elas eu não conseguia fazer as coisas.” (U6)</i></p> <p><i>“Sim. Estou satisfeito, são pessoas conhecidas, tudo gente boa.” (U7)</i></p> <p><i>“Sim, elas ajudam-me muito. Eu sou boa para elas mas elas também são boas para mim. Um grande trabalho que elas fazem” (U8)</i></p> <p><i>“Eu sei lá. Num ponto ajuda, além de que a gente tem de pagar e pagar bem, porque vir de lá de baixo aqui também fica dispendioso. Mas ajuda porque fazem-me o serviço, trazem-me o comer feito, apoiam-me para eu não cair no banho.” (U9)</i></p> <p><i>“Claro que influencia. Porque felizmente tenho o apoio total, tenho tudo organizado.” (U10)</i></p>	
--	--	--	---	--

Como pode o SAD melhorar a Qualidade de Vida	Nada a melhorar	<p>“Elas já fazem o que podem.” (U1)</p> <p>“Não, acho que não. Já fazem o que podem.” (U7)</p> <p>“a pagar o que eu pago não. E elas já fazem o que podem” (U8)</p> <p>“Elas fazem o que podem e o que lhe pedem” (U9)</p> <p>“Eu não quero mais, pode-se manter assim que está bem.” (U10)</p>	5
	Saúde	<p>“Só se fosse a minha saúde mas nisso elas não podem fazer nada.” (U2)</p>	1
	Flexibilidade de horários	<p>“Pode. Podia arranjar uns horários de modo a que eu possa tomar banho por volta das 10h para tomar o pequeno almoço por volta das 10 e pouco e poder almoçar quando o almoço chega” (U3)</p> <p>“a nível de flexibilidade, extensão a nível do período noturno, caso haja uma necessidade de às x horas me vir virar ou por exemplo uma extensão como eles têm internamente de pessoas a trabalhar à noite”; “O banho é outra questão, porque como eu demoro muito tempo no banho, demoram cerca de 1 hora a dar-me banho de manhã, entre tomar banho e fazer a barba e esse tipo de</p>	3

		<p><i>coisas, então é muito complicado tomar banho todos os dias e muito mais tomar banho aos fins de semana, então passo de sexta-feira, que é o meu dia de banho, até segunda. O que para mim é muito constrangedor porque hoje em dia, para uma pessoa que se quer ativa, acho que é um bocadinho complicado.” (U4)</i></p> <p><i>“Elas dão-me carinho e não podem fazer mais. Estou satisfeita com tudo. O horário é que é pior porque elas às vezes vem muito tarde por causa de eu me ir embora (...) Às vezes tenho que dizer para elas virem mais cedo quando eu tenho de sair para algum lado” (U5)</i></p>	
	Alimentação	<p><i>“E a alimentação podia ser diferente, porque é sempre a mesma coisa é tudo igual, tudo com o mesmo sabor” (U3)</i></p>	1
	Mais recursos humanos	<p><i>“eu penso que eles fazem aquilo que podem com as limitações que têm, limitações de pessoas, de horários, e eu penso que se existirem mais pessoas afetas aos SAD ou que façam operação no SAD, haverá recursos necessários para</i></p>	1

			<i>fazer face às necessidades de todos.” (U4)</i>	
		Voluntariado	<i>“se não tivesse que pagar eles podiam fazer aqui alguma limpeza e dar-me o transporte.” (U6)</i>	1

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas aos utentes

Apêndice 10

Tabela 7 - Análise das entrevistas às ajudantes familiares

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de Contexto	Unidades de enumeração /nº ocorrências
Atenção doméstica ao idoso	Tarefas	Tratamento de louça	“(…) lavar a louça do dia anterior” (A.F.1) “lavar a louça, se necessário” (A.F.2)	2
		Tratamento de roupa	“(…) mete-se a roupa a lavar, vai-se pôr outra a enxugar, vai-se apanhar a que se estendeu no dia anterior (..) trazemos a roupa num saquinho para lavar na instituição e quando vamos novamente na semana seguinte, levamos a roupinha lavada.” (A.F.1) “trazemos a roupa para ser tratada aqui no lar e depois quando lá voltamos levamos a roupinha lavada e passada a ferro.” (A.F.2) “Temos utentes com máquinas em casa que podemos pôr lá a lavar assim que acabamos de tratar deles, metemos a roupa a lavar, estendemos da parte da tarde ou até no mesmo dia (...) outros que tem que se trazer a roupa para a instituição, a instituição lava cá a roupa dos utentes e nós no dia a seguir ou na próxima vez que estiver programada a nossa ida lá para lhe fazer a higiene habitacional,	3

			<i>levamos a roupa que trouxemos lavada.” (A.F.3)</i>	
		Alimentação	<p><i>“levamos a alimentação (...) descascar a fruta (...) tira os ossos, ou tira as espinhas (...) desaperto os termos (...) dar o pequeno-almoço” (A.F.1)</i></p> <p><i>“levamos as refeições aqui do lar. Não cozinhamos em casa dos utentes, apenas se for preciso fazer um chá ou um café.” (A.F.2)</i></p> <p><i>“aquecer a comida tanto em fogão como em micro-ondas” (A.F.3)</i></p>	3
		Higiene habitacional	<p><i>“(…) limpamos a parte que a pessoa frequenta mais, se houver quartos ou outros espaços onde a pessoa não vai, nós não limpamos. Limpamos por exemplo o quarto, o corredor a que pertence, a cozinha, casa de banho, a salinha e a parte cá de fora” (A.F.1)</i></p> <p><i>“Limpeza da casa, portanto, fazer a cama de lavado, aspirar, limpar o pó, (...) recolher o lixo, há utentes que têm lareira e nós vamos buscar lenha para pôr ao pé da lareira para poderem acender” (A.F.2)</i></p> <p><i>“A higiene habitacional, o arrumar a casinha todos os dias, compor tudo mais ou menos, dar sempre um jeitinho áquilo que não está bem, mesmo que isso não faça parte do protocolo (...) A higiene habitacional é só ao espaço que o utente utiliza (...) é só limpeza de manutenção, nada de limpezas</i></p>	3

			<i>gerais e mesmo só aos sítios que eles utilizam.” (A.F.3)</i>	
		Administrar medicação	<i>“Temos utentes que precisam de medicação e nós também damos.” (A.F.2)</i>	1
	Influência na Qualidade de Vida	Conforto e felicidade por ficarem com as condições mínimas de higiene	<i>“Nós tivemos um senhor onde fomos que ele diz “ Graças a Deus, a minha casa cheira tão bem”. Acho que os idosos têm muito mais qualidade de vida se tiverem uma pessoa que lhes vá limpar a casa, que lhes vá preparar as coisinhas para eles terem o mínimo de condições para poderem viver uma vida mais ou menos normal.” (A.F.1)</i> <i>“Têm um conforto melhor. (...) e ficam muito contentes e gostam.” (A.F.2)</i> <i>“é bom eles irem e verem as coisinhas todas prontas, todas feitas (...) eles ficam felizes.” (A.F.3)</i>	3
	Potencializar Qualidade de Vida	Prestar os serviços mais vezes	<i>“O melhorar só está nesse aspeto, o ir mais vezes ou menos vezes, porque o serviço é feito, fica limpinho, fica tudo em ordem. E isto não é pela equipa, é porque a pessoa não pede e não quer.” (A.F.1)</i>	1
		Haver mais profissionais na distribuição de almoços	<i>“os fins-de-semana que podia haver mais equipas a distribuir os almoços porque aos utentes do apoio juntam-se os do centro de dia e vai menos uma carrinha distribuir os almoços e muitas vezes alguns utentes reclamam das horas a que recebem a refeição” (A.F.1)</i>	1

		Estar mais tempo com cada utente	<i>“Haver mais tempo para podermos cuidar deles, para estarmos com eles e incentiva-los a eles fazerem connosco” (A.F.3)</i>	1
		Haver uma equipa especializada em limpezas quando os utentes requerem este serviço	<i>“há casas em que custa lá estar, até por causa de cheiros e coisas que nós não conseguimos dominar e que já não conseguimos eliminar da casa (...) contratar uma empresa de desinfestação, de limpezas de paredes, limpezas de tetos (...) e limpar tudo de alto a baixo e depois nós mantínhamos” (A.F.3)</i>	1
		Manter os serviços prestados	<i>“Não sei. Se houver alguma coisa que eles nos peçam a gente faz. Penso que está bem assim.” (A.F.2)</i>	1
Atenção pessoal ao idoso	Tarefas	Cumprimentar	<i>“cumprimento-os, quase todos sempre com um beijinho, como se fosse minha família” (A.F.1)</i>	1
		Higiene pessoal	<i>“dá-se o banhinho normal” (A.F.1)</i> <i>“A higiene pessoal, cortar as unhas quando é necessário, a barba aos senhores, a higiene oral” (A.F.2)</i> <i>“O banhinho, a barba(...)” (A.F.3)</i>	3
		Atenção ao conforto pessoal	<i>“há pessoas que têm a pele um bocadinho seca e a gente (...) massaja as costas, as pernas, os pés, ver se as unhas não encravam” (A.F.1)</i> <i>“Temos um creme corporal, tentamos que eles tenham sempre. (...) ou óleo de amêndoa doce e estamos ali a massajar devagarinho” (A.F.2)</i> <i>“o after-shave depois da barba para eles ficarem a cheirar bem, cortar</i>	3

			<p><i>as unhas, fazer uma massagem nos pés depois de cortar as unhas, o creme depois do banho. Quando eles dizem “Ai tenho aqui uma borbulhinha” nós vamos lá tirar.”</i></p> <p>(A.F.3)</p>	
		Atenção a ferimentos ou anomalias no corpo dos utentes	<p><i>“nós quando estamos a lavá-los também temos de ter muita atenção, para ver se tem uma ferida, se tem uma pisadura, são coisas que nós temos de ter muita atenção para que não se venha a agravar. E depois transmitimos umas às outras”</i></p> <p>(A.F.1)</p>	1
		Aconselhamento	<p><i>“E quando eles dizem que não querem assim, nós tentamos dar-lhes a volta e explicar que assim fica melhor e não fica tão bem assim, ou seja, a gente tenta fazer aquilo que aprende nas formações, mas respeitando sempre a decisão deles, se eles disserem “não” é “não”, mas alguns até dizem “então vamos experimentar” e vêm que é muito melhor. Não podemos contrariá-los, não podemos e nem devemos, pelo menos é o que eu acho.”</i></p> <p>(A.F.1)</p>	1
		Diálogo	<p><i>“conforme os vou lavando, vou falando, vou-lhes perguntando isto, vou perguntando aquilo (...) vou sempre conversando com a pessoa”</i></p> <p>(A.F.1)</p> <p><i>“Conversamos um pouco com eles (...) sobre o antigamente, sobre o trabalho deles, sobre a família, pronto, e gostam muito de falar sobre isso”</i></p> <p>(A.F.2)</p>	3

			<i>“falar com eles” (A.F.3)</i>	
		Transferências	<p><i>“Ele tem de ser movimentado sempre por duas pessoas ao mesmo tempo, e precisa para se levantar, para deitar, para de virar, para se limpar” (A.F.1)</i></p> <p><i>“Temos mais as transferências e no caso em que os utentes já não andam muito bem ajudamos na mobilidade.” (A.F.2)</i></p> <p><i>“(…) alguns cuidados especiais sim, movimentação, as transferências daqui para acolá” (A.F.3)</i></p>	3
		Incentivo à autonomia	<i>“incentivamos a que eles façam, não é que a gente não queira fazer, mas incentivamos a que sejam eles a fazer, tiram a prótese, se tiverem, e limpam. Estamos ali a ajudar, mas ao mesmo tempo são eles que fazem.” (A.F.2)</i>	1
		Preparação para dormir	<i>“à noite é deitá-los, levá-los à casa de banho, deitá-los na caminha deles, vestir-lhes o pijama, aconchegar-lhes a roupa, darmos-lhe um beijinho de boa noite” (A.F.3)</i>	1
	Influência na Qualidade de Vida	Combate à solidão	<i>“Influenciam e muito, porque se a pessoa estiver sozinha, ou fica suja, ou fica deitada no chão, ou morre, porque não tem assistência, não vai lá ninguém.”; “Para muitos, nós lá irmos, eles dizem que é a melhor coisa que lhes podia ter acontecido. (...) enquanto nós lá estávamos ela estava feliz porque tinha alguém com quem falar”; “eu acho que o apoio domiciliário, tanto faz ser</i>	2

			<p><i>desta casa como faz ser de outra instituição qualquer, é uma coisa muito boa para os idosos que estão sozinhos, que estão sozinhos e que não estão sozinhos, para qualquer um.” (A.F.1)</i></p> <p><i>“Influenciam porque têm alguém que está ali, que cuida deles, que lhes faz alguma companhia enquanto a família não pode. E influenciarmo-los a que eles façam um bocadinho o que faziam antigamente sem esforço nenhum.”;</i></p> <p><i>“Gostam que os escutem (...) começam a reviver o tempo de antigamente, as amizades que tinham, que agora já não têm e gostam que a gente esteja a ouvir.”</i></p> <p>(A.F.2)</p>	
		Contribui para a higiene pessoal	<p><i>“Eles sentem-se bem, sentem-se limpos, ficam mais airosos, ficam mais fresquinhos principalmente no Verão.” (A.F.3)</i></p>	1
	Potencia r Qualida de de Vida	Ida para Centro de Dia	<p><i>“há pessoas que podiam vir para o centro de dia, estarem aqui sossegadinhos, terem uma vidinha boa, que têm aqui, e à noite regressarem a casa deles.” (A.F.1)</i></p>	1
		Mais companhia	<p><i>“Se (a companhia) fosse um serviço voluntário, as pessoas até queriam, mas um serviço a pagar é diferente”</i></p> <p>(A.F.1)</p> <p><i>“ter uma pessoa mais disponível para lhes fazer companhia”; “visitar os utentes que recebem só almoço, para conversar” (A.F.2)</i></p>	3

			“(…) era a família, se calhar, às vezes ser mais presente” (A.F.3)	
		Dar mais atenção ao conforto pessoal	“Com coisas simples como pintar as unhas” (A.F.2)	1
Relação do idoso com o meio envolvente	Tarefas	Transporte de idosos	<p>“transportar os idosos mais autónomos para a instituição, e depois a equipa daqui é que os leva porque nós temos o nosso trabalho que temos de fazer diariamente.” (A.F.1)</p> <p>“Por vezes, quando há consultas no hospital, há uma colega que está mais habituada a ir para o Hospital de Coimbra que os leva (...) perguntam “Então e meio de transporte” e nós “Não se preocupe, meio de transporte há sempre, as meninas vêm buscar e vêm trazer, não há problema nenhum”.” (A.F.2)</p> <p>“(…) no transporte, vamos buscá-los para eles poderem ir ver a peça de teatro ou seja o que for, levamo-los depois a casa. Estão sempre seguros, têm sempre ali um meio de mobilidade e é uma mais valia para eles” (A.F.3)</p>	3
		Incentivar os idosos a participar nas atividades propostas pela SCMA	<p>“tenta haver sempre um incentivo, aliás, maior parte das vezes eles vão porque a gente insiste com eles” (A.F.1)</p> <p>“informar que vai haver atividades e incentivá-los a ir” (A.F.2)</p>	3

			<p>“É convencê-los, dizer-lhes “Vai-lhe fazer bem, ande, vamos...””</p> <p>(A.F.3)</p>	
Influência na Qualidade de Vida	Idosos têm oportunidade e quebram a monotonia	<p>“Eu acho que é uma mais valia para eles, porque alguns nunca tiveram oportunidade de o fazer. Outros porque se foram deixando ficar e nunca o tentaram fazer. Agora, uns porque estão viúvos ou porque estão sozinhos. A gente diz-lhes “Olhe vá” e eles ficam contentíssimos (...) É diferente, é uma coisa que não tem nada a ver com os outros dias, porque é sempre a mesma monotonia e é sempre a mesma coisa, então aquilo é diferente. Adoram, gostam de ir, dizem que se fartam de rir, dizem que quando houverem mais passeios que também vão.” (A.F.1)</p> <p>“Eles deixam de estar tão isolados e sentem que alguém se interessa em os tirar de casa (...) Terem um dia diferente daquele que vivem habitualmente.” (A.F.2)</p>	2	
	Idosos sentem segurança e apoio	<p>“Sentem-se seguros, sabem que têm sempre ali alguém com quem eles podem contar (...) sabem que podem falar, sabem que podem pedir (...) eles sabem que têm sempre alguém quando eles têm uma emergência, têm cá sempre alguém para eles.” (A.F.3)</p>	1	
Potencial Qualidade	Mais atividades propostas pela SCMA	<p>“Eu acho que estamos a fazer bem, mas se pudesse haver mais, com certeza que seria melhor. Alguns quereriam ir, outros não, mas acho</p>	3	

	de de Vida		<p><i>que se fizessem mais seria bom para eles.” (A.F.1)</i></p> <p><i>“Talvez quando fazem aqui atividade física, ginástica, havia deles que até vinham antigamente cá para fazer ginástica. Ou dar mais passeios com eles.” (A.F.2)</i></p> <p><i>“Havendo mais atividades que eles nos pedissem para fazer. (...) Ao Domingo haver uma pessoa especializada para isso, uma pessoa que se disponibilize” (A.F.3)</i></p>	
		<p>Equipa para tratar os assuntos dos utentes solitários</p>	<p><i>“Fazer um grupo em que houvesse uma equipa que fosse tratar dos assuntos das pessoas (...) estou a falar daqueles que não têm, que não podem, ou então daqueles que estão 15 dias para conseguir falar com um familiar” (A.F.3)</i></p>	1
Apoio Familiar	Tarefas	<p>Transmitir informações à família</p>	<p><i>“ligamos à família e dizemos “Passa-se isto e isto e isto... o que é que acha? Quer que chame alguém? Vocês vêm cá?”. Se for um filho que esteja a trabalhar ou qualquer coisa pedem para a gente medir a febre e nós medimos ou vemos o que a pessoa tem e se for preciso fazemos um chá. Portanto, tentamos transmitir à família o que se está a passar” (A.F.1)</i></p> <p><i>“Quando há um vermelhão, uma pisadura, comunicamos à família.” (A.F.2)</i></p> <p><i>“Os familiares não estão lá em casa, nós ligamos e dizemos que o utente não está muito bem” (A.F.3)</i></p>	3

		Colaborar em pedidos da família	“Quando chegamos temos familiares que, por exemplo, dizem que não conseguiram pôr os pratos na mesa, nós metemos. Ou outra coisa que seja necessário fazer, nós fazemos.” (A.F.2)	1
		Apoio psicológico à família	“muito apoio psicológico às pessoas. Eu gosto de ajudar as pessoas, gosto de as abraçar quando elas precisam de alguma coisa, gosto de estar ali quando eles precisam de mim, gosto de dar o meu amor” (A.F.3)	1
		Preparar a família para situações menos boas	“saber preparar a família, não é assusta-los e dizer que vai acontecer isto ou aquilo, não, é dizer “Olhem preparem-se, porque ela está a começar a ficar assim e assim, porque ela está a ficar desta maneira”” (A.F.3)	1
Influência na Qualidade de Vida	Contribui para a proximidade entre a família e o idoso		<p>“Muito, porque obriga a família a estar mais presente e atenta nas coisas que têm de ser feitas e organizadas.” (A.F.1)</p> <p>“A família assim envolve-se mais, fica muito agradecida, dá mais atenção aos utentes. Talvez até os ouçam um pouquinho mais” (A.F.2)</p> <p>“gostam que a gente se dê com a família e às vezes quando há festas, eles são todos os primeiros a querer-nos sentar na mesma mesa que eles e a dizer “Sentem-se e bebam qualquer coisa” (...) eles gostam que a gente lhes transmita a informação” (A.F.3)</p>	3

	Potencia r Qualida de de Vida	Trabalho em equipa e não individual	<i>“Depende, porque nós estamos duas de manhã, e está uma sozinha à tarde e às vezes há pedidos da família que não se podem fazer, porque está uma sozinha.” (A.F.1)</i>	1
		Manter os serviços prestados	<i>“No geral já fazemos o que podemos fazer e comunicamos aos familiares quando qualquer coisa não está bem.” (A.F.2)</i> <i>“Nós fazemos a nossa parte, mas revoltamo-nos imenso quando a família não faz a parte dela.” (A.F.3)</i>	2
Principais áreas em que a Qualidade de Vida dos utentes melhorou	Atenção doméstic a	Higiene habitacional	<i>“Depois a higiene habitacional porque eu acho que havia pessoas em condições miseráveis, que no tempo em que nós estamos, mesmo tendo família, não se deixa estar uma pessoa naquelas condições.” (A.F.1)</i> <i>“(…) e habitacional” (A.F.2)</i> <i>“Sim, sem dúvida. Na higiene habitacional.” (A.F.3)</i>	3
		Alimentação	<i>“(…) tanto na alimentação, havia utentes que não se alimentavam em condições” (A.F.2)</i> <i>“a mais radical, penso que será a distribuição dos almoços (...) quando os idosos ficam sem alimentação, é que é mais complicado.” (A.F.3)</i>	2
	Atenção pessoal	Socialização	<i>“(…) como para não estarem sozinhos (...) os lá de fora não têm ninguém, a companhia deles somos nós enquanto estamos a lavá-los, enquanto estamos a dar-lhes o leite,</i>	2

			<i>enquanto estamos a fazer as coisinhas.” (A.F.1)</i> <i>“E a nível de companhia” (A.F.2)</i>	
		Higiene pessoal	<i>“(…) o essencial, a higiene” (A.F.1)</i> <i>“(…) como na higiene pessoal” (A.F.2)</i>	2

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas às ajudantes familiares

Apêndice 11

Tabela 9 - Análise da entrevista à Assistente Social

Categoria	Subcategoria	Unidade de registro	Unidade de contexto
Princípios que informam a prática	Princípios	Direito à autodeterminação	“Cada utente é único e tem direito à sua autodeterminação, até ao limite em que isso não desrespeite os iguais direitos dos outros. Por isso tento sempre apoiar os utentes no seu desenvolvimento e na resolução dos seus conflitos.” (AS)
		Respeito pela dignidade humana	“Dou o melhor apoio possível a todas as pessoas que procurem a minha ajuda, sem discriminação com base na deficiência, cor, raça, classe social, religião, língua, convicções políticas ou opções sexuais.” (AS)
		Respeito pela privacidade	“Aplico sempre os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação.” (AS)
		Incentivo à autonomia e participação	“Os utentes são encorajados a participar em todo o processo. Geralmente, os utentes colaboram na orientação a dar aos problemas que afetam as suas vidas.” (AS)
Atuação no contexto	Enfoques centrais na intervenção a nível do idoso	Integrar o idoso	“integrar o idoso” (AS)
		Incentivo à autodeterminação	“e incentivá-lo a participar nas decisões importantes” (AS)
		Colmatar necessidades	“É fundamental ir de encontro às suas necessidades, com efetividade e eficiência nos cuidados” (AS)

	Enfoques centrais na intervenção a nível da equipa prestadora de cuidados	Motivar os profissionais	<i>“motivação para os cuidados, empatia com o idoso, para uma plena prestação de cuidados que se pretendem o mais globais possível”</i> (AS)
	Enfoques centrais na intervenção a nível da instituição	Política de Qualidade	<i>“proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos seus utentes em todas as respostas sociais”</i> (AS)
	Desafios	Personalizar serviços	<i>“personalizar os serviços no sentido de ir ao encontro daquilo que são as necessidades de cada utente e ir para lá dos serviços tradicionais estipulados pela segurança social”</i> (AS)
Promoção da qualidade de vida	Contributo do SAD para QV	Proporciona serviços individualizados e personalizados no domicílio	<i>“contribui para a qualidade de vida dos idosos no sentido em que os utentes da geração que temos hoje, não quer deixar a sua casa nem por nada. Neste sentido, sem dúvida que o SAD vem de encontro a esta vontade, levando serviços individualizados e personalizados até eles”</i> (AS)
	Incrementar a QV	Cuidados de primeira linha	<i>“a nível dos cuidados de primeira linha como pequenos detalhes que fazem toda a diferença no dia a dia dos utentes”</i> (AS)
		Flexibilidade de horários	<i>“Tanto a nível de alargamento de horários”</i> (AS)

		Acrescentar serviços de saúde	<i>“como a nível de serviços de saúde. Se formos a ver é o que falta ir a casa dos utentes” (AS)</i>
	Desafios do SS para promover QV	Corresponder às exigências dos utentes a nível da qualidade de cuidados	<i>“cabe ao serviço social criar ferramentas que vão de encontro a uma exigência cada vez maior na qualidade de cuidados, porque disso depende a permanência do utente no seu domicílio” (AS)</i>

Fonte: Elaboração própria com base na entrevista à Assistente Social