



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: UM ESTUDO  
SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

**Marisa Filipa Guerreiro Rosa**

**Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia  
Social**

**Trabalho efetuado sob orientação de: Prof<sup>ª</sup> Doutora Aurízia Anica**

**2012**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: UM ESTUDO  
SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

**Marisa Filipa Guerreiro Rosa**

**Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia  
Social**

**Trabalho efetuado sob orientação de: Prof<sup>a</sup> Doutora Aurízia Anica**

**2012**

### **Declaração de Autoria de Trabalho**

Declaro ser autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Marisa Filipa Guerreiro Rosa

### **Copyright**

Em nome de Marisa Filipa Guerreiro Rosa “A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho de investigação não apresenta somente o resultado de longas horas de trabalho, estudo e de reflexão, é igualmente o concretizar de mais uma etapa académica a que me propus e que não seria possível sem ajuda de um número considerável de pessoas. Neste sentido, gostaria de agradecer:

Especialmente aos meus pais, à minha irmã e ao meu namorado, pelo apoio incondicional, pelos incentivos e por terem estado sempre presentes.

À minha orientadora da dissertação, Doutora Aurízia Anica, por todo o apoio, disponibilidade, sugestões e ainda pelos valiosos conhecimentos que me transmitiu durante a realização deste trabalho.

Ao Presidente da Direção do Centro Paroquial de Cachopo, Sr. Albino Martins, pela sua receptividade e por ter autorizado a realização desta investigação.

À Diretora Técnica do Centro Paroquial de Cachopo, Dr<sup>a</sup> Sílvia Bonixe, por ter fornecido a informação necessária e por toda a disponibilidade demonstrada.

A todos os idosos que amavelmente aceitaram fazer parte desta investigação.

Agradeço também a todas as pessoas não referidas, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

**A todos, muito obrigada!**

## RESUMO

O envelhecimento da população na sociedade portuguesa é uma realidade que exige que se encontrem estratégias de intervenção de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida nos idosos.

O número crescente de pessoas mais velhas vulneráveis, o número significativo de pessoas em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários e as vantagens na diminuição da institucionalização da pessoa idosa explicam a necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário, uma resposta social que proporciona a satisfação das suas necessidades com relativa autonomia e qualidade de vida. A investigação tem demonstrado que o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), apresenta-se atualmente como uma verdadeira alternativa em determinados casos à institucionalização das pessoas idosas autónomas ou com um grau de dependência ligeira.

A presente investigação pretende avaliar a qualidade do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de utilidade pública sem fins lucrativos que tem como finalidade contribuir para a promoção integral dos habitantes de Cachopo, principalmente os idosos.

O método de investigação foi misto qualitativo com recurso a dados de natureza quantitativa. Procedeu-se à recolha de dados mediante a aplicação de inquéritos por questionário a 67,7% dos utentes inseridos no serviço de apoio domiciliário e uma entrevista semiestruturada à responsável pelo SAD, mediante entrevistas informais a alguns dos utentes do serviço bem como pesquisa documental e observação direta.

Conclui-se que o Centro Paroquial de Cachopo satisfaz muito bem os utentes inquiridos, tendo todos respondido que recomendam o serviço e que mesmo que tivessem a possibilidade não mudariam para outro SAD. No entanto, é possível identificar aspetos que seria importante ponderar com o objetivo de elevar ainda mais a qualidade do serviço tais como: a implementação do plano de desenvolvimento individual do utente, o alargamento do horário de funcionamento ao sábado a partir das 14 horas, fins de semana e feriados, o fornecimento das refeições com a temperatura adequada a todos os utentes e a adequação das viaturas ao transporte de pessoas com mobilidade reduzida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Dependência, Independência, Autonomia, Qualidade.

## **ABSTRACT**

The aging of the population in the Portuguese society is a reality that requires intervention strategies to be found in a way to allow an active aging and the improvement of elders' quality of life.

The increasing number of older and more vulnerable people, the significant number of persons in a dependent situation, for several reasons, the narrow number of family members able to assure the needed care and the advantages of avoiding the institutionalization of the elder, explain the growing need to implement and develop a home support service, a social response which provides the satisfactions of their needs, with an amount of autonomy and quality of life. The investigation has shown that the home support service, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), introduces itself as a real alternative, in certain cases, to the institutionalization of autonomous elder persons or with a slight degree of deficiency.

The investigation hereby presented pretends to assess the quality of the Serviço de Apoio Domiciliário of the Parochial Centre of Cachopo, a Private Institution of Social Solidarity (IPSS), of public utility without profitable purposes, which aims to promote the welfare of the whole of Cachopo's residents, primarily, the elder ones.

The investigation method was a blend, recurring to data of both qualifying and quantifying nature. A process of gathering of data was performed by applying surveys by inquiries to 67,7% of the clients included in the home support service and a semi-formal interview to the manager of SAD, using informal interviews to some of the users of the service, as well as documental research and direct observation.

As a conclusion, the Parochial Centre of Cachopo pleases largely its clients inquired, having all replied that they recommend the service and that, even if they had the chance, they wouldn't choose another SAD. However, it is possible to identify some aspects that would be relevant to consider with the purpose to rise above, even higher, the quality of the service, namely: the implementation of an individual development plan of the user, to extend the schedule of its functioning on Saturdays after 14 p.m., weekends and holydays, the supply of meals at a suitable temperature to all clients and transportation vehicles, properly equipped for people with reduced mobility.

**Key-words:** Aging, Dependency, Independency, Autonomy, Quality

## **LISTA DE SIGLAS**

**ADI** - Apoio Domiciliário Integrado

**AIVD** - Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD** - Atividade de Vida Diária

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** - Instituto Particular de Solidariedade Social

**ISS** - Instituto da Segurança Social

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário

**SQRS** - Sistema de Qualificação das Respostas Rocias

**UAI** - Unidade de Apoio Integrado

# Índice

Introdução.....	1
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
1. Enquadramento teórico .....	6
1.1 O Envelhecimento .....	6
1.2 Envelhecimento: Uma perspetiva Nacional e Regional .....	9
1.3 Envelhecimento do Concelho de Tavira à freguesia de Cachopo .....	14
1.4 Processo de Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional .....	17
1.5 Abordagem biofisiológica do envelhecimento.....	21
1.6 Envelhecimento psicológico .....	25
1.7 Envelhecimento Social .....	28
2. Dependência, Independência e Autonomia nas pessoas idosas .....	31
3. Respostas Sociais destinadas às pessoas idosas .....	35
3.1 Surgimento das Respostas Sociais para as Pessoas Idosas .....	39
3.2 Distribuição e evolução das Respostas Sociais para as Pessoas Idosas .....	41
3.3 Serviços de Apoio Domiciliário – A Realidade Portuguesa .....	44
3.4 Princípio da Manutenção do Idoso no domicílio .....	49
4. Conceito de Qualidade de um Serviço .....	52
4.1 Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais .....	53
4.2 Sistema de Qualificação das Respostas Sociais .....	56
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>58</b>
5. Percurso Metodológico .....	59
5.1 Objetivos da Investigação .....	59
5.2 Questões de Pesquisa .....	59
5.3 Tipo de estudo .....	60
5.4 Participantes do estudo.....	62
5.5 Instrumentos para recolha de dados .....	64
5.5.1 Entrevistas .....	64
5.5.2 Inquérito por questionário .....	66
5.5.3 Pesquisa documental .....	67



5.5.4 Observação direta.....	67
5.6 Procedimentos para a recolha de dados.....	68
5.7 Procedimentos Éticos .....	70
5.8 Limitações do estudo.....	71
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>72</b>
6. Caracterização do ambiente .....	73
6.1 Ambiente Externo .....	73
6.2 Ambiente Interno.....	75
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>86</b>
7. Apresentação e análise dos resultados .....	87
7.1 Caracterização da amostra.....	87
7.2 Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes.....	91
8. Conclusões .....	114
Bibliografia Citada .....	118
Anexos.....	125

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 Pirâmide Etária em Portugal (1960-2000).....	10
Gráfico nº 2 - Estrutura Etária residente em Portugal por grupos etário.....	11
Gráfico nº 3 - Estrutura da população residente por grupos etários por grupos etários por Nuts II em 2011 .....	12
Gráfico nº 4 - Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas no Continente (1998-2010) .....	42
Gráfico nº 5 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas no Continente (1998 – 2010) .....	42
Gráfico nº 6 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas no Continente (1998-2010) .....	43
Gráfico nº 7 Género e idade dos Utentes .....	87
Gráfico nº 8 - Estado civil dos Utentes .....	88
Gráfico nº 9 - Agregado Familiar.....	88

Gráfico nº 10 - Habilitações literárias dos Utentes .....	89
Gráfico nº 11 - Grau de autonomia/dependência dos utentes por género .....	90
Gráfico nº 12 - Grau de autonomia/dependência dos utentes por idade .....	90
Gráfico nº 13 - Refeições fornecidas aos utentes .....	95
Gráfico nº 14 - Refeições dieta de acordo com as indicações médicas.....	96
Gráfico nº 15 - Temperatura das refeições servidas.....	97
Gráfico nº 16 - Apoio às atividades domésticas.....	98
Gráfico nº 17 - Serviço de Acompanhamento ao exterior.....	98
Gráfico nº 18 - Horário de funcionamento do SAD.....	100
Gráfico nº 19 - Horário das atividades programadas .....	100
Gráfico nº 20 - Satisfação com o desempenho dos profissionais.....	102
Gráfico nº 21 - Assistência medicamentosa .....	104
Gráfico nº 22 - O uso da chave dos Utentes.....	104
Gráfico nº 23 - Mensalidade praticada .....	105
Gráfico nº 24 - Reclamações dos Utentes .....	107
Gráfico nº 25 - Soluções para os problemas dos utentes.....	108
Gráfico nº 26 - Conhecimento do Regulamento Interno.....	108
Gráfico nº 27 - Grau de satisfação relativamente a todos os aspetos do SAD.....	112
Gráfico nº 28 - Razões para inscrição do SAD .....	113

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Distribuição espacial das respostas para as pessoas idosas (2010).....	41
Figura nº 2 - Localização de Cachopo.....	73
Figura nº 3 - Igreja Matriz da aldeia de Cachopo.....	74
Figura nº 4 - Moinho de vento da aldeia de Cachopo .....	74

Figura nº 5 - Serviço de Apoio Domiciliário .....	84
Figura nº 6 - Serviço de Apoio Domiciliário .....	85
Figura nº 7 - Serviço de Apoio Domiciliário .....	85
Figura nº 8 - Serviço de Apoio Domiciliário .....	86

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Populações mais envelhecidas (2010) .....	9
Quadro nº 2 - População com idade $\geq$ 65 anos.....	13
Quadro nº 3 - População das freguesias do concelho de Tavira (2001).....	15
Quadro nº 4 População das freguesias do concelho de Tavira (2011).....	15
Quadro nº 5 - Índice de Envelhecimento 2001.....	16
Quadro nº 6 - Índice de Envelhecimento 2011.....	16
Quadro nº 7 Valor Alfa Cronbach.....	91
Quadro nº 8 - Acesso à área de atendimento do SAD.....	92
Quadro nº 9 - Espaço do SAD para atendimento .....	92
Quadro nº 10 - Condições do espaço para atendimento.....	92
Quadro nº 11 - Identificação das viaturas do SAD .....	92
Quadro nº 12 - Limpeza das viaturas .....	93
Quadro nº 13 - Conforto das viaturas .....	93
Quadro nº 14 - Adequação das viaturas para o transporte de pessoas com mobilidade reduzida .....	94
Quadro nº 15 - Identificação dos colaboradores .....	94
Quadro nº 16 - Adequação do traje profissional dos colaboradores .....	94
Quadro nº 17 - Apresentação das refeições aos Utentes .....	96
Quadro nº 18 - Qualidade do acondicionamento das refeições.....	96
Quadro nº 19 - Prestação de cuidados pessoais e imagem.....	97

Quadro nº 20 - Satisfação com o serviço de tratamento de roupa.....	99
Quadro nº 21 - Satisfação com o serviço de limpeza doméstica.....	99
Quadro nº 22 - Adequação do perfil dos colaboradores.....	101
Quadro nº 23 - Adequação dos conhecimentos dos colaboradores.....	101
Quadro nº 24 - Qualidade da prestação de cuidados de higiene .....	101
Quadro nº 25 - Adequação do aspeto dos colaboradores .....	102
Quadro nº 26 - Respeito pelos hábitos dos Utentes na prestação de serviços.....	103
Quadro nº 27 - Respeito pela privacidade e intimidade dos serviços prestados .....	103
Quadro nº 28 - Respeito pela autonomia dos utentes .....	103
Quadro nº 29 - Respeito pela confidencialidade dos serviços.....	103
Quadro nº 30 - Respeito pela autorização do Utente para entrar na propriedade deste .....	105
Quadro nº 31 - Respeito pelos bens dos Utentes.....	105
Quadro nº 32 - Confiança do dinheiro dos Utentes.....	106
Quadro nº 33 - Respeito pela vontade do Utente no fornecimento de dados.....	106
Quadro nº 34 - Informação prévia ao utente sobre as atividades programadas .....	107
Quadro nº 35 - Acesso fácil relativamente ao número de telefone do responsável do SAD .	109
Quadro nº 36 - Eficácia do sistema de comunicação com o SAD .....	109
Quadro nº 37 - Conhecimento de quem presta informação institucional.....	109
Quadro nº 38 - Qualidade do atendimento .....	109
Quadro nº 39 - Acessibilidade do responsável pelo SAD .....	110
Quadro nº 40 – Resposta do Responsável pelo SAD às questões dos utentes .....	110
Quadro nº 41 – Recetividade institucional perante os problemas dos utentes .....	110
Quadro nº 42 – Atenção dos colaboradores com os utentes.....	111
Quadro nº 43 - Disponibilidade dos colaboradores da equipa do SAD perante os Utentes...	111
Quadro nº 44 - Recomendação do serviço a potenciais Utentes .....	112
Quadro nº 45 - Perceção da necessidade de mudança de prestador de serviço.....	112

## **Introdução**

O aumento da população idosa não é um fenómeno recente, mas tem vindo a acentuar-se ao longo das últimas décadas, à escala mundial. Este fenómeno está relacionado com vários fatores, entre os quais se destacam: a melhoria das condições sociais e ambientais, juntamente com melhores cuidados de saúde, com a diminuição da taxa de natalidade e de fecundidade e com o aumento da esperança média de vida (Squiere, 2000). A melhoria da saúde pública, incluindo a educação para a saúde e a promoção da saúde, das condições sociais, da nutrição e os avanços da medicina preventiva e curativa têm contribuído para a redução da taxa de mortalidade dos idosos. (Figueiredo, 2007)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) o envelhecimento demográfico causa um importante impacto na sociedade e requer especial atenção em diversas áreas, nomeadamente, na política, na economia e na saúde.

O envelhecimento da população é um fenómeno universal e além de fenómeno coletivo é também um fenómeno individualizado, que decorre desde o nascimento e se traduz em alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e comportamentais. No entanto, estas alterações não ocorrem ao mesmo tempo, nem estão necessariamente relacionadas com a idade cronológica da pessoa. Da mesma forma, não ocorrem isoladamente e diferentes fatores podem combinar-se, influenciando o futuro estado de saúde de uma pessoa idosa (Squiere, 2000).

Do ponto de vista biopsicossocial, não se envelhece da mesma forma, no mesmo ritmo e na mesma época cronológica. De facto, o envelhecimento é comum a todos, mas existem características próprias de pessoa para pessoa, consoante a constituição biológica e a estrutura da personalidade, em estreita interação com o meio ambiente (Spar & Rue, 1998)

Para Fernandes (2000, p.21) “o envelhecimento não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se. É um processo complexo universal, sendo comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao homem”.

Para que o envelhecimento não seja um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida e que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, é necessário uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, assim como uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às

novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico (Direção Geral de Saúde, 2004).

Atualmente, existe uma diversidade de respostas sociais criadas para proporcionar cuidados às pessoas idosas, organizadas em valências, como o Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Serviço de Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e Acolhimento Familiar.

Apesar de cada vez mais haver necessidade de recorrer a estes serviços, é importante referenciar, que poucos são os idosos que aceitam a institucionalização de uma forma tranquila, como refere Pimentel (2001), preferindo serviços que permitam manter a sua relativa autonomia e identidade.

Perante esta evidência torna-se necessário implementar serviços que procurassem desconstruir a imagem negativa do idoso e promover dinâmicas que aproximassem o idoso da comunidade e da família. Neste contexto, foi criado o serviço de apoio ao domicílio, no qual, o idoso continua em sua casa e não sente uma mudança brusca na sua vida, o que faz com que este seja um serviço muito procurado nos dias de hoje.

O Serviço de Apoio Domiciliário constitui uma Resposta Social organizada a que as pessoas em situação de relativa dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e nas atividades socio-recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do utente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e para prevenção de situações de dependência ou seu agravamento.

Devido ao envelhecimento progressivo da população ocorrem com maior frequência situações de vulnerabilidade física e psíquica, que podem conduzir ao aparecimento de situações patológicas crónicas e originar, na maioria dos casos, dependência dentro de limites nem sempre controláveis pelo próprio e/ ou seu agregado familiar.

As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade atual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da insuficiência de respostas adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que, um grande número de pessoas em situação de dependência continua a encontrar no Serviço de Apoio Domiciliário uma resposta que contribui para colmatar algumas das dificuldades com que se debatem quotidianamente.

Deste modo, o número crescente de idosos vulneráveis, o número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de

familiares que podem assegurar os cuidados necessários e a necessidade de diminuir o mais possível a institucionalização da pessoa, leva ao desenvolvimento do Serviço de Apoio Domiciliário. Pretende-se desta forma que a pessoa tenha, cada vez mais, a possibilidade de seleccionar esta resposta social, entre outras, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades e a manutenção da sua qualidade de vida.

A presente dissertação intitulada “ Serviço de Apoio Domiciliário: Um estudo sobre a qualidade dos serviços” teve como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo, uma Instituição particular de Solidariedade Social (IPSS), que tem como fim contribuir para a promoção integral dos habitantes de Cachopo, principalmente os idosos.

O trabalho de investigação que agora se apresenta decorreu ao longo dos anos de 2011-2012 e nele participaram principalmente as pessoas idosas utentes do Centro Paroquial de Cachopo, beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário.

A presente dissertação está organizada em quatro capítulos; no primeiro é feito um enquadramento teórico, no qual se pretende compreender o fenómeno do envelhecimento, que tipos de respostas sociais existem para responder às necessidades das pessoas idosas, com um especial interesse pelo Serviço de Apoio Domiciliário, e qual o modelo para avaliação da qualidade das respostas sociais. No segundo capítulo apresenta-se a metodologia utilizada no estudo, no terceiro capítulo procede-se à caracterização do ambiente externo e interno do SAD do Centro Paroquial de Cachopo e, por fim, no terceiro capítulo procede-se à interpretação e análise dos dados recolhidos.

Optou-se por uma metodologia de investigação mista, isto é, de teor qualitativo com recurso a dados de natureza quantitativa. A recolha de dados deste estudo concretizou-se mediante a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes inseridos no serviço de apoio domiciliário, mediante a realização de uma entrevista semiestruturada à responsável pelo SAD, e ainda mediante entrevistas não estruturadas a alguns dos utentes do serviço. A pesquisa bibliográfica e documental e a observação direta complementam os métodos atrás referidos.

A escolha do tema desta investigação prende-se com o interesse da investigadora em aprofundar o conhecimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), dado que é um serviço que permite à pessoa quer seja autónoma ou não, de permanecer na sua casa, no seu espaço, no seu ambiente social e cultural. Para além disso, a escolha deste tema respondeu ao

interesse em conhecer a perspetiva dos idosos relativamente à qualidade dos serviços por uma instituição em concreto, o Centro Paroquial de Cachopo.

Partindo principalmente da perspetiva dos idosos integrados no SAD do Centro Paroquial de Cachopo pretende-se dar um contributo para a gestão da qualidade do serviço no futuro próximo, ao identificar os aspetos mais fortes do serviço e também aqueles que podem ainda ser melhorados para responder totalmente às necessidades dos utentes e aos requisitos de um serviço que deve promover a autonomia e a qualidade de vida dos seus utentes.



# CAPÍTULO I

## 1. Enquadramento teórico

### 1.1 O Envelhecimento

O aumento progressivo da longevidade acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e na mortalidade, conduziu a uma mudança nítida na composição etária da população, aumentando substancialmente o número de pessoas com idade acima de sessenta anos, assim como as de idade superior a oitenta anos (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002).

O envelhecimento da população é um facto preocupante na União Europeia. As taxas de natalidade têm diminuído na maioria dos países e a esperança média de vida tem aumentado consideravelmente. Em Portugal verifica-se a mesma situação.

De facto, o aumento da população idosa é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos, à escala global, pelo que não se trata de um fenómeno recente, mas que tem vindo a acentuar-se ao longo dos últimos anos no contexto do progresso mundial. A melhoria da saúde pública, incluindo a educação para a saúde e a promoção da saúde, das condições sociais, da nutrição e os avanços da medicina preventiva e curativa tem contribuído para a redução da taxa de mortalidade dos idosos (Figueiredo, 2007).

O aumento da esperança de vida e a diminuição do número de mortes, “devido aos avanços não só da medicina terapêutica no que diz respeito às doenças infecciosas agudas mas também à melhoria das condições económicas e higiénicas da maior parte dos países, contribuíram para uma subida rápida do número de pessoas acima dos 65 anos de idade” (Saldanha, p.23).

O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002)<sup>1</sup>.

O aumento da população idosa resulta da chamada transição demográfica que é definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem valores baixos, originando o

---

<sup>1</sup> Consideraram-se os seguintes limites de idade em cada categoria: 0-14 anos (população jovem); 15-64 anos (população em idade ativa ou população potencialmente ativa); 65 e mais anos (população idosa).

estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução da população jovem e alargamento do topo, com acréscimo da população idosa (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002).

Para além do envelhecimento na base, provocado pela baixa da natalidade e do envelhecimento no topo, devido principalmente ao aumento da esperança de vida a partir dos 60 anos, pode-se também falar de envelhecimento com origem em alterações das estruturas etárias intermédias, devidas à emigração de adultos ativos (Bandeira, 2012). De acordo com o mesmo autor o envelhecimento ou o rejuvenescimento das populações dependem do desempenho da natalidade, da mortalidade e das migrações.

O envelhecimento irá assumir uma tendência mais universal e homogénea nas próximas décadas, mas persistirá uma grande diversidade em termos de momento da ocorrência e ritmo das mudanças demográficas. Esta diversidade torna-se particularmente evidente quando se analisa o fenómeno do envelhecimento nas regiões desenvolvidas (segundo a classificação das Nações Unidas, compreendem a Europa, a América do Norte, a Austrália/Nova Zelândia e o Japão) e em desenvolvimento (compreendem todas as regiões da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caraíbas, mais Melanésia, Micronésia e Polinésia) (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002).

Embora atualmente, as populações dos países em desenvolvimento sejam relativamente jovens, muitos destes países deverão conhecer um ritmo de duplo envelhecimento sem precedentes, em virtude de uma forte redução nos níveis de fecundidade e de um rápido aumento de longevidade. Em 2050 prevê-se que o número de pessoas idosas com 65 e mais anos nas regiões menos desenvolvidas seja aproximadamente o quádruplo do número verificado em 2005 (subindo de 292 milhões para 1166 milhões). Este grupo etário representará 19% da população dos países menos desenvolvidos em 2050, contra 8% verificados na atualidade (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

No que se refere aos países desenvolvidos, onde a proporção de pessoas idosas é já muito superior, este crescimento manter-se-á, mas a um ritmo relativamente mais lento do que nos países menos desenvolvidos. As pessoas idosas representarão 33% da população destes países em 2050, contra 19% atualmente. Por sua vez, a percentagem de jovens continuará a diminuir.

Cerca de cinquenta anos depois dos países mais desenvolvidos, vive-se atualmente nos países de menor desenvolvimento um aumento da proporção de pessoas idosas a um ritmo bastante forte (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002).

Entre os países desenvolvidos, a Europa e o Japão registrarão as tendências de envelhecimento mais acentuado até 2050. O grupo etário com mais de 60 anos de idade representará cerca de 37% da população europeia, atingindo um valor ainda mais elevado no Japão, contra apenas 27% na América do Norte, onde o crescimento da população continuará a ser relativamente forte. No grupo etário dos mais de 60 anos de idade, registrar-se-á, igualmente, um aumento significativo no número de pessoas "muito idosas", isto é, pessoas com 80 ou mais anos de idade (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (2002) as diferenças de género no envelhecimento também são consideráveis. Na Europa, a esperança de vida das mulheres é hoje mais de seis anos superior à dos homens. No grupo etário com 60 ou mais anos de idade, existem 50% mais mulheres do que homens. No grupo das pessoas que vivem sozinhas com 75 ou mais anos de idade, mais de 70% são mulheres.

Estes dois fenómenos, a diminuição dos jovens e o aumento da população idosa, correspondem ao que os demógrafos designam de duplo envelhecimento, na base e no topo da pirâmide. O envelhecimento na base acontece quando a percentagem de jovens começa a diminuir e, por conseguinte, a base da pirâmide de idades fica substancialmente reduzida, enquanto o envelhecimento no topo se verifica quando a percentagem de pessoas idosas aumenta, provocando um alargamento na parte superior da pirâmide de idades. Estes dois tipos de envelhecimento estão intimamente ligados, pois a principal causa natural responsável pela questão do envelhecimento populacional no mundo, desenvolvido em geral e na Europa em particular, foi a redução da natalidade. (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002).

De acordo com o departamento de Estatísticas da População do INE (2002) a baixa natalidade ao provocar uma redução forte na população jovem, implica um aumento da importância relativa das pessoas idosas, facto que corresponde à verdadeira definição de envelhecimento demográfico. Este envelhecimento demográfico pela base da pirâmide etária possui consequências mais gravosas do que o envelhecimento pelo topo, dadas as implicações nas gerações ativas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho.

Deste modo, a realidade do século XXI é a de que os países estão cada vez mais envelhecidos apresentando uma tendência para que este fenómeno continue a acentuar-se.

## 1.2 Envelhecimento: Uma perspectiva Nacional e Regional

Em Portugal, a esperança média de vida tem vindo a aumentar, tendo como consequência o aumento da população idosa e o aumento do topo da pirâmide populacional. A percentagem de jovens diminui e, por conseguinte, a base da pirâmide de idades fica substancialmente reduzida.

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito social e económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida (Censos, 2011).

As características demográficas da população revelam que o envelhecimento da população se agravou na última década. Em Portugal, “entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa (com 65 e mais anos)” (Fonseca, 2006, p. 7).

Estimativas recentes indicam que a população de Portugal é a sétima mais envelhecida do mundo como se pode verificar no quadro nº 1 (Bandeira, 2012).

**Quadro nº 1 - Populações mais envelhecidas (2010)**

PAÍS	GRUPOS DEPENDENTES		ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO
	65 E +	<15	
Japão	22,6	13	173,8
Alemanha	20,5	14	146,4
Itália	20,4	14	145,7
Grécia	18,3	14	130,7
Bulgária	17,6	14	125,7
Lituânia	17,4	14	124,3
Portugal	17,9	15	119,3
Áustria	17,6	15	117,3

Fonte: Population Reference Bureau, *Fiche de Données sur la Population Mondiale 2010*

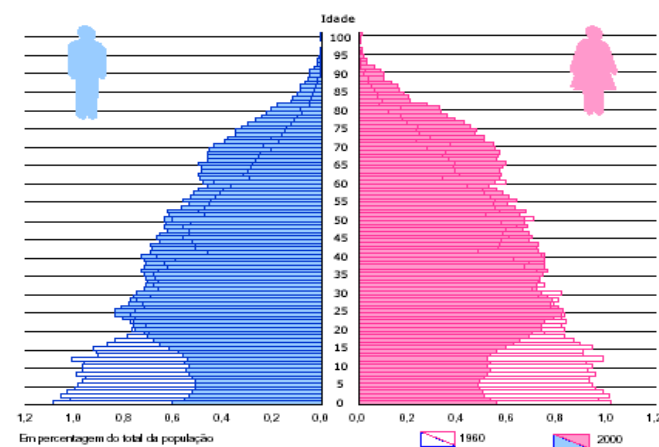
Cronologicamente, o início do envelhecimento demográfico em Portugal parece ter coincido com a vaga emigratória que começou a desenvolver-se nos anos 1950 e que tinha como destino alguns países europeus. Essa vaga atingiu o seu pico em meados da década de 1960, prolongou-se até ao final da década de 1970, sendo os fluxos para o estrangeiro

compensados em 1975 pela entrada em Portugal de muitos imigrantes oriundos das ex-colónias portuguesas de África (Bandeira, 2012).

Segundo o mesmo autor, nesta época, a fecundidade em Portugal mantinha-se relativamente estável, subsistindo próxima de três filhos por mulher. Neste sentido, a história da população portuguesa entre 1950 e 1980 demonstra que o processo de envelhecimento demográfico não começa necessariamente com a queda da natalidade, pois o aumento das emigrações de adultos ativos, originaram alterações do peso das estruturas etárias intermédias.

Observando o gráfico que se segue, pode-se verificar que a estrutura da pirâmide etária em 1960, era larga na base e, à medida que se considerava idades da população superiores, esta tendia a estreitar. Todavia, essa realidade alterou-se. Em 2000, a pirâmide apresentava uma base mais estreita quando comparada com a verificada em 1960, demonstrando uma diminuição da população jovem com idades compreendidas entre os 0 e 14 anos. Em contrapartida, verificou-se um aumento significativo da percentagem da população com idade superior a 20 anos, com maior relevância nas idades superiores a 60 anos.

**Gráfico nº 1 Pirâmide Etária em Portugal (1960-2000)**



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Ao longo das últimas décadas, a pirâmide de idades da população residente em Portugal tem vindo a sofrer um estreitamento na base e um alargamento no topo, verificando-se efetivamente que a população idosa está a aumentar. Deste modo, a população portuguesa apresenta, nos dias de hoje, uma estrutura envelhecida, e pela primeira vez na sua história, na viragem do século, a população idosa tornou-se mais numerosa que a população jovem.

De acordo com o cenário médio das projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo INE, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando

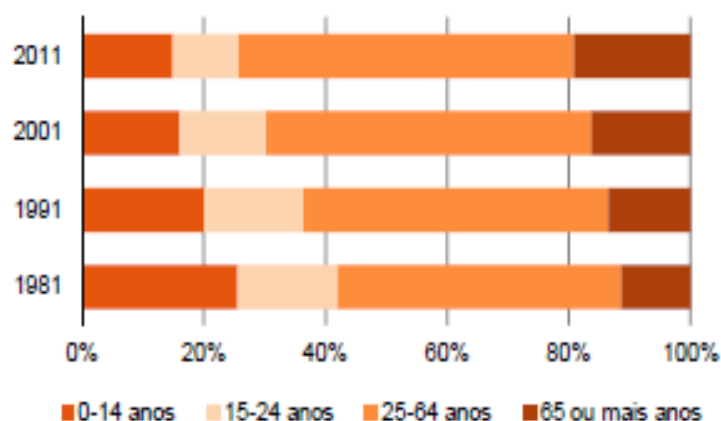
em 2050, 32% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050 (Gonçalves & Carrilho, 2007).

O duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos).

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (Censos, 2011).

Portugal em 2011, apresentava cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade como se pode verificar no gráfico nº 2. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior (2001). Já o índice de envelhecimento<sup>2</sup> registou um aumento brutal de 27,3 em 1960 para 102,2 em 2001 e para 129 em 2011 (Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE, 2002.; Censos, 2011).

**Gráfico nº 2 - Estrutura Etária residente em Portugal por grupos etário**

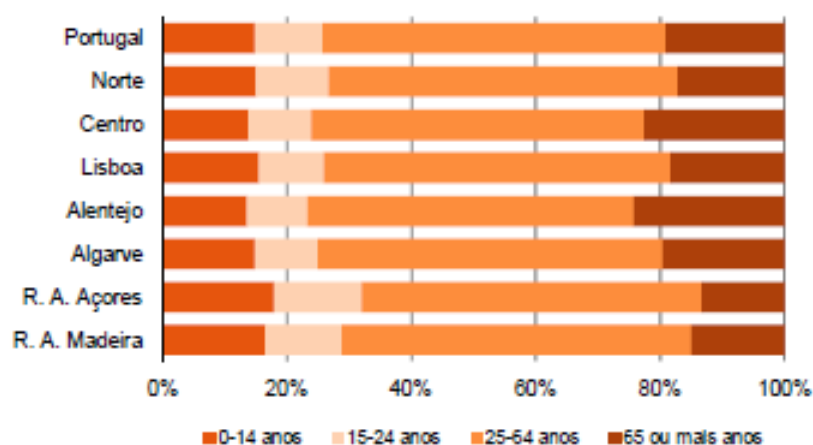


FONTE: INE, 2011

<sup>2</sup> Relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos.

Face a esta situação, as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são as que apresentam uma maior percentagem da população no grupo etário mais jovem; respetivamente 17,9% e 16,4% da população encontram-se no grupo etário dos 0-14 anos, seguidas pelas regiões de Lisboa, Norte e Algarve com, respetivamente, 15,5%, 15,1% e 14,9%. No lado oposto, as regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente e a regiões autónomas são as que apresentam menores índices de envelhecimento do país, como se pode verificar no gráfico nº 3 (Censos, 2011).

**Gráfico nº 3 - Estrutura da população residente por grupos etários por grupos etários por Nuts II em 2011**



FONTE: INE, 2011

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8% (Censos, 2011).

De facto, o agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. Apenas 16 dos 308 municípios apresentam em 2011 indicadores de envelhecimento inferiores aos verificados em 2001. O envelhecimento



das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território.

Como já referido, o número de pessoas idosas têm vindo a aumentar nas últimas décadas. Os resultados dos Censos comprovam que o número de pessoas idosas em Portugal, tem vindo a crescer cada vez mais e a região do Algarve e mais específico o Concelho em estudo (Tavira), não é exceção.

Em duas décadas o número de pessoas com idade  $\geq$  a 65 anos, em Portugal cresceu 45,8% sendo o número de mulheres superior ao dos homens. Igualmente se verificou no Algarve e no concelho de Tavira, sendo que no Algarve o crescimento foi de 47,5%, e no Concelho de Tavira foi de 22,6% nas últimas duas décadas, sendo o número de mulheres superior ao de homens, como se pode verificar no quadro nº 2.

**Quadro nº 2 - População com idade  $\geq$  65 anos**

População	1991	2001	2011
Portugal H / M	1388040	1693493	2022504
Portugal H	576484	708218	849188
Portugal M	811556	985275	1173316
Algarve H / M	59915	73613	88404
Algarve H	26824	32977	39718
Algarve M	33091	40636	48686
Tavira H / M	5110	5846	6267
Tavira H	2406	2709	2887
Tavira M	2704	3137	3380

FONTE: INE, Seleção de dados dos censos de 1991, 2001, 2011

No Algarve, o índice de envelhecimento aumentou na última década de 127,5 em 2001 para 132 em 2011. Contudo, este aumento não se verifica na cidade de Tavira, ocorrendo um decréscimo do índice de envelhecimento, sendo 187,3 em 2001 e 178 em 2011 (INE, 2002 citado em Fonseca, Censos, 2011).

O fenómeno do envelhecimento atualmente estende-se a todo o território nacional, mas com diferente intensidade. Perante esta realidade, evidente, as recomendações

internacionais apontam para encarar o envelhecimento das sociedades como um desafio e uma oportunidade. É preciso potenciar tanto a experiência como as capacidades das pessoas idosas de modo a dar-lhes oportunidades para intervirem na vida em sociedade (Gonçalves & Carrilho, 1993).

Paralelamente, e como medidas para a inclusão social, destaca-se a importância para a integração das pessoas idosas no seio da família, constituindo um intercâmbio de forças e potencialidades favorável a todas as partes.

Há quarenta, cinquenta anos o envelhecimento não era visto como um problema mas sim como um fenómeno natural. Segundo Pimentel (2001) o envelhecimento só se torna preocupante porque se desenvolve num contexto desfavorável em que associado à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade nos laços familiares, à indisponibilidade da família em dar o apoio efetivo aos seus idosos, à crescente despersonalização das relações pessoais, à exclusão dos idosos dos sectores produtivos da sociedade contexto em que se agravam as condições de vida das pessoas mais velhas.

### **1.3 Envelhecimento do Concelho de Tavira à freguesia de Cachopo**

A freguesia de Cachopo fica situada no interior algarvio, sendo uma freguesia do Concelho de Tavira, constituída em grande número, por uma população extremamente envelhecida.

Com base nos resultados dos censos de 2001/2011, verifica-se que a freguesia de Cachopo é a que tem menos população no Concelho de Tavira, no entanto, o número de pessoas idosas nesta freguesia, é bastante elevado. Os resultados dos censos (2001) revelam que no total de 1026 pessoas, 518 (50,48%) eram idosos no ano de 2001. Seguidamente, as freguesias de Santa Maria e de Santiago são as que têm mais pessoas idosas como se pode verificar no quadro nº 3 e nº 4.

A relação de masculinidade apurada através dos Censos de 2001 acentuou o predomínio do número de mulheres face ao de homens em todas as freguesias do Concelho de Tavira, exceto na freguesia de Cachopo, em que há 512 homens por 518 mulheres.

Com base nos resultados dos censos de 2001/2011, verifica-se que em todas as freguesias do Concelho de Tavira houve um decréscimo da população total, exceto na freguesia de Santa Maria e Santiago, onde se situa a cidade de Tavira. (Quadro nº 3 e nº 4).

Contudo, a freguesia de Cachopo, situada no interior, foi a que teve uma redução mais significativa da população total, passando de 1026 pessoas em 2001 para 716 em 2011. No entanto, a maioria da população residente na freguesia de Cachopo, são pessoas idosas (437), sendo 211 homens e 226 mulheres.

**Quadro nº 3 - População das freguesias do concelho de Tavira (2001)**

População Freguesias	Homem Mulher	Homem	Mulher	Homem Mulher ≥65	Homem ≥65	Mulher ≥65
Cabanas	1070	528	542	189	81	108
Cachopo	1026	514	512	518	261	257
Conceição	1446	756	690	361	170	191
Luz	3778	1883	1895	898	409	489
Santa Catarina	2085	1076	1009	690	341	349
Santa Luzia	1729	903	826	313	146	167
Santa Maria	6672	3244	3428	1434	636	798
Santiago	5904	2912	2992	1144	521	623
Sto. Estêvão	1287	664	623	299	144	155

FONTE: INE, Seleção de dados dos censos de 2001

**Quadro nº 4 População das freguesias do concelho de Tavira (2011)**

População Freguesias	Homens Mulheres	Homens	Mulheres	Homens Mulheres ≥65	Homens ≥65	Mulheres ≥65
Cabanas	1081	540	541	231	144	117
Cachopo	716	359	357	437	211	226
Conceição	1438	718	720	396	186	210
Luz	3355	1651	1704	920	426	494
Santa Catarina	1809	910	899	618	297	321
Santa Luzia	1455	728	727	325	151	174
Santa Maria	8836	4267	4569	1768	805	963
Santiago	6297	3053	3244	1261	551	710
Sto. Estêvão	1180	594	586	311	146	165

FONTE: INE, Seleção de dados dos censos de 2011

O índice de envelhecimento aumentou na freguesia de Cachopo na última década, passando de 1036 em 2001 para 1561 em 2011. As freguesias de Santa Catarina da Fonte de

Bispo, de Santiago e de Santa Maria, são as que se verifica um decréscimo do índice de envelhecimento na última década, como se pode verificar no quadro nº 5 e nº 6.

### Quadro nº 5 - Índice de Envelhecimento 2001

Local de residência (à data dos Censos 2001)	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal
	N.º
Cachopo	1036
Conceição	221,4
Luz de Tavira	195,6
Santa Catarina da Fonte do Bispo	396,5
Tavira (Santa Maria)	153,6
Tavira (Santiago)	138,6
Santo Estêvão	176,9
Santa Luzia	138,4
Cabanas de Tavira	154,9

Fonte: INE, 2001

### Quadro nº 6 - Índice de Envelhecimento 2011

Local de residência (à data dos Censos 2011)	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal (1)
	N.º
Cachopo	1561
Conceição	302
Luz de Tavira	222
Santa Catarina da Fonte do Bispo	379
Tavira(Santa Maria)	127
Tavira (Santiago)	135
Santo Estêvão	236
Santa Luzia	177
Cabanas de Tavira	167

Fonte: INE, 2001

#### **1.4 Processo de Envelhecimento: Uma abordagem multidimensional**

Envelhecer é um facto da vida. A experiência de envelhecer é única, é um processo multifacetado, dependente de fatores fisiológicos, sociais e psicológicos. No entanto, estes fatores variam e não ocorrem ao mesmo tempo, nem estão necessariamente relacionados com a idade cronológica da pessoa. Da mesma forma, não ocorrem isoladamente e diferentes fatores podem combinar-se, influenciando o futuro estado de saúde de uma pessoa idosa (Squiere, 2000).

Segundo Quaresma, Calado e Pereira, (2004, p.54)

“o envelhecimento da população tem diversas dimensões e a garantia da sua integração na sociedade, sendo uma justa necessidade a que, naturalmente, urge responder cada vez melhor, exige respostas complexas, pluridimensionais, articuladas e eficientes. Porque o envelhecimento é um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença ou simplesmente uma dependência”.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004, p. 23), referem que “o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação”.

Para Pimentel, (2001,p.52) “o envelhecimento não é uma doença, mas sim um processo multifatorial, a deterioração fisiológica do organismo e consequentes alterações psicossomáticas”. Fernandes (2000, p.21) também defende que “o envelhecimento não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se.” É um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao homem.

Para Fonseca (2005) o envelhecimento é um fenómeno normal que faz parte do desenvolvimento humano e é caracterizado pela ocorrência de mudanças adaptativas e influenciado pela exposição a determinados contextos sociais e históricos. De acordo com esta perspetiva, o envelhecimento deverá ser encarado segundo um modelo biopsicossocial que permite enquadrar as mudanças desenvolvidas próprias desta fase da vida mediante a análise de vários domínios.

O envelhecimento diz respeito “a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos” (Binet & Bourliere (s.d), citados por Fernandes 2000, p.21). Já, Robert (1994, p.31), citado por Fernandes, (2000, p.21) define o envelhecimento como “a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”.

Para Zimmerman (2000), o fenómeno do envelhecimento subentende uma diversidade de alterações: físicas (face enrugada, pele flácida, um certo encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral), psicológicas e sociais (crise de identidade, mudanças de identidade, mudança de papéis, aposentadoria, perdas diversas, diminuição dos contatos sociais no indivíduo). Estas alterações são naturais inerentes a todo o processo e também gradativas. É importante referir que estas transformações são gerais, podendo verificar-se em idade mais precoce ou mais avançada, em concordância com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um.

Lidz (1983) citado em Fernandes, (2000 p.23) caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas, podendo no entanto, o idoso não chegar a atingi-las todas.

A primeira fase denomina-se “Idoso”. Nesta fase não existem grandes alterações orgânicas. “As modificações observam-se no modo de vida provocado pela reforma, no entanto, o indivíduo ainda se considera capaz de satisfazer as suas necessidades”.

A segunda fase é designada por “Senescência”. Esta ocorre quando o indivíduo passa a sofrer alterações físicas ou de outra natureza. A senescência segundo Squiere (2000), é um efeito da idade na saúde e refere-se ao declínio de capacidade física que acompanha o envelhecimento.

Por último, surge uma terceira fase designada por “Senilidade”. Nesta fase, o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados completos.

A definição do início do processo de envelhecimento em cada indivíduo está longe de ser consensual entre os diversos autores. Há especialistas que defendem que o envelhecimento começa logo na fase da concepção, ou seja, envelhecer é começar a viver, outros autores sustentam que o processo de envelhecimento começa entre a segunda e a terceira década de vida, e outros defendem ainda, que o envelhecimento ocorre nas fases mais avançadas da existência humana. Esta última hipótese é a que predomina socialmente, dado que se considera a condição de pessoa idosa de forma repentina aos 65 anos.

Segundo Pimentel (2001), a delimitação do período em que se considera o ser humano como idoso é difícil de concretizar, uma vez que o envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa. Contudo, individualmente o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida.

Por uma questão de clarificação, neste trabalho, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que atualmente em Portugal está associada à idade de reforma (Departamento de Estatísticas censitárias e da população do INE, 2002). De acordo com alguns gerontólogos consideram-se as seguintes categorias cronológicas: “idosos jovens”- com idade igual ou superior a 65 anos e até aos 74; “idosos-idosos”- com idade igual ou superior a 75 anos e até aos 84 e “muito idosos”- com idade igual ou superior a 85 anos (Imaginário, 2004).

De facto, é extremamente difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns que o distinga de outros grupos. Quando se pretende estudar o fenómeno do envelhecimento, uma das primeiras necessidades a ter em conta, é de carácter cronológico. Segundo Pimentel (2001, p. 52), “a idade cronológica surge, aparentemente, como um marco e uma forma relativamente precisa de identificar esse grupo”. No entanto, as características relativas ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental e social, podem ser diferentes entre indivíduos, o que qualquer clarificação se tornaria arbitrária, pois dificilmente se encontra critérios semelhantes que a fundamentem.

Segundo Levet-Gautrat (1985) citado por Pimentel (2001, p.53), ligado ao conceito de envelhecimento, encontramos o conceito de idade, que pode ser utilizado em vários sentidos:

“a idade cronológica, que se refere ao tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente, e que nos dá indicações sobre o período histórico que o indivíduo viveu, mas não fornece indicações precisas sobre o estado de evolução do mesmo, ou seja, a idade cronológica diz muito pouco sobre cada indivíduo e não é suficiente para o definir”.

-“a idade jurídica, que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e de determinar qual a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade, mas que não corresponde a uma realidade biopsíquica.”

-“ a idade física e biológica, que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece, pois os diferentes órgãos e funções vitais não envelhecem todos ao mesmo ritmo”. Segundo Fortine (2000, citado por Cancela, 2007), cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos

eficaz. É necessário haver prudência quando se atribui uma doença ou deficiência à idade, pois, muitas vezes, os problemas advêm do ambiente e das condições sociais, económicas e culturais e não são inerentes à idade, tal como aqui é definida.

-“ a idade psicoafectiva, que reflete a personalidade e as emoções de uma pessoa e que não tem, à partida, limites em função da idade cronológica.” Muitas vezes, as pessoas idosas não se sentem velhas e não se reconhecem como tal, são os outros que refletem uma imagem da sua velhice a partir da sua aparência.

-“a idade social, que corresponde à sucessão de papéis, aos estatutos e aos hábitos da pessoa atribuídos pela sociedade e que são correspondentes às condições socioeconómicas.”

Assim sendo, o processo de envelhecimento não pode ser definido baseado apenas em critérios cronológicos, é necessário ter em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo, o que significa que podem ser observadas diferentes idades biológicas, em indivíduos com a mesma idade cronológica.

O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico, relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta.

Sousa, et al., (2004) diferenciam o envelhecimento como primário (ou normal) e secundário (ou patológico). O primeiro indicia o processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrendo de acidente ou doença, mas que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. O segundo diz respeito aos fatores que interferem no processo de envelhecimento normal, como stress, traumatismo ou doença, suscetíveis de acelerar o processo de envelhecimento primário.

A diferenciação entre estas duas condições é, por vezes, extremamente difícil. Montorio e Izal (1999 citados por Figueiredo, 2007, p. 33) referem que o envelhecimento, por um lado, pode ser claramente separado da doença, já que existem determinadas transformações que jamais poderiam ser consideradas patológicas, como por exemplo as rugas. Por outro lado o envelhecimento normal e patológico sobrepõem-se, já que o normal acima de um certo limiar se considera patológico.

O envelhecimento da população é um fenómeno universal, e além de fenómeno coletivo é também um fenómeno individualizado, que decorre desde o nascer e ao qual se juntam alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. O declínio das funções orgânicas durante o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo e depende



de fatores externos como o estilo de vida e de fatores internos / genéticos e o estado de saúde da própria pessoa.

Deste modo, pode-se dizer que o envelhecimento é diferencial, ou seja, cada indivíduo envelhece de um modo particular, diferente de outro, conforme os modos de vida, da profissão, dos acontecimentos traumáticos, bem como outros fatores de ordem social, como a escolaridade e a condição social, e fatores que influenciam o processo de envelhecimento, tais como a obesidade, hábitos tóxicos (álcool, tabaco, droga), a alimentação, o exercício físico, e claro, a incidência de doenças (Fernandes, 2000).

As mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento do processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da idade física, do bem-estar, do poder socioeconômico e da vivência atual das modificações, perdas e ganhos. Por mais natural que o envelhecimento surja, traz sempre algumas alterações aos níveis biológico e psicológico, podendo, em algumas pessoas, essas alterações ocorrerem apenas ao nível biológico e, noutras a ambos os níveis.

Neste sentido, considera-se fundamental abordar o processo de envelhecimento nas dimensões biofisiológica, psicológica e social, com vista a uma melhor compreensão deste fenômeno.

## **1.5 Abordagem Biofisiológica do envelhecimento**

A vida representa crescimento e transformações contínuas, às quais todos os seres vivos estão submetidos.

Todo o ser vivo passa por um processo de envelhecimento, desde o nascimento. Este processo é um fenômeno universal e individual, pois todos envelhecemos de uma forma específica e mediante fatores múltiplos e complexos. Os fatores biológicos, sociais e psicológicos variam de pessoa para pessoa, não ocorrendo em simultâneo, nem estando necessariamente relacionados.

Netto e Pontem (2000), citados por Figueiredo (2007, p.32) referem que,

“o processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo,

traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais. Quando este declínio é muito significativo, ocorre uma importante redução da reserva funcional, colocando o idoso mais vulnerável ao surgimento de doenças crônicas que podem levar a alterações na capacidade funcional, ameaçando a sua autonomia e independência”.

Saldanha (2009, p.11) defende que do ponto de vista biológico,

“o envelhecimento é caracterizado pela diminuição progressiva mais ou menos rápida e de intensidade variável da capacidade funcional do organismo, diferente de órgão para órgão e de tecido para tecido, cuja velocidade de progressão depende de fatores hereditários, ambientais, sociais, nutricionais e higieno-sanitários”.

Embora o envelhecimento seja um fenómeno universalmente conhecido pelos biólogos nenhuma das definições atuais está cientificamente comprovada e aceite. Porém sabe-se que é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos: “disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética” (Mailloux-Poirer, 1995, p. 99).

Dentro das teorias gerais existentes para explicar o processo de envelhecimento biológico, Mailloux-Poirier (1995,) juntamente com outros autores, destaca algumas delas:

- Teoria imunitária: Com a idade o sistema imunitário vai sofrer transformações, deixando de ser capaz de reconhecer as suas próprias células, levando à sua destruição e deixando de identificar os organismos invasores. A perda da imunidade provoca então uma perda do controlo, por parte dos vírus latentes, ou uma insurreição originada por fenómenos de autoimunidade.
- Teoria genética: O envelhecimento é um processo definido geneticamente e está biologicamente programado. Hayflick (1984, citado por Mailloux-Poirer, 1995) demonstrou que certas células do corpo humano, quando cultivadas em laboratório, se dividem em 50 vezes, mas cessam lentamente a sua divisão e acabam por morrer.

Para vários investigadores o envelhecimento é, portanto, uma consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares.

- Teoria do erro na síntese proteica: Os investigadores referem que alterações da molécula de DNA levam a erros na informação genética, impedindo, a produção de proteínas essenciais à sobrevivência, logo o envelhecimento seria consequência da morte celular.
- Teoria do desgaste: O organismo humano comporta-se como uma máquina e o seu desgaste provocaria anomalias, daí advindo uma paragem no mecanismo (Sacher, citado por Shock, s.d. 1977, citado por Mailloux-Poirier, 1995).
- Teoria dos radicais livres: o envelhecimento e a morte celular advém da peroxidação dos lípidos provocada pelos radicais livres não saturados, transformando-os em substâncias nefastas que envelhecem as células, de acordo com Harman, (citado por Shock, 1977, citado por Mailloux-Poirier 1995).
- Teoria Neuro-endócrina: O sistema endócrino funciona em harmonia com o sistema nervoso de forma a manter a homeostase do organismo e são as alterações na produção hormonal que provocam as mudanças associadas ao envelhecimento.

Para Birren e Zarit (1985, citados por Figueiredo, 2007, p 32) “o envelhecimento biológico, senescência, é um processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.” No entanto, a senescência não é sinónimo de doença, mas sim um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença, já que se caracteriza pela redução fisiológica dos órgãos e sistemas, o que implica a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente.

Tal como o envelhecimento a outros níveis, a nível biológico, a evolução é variável, sendo que, de um modo geral, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e os sistemas reduzem a qualidade e a agilidade das suas funções. É neste sentido que se afirma que o envelhecimento humano biológico se dá ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células, e que as alterações que se verificam nos vários aparelhos e sistemas não têm a mesma velocidade de declínio, sendo o padrão de declínio bastante heterogéneo entre os diversos órgãos (Pimentel, 2001, p.60).

Como refere Sousa et al., (2004, p.24), “uma das modificações mais relevantes ocorre na composição global do corpo, caracterizada pela diminuição da massa magra, aumento da

proporção de gordura e diminuição de água no corpo.” Conseqüentemente, com estas alterações físicas aumentam os riscos da diabetes, perturbações cardiovasculares, osteoporose e cancro do cólon e da mama, assim como, a diminuição da capacidade funcional, do peso e água corporal.

Para além destas conseqüências, o envelhecimento biológico passa por uma série de alterações ao nível do paladar e do olfato, ao nível da visão, da audição, alterações do sono (oscilações), alterações da temperatura, do peso e do metabolismo, alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade. Ocorre ainda, a redução da estatura que cria um efeito de desproporção, pois os braços e as pernas mantêm o comprimento normal, mas o tronco encolhe, o aparecimento de rugas e embranquecimento, secura, descamação e palidez na pele, acentuação das proeminências ósseas, ossos dos maxilares, maçãs do rosto, órbitas, nariz, orelhas, agravamento da perda de cabelo que se torna menos espesso e volumoso, lentificação do crescimento das unhas e estrias (Sousa, et al., 2004).

Deste modo, no processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos dos indivíduos, tratando-se, no entanto, de processos normais, e não de sinais de doença. De facto, a saúde não desaparece logo que chega a velhice, pois esta não é sinónimo de doença. Contudo, as pessoas ao envelhecerem, têm maiores probabilidades de sofrer de doenças ou incapacidades.

Ao nível do sistema nervoso central, as modificações descritas na literatura, e apresentadas por Fontaine (2000, p.38), são as seguintes: atrofia do cérebro (perda de peso e diminuição de volume); aparecimento de placas senis; degenerência nerofibrilar; diminuição da neuroplasticidade; mortalidade neuronal; rarefação e enriquecimento dendríticos.

O envelhecimento conduz a diversas alterações nos aparelhos: respiratório (afeções mais comuns: pneumonia, tuberculose), cardiovascular (afeções mais comuns: enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, angina, anemia), músculo-esquelético (afeções mais comuns: osteoporose, osteoartrose, artrite reumatóide, fracturas), nervoso (doenças vasculares cerebrais, doença de Parkinson) e urinário (afeções mais comuns: incontinência urinária, infeções, hipertrofia benigna da próstata), endócrino (afeções mais comuns: colecistite, obstipação) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

De facto, envelhecer aumenta consideravelmente o risco de doenças e a prevalência de doenças crónico-degenerativas. O envelhecimento tem sido associado à ocorrência de várias patologias crónicas que influenciam o modo de viver e o processo de envelhecimento,

predispondo-a a uma maior vulnerabilidade e fragilidade e, conseqüentemente, a um comprometimento da qualidade de vida.

Na realidade, as pessoas idosas, apresentam uma incidência significativa de situações crônicas. A Direção Geral de Saúde (2004), refere que a prevalência de algumas doenças crônicas aumenta significativamente com a idade. Entre essas doenças crônicas, encontram-se as doenças neurodegenerativas, nomeadamente a doença de Parkinson, em que a prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos para 3,5% aos 85 e mais anos e a demência, em que a prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade.

De acordo com Squire (2005) pode ainda ocorrer com o avançar da idade, uma diminuição da mobilidade, pois os percursos das pessoas idosas vão diminuindo progressivamente, e muitas vezes ficam limitados a uma divisão da casa, ou até mesmo à cama. Deste modo, as dificuldades motoras tornam as distâncias mais longas, e o que antes estava perto fica agora mais distante.

De facto, existem diversos fatores que podem conduzir a pessoa idosa à cama, e não são apenas os fatores fisiológicos que resultam das alterações neurológicas, osteoarticulares e cardiovasculares. Entre estes, existem os fatores psicológicos como o medo de cair, as situações de depressão, os fatores ambientais tal como, a falta de estímulos. Esta imobilização pode causar no idoso acamado estados degenerativos, como por exemplo úlceras de pressão, atrofia dos músculos, problemas respiratórios devido à diminuição da ventilação pulmonar, entre outros, que se podem desenvolver rapidamente e serem de muito difícil recuperação.

De um modo geral, o envelhecimento biológico é o processo vital em que, com a passagem do tempo de vida, o organismo sofre um conjunto de alterações de declínio da sua força, disposição e aparência, as quais não têm que ser necessariamente incapacitantes. A diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas.

## **1.6 Envelhecimento Psicológico**

Ao definir o conceito de envelhecimento é fundamental fazer referência à abordagem psicológica deste fenómeno. De facto, esta abordagem é difícil de ser separada da abordagem biológica.

O envelhecimento psicológico está relacionado com o declínio dos aspetos cognitivos e com as emoções que estão diretamente relacionadas com o contexto sócio ambiental em que o idoso se insere.

Sequeira (2007) constata que o envelhecimento psicológico é um processo extremamente complexo e para o qual convergem diversos fatores, nomeadamente o desempenho cognitivo, o processamento da informação e a memória.

Alguns estudos, nesta área, revelam ser possível uma pessoa idosa conservar as suas capacidades cognitivas até ao final da vida. No entanto, a probabilidade que isto venha a acontecer é muito baixa, uma vez que o declínio das funções cognitivas ocorre como consequência do processo de envelhecimento.

A revisão de um número considerável de trabalhos de investigação efetuada por Salthouse (1991, citado por Sousa, et al., 2004, p.25), mostra que as competências mais afetadas pela idade são as seguintes:

“a capacidade de interpretar informação não verbal (tal como gestos, expressões faciais...); a capacidade de dar respostas rápidas perante situações novas; a aquisição de novos conceitos e a aplicação dos conceitos existentes; a aptidão para organizar informações e concentrar-se; os raciocínios abstratos; as competências psicomotoras e as atividades perspetivas. Por outro lado, as capacidades menos afetadas pela idade são: a dimensão prática de resolução de problemas; a capacidade de interpretar informação verbal; a execução de tarefas familiares; o uso do conhecimento acumulado.”

Segundo Pimentel (2001, p.61), “a memória imediata pode diminuir, no entanto, a memória remota é exemplar, sendo os idosos frequentemente associados ao que vulgarmente se chama “ a memória viva de um povo”. A inteligência e a capacidade de aprendizagem, desde que praticadas podem continuar a progredir. São disso exemplo o número de pessoas que começam a frequentar as universidades para a terceira idade e que conseguem concretizar sonhos antigos ou descobrir novos talentos e interesses.

Nas pessoas idosas os distúrbios psíquicos de maior incidência são as síndromas depressivas e demenciais. As causas de depressão na velhice são frequentemente resultantes de acontecimentos traumáticos, como por exemplo a morte de alguém que lhe é querido (Sousa, et al., 2004).

Com o avançar da idade, a relação entre ganhos e perdas desequilibra-se, sendo mais significativas as perdas, pois a velhice é uma etapa especialmente intensa de perdas afetivas, ou seja, de perda de papéis ao longo dos anos de forma progressiva, (filhos que saem de casa, reforma, viuvez, (...)). “O indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido” (Fernandes, 2000, p.26).

Fernandes (2000) refere que nesta fase pode ocorrer também a perda de pessoas próximas, como o cônjuge, amigos, familiares, ou seja, de pessoas importantes no meio afetivo que podem provocar stresse à pessoa idosa por diversos motivos, entre os quais a previsão de que a sua própria morte se avizinha.

De facto, a adaptação pode ser difícil porque as capacidades são mais reduzidas com o avançar da idade e, caso o ambiente físico e social, não seja readaptado para minimizar as dificuldades sentidas pela pessoa idosa, esta torna-se mais vulnerável.

Neste sentido, a nível psicológico há uma quebra da capacidade de adaptação nesta fase da vida, que se pode mostrar pela incapacidade de aceitar ou gerir uma situação de choque como por exemplo a viuvez. O declínio da capacidade de adaptação social pode manifestar-se pela dificuldade de aceitação da mudança de ambientes, desde uma casa diferente até uma simples mudança dos móveis do quarto. A pessoa idosa sente o ambiente familiar como um local de estabilidade e proteção, daí que quando precisa de deixar a sua própria casa, para ir viver com os filhos ou para um lar, ou outro tipo de instituição, este acontecimento seja quase sempre traumático. “O deixar uma cadeira favorita, um objeto decorativo, a própria cama, separá-lo disto é como se perdesse parte da sua identidade” (Fernandes, 2000, p.26).

Ao longo da vida, a personalidade do indivíduo está submetida a uma série de perturbações, uma vez que o seu próprio meio externo sofre também profundas modificações. De acordo com a mesma autora, nas pessoas idosas, a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento não são causados pela diminuição das funções cognitivas, mas são sobretudo outro tipo de problemas, como a perda de papéis, as diversas situações de stresse, a doença, o cansaço, o desenraizamento e outros traumatismos que vão dificultar a adaptação das pessoas idosas. Para ultrapassar estas situações, o indivíduo terá de reequacionar os seus objetivos pessoais, de forma a adaptar-se, conservando a sua auto-estima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

Ainda segundo a mesma, as pessoas idosas suportam melhor as condições de vida adversas quando têm junto de si pessoas que amam, e que as amem. Contudo, muitas vezes a realidade não permite a materialização deste cenário ideal, assistindo-se a situações de isolamento e abandono, quer por familiares, quer por amigos, por diversas razões que não podem ser analisadas de forma linear.

Nesta fase etária da vida, caracterizada por uma diminuição das capacidades físicas, psicológicas e sociais, se a pessoa não for acompanhada por um estímulo efetivo às capacidades da pessoa idosa, mantendo o seu papel social como pessoa capaz, com vista à manutenção das suas possibilidades de desenvolvimento, isso conduzirá a um ciclo de vida negativo, levando o indivíduo a adotar um papel de doente e dependente, papel este assumido por uma elevada percentagem desta população.

Fernandes (2000), defende ainda que os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão mais sentido à vida, sendo mais felizes e implicando-se mais no seu meio e na sociedade. Tal passa pelo auto-reconhecimento de aspetos positivos (tais como um sistema de valores estável, sensatez) e de determinadas vantagens (diminuição da responsabilidade e do trabalho, abertura de espírito (...)).

Face ao exposto, pode-se concluir que relativamente à diminuição das capacidades físicas e mentais, se não forem afetadas pela doença ou pela ausência de atividades sociais, culturais, de ocupação, o idoso conseguirá ultrapassar as dificuldades de um envelhecimento normal e manter a autonomia.

## **1.7 Envelhecimento Social**

Os estudos sobre o envelhecimento têm vindo a incidir o seu maior enfoque no ponto de vista biológico e psicológico, no entanto, foi devido à pressão do envelhecimento demográfico que a dimensão social começou a ter maior importância na compreensão do envelhecimento como problema social.

Paralelamente às alterações biológicas e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento, associam-se as transformações de papéis sociais, exigindo capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007).

De acordo com a mesma autora, o envelhecimento caracteriza-se pela mudança de papéis e, frequentemente, pela perda de alguns deles. O mais evidente nesta fase é a perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma.



A reforma requer como condição de admissão a retirada do indivíduo da sua atividade profissional, originando a formação de um grupo que é afastado do mercado de trabalho e sujeito à respetiva desvalorização do seu estatuto social. É então como se o desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade (Fernandes, 2000).

Para Figueiredo (2007) a reforma implica ainda, a diminuição de rendimentos económicos, a perda de oportunidade de contatos sociais e uma maior quantidade de tempo livre, e vai influenciar o sentido de inutilidade e a perceção negativa que o sujeito faz do seu valor pessoal.

É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inatividade e a depressão, uma vez que a retirada do mundo do trabalho independentemente da sua vontade, gera no indivíduo um sentimento de falta de importância, utilidade e auto-estima, sobretudo numa sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade (Fernandes, 2002; Fonseca, 2005). Assim, o sentido de inutilidade instala-se quando o idoso não se envolve em qualquer atividade social produtiva.

Na realidade, “a reforma não é necessariamente um acontecimento negativo, é entendida por muitos como o descanso e a recompensa merecida após uma vida de trabalho” (Pimentel, 2001, p.58).

Segundo a mesma autora a atividade profissional, mais do que uma fonte de rendimento, é uma forma de integração social e os indivíduos que entram na reforma vê o seu lugar na sociedade mudar, pois em muitos casos não sabem onde empregar o seu tempo e energia, sendo muitas vezes os seus ganhos bastantes reduzidos.

Para além da reforma poder conduzir a situações de precariedade económica, quando deriva de uma situação de obrigatoriedade, ou seja, quando a pessoa tem de abandonar o seu trabalho ainda que esteja apta e se sinta capaz de o desenvolver, pode ter consequências ao nível da saúde mental e física.

Mas, se antes a idade de reforma aos 65 anos era um marco artificial, mas seguro, do início do envelhecimento, atualmente verifica-se que as pessoas se reformam cada vez mais cedo devido a motivos que não se relacionam com a idade, nomeadamente o desemprego, a incapacidade de se adaptarem às condições de trabalho e atuais, tornando mais complicado o estabelecimento de quem é ou não idoso.

Todavia, o sucesso da adaptação pode ser mais difícil se a reforma for involuntária ou se coincidir com um acontecimento negativo (por exemplo, a morte do cônjuge) (Montorio & Izal, 1999; Belsky, 2001; Schaie & Willis, 2002, citados por Figueiredo, 2007).

Estas alterações são especialmente intensas nos homens, pelo facto de perderem o papel de “sustento” da família. Com as mulheres esta situação é menos dramática, uma vez que perdem um papel exterior à família, mas mantêm o de donas de casa, a que estão acostumadas, e que lhes garante o sentido de continuidade (Sousa, et al., 2004)

Segundo Pimentel (2001) é importante para o idoso manter o equilíbrio emocional e psíquico, para isso terá de se manter ativo, ter objetivos e continuar a aprender e a crescer interiormente. Após a reforma, é difícil reorganizar o dia a dia, o tempo livre, a ausência de horários e de responsabilidades laborais

O processo de adaptação do idoso aos novos condicionalismos (nomeadamente a reforma, a viuvez, o maior distanciamento dos filhos) pode ser difícil, e a consciencialização ao longo dos anos para esses acontecimentos e para a preparação da sua ocorrência pode ser uma boa forma de prevenir reações menos positivas por parte do idoso (Pimentel, 2001).

No entanto, não se deve esquecer que cada indivíduo envelhece de forma diferente, sendo que a idade da reforma têm consequências diferentes em cada um. A perceção mais ou menos favorável que as pessoas idosas têm destas mudanças é significativamente importante na sua adaptação ao ambiente e para o seu bem-estar.

Contudo, o idoso ao ser excluído de diversas atividades da vida social, como por exemplo o mundo do trabalho, pode sentir a diminuição da força de produção como um aspeto negativo e cria barreiras à participação deste na sociedade. Este aspeto mostra que a abordagem psicológica não pode ser analisada sem a social, uma vez que a pessoa idosa ao deixar a sua vida ativa, pode entrar num estado depressivo. Assim sendo, um fator social pode ser a causa de um problema psicológico.

Em síntese, o período da velhice pode ser encarado por muitos de forma positiva, como uma oportunidade de desenvolver novas atividades ou antigos interesses que o excesso de trabalho não permitiria desenvolver. Contudo, mesmo quando o idoso tem planos para o futuro e quer continuar a desenvolver um papel ativo na sociedade, logo surgem algumas barreiras que advêm essencialmente das representações coletivas que alimentam preconceitos e mitos acerca do envelhecimento, dos velhos e das limitações que presumivelmente lhes estão associadas (Pimentel, 2001).

Contudo, pode-se afirmar que do ponto de vista biopsicossocial, não se envelhece da mesma forma, no mesmo ritmo e na mesma época cronológica. O envelhecimento é comum a todos, mas existem características próprias de pessoa para pessoa, consoante a constituição biológica e a estrutura da personalidade, em estreita interação com o meio ambiente (Spar & La Rue, 1998; Fontaine, 2000).

## **2. Dependência, Independência e Autonomia nas pessoas idosas**

Nas pessoas idosas a manutenção da autonomia e da independência estão intimamente relacionados com a qualidade de vida. Efetivamente, uma forma de qualificar a qualidade de vida de um idoso, é avaliando o grau de autonomia e o grau de dependência com que o mesmo desempenha as suas funções do dia a dia.

À medida que se envelhece, a impossibilidade de realizar de forma independente algumas atividades do quotidiano acontece devido a dois motivos. A dependência pode ser originada por uma ou, geralmente, várias doenças crónicas, ou pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência. (Manton & Col, 1997 citados por Figueiredo, 2007). No primeiro caso, consideram-se todos os indivíduos cuja capacidade funcional deriva de processos crónicos fortemente associados à idade: doenças cardiovasculares, tumores malignos, doenças do foro mental, doenças do aparelho musculoesquelético (artrite, osteoporose) e respiratório. A segunda razão relaciona-se com a perda de vitalidade que experimentam a maioria dos organismos com a idade.

A noção de dependência surge frequentemente associada às pessoas idosas. Esta relação decorre da maior probabilidade de a partir dos 65 anos ocorrerem perdas físicas, cognitivas e intelectuais que afetam negativamente o processo de autonomia relativamente às decisões e escolha do modo de vida que se quer prosseguir.

Estima-se, que 80% das pessoas com 65 anos de idade ou mais padeçam, pelo menos de uma doença crónica (Benjamin & Cluff, 2001) citados por Figueiredo, (2007). No entanto, as doenças crónicas e o processo de senescência só surgem e provocam problemas de dependência nalgumas pessoas idosas.

Phaneuf (1993, citado por Fernandes, 2002, p. 49) define dependência como “a incapacidade do indivíduo para adotar comportamentos ou executar por si mesmo, sem a ajuda de terceiros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas

necessidades”. Por outras palavras, pode-se dizer que ser dependente por qualquer motivo, passa pelo facto de o indivíduo não poder realizar sem ajuda de outros as suas atividades da vida diária, quer sejam físicas, se a pessoa não se pode valer por si mesma, quer psicológicas, se o indivíduo não dispõe de autonomia emocional para o desenvolvimento da sua vida, quer económicas se não dispõe de suficiente capacidade de financiamento para cobrir as necessidades de sobrevivência, quer sociais, se a pessoa não pode levar a cabo de forma autónoma, atos jurídico-sociais.

O Conselho da Europa (1998, citado por Figueiredo, 2007, p. 64) define dependência como a “necessidade de ajuda ou assistência para as atividades de vida diária”, ou mais concretamente, como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e /ou ajuda a fim de realizar os atos correntes da vida diária, e de um modo particular, os referentes ao cuidado pessoal”. Neste sentido, para se poder falar de dependência é necessário a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades, ou seja a incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária e a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

Deste modo, e ainda de acordo com Figueiredo (2007, p.65), “a dependência pode entender-se como o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de uma doença ou acidente”. Este défice comporta uma limitação na atividade.

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009b) define dependência como: “um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária (AVD)”.

Todas estas definições têm em comum a associação da dependência a uma situação de perda de autonomia para a realização de AVD, situação esta que acontece com maior frequência durante o envelhecimento.

O conceito de dependência sobrepõe-se muitas vezes ao de incapacidade, no entanto eles não são sinónimos. Por exemplo, “o indivíduo que sofre de uma diminuição da acuidade auditiva pode ser incapacitado mas, mesmo se sofrer uma limitação da função, não haverá necessariamente uma dependência” (Figueiredo, 2007, p.65).

Para aprofundar o conceito de dependência é relevante analisar também conceitos adjacentes, tais como autonomia e independência. Segundo Quaresma (2004, p.38), “a

definição de dependência exige uma definição de autonomia e de perda de autonomia, que possibilite a medida das perdas, em função de parâmetros e com objetivos precisos”.

Baltes e Sivelberg (1995, citados por Figueiredo, 2007, p.62), “definem autonomia como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão, possuindo faculdade de se governar a si próprio e de se reger por leis próprias, ao passo que dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem ajuda de outrem”. De uma forma mais aprofundada pode-se dizer que a autonomia é a capacidade e/ou o direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que se encontra disposta a assumir.

De acordo com Albarede (s.d, citado por Fernandes, 2002, p. 49) “a autonomia é a capacidade e/ou direito que um indivíduo tem de ele próprio escolher os atos e os riscos que pode correr. Trata-se de um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como ator responsável pelas suas leis e pelo sistema de valores que presidem às suas atitudes.” Em relação à perda de autonomia, esta será precisamente o contrário de autonomia, isto é, “a incapacidade do indivíduo escolher por ele próprio as regras da sua conduta, bem como a orientação dos seus atos e os riscos que pode correr. Trata-se de um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor responsável pelas suas leis e pelo sistema de valores que presidem às suas atitudes,”

Na perspectiva de Fernandes (2000, p.48), a perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida das pessoas idosas, sobretudo quando esta se dá a nível psicológico. Deste modo, autonomia do indivíduo pode estar em risco quando a dependência está associada a problemas mentais, cognitivos e intelectuais que condicionam objetivamente a participação do indivíduo.

O termo independência, segundo a mesma autora, ”significa alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo efetua por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa.” “O nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estado satisfatório de bem-estar” (Phaneuf, 1993, citado por Fernandes, 2000, p. 49).

A independência, embora quotidianamente seja utilizada como sinónimo de autonomia, refere-se à capacidade funcional, isto é à capacidade da pessoa realizar AVD (alimentar-se, fazer a higiene pessoal, vestir-se, etc...) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (fazer compras, pagar as contas, usar meio de transporte, cozinhar, cuidar da própria saúde, manter sua própria segurança) a ponto de sobreviver sem ajuda para a

realização das necessidades diárias. A independência dá-se, quando a pessoa realiza por si mesma e sem ajuda as atividades básicas quotidianas.

Evans (1984, citado por Figueiredo, 2007, p.64) “afirma que, para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como um objetivo global, pois é possível restabelecê-la, mesmo quando o indivíduo continua dependente”. Com efeito, pode acontecer, numa dada situação, uma pessoa idosa gozar de independência e no entanto carecer de autonomia, isto é, não precisar de ajuda para as atividades normais da vida diária, mas a sua família decidir sobre a sua vida sem a consultar. Importa, pois que mesmo que uma pessoa idosa seja dependente (a não ser que a dependência seja total), não deve por isso deixar de ser autónoma e a sua família ou outras pessoas não devem decidir sobre a sua vida sem a consultar. Igualmente, pode acontecer que uma pessoa idosa seja dependente para alguma ou algumas atividades para as quais precisa de ajuda e que, no entanto, possa continuar a ser autónoma para decidir sobre aspetos que dizem respeito à sua vida (por exemplo, ir ou não para um Lar, participar na programação dos serviços que lhe são prestados, escolher sobre a roupa que há-de vestir, como ocupar o seu tempo (...)).

De facto nestas definições é possível encontrar aspetos comuns, tais como: a dependência começa precisamente quando começam a diminuir de forma acentuada algumas capacidades no desempenho de tarefas diárias. “Nas pessoas idosas, a dependência assume alguns contornos particulares, uma vez que esta resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social, como já tivemos oportunidade de analisar anteriormente” (Fernandes, 2000, p.50).

De um modo geral, a dependência também tem sido classificada em três níveis: ligeira, moderada e grave. O idoso com baixa dependência necessita apenas de supervisão ou vigilância, já que possui alguma autonomia e consegue realizar determinadas atividades de vida diária. O idoso com dependência moderada necessita não só de supervisão como também de apoio de terceiros para o desempenho de algumas atividades específicas. O idoso com dependência grave necessita de ajuda permanentemente no seu quotidiano, pois não tem capacidade para realizar um determinado conjunto de tarefas (por norma trata-se de pessoas acamadas, ou com graves restrições de mobilidade...) (Figueiredo, 2007).

Embora o termo dependência esteja frequentemente associado ao envelhecimento, como já referido, é possível envelhecer sem ser necessariamente dependente. Segundo a médica Pinto (2001) citado por Ribeirinho (2005), envelhecer com sucesso é uma alternativa

possível à perspectiva determinista do envelhecimento associado à dependência, à doença, à incapacidade, à depressão. Um conjunto de esforços articulados entre as diversas áreas do saber, permitirão uma associação entre o aumento da esperança de vida e uma boa qualidade dessa mesma vida, com autonomia e integração/participação na sociedade e na família, aproveitando as capacidades individuais das pessoas idosas.

Nesta linha de pensamento, abordar a situação de dependência, implica analisar o contexto situacional no qual ela ocorre, ou seja, perceber se trata de uma pessoa em situação de isolamento e solidão, com ou sem suporte social, entre outros fatores que provocam ansiedade e stresse ao indivíduo, resultando numa conjuntura de desequilíbrio.

### **3. Respostas Sociais destinadas às pessoas idosas**

As transformações verificadas na sociedade, especialmente de índole demográfica e familiar, como o progressivo envelhecimento da população, a diversidade interna desse envelhecimento e o aumento da esperança média de vida, os indicadores referentes à exclusão social, as mudanças na estrutura e nos modelos de família e a extensão crescente dos direitos de cidadania, tornaram imperativa a conceção de novas formas de intervenção e o ajustamento das respostas sociais já existentes, de modo a que privilegiem a flexibilidade necessária para atender à mutação constante e à crescente complexidade da realidade social (Ministério do trabalho e da solidariedade social 2006).

De facto, o aumento da população idosa exige alguns cuidados específicos, em resultado das limitações que lhe estão associadas, o que implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento de estruturas de apoio ao idoso e à família.

É necessário manter os idosos integrados na sociedade e na família, garantindo-lhes os meios e os recursos necessários a uma vida, que se prevê ser cada vez mais longa e se deseja com qualidade.

Para São, Wall e Correia (2002), o processo de escolha e de organização dos apoios depende de vários fatores, tais como o grau de dependência da pessoa idosa, o grau de disponibilidade de apoios informais e formais, e o rendimento familiar. Para estes mesmos autores, os cuidados sociais são também entendidos como todo o tipo de apoio que é prestado com o objetivo de ajudar os indivíduos dependentes nas suas atividades quotidianas, apoio esse que pode ser prestado por serviços públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos.

Atualmente, existe uma diversidade de respostas sociais criadas para proporcionar cuidados às pessoas idosas, organizadas em valências, como os Centros de Convívio, os Centros de Dia, os Centros de Noite, os Serviços de Apoio Domiciliário, os Lares de idosos, as Residências e Acolhimento Familiar.

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. Os destinatários deste serviço são pessoas residentes numa determinada comunidade, prioritariamente com 65 e mais anos. Tem como objetivos: prevenir a solidão e a exclusão social; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; incentivar a participação e potenciar a inclusão social; fomentar as relações interpessoais e intergeracionais; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; prevenir situações de dependência e promover a autonomia (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2006).

O Centro de Dia é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar. Os destinatários são pessoas que necessitam dos serviços prestados pelo Centro de Dia, prioritariamente pessoas com 65 e mais anos. Tem como objetivos: proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; prestar apoio psicossocial; fomentar relações interpessoais e intergeracionais e potenciar a inclusão social; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; prevenir situações de dependência e promover a autonomia.<sup>3</sup>

O Centro de Noite é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que 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. Os destinatários deste serviço são prioritariamente pessoas de 65 e mais anos com autonomia ou, em condições excecionais, com idade inferior, a considerar caso a caso. Tem como objetivos: acolher durante a noite, pessoas idosas com

---

<sup>3</sup> Despacho do Mess de 03/08/1993; Guião Técnico aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.



autonomia; assegurar o bem-estar e segurança, favorecer a permanência no seu meio habitual de vida; evitar ou retardar a institucionalização.<sup>4</sup>

O Serviço de Apoio Domiciliário 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. Os Destinatários são prioritariamente indivíduos e famílias, pessoas idosas, pessoas em situação de dependência. Tem como objetivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades e atividades de vida diária; criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares; colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; contribuir para retardar ou evitar a Institucionalização; Prevenir situações de dependência e promover a autonomia.<sup>5</sup>

O Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas é uma Resposta Social que 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. Os Destinatários deste serviço são pessoas com 65 e mais anos. Tem como objetivos: acolher pessoas idosas (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sócio familiar e/ou situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; evitar ou retardar o recurso à institucionalização.<sup>6</sup>

A Residência é uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial. Os Destinatários são pessoas de 65 e mais anos ou de idade inferior em condições excecionais, a considerar caso a caso. Tem como

---

<sup>4</sup> Orientação Técnica, Circular n.º12, de 25.06.2004; Guião Técnico, aprovado por Despacho de 19 de maio de 2004 do MSST

<sup>5</sup> Decreto-Lei n.º141/89, de 28 de abril; Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de Novembro; Guião Técnico aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.

<sup>6</sup> Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de Outubro; Despacho Conjunto n.º 727/99, de 23 de agosto.

objetivos: proporcionar alojamento (temporário ou permanente); garantir à pessoa idosa uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado; proporcionar serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2006).

O Lar de Idosos é uma Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Os Destinatários deste serviço são pessoas de 65 e mais anos ou de idade inferior em condições excecionais, a considerar caso a caso. Tem como objetivos: Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu habitual de vida; assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potenciar a inclusão social; encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.<sup>7</sup>

Apesar de, cada vez mais, haver necessidade de recorrer a estes serviços, é importante referenciar, que poucos são os idosos que vão para estes locais de livre e espontânea vontade, pois como nos refere Pimentel (2001, p.73) “não aceitam a institucionalização de uma forma tranquila.”

De acordo com a mesma autora “a institucionalização surge como o último recurso para os idosos, sem família e com família”. Nos dias de hoje, há cada vez mais idosos a ir para os lares, pelo facto de não terem família, ou porque esta não pode ou não quer cuidar deles. Esta institucionalização na grande maioria das vezes, não é bem vista pelos idosos, pois pensam que só vão para os lares e Centros de Dia, os idosos que são dependentes, sentindo-se com saúde e em boa forma, consideram que aquele lugar não é para eles, desconhecendo os serviços e as funcionalidades destes.

---

<sup>7</sup> Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro; Despacho n.º 9400/2001 do SESSS, de 11 abril de 2001; Despacho n.º 7837/2002, de 16 de abril; Despacho do MESS de 03/08/1993, Guião Técnico aprovado por Despacho do SEIS em 29/11/1996; Orientação Técnica, Circular n.º11, de 24.06.2004.

Perante esta evidência é necessário implementar serviços, que tentem desconstruir a imagem negativa que o idoso carrega e promover dinâmicas que aproximem o idoso à comunidade e à família.

### **3.1 Surgimento das Respostas Sociais para as Pessoas Idosas**

No sentido de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem com assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvo específicos e vulneráveis como os idosos, pessoas com deficiência e/ou incapacidade, e/ou pessoas em situação de dependência, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte, atrás caracterizados (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a).

Desde o século XV que existem respostas sociais para as pessoas idosas designadas por asilos, as quais tinham por base a institucionalização. A partir das décadas de 50/60 do século XX foi necessário melhorar as condições de acolhimento nos asilos, passando estes a ser chamados Lares de idosos (*idem*).

Ainda nos finais dos anos 60 surgiram as primeiras valências de Centro de Dia, esta resposta era meio caminho entre o domicílio e o internamento, assegurando a prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no meio sociofamiliar. Esta resposta social intervém ao nível da satisfação das necessidades básicas dos idosos, presta apoio psicossocial e fomenta as relações interpessoais a fim de evitar o isolamento. Os Centros de Convívio surgiram também nesta altura, mas estavam mais vocacionados para a animação e lazer de idosos ainda com um certo grau de autonomia, não se enquadrando no perfil das respostas utilizadas por pessoas em situação de dependência (*idem*).

Os Serviços de Apoio Domiciliário começaram a implementar-se em países como a Grã Bretanha e a Holanda, após o fim da II Guerra Mundial, como consequência do triunfo das ideias acerca do Estado de bem-estar defendidas por Beveridge e Keynes, e dentro de um contexto amplo de segurança social que inclui pensões, a assistência de saúde e os serviços sociais (Ribeirinho, 2005).

A estes países foram-se juntando a maioria do resto dos países desenvolvidos durante as décadas de 60 e 70, dando-se posteriormente um desenvolvimento e extensão generalizada dos serviços de apoio domiciliário.

Em Portugal, as primeiras experiências deste cariz eram de ajuda ou apoio doméstico e datam do princípio dos anos 70, eram experiências pontuais, que decorriam apenas em alguns locais do país, não correspondendo a uma política concreta.

Em 1976, tal como já tinha acontecido em outros países, começou a considerar-se que os lares não seriam as respostas mais adequadas para as pessoas idosas, devido ao afastamento das suas raízes, pois era o que a institucionalização nestes locais significava (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a).

Assim, a partir de 1976, começa a desenhar-se a política que ainda hoje perdura e que tem por norma a manutenção do idoso no seu domicílio o maior tempo possível. Na sua residência, o idoso encontra as representações de toda uma existência, as memórias, os objetos, os lugares de pertença.

Neste sentido, os Serviços de Apoio Domiciliário tiveram, então, o seu grande impulso nos anos de 1986 a 1995. Contudo, foi na segunda metade da década de 90 que o SAD se difundiu em todo o país.

Esta valência na década de 90, foi alargada ao domínio da Saúde, originando o Apoio Domiciliário Integrado (ADI), resposta esta já exclusivamente dirigida às pessoas com dependência. Conjuntamente com o ADI, e tendo por base o mesmo público-alvo, foi instituída a resposta social Unidade de Apoio Integrado (UAI), dirigida também às pessoas em situação de dependência que não possam ser apoiadas no seu domicílio mas que não careçam de cuidados clínicos em internamento hospitalar (*idem*).

O Serviço de prestação de cuidados multidisciplinares (ADI) é centrado na prevenção da dependência e na promoção do auto-cuidado que assegura a prestação de cuidados médicos e de enfermagem e a prestação de apoio social, com vista à satisfação desses objetivos (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a)

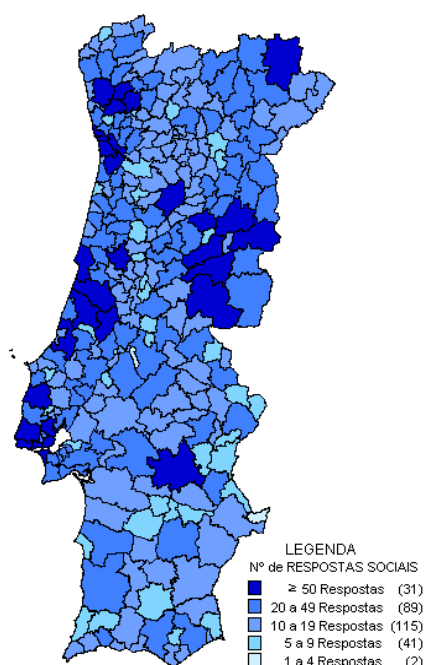
O Centro de prestação de cuidados multidisciplinares de convalescença e reabilitação (UAI) presta serviços que não podem ser prestados no domicílio. Esta resposta compreende igualmente o treino e ensino do autocuidado e da satisfação das necessidades básicas. (*idem*).

### 3.2 Distribuição e Evolução das Respostas Sociais para as Pessoas Idosas

Existem respostas sociais para a população idosa em todos os Concelhos do Continente, no entanto, a maior concentração destas, verifica-se nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto e nos concelhos com maior índice de envelhecimento (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010).

Da totalidade dos concelhos, 235 detêm 10 ou mais respostas para apoio às Pessoas Idosas, como se pode verificar na figura que se segue.

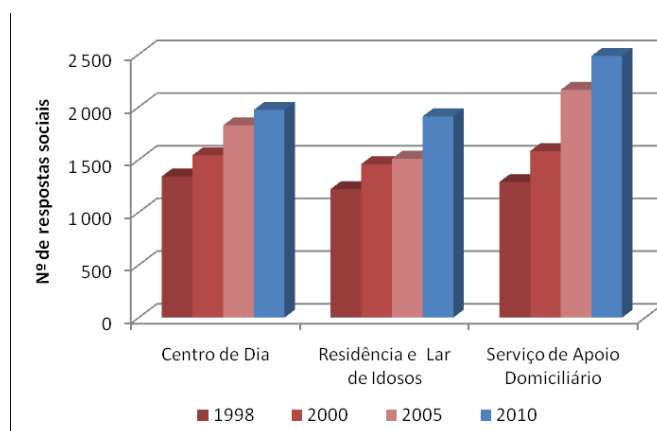
**Figuras nº 1 - Distribuição espacial das respostas para as pessoas idosas (2010)**



Como se pode verificar no gráfico nº 4 as principais valências dirigidas às pessoas idosas registam um aumento exponencial (65,5 % por referência ao início do período de análise), o que se reflete em mais 2 600 respostas desde 1998.

Entre 1998 e 2010, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) apresentou a maior taxa de crescimento (92,9 %) no conjunto das diferentes respostas sociais para a população idosa, seguido da Residência e Lar de Idosos (56,6 %) e do Centro de Dia (47,1%). Estes crescimentos, resultam do forte investimento público que tem sido realizado nesta área, tendo em vista o aumento da capacidade instalada, e no caso do SAD, a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010).

**Gráfico nº 4 - Evolução das respostas sociais para as pessoas idosas no Continente (1998-2010)**

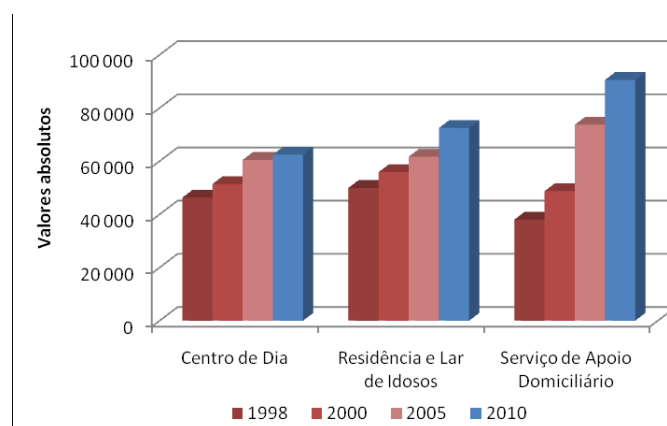


Fonte: Carta Social 2010

Desde o ano de 1998, o crescimento das as respostas sociais dirigidas para as pessoas idosas atingiram os 68 %, o que corresponde a mais 91 300 lugares aproximadamente como se pode verificar no gráfico nº 5 (cerca de 6 700 só no ano de 2010) (*idem*).

Ao longo destes 12 anos, o SAD é a valência que tem apresentado um desenvolvimento mais expressivo ao nível da capacidade instalada no âmbito desta população-alvo (138 % por referência a 1998), o que explica a importância que tem e continuará a ter no futuro a prestação de cuidados no domicílio. As respostas Residência e Lar de Idosos registam um aumento na ordem dos 35 %, ao passo que o Centro de Dia apresenta um crescimento de 45%.

**Gráfico nº 5 - Evolução da capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas no Continente (1998 – 2010)**



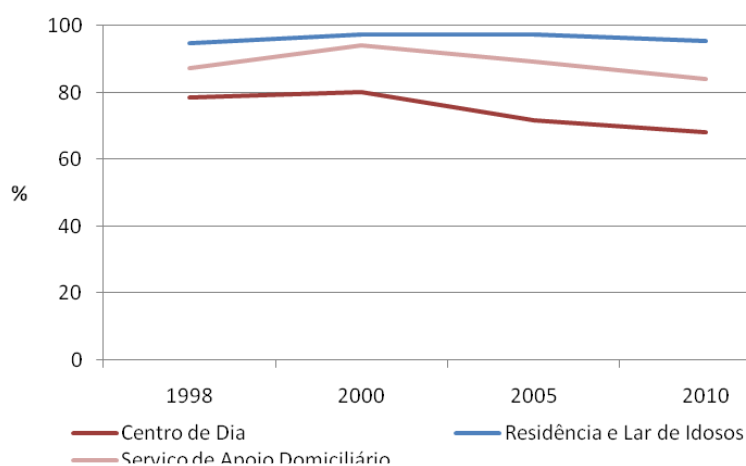
Fonte: Carta Social 2010

O nível de crescimento do SAD, ano após ano, vem confirmando a concretização da política desenvolvida nos últimos anos no sentido de eleger esta resposta como alternativa às respostas convencionais, retardando deste modo a institucionalização do idoso.

A taxa média de utilização das respostas sociais representadas graficamente situa-se nos 82,5 %, percentagem ligeiramente mais baixa do que em anos anteriores, devido ao acréscimo de capacidade no SAD e na Residência e Lar de Idosos.

Durante o período de análise a ocupação mais elevada observou-se sempre na Residência e Lar de Idosos e no SAD, apresentando valores superiores a 95,3 % e 83,9%. Com uma utilização mais moderada, a resposta de Centro de Dia tem apresentado ao longo dos anos valores abaixo dos 80%, como se pode verificar no gráfico nº 6.

**Gráfico nº 6 - Evolução da taxa de utilização das respostas sociais para as pessoas idosas no Continente (1998-2010)**



Fonte: Carta Social 2010

Na região do Algarve, encontram-se identificadas cerca de duzentas e uma respostas sociais para pessoas idosas (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2011):

71 Respostas Sociais de Apoio Domiciliário;

63 Respostas Sociais de Lar de Idosos;

5 Respostas Sociais de Lar Residencial;

58 Respostas Sociais de Centro de Dia;

9 Respostas Sociais de Centro de Convívio;

1 Resposta Social de Centro de Noite.

### **3.3 Serviços de Apoio Domiciliário – A Realidade Portuguesa**

Em Portugal começa-se a falar de cuidados no domicílio nos finais da década de 70 do século XX, em consequência do aumento de pessoas com mais de 65 anos. Contudo, os cuidados no domicílio ganharam expressão a partir da década de 80, mas foi na década de 90, século XX, que se consolidaram e inscreveram no contexto das políticas de apoio aos idosos (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009a).

Hoje em dia, há cada vez mais pessoas idosas a recorrerem às respostas sociais existentes face às suas necessidades. O apoio ao domicílio é uma das respostas existentes, que muitos idosos procuram para colmatar as carências, permitindo-lhes continuar a residir em casa.

Segundo o decreto-lei nº 30/89 de 24 de Janeiro, entende-se por serviços de apoio domiciliário os serviços que são prestados no âmbito dos “estabelecimentos destinados à prestação de serviços aos idosos residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu meio familiar e social”. Estes serviços são prestados por “equipas que prestam ajuda doméstica no domicílio dos utentes quando estes, por razões de doença, deficiência ou outras, não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, as atividades da vida diária”.

Estes serviços pretendem prestar um conjunto de cuidados individualizados no domicílio, que podem ir desde o fornecimento de refeições, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas. Para além destes cuidados, pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente “acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e outros artigos, acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações e contatos com o exterior” (Despacho normativo nº 62/99).

O Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio veio substituir o Decreto-Lei nº 30/89, de 24 de Janeiro, ao estabelecer uma nova regulamentação dos estabelecimentos e serviços privados em que sejam exercidas atividades de apoio social do âmbito da segurança social. Dois anos depois foram definidas regras reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário pelo Despacho normativo nº 62/99 de 13 de Novembro.

O despacho normativo referido define as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos e serviços nas diferentes valências. O serviço de apoio domiciliário é definido como uma “resposta social



que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária”.

Segundo (Rodriguez & Sánchez, 2003), o SAD consiste num programa individual, com caráter preventivo e reabilitador em que se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, prestados no domicílio do indivíduo idoso, com certo grau de dependência, satisfazendo as suas necessidades básicas e gerais, permitindo e facilitando a sua permanência no domicílio. É considerado um programa individual, o que permite o reconhecimento da individualidade e personalidade de cada indivíduo, assim como da situação que vivência. Apesar da necessidade da existência de regras e procedimentos de atribuição e funcionamento do serviço, este deve ser adaptado a cada situação específica, facilitando o envolvimento e participação do indivíduo na elaboração e implementação do mesmo.

É um programa preventivo e reabilitador, porque com o serviço prestado e a intervenção dos profissionais, pretende-se evitar a ocorrência de situações geradoras de dependência, a criação de hábitos de higiene e alimentares e a prevenção de acidentes. É reabilitador, porque com a intervenção pretende-se recuperar capacidades funcionais e competências perdidas, através do treino de atividades de vida diária. É um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional que contribui para a satisfação das necessidades básicas a todos os níveis, uma vez que o Homem é um ser bio/psico/social, implica a intervenção articulada e integrada de uma equipa multidisciplinar. (Rodriguez & Sánchez, 2003).

No Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro, estão definidos os objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), são eles:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Prevenir situações de dependência e promover autonomia;
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e familiares, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Apoiar os utentes e familiares na satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária;
- Colaborar ou assegurar a prestação de cuidados de saúde.

Segundo o mesmo Despacho Normativo nº62/99 de 12 de Novembro, o Apoio Domiciliário deve proporcionar um conjunto diversificado de serviços, tais como:

- Cuidados de higiene e conforto;
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do apoio;
- Acompanhamento das refeições;
- Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do apoio;
- Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O Serviço de Apoio Domiciliário pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente:

- Acompanhamento do utente ao exterior nas deslocações do mesmo;
- Aquisição de bens e serviços;
- Atividades de animação;
- Orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente;
- Apoio em situações de emergência.

Os cuidados domiciliários devem ser evolutivos, dotados de flexibilidade e, por essa razão, com possibilidade de serem reformulados de acordo com as necessidades do idoso e da sua respetiva família, considerando a participação destes (Veiga & Correia, 2009 citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011).

Uma das condições gerais de funcionamento dos serviços de apoio domiciliário diz respeito ao tempo de funcionamento. Segundo o despacho normativo 62/99 de 12 de Novembro, “o SAD deve, tendencialmente, funcionar por um período ininterrupto de vinte e quatro horas, incluindo sábados, domingos e feriados”.

Outra das exigências contempladas nas condições gerais de funcionamento do SAD é a existência de um plano de cuidados individualizado a ser elaborado com o utente e a família,

para o qual são necessários recursos humanos qualificados, mediante supervisão técnica, e ser sujeito a um acompanhamento e avaliação periódica.

A elaboração deste plano individualizado inicia-se com uma visita domiciliária que permite a recolha de informações sobre o idoso e o seu contexto. Este contato com a realidade do idoso é muito importante para um conhecimento global dele, uma vez que há uma tendência para reduzir as necessidades dos idosos, em situação de apoio domiciliário, à higiene pessoal e refeições, deixando para segundo plano as necessidades sociais e afetivas (Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011).

De facto, a visita domiciliária também coloca desafios ao profissional, que entra no mundo privado do idoso e participa da sua experiência. O domicílio é um ambiente com particularidades específicas daqueles que nele residem, o que requer do profissional um especial cuidado quanto ao tipo de vínculo que será estabelecido, de modo a que sejam preservados os objetivos e limites do seu trabalho (Gavião, 2000, p. 173) citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, (2011) isto é, o profissional deverá ter cuidado para que o idoso não sinta que o seu espaço está a ser invadido.

O serviço de Apoio Domiciliário deve também constituir um ficheiro de utente atualizado, bem como um processo onde se explicita o plano de cuidados ou serviços a prestar, o registo de cada serviço prestado e respetiva data e o registo da avaliação periódica (Gil, 2009).

De acordo com a mesma autora, a prestação de serviços implica a celebração de um contrato por escrito, com o utente ou seus familiares, onde constem os direitos e obrigações de ambas as partes, o período de vigência do contrato e as condições em que pode haver lugar à sua cessação. Ainda no contrato devem constar os serviços a prestar, a sua periodicidade e respetivo horário, bem como o preço praticado.

O SAD deve possuir um regulamento interno onde esteja referido as regras de funcionamento, discriminação dos serviços a prestar, os direitos e deveres, quer dos utentes, quer do pessoal, as funções do pessoal e em anexo o preçário dos serviços a prestar.

As normas reguladoras contemplam também os requisitos necessários ao exercício da direção técnica, pessoal técnico e das ajudantes familiares. Para além do aspeto humano, as condições de implantação, como os acessos, o edificado e as áreas funcionais respeitantes à área de acesso, direção e dos serviços técnicos, área de serviços e área de instalações para o pessoal, são algumas das normas estipuladas para a instalação e funcionamento do apoio domiciliário (*idem*).

Na base da intervenção gerontológica está, também, o estabelecimento de uma relação interpessoal e de diálogo significativa. Veiga e Correia (2009, citados em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011. p.18) referem que “a criação de um ambiente empático e interativo, onde predomine a confiança, o respeito, capacidade de escuta e de sensibilidade para interpretar os pedidos (implícitos e explícitos) do idoso é fundamental”.

Cardoso (2000, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011, p.18) afirma que na intervenção com idosos não se pode esquecer as suas necessidades de serem ouvidos e de partilharem os seus receios, dúvidas, expectativas e aspirações. É fundamental considerar cada idoso como um ser com identidade própria, que tem de ser respeitado na sua singularidade, na sua privacidade, nos seus hábitos e rotinas. Por este facto, o profissional tem de possuir a capacidade de colocar-se no lugar do idoso, sem julgamentos, tomando consciência dos seus sentimentos e não ignorando a sua história de vida, problemas e fragilidades.

Assim, estas respostas organizadas prestam cuidados, satisfazendo as necessidades básicas das pessoas idosas. Para que sejam detetadas as necessidades dos idosos e conhecer a satisfação dos mesmos, relativamente aos serviços que lhes são prestados, é indispensável efetuar visitas domiciliárias que consistem em consultas efetuadas por membros da equipa de apoio social no domicílio do utente.

Na prossecução dos seus objetivos e na implementação das suas atividades, o SAD conta com uma equipa de profissionais, técnicos de serviço social/educadores sociais, encarregados e ajudantes de ação direta, que se deslocam aos domicílios e desempenham tarefas, de acordo com o preconizado no plano de atuação definido para cada utente.

No âmbito do SAD, a intervenção deve compreender também o envolvimento, a formação e a informação quer à família quer às auxiliares de ação direta, de forma a promover uma maior humanização dos serviços.

Relativamente à equipa de ajudantes de ação direta, estas desempenham um papel complementar à família na promoção da autonomia do idoso, pois são elas quem estão maioritariamente no domicílio do utente. Muitas vezes, a relação estabelecida com o idoso ultrapassa a dimensão profissional, tornando-se numa relação afetiva. Para muitos idosos, as ajudantes familiares são, de facto, o único meio de ligação com o exterior.

Os profissionais de Serviço Social / Educação Social devem desempenhar três funções essenciais num SAD. Em primeiro lugar, uma função de supervisão do trabalho desenvolvido. Este acompanhamento implica não só a avaliação do que foi feito, mas também orientação e

formação do que é necessário fazer e como fazer. Por outro lado, deve valorizar o desempenho profissional dos cuidadores (formais e informais). Ser cuidador não é tarefa fácil e exige um elevado custo pessoal e, por isso, o seu trabalho deve ser reconhecido e valorizado. Por fim, tem de desempenhar um papel de suporte emocional, de cuidar de quem cuida, de forma a atenuar o desgaste físico e emocional que a prestação de cuidados no domicílio implica. (Ribeirinho 2003, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011)

Em suma, o SAD deve centrar a sua atuação em duas vertentes específicas. Relativamente à dependência, deverá aliviar a deterioração ou perda funcional da pessoa idosa, ajudando-a nas suas dificuldades ou realizando por ela determinadas tarefas que lhe sejam impossíveis. No que diz respeito à autonomia, deve reforçar a autoestima e respeitar a vontade da pessoa idosa para que esta possa, se ainda não perdeu as suas faculdades mentais, decidir livremente sobre a sua vida, tendo sempre em conta a sua opinião e os seus desejos

Contudo, é necessário, uma (re)definição do modelo de SAD atual, para que possam existir práticas que integrem as vontades e expectativas dos idosos e que, deste modo, assegurem que o plano de cuidados não seja definido em função da racionalização dos serviços, mas sim das necessidades dos idosos e suas famílias. A intervenção do SAD exige, por isso, a presença de um profissional teórico e eticamente reflexivo que desempenhe a sua prática profissional pela proximidade. Só assim o Serviço de Apoio Domiciliário poderá ser, realmente, promotor da autonomia, pautando-se por elevados padrões de qualidade.

### **3.4 Princípio da Manutenção do Idoso no domicílio**

A sociedade atual está cada vez mais envelhecida. O aumento do número de idosos é, deste modo, preocupante, constituindo-se como um problema social que exige novas políticas de apoio à terceira idade e novas respostas.

O serviço de apoio domiciliário constitui-se como uma modalidade de intervenção mais próxima e mais flexível relativamente ao idoso e suas necessidades. Contudo, a manutenção no domicílio só será bem sucedida se existir uma correta planificação dos cuidados por profissionais.

A manutenção do idoso na rede social permite a preservação dos laços afetivos e vai ao encontro às aspirações da generalidade das pessoas idosas e respetivas famílias.

O domicílio de acordo com Garrote (2005, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011)

“é um local estratégico para prevenção, para prestar cuidados de saúde e intervenções de apoio social a idosos, no entanto, antes de mais, é o seu lar e o ambiente onde, apesar das dificuldades, se sentem bem, com mais autonomia e segurança, pela identificação e recordação dos momentos que constituem pequenas e grandes coisas das suas vidas. O domicílio será ainda, o palco privilegiado para implementar estratégias de coordenação e de integração”.

Neste sentido, o domicílio pode ser considerado como um fator de desenvolvimento humano dos idosos ao lhes permitir a continuidade da interação com as pessoas que lhes são próximas.

De facto, vários são os estudos que verificam a preferência pela permanência no domicílio (Godinho, 2008; José, Wall & Correia, 2002; Vaz, 2001, citados em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011). Para Garrote (2005) citado na revista referida, o domicílio é entendido como um ambiente com o qual os idosos se identificam e controlam, permitindo uma maior autonomia e segurança. Neste sentido, o domicílio pode ser considerado como um fator de desenvolvimento humano dos idosos ao lhes permitir a continuidade da interação com as pessoas que lhes são próximas.

A prestação de cuidados aos idosos no domicílio não desresponsabiliza a família do seu papel de suporte afetivo. Segundo Lage, (2008) citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia (2011, p.17) “a família é considerada parceira dos cuidados, tendo, também, um papel protetor e promotor da independência do idoso”. Martín, Oliveira e Cunha (2007) citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia (2011, p.17) “defendem que os idosos suportam melhor as condições de vida próprias do envelhecimento quando mantêm contato com os familiares mais próximos.”

Para Joaquim, (2003 citado ainda na Revista Transdisciplinar de Gerontologia, (2011, p.17) é fundamental que a prestação de cuidados domiciliários assente em três princípios básicos: “o apoio às redes naturais e conseqüente integração social do idoso, a personalização dos serviços e adequação dos mesmos às necessidades do idoso e, por fim, um maior envolvimento do idoso no seu plano de cuidados e um maior controlo do seu espaço pessoal.”

Esta tipologia de intervenção deve apoiar tanto as pessoas afetadas pelo risco ou situação de dependência como também intervir junto das pessoas que cuidam dos primeiros, sejam familiares ou outros através da implementação sistemática de programas e serviços dirigidos aos cuidadores informais, hoje praticamente inexistentes (Rodriguez, 2003). As intervenções devem ser planeadas de forma adaptada a cada caso, contemplando a promoção da autonomia, a prevenção e o apoio na dependência sem deixar de sustentar-se no paradigma da qualidade de vida e de colocar as pessoas e o respeito dos seus direitos no centro da prestação.

O internamento em lar ou em outro equipamento residencial, por vezes é a única solução e os principais motivos para que isto aconteça são não só problemas de saúde, mas sobretudo de ordem social, nomeadamente, insuficientes recursos económicos, fracas condições habitacionais, inexistência de uma adequada rede de suporte. Todavia, o recurso à institucionalização nem sempre agrada, sobretudo aos idosos. Há, na verdade, uma imagem negativa associada a este tipo de equipamentos.

De acordo com Stone (2000, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia 2011, p.17), a institucionalização, muitas vezes, condiciona a autonomia da pessoa idosa, o seu autoconceito, autoestima, sentimento de pertença e de bem-estar pela diminuição da tomada de decisão e pela possibilidade de participação dos idosos nos cuidados que lhe são prestados. Além disso, com a institucionalização, o idoso tem de encarar uma realidade completamente nova, passando a fazer parte de um novo sistema, convivendo, quotidianamente, com pessoas que não conhece e o seu projeto de vida tem de ser reorganizado em função disso. Na generalidade, este tipo de equipamentos não estão, de facto, preparados para atender e respeitar a individualidade de cada idoso pois tendem a uma certa normalização dos cuidados e tratamento igualitário.

No entanto, não se pretende concluir que residir numa instituição é negativo. O que importa é que esta funcione centrada no idoso enquanto ser único e diferente e crie condições para a sua participação. Por outro lado, mesmo em instituição, a família também não se pode demitir do seu papel de suporte pois o contato com os familiares continua a ser fundamental para o idoso, permitindo-lhe continuar próximo do seu meio natural de vida

Com efeito, “a manutenção no domicílio não pode ser só encarada como uma alternativa à institucionalização, mas sim funcionar numa lógica de complemento” (Joaquim, 2003, citado em Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2011, p.17). Em suma, A prestação de cuidados domiciliários constitui uma modalidade de intervenção, é um serviço mais local,

uma vez que oferece uma maior proximidade e permite um maior envolvimento do idoso e de sua família.

#### **4. Conceito de Qualidade de um Serviço**

A norma ISO 8402-94 citado por (Pillou, 2004) define a qualidade do seguinte modo: “Conjunto das características de uma entidade que lhe conferem a aptidão para satisfazer necessidades exprimidas e implícitas”.

A qualidade de um serviço está relacionada com o grau de satisfação das necessidades e expectativas do cliente relativamente às características de um serviço. É um conjunto de atividades coordenadas para dirigir ou controlar uma organização no que respeita à qualidade (ISS, IP, 2006)

Na prática, a qualidade pode ser definida de duas formas: A qualidade externa corresponde à satisfação dos clientes. Trata-se de fornecer um produto ou serviços conforme às expectativas dos utentes. Os beneficiários da qualidade externa são os clientes de um serviço e os seus parceiros externos. A qualidade interna corresponde à melhoria do funcionamento interno de um serviço. O objetivo da qualidade interna é implementar meios que permitam descrever o melhor possível a organização, localizar e limitar os disfuncionamentos. Os beneficiários da qualidade interna são a direção e o pessoal da empresa (Pillou, 2004).

Um bom relacionamento entre os colaboradores do Serviço de Apoio Domiciliário e o utente é fundamental na qualidade dos serviços prestados, pois permite-lhes também desenvolver sentimentos de segurança e confiança na organização prestadora de serviços e contribui para uma maior adaptação ao contexto de mudança. É também importante, que os colaboradores mantenham um contato de proximidade com o utente de forma consistente e continuada. (ISS, IP, 2005, b).

Assim, a relação entre o utente e os colaboradores (internos, externos) deve ser caracterizada por uma partilha ativa de informação, responsabilização e implicação de todos os intervenientes em atividades/ações conjuntas, com a finalidade de proporcionar um maior benefício ao utente, assim como a melhoria contínua dos serviços prestados.



#### **4.1 Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais**

Em Portugal a responsabilidade pela função de proteção social do Estado encontra-se delegada no Instituto de Segurança Social, (ISS.IP.), organismo que gere as respostas prestadas. A grande maioria dos serviços sociais são oferecidos pelas organizações do 3º Sector, ou seja, pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), através de acordos de cooperação. Estes resultam na atribuição de uma prestação pecuniária à Instituição, que se responsabiliza pela sua gestão e pela prestação do serviço.

Em 2003 foi criado o Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, tendo sido assinado em Março do mesmo ano pelos parceiros sociais Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, União das Misericórdias Portuguesas e União das Mutualidades Portuguesas. Esta medida de Política Social, cuja gestão foi assumida pelo Instituto de Segurança Social, tendo como principal finalidade assegurar o acesso dos cidadãos a serviços de Qualidade, adequados às suas necessidades e expectativas (ISS, IP, 2005a).

Neste Contexto o Instituto da Segurança Social (ISS, I.P) através do Departamento de Desenvolvimento Social, Área de Investigação e Conhecimento e do Gabinete da Qualidade e Auditoria concebeu Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais – Creche, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Estrutura Residencial para Idosos, Lar Residencial, Centro de Atividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário, com o objetivo de constituir um referencial normativo que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as Respostas Sociais.

O Modelo de Avaliação da Qualidade é um referencial normativo onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos Serviços prestados pelas Respostas Sociais de âmbito Público, solidário e privado.

Tendo como referências a norma NP EN ISO 9001:2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM), o ISS, IP desenvolveu um Modelo destinado a implementar Sistemas de Gestão da Qualidade nas IPSS com quem trabalha, bem como nas organizações particulares de mercado que oferecem serviços sociais (ISS, IP, 2005a).

Este trabalho permitiu uma reflexão sobre a organização e funcionamento das Respostas Sociais e sobre as medidas necessárias a implementar para a organização do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), bem como sobre os resultados a obter relativamente aos vários intervenientes na Resposta Social – utentes, colaboradores, parceiros e sociedade e ainda sobre o desempenho chave (*idem*).

A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade permite às respostas sociais gerir as suas atividades melhorando a sua eficiência e a eficácia, garantindo o sucesso a longo prazo e indo ao encontro das expectativas e necessidades dos utentes, colaboradores, fornecedores, parceiros e de um modo geral de todo o meio envolvente da organização e da sociedade em geral.

De acordo com o Instituto da Segurança Social ( 2005a, p.6) a elaboração do Modelo de Avaliação da Qualidade tem como objetivos:

" Ser um instrumento de diferenciação positiva das Respostas Sociais, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados; Ser um instrumento de autoavaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o desempenho da organização, as oportunidades de melhoria e a ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem; Apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento, nomeadamente através de: melhoria da eficiência e a eficácia dos seus processos; maior grau de participação dos utentes, nos serviços que lhes são destinados; maior dinamização e efetivação da participação da família no âmbito da Resposta Social; aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades dos utentes, colaboradores, fornecedores, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade em geral; agregar num referencial normativo, todos os requisitos aplicáveis a uma determinada Resposta Social; Constituir um referencial normativo no Sistema de Qualificação das Respostas Sociais”

O Modelo de Qualidade criado, baseia-se em “conceitos chave da Teoria da Qualidade, como: orientação para os resultados; focalização no utente; liderança e constância de propósitos; gestão por processos e por factos; desenvolvimento e envolvimentos das

pessoas; aprendizagem, melhoria e inovação contínuas; desenvolvimento de parcerias; e responsabilidade social” (ISS, IP, 2005. a, p.6).

À semelhança do Modelo de Qualidade do EFQM, o Modelo de Qualidade do ISS para as Respostas Sociais divide-se em dois grupos de Critérios de Avaliação

**Critérios de Meios** (reportam à forma como as atividades das resposta social são desenvolvidas, ou seja, o que se faz e como se faz):

- “Liderança, Planeamento e Estratégia - Como a gestão desenvolve e prossegue a missão, a visão e os valores da organização e como a organização formula, implementa e revê a sua estratégia e a converte em planos e ações”.
- “Gestão de Pessoas (colaboradores) - Como a organização gere, desenvolve e liberta o potencial dos seus colaboradores”.
- “Recursos e Parcerias (recursos internos e parcerias externas) - Como a organização planeia e gere as suas parcerias externas e os seus recursos internos de uma forma eficaz e eficiente.”
- “Processos - Como a organização concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus utentes.”

**Critérios de Resultados** (avaliam o produto final das ações empreendidas, ou seja, o que se conseguiu alcançar como consequência da gestão que é feita nos Meios):

- “Resultados do Utente - O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus utentes externos.”
- “Resultados das Pessoas - O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus colaboradores.”
- “Resultados na Sociedade - O que a organização está a alcançar relativamente à satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere”.
- “Resultados de Desempenho - O que a organização está a alcançar relativamente ao desempenho planeado.”

Este Modelo tem ainda um carácter de obrigatoriedade para todas as Instituições que celebrem acordos de cooperação com o ISS, ou seja, que prestem serviços sociais com financiamento público, complementando a função social do Estado (ISS, IP, 2005 a).

O Modelo da Qualidade do ISS reflete-se principalmente no Modelo de Avaliação da Qualidade, um manual de autoavaliação. É composto por um conjunto de questões de autoavaliação para os requisitos de cada um dos Critérios de Meios e de Resultados. Tem por objetivo ser de aplicação individual e independente, podendo ainda ser utilizado como base para as auditorias internas ou externas.

Para apoiar na implementação deste Modelo, foram desenvolvidos alguns instrumentos aplicáveis a cada Resposta Social, nomeadamente, o Manual de Processos-Chave e Questionários de Avaliação da Satisfação dirigidos a utentes, colaboradores e parceiros (*idem*).

O Manual de Processos-chave e os Questionários de Satisfação de cada valência complementam o Manual de Avaliação de Qualidade e apoiam o seu processo de implementação.

Os Questionários de Avaliação da Satisfação são considerados ferramentas essenciais no Modelo de Qualidade para as Respostas Sociais, já que permitem auferir a satisfação dos utentes, colaboradores e dos parceiros da organização. O instrumento criado pelo ISS neste âmbito é composto por três questionários independentes, a serem preenchidos pelos indivíduos que compõem cada um destes grupos envolvidos na resposta social. Cada inquérito é precedido por uma explicação das variáveis em análise, da sua escala e viabilidade.

## **4.2 Sistema de Qualificação das Respostas Sociais**

Para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com a totalidade dos requisitos estabelecidos no Modelo de Avaliação da Qualidade, foram estabelecidos três níveis de exigência relativamente ao cumprimento dos requisitos, - Nivel C, B e A. permitindo a sua gradual implementação

O Sistema de Qualificação das Respostas Sociais (SQRS) tem como objetivo a qualificação das respostas sociais através da avaliação da conformidade dos serviços com os requisitos estabelecidos nos critérios deste Modelo. (ISS, IP, 2005 a).

Este sistema baseia-se num conjunto de critérios e requisitos que, uma vez cumpridos pelas Instituições, lhes dará a oportunidade de serem detentoras de uma Marca de Qualidade, legalmente registada, que atesta a conformidade dos seus serviços com estes mesmos requisitos (ISS, IP, 2006).

O ISS disponibiliza a Marca “Resposta Social Certificada” quando apresenta 3 níveis de Qualificação de grande exigência, (nível A, B e C). Para uma Instituição obter o Nível C, que é o mínimo, tem de preencher todos os requisitos avaliados com esse nível. Para que obtenha o nível B, terá de ter preenchido todos os requisitos C, além dos avaliados com o nível B. Para que obtenha o nível A, terá de ter preenchido todos os requisitos C e B, além dos avaliados com o nível A.

Deste modo, a qualificação permitirá, a nível externo, evidenciar que a Resposta Social tem em funcionamento um sistema de gestão que garante a conformidade dos seus serviços com os requisitos deste Modelo.

O Modelo prevê ainda, a realização de auditorias efetuadas por uma entidade externa reconhecida no âmbito do Sistema Português da Qualidade que certificam a conformidade da Instituição com determinado nível de Qualificação. Neste sentido, para avaliar e acompanhar o grau de implementação dos requisitos estabelecidos para a qualificação para os três níveis, serão realizadas auditorias. (ISS, IP, 2005a).

Em suma, o modelo da qualidade do ISS, IP para as respostas sociais assenta no princípio da qualidade. “A Qualidade é a melhor garantia da fidelidade do utente, a mais forte defesa contra a competição e o único caminho para o crescimento” (Welch, 2009).

# CAPÍTULO II

## **5. Percurso Metodológico**

### **5.1 Objetivos da Investigação**

Segundo Fortin (1999, p. 100), “o objetivo de um estudo, indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.”

O presente trabalho de investigação teve como objetivo principal contribuir para a melhoria da qualidade do serviço de apoio domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo, o que implicou dar início a um processo de avaliação da qualidade deste serviço, tendo-se optado por privilegiar a perspetiva dos seus utentes.

Com este propósito definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a oferta de serviços prestados pelo Centro Paroquial de Cachopo;
- Caracterizar o Serviço de Apoio Domiciliário desta Instituição;
- Caracterizar os utentes deste serviço;
- Avaliar o grau de satisfação dos utentes relativamente aos serviços prestados no SAD.

### **5.2 Questões de Pesquisa**

Para alcançar os objetivos formulados definiram-se as seguintes questões de pesquisa:

- Como se caracteriza o Serviço de Apoio Domiciliário?
- Qual a razão para recorrer ao Serviço de Apoio Domiciliário?
- Os utentes estão satisfeitos com todos os aspetos do Serviço de Apoio Domiciliário?
- Qual é a opinião dos utentes em relação ao trabalho das auxiliares de ação direta?
- Como classificam os utentes a sua relação com a coordenação do Apoio Domiciliário?
- A área de atendimento do SAD oferece boas condições de acolhimento?
- O sistema de comunicação com os colaboradores/responsáveis do serviço é eficaz?

### 5.3 Tipo de estudo

A metodologia, segundo Pardal e Correia (1995) consiste num conjunto de operações situadas a diferentes níveis, as quais têm em vista atingir determinados objetivos. Acrescentam ainda, que esta corresponde ao corpo orientador da pergunta que tem como objetivo obter respostas ao problema em estudo, esboçando o caminho a seguir, detetando dificuldades e por último, auxiliando nas decisões.

No presente estudo, optou-se por uma metodologia de investigação mista, isto é, de teor qualitativo, com recurso a dados e análises de natureza quantitativa.

O tipo de pesquisa que se utilizou foi de natureza exploratória, com recurso a uma metodologia mista, como referido, suportada em pesquisa documental, observação direta, inquéritos por questionários a uma amostra de utentes que usufruem do serviço de apoio domiciliário, uma entrevista semiestruturada realizada à técnica responsável pelo mesmo e entrevistas não estruturadas realizadas alguns utentes do SAD. Contudo, também foi descritiva, uma vez que se pretende descrever uma diversidade de aspetos relacionados com a qualidade do serviço de apoio domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo. Neste sentido optou-se por uma abordagem qualitativa na recolha de dados: as entrevistas, a observação direta e a pesquisa documental a par de uma abordagem quantitativa no tratamento de dados dos inquéritos por questionário.

Para uma breve reflexão sobre a metodologia utilizada, torna-se importante começar por esclarecer o significado de investigação qualitativa e quantitativa. A definição de Bogdan e Biklen (1994, p. 16) é esclarecedora:

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



Para Almeida e Freire (2000, p.111) um estudo com uma dimensão qualitativa “procura analisar os fenómenos a partir da perspectiva do outro ou respeitando os seus marcos de referência e o interesse em conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que também acabam por construir interactivamente”

O método qualitativo visa uma compreensão absoluta e abrangente do fenómeno em pesquisa “...observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-los”. Este método permite descrever ou interpretar, mas não avaliar. Permite a produção de dados “nas próprias palavras das pessoas, faladas ou escritas, e na conduta observada” (Fortin, 1999, p.22). A descrição segundo Carmo e Ferreira (1998, p.180) “ deve ser rigorosa e resultar diretamente dos dados recolhidos que incluem transcrições de entrevistas, registos de observações, documentos escritos (pessoais e oficiais), fotografias “(...).

Bogdan e Biklen, citados por Tuckman (2005, p.507), apresentam cinco principais características da investigação qualitativa:

“a situação natural constitui a fonte dos dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados; a sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisa os dados; a questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final; os dados são analisados intuitivamente, como se se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle; diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao porquê” e ao “o quê”.

Ainda que permita a compreensão de realidades e vivências complexas e subjetivas, recolhendo dados ricos e descritivos, com pouca redução na fase de recolha de dados, as metodologias qualitativas sofrem também limitações inegáveis. Desde logo, a impossibilidade de generalização dos resultados, pois não é possível transpor diretamente os dados de uma realidade para outra.

De facto na investigação qualitativa “ a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados” (Bogdan & Biklen, 1994, citado por Carmo & Ferreira, 1998).

O método quantitativo caracteriza-se por ser:

“...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) O investigador adopta um processo uma série de etapas indo da definição do problema à obtenção de resultados. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (Fortin, 1999, p.22).

O método de investigação quantitativa visa o desenvolvimento e a validação dos conhecimentos, faculta a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.

Para Carmo & Ferreira (1998, p. 178) “o objetivo da investigação quantitativa é a generalização dos resultados a uma determinada população em estudo a partir de uma amostra, o estabelecimento de relações causa-efeito e a previsão de fenómenos.

As características fundamentais dos métodos quantitativos são: a orientação para a quantificação e a causa dos fenómenos, a ausência de preocupação com a subjetividade, a utilização de métodos controlados, a objetividade procurada através de um distanciamento em relação aos dados, a orientação para a verificação, a natureza hipotético-dedutiva, a orientação para os resultados, a replicabilidade e possibilidade de generalização, e a assunção da realidade como estática (Serapioni, 2000).

Por estes processos, procura gerar um conhecimento generalizável, ou seja, apresenta uma forte validade externa (Serapioni, 2000). A possibilidade de generalização, ainda que leve a um afastamento da singularidade, permite que o conhecimento seja útil e valioso numa maior variedade de situações (Moreira, 2006).

#### **5.4 Participantes do estudo**

Uma população é um grupo de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. (Fortin, 1999)

A população - alvo do Serviço de Apoio Domiciliário, é constituída por pessoas de ambos os sexos, em situação de dependência, por motivos de doença, deficiência ou outros impedimentos, que necessitam de ajuda para satisfazer as suas atividades diárias.

Para este estudo, foi definida uma amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, inscritos no Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo.

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo. No entanto, deve ser representativa da população referida, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada. (Fortin, 1999, p. 202)

Para a constituição da amostra optou-se por a técnica de amostragem por conveniência. Este tipo de amostragem não é representativo da população. Ocorre quando os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos). O método tem a vantagem por ser mais rápido, barato e fácil, no entanto, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo. Isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do universo. (Hill, M & Hill, A, 2002).

Na amostragem por conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários. Poderá tratar-se de um estudo exploratório cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas (Carmo & Ferreira, 1998).

Deste modo, a seleção da amostra foi realizada de acordo com os critérios que se seguem:

- Ter mais de 65 anos de idade;
- Ser género masculino e feminino;
- Ter condições psíquicas e comunicacionais para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Saliente-se que, neste último critério, a avaliação da capacidade de comunicar com o utente será realizada através da verbalização com as auxiliares de ação direta e com a diretora técnica do SAD que colaboraram na seleção, pois diariamente contactam com os utentes.

De acordo com os critérios atrás apresentados, a amostra foi constituída por 30 utentes do SAD, sendo treze do género masculino e dezassete do género feminino, o que representa

67,7% dos utentes. Importa ainda referir, que dez dos utentes não se encontravam com capacidades de comunicar.

## **5.5 Instrumentos para recolha de dados**

A recolha de dados deste estudo concretizou-se mediante a aplicação de inquéritos por questionário com perguntas fechadas aos utentes inseridos no serviço de apoio domiciliário, mediante a realização de uma entrevista semiestruturada à responsável pelo SAD, e ainda mediante entrevistas não estruturadas a alguns dos utentes do serviço, pesquisa documental e observação direta.

A entrevista e o questionário são métodos de colheita de dados correntemente utilizados. Permitem recolher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. “A entrevista e o questionário apoiam-se nos testemunhos dos sujeitos, não tendo geralmente o investigador acesso senão ao material que o participante consente em fornecer-lhe” (Fortin, 1999, p. 245). Daí a necessidade de confrontar os dados obtidos com recurso aos métodos atrás referidos com aqueles que são provenientes da pesquisa documental e da observação direta.

### **5.5.1 Entrevistas**

Uma das técnicas utilizadas para o acesso às fontes de dados foi a entrevista. Esta técnica foi privilegiada no momento inicial de acesso ao campo em estudo, junto de quem se considerou informador chave ou testemunha privilegiada no presente estudo: a diretora técnica do SAD.

Segundo Bodgan e Biklen (1994, p.134) a entrevista é um diálogo que se estabelece de forma intencional, sendo “utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”.

Utilizou-se a técnica da entrevista uma vez que se considerou a mais adequada para recolher as opiniões, os sentimentos e também as interpretações dos entrevistados. Foi crucial

respeitar os seus próprios quadros de referência, a sua linguagem e as suas categorias mentais, como assinalaram Quivy e Campenhoudt (2005).

Bell (1993) adverte que, quando se pretende obter uma informação específica, convém, geralmente, estabelecer uma estrutura pois, caso contrário, acabará por ficar com uma quantidade imensa de informação, que pode não corresponder àquela de que se necessita.

Neste sentido, decidiu-se realizar uma entrevista semiestruturada. De acordo com esta orientação para a aplicação da entrevista semiestruturada foi elaborado um guião de entrevista com um total de vinte e duas questões. Teve-se o cuidado de construir “um guião com as grandes linhas dos temas a explorar” onde as questões abertas deixam liberdade ao entrevistado para responder como entender, criando as suas respostas e exprimindo-as pelas suas próprias palavras (Fortin, 1999, p. 277).<sup>8</sup>

Procurou-se criar um ambiente de confiança proporcionando à entrevistada a liberdade para expor as suas ideias e sentimentos sobre o assunto pois, tal como afirma Bell (1993), é importante dar liberdade ao entrevistado para falar sobre o que é da importância central para ele.

As respostas da entrevista à diretora técnica do SAD foram recolhidas em áudio e depois transcritas integralmente, respeitando o modo de expressão das entrevistadas.

A gravação da entrevista em áudio, teve como objetivo facilitar a obtenção de pormenores e a interpretação dos dados obtidos, pois, segundo Ghiglione e Matalon (1992, p.104), “o tema pode igualmente ser escrito ou gravado, porque procuramos que não haja qualquer enviesamento induzido pelo entrevistador.

Foram ainda realizadas entrevistas não estruturadas a alguns utentes inquiridos, com vista a uma melhor compreensão das respostas dadas a algumas questões colocadas no questionário.

Numa entrevista não estruturada o entrevistado contenta-se em colocar o tema da entrevista para introduzir a conversa. (Ghiglione & Matalon, 1992). É uma entrevista livre e que não específica nem as questões nem as respostas requeridas.

A entrevista não estruturada é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistador. (Fortin, 1996). Esta entrevista é utilizada principalmente nos estudos exploratórios, quando o entrevistador

---

<sup>8</sup> Ver Anexo I.

quer compreender o significado dado a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes.

Neste tipo de entrevista apresentam-se questões ou temas amplos, ou seja pretende-se incentivar o participante a desenvolver a sua ideia sobre o tema proposto e a prosseguir com a conversa. Contudo, o entrevistador deve manifestar o seu interesse e estar atento.

### **5.5.2 Inquérito por questionário**

O inquérito por questionário foi outro dos instrumentos utilizados para a recolha de dados. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003, p. 188) o inquérito por questionário “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar e as suas opiniões (...). O inquérito tem a vantagem de permitir a colheita de dados junto de um grande número de sujeitos ou junto de grupos restritos, tendo em atenção o carácter representativo da população estudada. Por outro lado, o inquérito não fornece explicações, nem permite evidenciar as causas, mostrar que uma situação ou intervenção é melhor do que outra (Fortin, 1999).

Baseados em Quivy e Campenhoudt (2005,188), designa-se que o questionário foi aplicado por “administração indireta” porque o preenchimento do mesmo foi realizado pela própria investigadora a partir das respostas fornecidas pelos utentes do SAD.

A problemática desta investigação exigiu um instrumento que captasse quais as necessidades em cuidados de apoio domiciliário e um instrumento que oferecesse aos inquiridos a possibilidade de expressarem o seu grau de satisfação relativamente ao tipo e qualidade dos Serviços prestados, daí a aplicação dos inquéritos por questionário. Os dados recolhidos através dos questionários, foram analisados recorrendo ao programa informático SPSS, versão 19. Foi criado uma base de dados no referido programa a qual permitiu a análise estatística descritiva. Os resultados obtidos estão apresentados em quadros e gráficos.

O inquérito por questionário utilizado para a recolha de dados em relação ao grau de satisfação dos utentes encontra-se disponibilizado no Manual - Questionários de Avaliação da Satisfação do Instituto da Segurança Social, para a resposta social de SAD.<sup>9</sup> Para a utilização

---

<sup>9</sup> Ver anexo III.

do mesmo, foi solicitada via telefone ao referido Instituto autorização para aplicação do inquérito por questionário, a qual foi concedida. Tendo em conta o tempo disponível, optou-se por aplicar os instrumentos para o processo de qualificação apenas aos utentes do SAD. Os restantes questionários dirigidos aos colaboradores e aos parceiros ficarão para uma próxima oportunidade. Considerou-se pertinente aplicar juntamente com o instrumento de recolha de dados referido, outro inquérito por questionário que permitiu a recolha de dados sociodemográficos, de modo a que se pudesse caracterizar os utentes inquiridos<sup>10</sup>.

### **5.5.3 Pesquisa documental**

A pesquisa documental foi outra das técnicas fundamentais, utilizadas nesta investigação. Segundo Moreira (1994) a pesquisa documental é frequentemente associada com a história. Num projeto de investigação em ciências sociais, quando se trata de um estudo de uma Instituição ou a comparação desta com um período passado, as fontes documentais tornam-se de imediato a principal fonte de informação. Assim, recorreu-se ao Regulamento interno do SAD do Centro Paroquial de Cachopo, à legislação aplicável, bem como às estatísticas do INE.

A pesquisa de literatura constitui um passo preliminar essencial em cada projeto de pesquisa. Neste trabalho, considerou-se a pesquisa documental fundamental para a elaboração do enquadramento teórico. Neste sentido as fontes bibliográficas utilizadas foram livros e artigos científicos, a fim de obter e aprofundar conhecimentos que pudessem contribuir para o enquadramento teórico do presente estudo.

### **5.5.4 Observação direta**

A observação direta é uma das técnicas fundamentais utilizadas no processo de investigação. Trata-se de um método científico baseado na observação presencial do investigador no terreno Quivy e Campenhoudt (2005).

De acordo com Ghiglione e Matalon (1992, p. 8) “a observação pode ser definida como um olhar sobre uma situação sem que esta seja modificada. Olhar cuja intencionalidade

---

<sup>10</sup> Ver anexo II

é de natureza muito geral, atuando ao nível da escolha da situação e não ao nível do que deve ser observado”.

A importância da observação direta pode ser verificada pela descrição que dela fazem Quivy e Campenhoudt (2005, p.196) quando afirma que “constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem”. Daí a vantagem na observação e registo de afirmações não verbais, de práticas rituais de cariz cultural e social, bem como da interação social verificada.

Com este propósito a observação direta, traduziu-se na realização de um diário de campo ao longo do período em que foram aplicados os inquéritos por questionário aos utentes do SAD e quando foram realizadas as visitas diárias de campo que inclui registos verbais e fotográficos com ajudantes de ação direta.

## **5.6 Procedimentos para a recolha de dados**

Para a recolha de dados, pediu-se autorização, por escrito, ao Presidente do Centro Paroquial de Cachopo a qual foi concedida.<sup>11</sup>

Após contato com a diretora técnica do SAD no sentido de solicitar a sua colaboração para conceder uma entrevista, esta disponibilizou-se, tendo a mesma ocorrido no dia 19 de Abril de 2012 no Centro Paroquial de Cachopo.

Para a realização dos inquéritos por questionário, considerou-se pertinente realizar um primeiro encontro, na presença da diretora técnica do SAD, com cada utente que iria participar no estudo, a fim destes, conhecerem a investigadora e autorizarem a participação no mesmo. Este primeiro encontro com os utentes, decorreu entre 21 de Abril e 30 de Abril. Assim, a aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi realizada mediante autorização dos participantes, através do consentimento informado, quer com a assinatura dos participantes, quer através da impressão digital (no caso dos idosos analfabetos).<sup>12</sup>

Os inquéritos por questionário decorreram, após o primeiro contato com os utentes, na casa de cada um destes, apenas com a presença do utente e da investigadora, de modo a que as respostas não fossem influenciadas pela presença de funcionários do serviço. A aplicação dos inquéritos por questionário decorreu durante o mês de maio de 2012, sendo o preenchimento

---

<sup>11</sup> Ver Anexo IV

<sup>12</sup> Ver Anexo V



dos mesmos realizado pela própria investigadora a partir das respostas fornecidas pelos utentes do SAD, como já referido.

A aplicação dos inquéritos foi mais morosa do que o inicialmente previsto porque ocorreram algumas interrupções uma vez que os inquiridos, devido à solidão que muitos deles vivem, mostravam a necessidade de colocar questões referentes a outros assuntos. Não obstante verificou-se uma grande disponibilidade e vontade de dar o seu contributo por parte dos utentes do SAD.

De modo a esclarecer algumas questões colocadas durante os inquéritos por questionário, sentiu-se a necessidade de aplicar entrevistas não estruturadas a alguns dos utentes do SAD.

Nestas circunstâncias, foram aplicados todos os instrumentos de recolha de dados, atendendo-se ao consentimento dos inquiridos, à confidencialidade, à disponibilidade e a autorização para uso do gravador no caso das entrevistas.

A entrevista à diretora técnica decorreu no Centro Paroquial de Cachopo, em ambiente calmo, o que permitiu a recolha de informação relevante acerca dos princípios que orientam as práticas de apoio do serviço. A duração da entrevista foi de 2 horas e 15 minutos.

A entrevistada foi contactada pessoalmente, foram dados a conhecer os objetivos do estudo e pedida a sua colaboração. Foi acordado o dia e o local onde foi efetuada a entrevista. Estabeleceu-se uma relação com a entrevistada descontraída, evitando a entrevistadora sugerir ou induzir as respostas da entrevistada.

Ao longo da entrevista procurou-se manter sempre uma atitude de disponibilidade e interesse. Procurou-se apoiar e encorajar a entrevistada, não colocando necessariamente todas as perguntas pela ordem em que se encontravam anotadas, apenas intervindo em pedidos pontuais de esclarecimento. A este respeito Quivy e Campenhoudt (2005), referem que o investigador “deixará andar” o entrevistado tanto quanto possível para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier, esforçando-se simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objetivos e colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio.

A entrevistada revelou uma grande disponibilidade e interesse em responder às questões que lhe foram solicitadas, referindo no final da entrevista que estaria disponível para qualquer dúvida que pudesse surgir. O mesmo foi referido pelo Presidente da Instituição e pela Diretora de Serviços.

No final da entrevista e dos inquéritos por questionário agradeceu-se à diretora técnica, bem como aos utentes do SAD, pela amabilidade, a disponibilidade dispensada e o valor do seu contributo. De referir ainda, que foi notório que para os utentes do SAD tinha sido importante partilhar as suas vivências e necessidades, o que espelha em alguns casos o isolamento em que vivem.

Após a aplicação de todos os inquéritos por questionário, considerou-se pertinente voltar a casa de cada um dos utentes do SAD (participantes do estudo), mas desta vez acompanhada com as auxiliares de ação direta. Estas visitas, tiveram como finalidade conhecer melhor o funcionamento do SAD e registar alguns momentos, para documentar o trabalho por meio do registo fotográfico.

## **5.7 Procedimentos Éticos**

Antes de se iniciar a investigação, foi formalizado um pedido por escrito ao Centro Paroquial de Cachopo, cuja resposta foi autorizada após o parecer do presidente da direção da Instituição.<sup>13</sup>

Não esquecendo os princípios éticos implícitos em qualquer investigação que envolva seres humanos, sendo esta de certa forma uma intromissão nas suas vidas, procurou-se não ser mais intrusiva que o necessário. Nesta linha de pensamento Polit e Hungler (1995 p. 300), diz-nos que “os pesquisadores devem assegurar que a sua pesquisa não será mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo”.

Os participantes do estudo foram informados sobre o tema do estudo e a finalidade do mesmo. Foi ainda, garantido o anonimato e confidencialidade. Neste sentido, ao fazer a transcrição nunca será usado o nome de alguém, mesmo que ele seja citado durante o discurso, preservando assim a privacidade e confidencialidade do sujeito. Este facto foi explicado a cada sujeito antes de iniciar os inquéritos por questionário. Bogdan e Biklen (1994, p. 77) referem que “as identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo”.

---

<sup>13</sup> Ver Anexo IV

## 5.8 Limitações do estudo

Tendo em conta a problemática escolhida, deve-se considerar que a elaboração de uma investigação que envolva a colaboração de pessoas, pode ser condicionada de diversas formas.

Considerando os condicionalismos deste estudo, a investigadora deparou-se com as seguintes limitações:

- Para a aplicação dos inquéritos por questionário disponibilizados pela Segurança Social foi solicitada a autorização dos mesmos. Este processo foi moroso, pelo facto de que foi necessário contactar aquele serviço por diversas vezes para obter a necessária autorização.
- O facto de nem todos os utentes inseridos no SAD do Centro Paroquial de Cachopo terem capacidades para comunicar, não podendo deste modo, ser incluídos no presente estudo;
- A maioria dos utentes inquiridos são autónomos, o que dificultou encontrar alguns deles em casa, uma vez saem para tratar dos seus haveres: horta e animais;
- As distâncias entre a sede da instituição e a casa dos utentes tornaram mais morosa a aplicação dos questionários;
- Foram auscultados as perceções dos utentes e da diretora técnica, sendo que por uma questão de tempo, não foi possível recolher dados sobre os restantes colaboradores e parceiros da Instituição.

# CAPÍTULO III

## 6. Caracterização do ambiente

### 6.1 Ambiente Externo

A freguesia de Cachopo situada no interior serrano do Concelho de Tavira é constituída por uma população de baixa densidade, envelhecida.

Em plena serra algarvia e já distante do litoral, a freguesia de Cachopo possui uma área de 19.730 hectares e uma população de apenas 718 habitantes (censos 2011). Cachopo é conhecida como a aldeia mais típica do Nordeste Algarvio. Esta, dista 42 Km da sede do Concelho, e situa-se na Serra do Caldeirão.

**Figura nº 2 - Localização da freguesia de Cachopo**



A existência de Cachopo data provavelmente do início do século XIV. Embora a primeira data segura seja a de 1535, ano para o qual podemos encontrar registos da existência da Igreja de Santo Estevão de Cachopo. Cachopo pertenceu à coroa e já existia em 1535 como sede de freguesia, fazendo parte, nessa época, do Concelho de Alcoutim. Foi em 1836, por força do decreto de 6 de Novembro desse ano, que a referida freguesia passou a pertencer ao concelho de Tavira. Com isto, surgiu a necessidade de criar uma ligação da povoação de Cachopo à sede do seu novo concelho, demorando este processo cerca de 150 anos (Município de Tavira, s.d).

As habitações tradicionais em Cachopo caracterizam-se por serem de um piso só ou dois, de paredes em xisto, geralmente pintadas com cal branca, algumas com barras coloridas em redor das portas e janelas, rematadas com chaminés mais ou menos rendilhada.

Igualmente, merecem destaque a Igreja Matriz de Santo Estevão datada de 1535, no centro histórico de Cachopo; as chamadas “casas circulares” ou “palheiros“, edifícios de pedra e telhados de palha, de origem Pré-Histórica, que serviam para apoio aos agricultores e que foram restaurados no sítio da Mealha; os moinhos de vento; a interessante Fonte Férrea, que outrora foi lugar de eleição das gentes de posses da região Algarvia pelas suas águas medicinais, hoje em dia transformada num local aprazível de lazer, com parque de merendas (Município de Tavira, s.d).

**Figura nº 3 - Igreja Matriz da aldeia de Cachopo**



**Figura nº 4 - Moinho de vento da aldeia de Cachopo**



Existem diversos percursos pedestres previamente organizados de onde se obtêm panoramas maravilhosos, permitindo conhecer o “outro” Algarve, que caminha do litoral até à serra a caminho da região Alentejana, desde as praias douradas da costa e dos Centros Urbanos até ao patrimonial e tradicional do interior.

Na freguesia de Cachopo, o setor primário é aquele que assume maior preponderância, e diz respeito essencialmente às atividades agrícolas. Além dos cereais (trigo, centeio, cevada...) a oliveira (azeitona e azeite), o medronheiro (aguardente) e o sobreiro (cortiça) devem salientar-se como as maiores fontes de rendimentos. Também com grande peso, Cachopo tem a criação de gado caprino, ovino, suíno, bem como a apicultura.

O setor secundário tem decaído nesta freguesia. Atualmente, existe ainda um albardeiro e um ferreiro.

O setor terciário tem alguma importância na aldeia de Cachopo. Nos dias de hoje, existem alguns serviços como: cafés, minimercados, sapatarias, cabeleireiros, bombas de gasolina, caixa de crédito agrícola e outros serviços públicos de apoio à comunidade, tais como: a casa do povo, o centro de saúde e o Centro Paroquial.

É de salientar que o movimento comercial da aldeia é privilegiado pelo facto desta constituir a sede de freguesia, sendo por isso o principal centro de abastecimento da população que a compõe. No entanto, a distância de alguns montes em relação a este centro de comércio, leva ao surgimento do comércio ambulante, com vendas de roupas, frutas, peixe, pão (no geral bens primários).

## **6.2 Ambiente Interno**

O Centro Paroquial de Cachopo foi criado por iniciativa da Fábrica da Igreja Paroquial de Cachopo, a 6 de Abril de 1990 e registado na Direção Geral de Segurança Social como Fundação de Solidariedade Social (Pessoa Coletiva de Utilidade Pública), a 22 de Agosto do mesmo ano. Esta iniciativa, tinha como finalidade ajudar as pessoas idosas e outras carenciadas. (Regulamento Interno, 2007).

Atualmente, o Centro Paroquial de Cachopo é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de Utilidade Pública, sem fins lucrativos. A sua sede está localizada na aldeia de Cachopo, Freguesia de Cachopo, Concelho de Tavira.

O Centro Paroquial de Cachopo colabora com todas as demais instituições e com os serviços públicos competentes num espírito de interajuda e solidariedade.

A Instituição tem como fins contribuir para a promoção integral dos habitantes de Cachopo, principalmente os idosos, quaisquer que sejam as suas crenças, com vista a contribuir para a sua transformação numa verdadeira comunidade humana.

De acordo com o regulamento interno do Centro Paroquial de Cachopo (2007), esta instituição tem em funcionamento um Complexo Social, do qual fazem parte as seguintes valências: Centro de Dia que foi fundado em 1990; Serviço de Apoio Domiciliário, fundado em 1991; Centro de Convívio que foi criado em 2007 e, por fim, Lar de Idosos, criado em 2009.

O Serviço de Apoio Domiciliário, também designado por SAD,

“é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a idosos, adultos ou famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária” (Regulamento Interno do SAD do Centro Paroquial de Cachopo, 2007).

Sendo este, um grupo que muitas vezes não apresenta um suporte familiar adequado, que lhes possa prestar os cuidados necessários ao seu bem-estar, nesta fase da vida, e evitando que os mesmos tenham que deixar os seus lares para ingressar em habitações coletivas, este serviço surge como uma resposta alternativa, onde é prestada ajuda ao indivíduo no seu próprio domicílio, constituindo-se como uma resposta social para apoiar o indivíduo e seus familiares.

Para a diretora técnica do Centro Paroquial de Cachopo, o Serviço de Apoio Domiciliário é de grande importância:<sup>14</sup>

(...) “o SAD é a Resposta Social mais importante que temos. É aquela que eu mais defendo, é aquela que eu acho que o nosso Governo, as nossas

---

<sup>14</sup> Ver anexo I.



orientações, (...) mais devia apoiar (...). As pessoas têm a possibilidade de ficar em casa, no cantinho delas, com as coisas delas, com o toque delas, os serviços vão lá, ajudam naquilo que for preciso, têm a possibilidade de ter o serviço de alimentação, de higiene pessoal, tratamento de roupa, higiene habitacional, acompanhamento aos serviços de saúde”<sup>15</sup>.

O Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo tem capacidade para 100 utentes. Contudo o número de utentes até à data de aplicação dos questionários era de 45, sendo a média de idades de 82,8 anos. Este serviço, funciona de segunda feira à sexta feira, das 09.00h às 18.00h e ao sábado das 09.00h às 14.00h, o que quer dizer que as pessoas inseridas no SAD, a partir da 14.00h de sábado, no domingo e nos feriados não tem SAD.

Os objetivos gerais do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo são contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias e contribuir para retardar ou evitar a Institucionalização. No entanto, tem como objetivos específicos: assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; colaborar na prestação de cuidados de saúde; apelar à colaboração dos familiares, dos vizinhos e do voluntariado social organizado, para o apoio a prestar aos utentes e famílias (Regulamento Interno do SAD do Centro Paroquial de Cachopo, 2007).

Para a prossecução dos objetivos referidos, compete ao Serviço de Apoio Domiciliário desta Instituição:

- A Confeção de Alimentos no Domicílio e/ou distribuição de refeições, quando associada a outro serviço;
- Os cuidados de higiene e conforto pessoal;
- A manutenção de arrumo e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- O tratamento de roupas;
- A colaboração na prestação de cuidados de saúde podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;

---

<sup>15</sup> *Idem.*

- A Disponibilização de informação facilitada, do acesso a serviços da comunidade, adequados à satisfação de outras necessidades.

O Serviço de Apoio Domiciliário pode ainda assegurar outros, nomeadamente:

- O acompanhamento do utente ao exterior nas deslocações dos mesmos;
- A aquisição de bens e serviços;
- As Atividades de animação;
- A orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente;
- O apoio em situações de emergência.

Para assegurar um serviço de qualidade elevado, compete ainda ao Serviço de Apoio Domiciliário garantir aos utentes o respeito pelos seus usos e costumes, o respeito pela sua individualidade e privacidade, a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista aumentar a sua autonomia e a articulação com todos os serviços da comunidade, em particular com os da saúde.

Segundo a Diretora Técnica, para que o SAD respondesse por completo às necessidades dos idosos, o horário de funcionamento do SAD teria que ser alterado.

“(…) O horário de funcionamento deveria ser alargado, porque aqui na nossa Instituição funciona (…) das 9.00h às 18.00h. Há Instituições que funcionam todo o fim de semana, e há Instituições que não funcionam porque não tem capacidade económica. (…) Porque trabalhar ao fim de semana, requer um investimento muito grande. Esta funciona só ao sábado até às 14.00h. Quer dizer que as pessoas no sábado a partir das 14.00h, no domingo e feriados não tem SAD (…).”<sup>16</sup>

A Diretora Técnica considera fundamental o funcionamento do SAD ao fim de semana e feriados, pelo facto de alguns idosos não terem familiares por perto. No entanto, defende também que era bom que os idosos não necessitassem do SAD ao fim de semana e feriados, pois significaria que os familiares dos idosos se encontravam disponíveis para responder às necessidades dos mesmos:

---

<sup>16</sup> *Idem.*

“ Quando uma Instituição tem o serviço durante o fim de semana e durante os feriados, tem uma compartição, ou seja, mais um X por utente que necessita desse apoio, porque há utentes que até podem nem necessitar e era ótimo que isso acontecesse, porque a família ao fim de semana já pode colaborar e durante a semana não, porque trabalha. E o objetivo é mesmo esse, em todas as Respostas Sociais e no SAD também, não que a família se demita, mas que a família contribua de alguma forma, porque a família é o primeiro pilar dessas pessoas”.<sup>17</sup>

O SAD do Centro Paroquial de Cachopo não funciona ao sábado a partir das 14.00h, ao domingo e feriados. Já foi requerido o alargamento do horário de funcionamento, pelo facto da Instituição se situar na Serra, distante da maior parte dos familiares.

“A nossa Instituição não funciona, já foi pedido a majoração imensas vezes, porque aqui na serra (...) a família está longe, e depois não pode vir ao fim de semana e a pessoa acaba por ficar sozinha nesse dia e meio. Mas nunca nos foi dada a majoração. A Instituição por ela já faz este esforço financeiro trabalhando no sábado das 9.00h às 14.00h(...).<sup>18</sup>

Finalmente a Diretora Técnica sintetiza a sua ideia de SAD:

“Eu acho, que o SAD é a Resposta Social indicada para todos. Eu um dia quando for idosa, quero que tenha um SAD, não quero ir para um Lar. Agora, acho que temos que repensar isto, as coisas têm que ser atualizadas, porque a sociedade vai sempre mudando, e deveríamos repensar esta resposta, para ela se tornar ainda mais eficiente do que aquilo que já é”.<sup>19</sup>

Em termos de recursos humanos, o Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo dispõe de uma Diretora de Serviços, de uma Diretora Técnica, de uma Encarregada Geral, de uma Escriturária de 2ª, de uma Cozinheira de 1ª, uma Ajudante de

---

<sup>17</sup> *Idem.*

<sup>18</sup> *Idem.*

<sup>19</sup> *Idem.*

Cozinha; de uma Lavadeira; de sete ajudantes de Ação Direta e de uma auxiliar de Serviços Gerais.

A diretora técnica do Centro Paroquial de Cachopo relativamente à formação das auxiliares de ação direta da Instituição refere que:

“a maioria das nossas auxiliares, têm uma formação base baixa. A Instituição perante esta realidade tem apostado na formação contínua das auxiliares, proporcionando uma série de formações internas, com o objetivo de capacitar cada vez mais, os seus recursos humanos, a fim de prestar cada vez mais um serviço de qualidade. Por vezes, seria bom, que as auxiliares tivessem uma maior formação académica, porque existem muitos registos que têm que ser preenchidos no trabalho diário, mas (...) a escolha é diminuta, logo trabalhamos com as pessoas que temos residentes e tentamos ir colmatando essas necessidades, da melhor maneira”.<sup>20</sup>

Relativamente aos apoios, o Centro Paroquial neste momento tem o apoio da Segurança Social na compartição das respostas sociais. A Segurança Social comparticipa um valor que está estipulado no protocolo de cooperação, um valor específico por utente em cada resposta social. O Centro Paroquial dispõe de uma liga de amigos cada amigo, paga uma quota anual e esse é outro dos apoios que o Centro Paroquial tem. É uma verba bastante importante anualmente. Para além destes, tem apoios específicos muito individualizados, de alguém que quer fazer um donativo. Ao longo do ano, os responsáveis pelo Centro Paroquial de Cachopo consoante as necessidades com que se vão deparando, solicitam apoio às famílias e à liga dos amigos. No ano de 2011, uma das grandes necessidades que o Centro Paroquial tinha era de adquirir novas cadeiras de rodas, porque as que estavam, estavam realmente degradadas. Então foram sensibilizados os membros da liga dos amigos e as famílias dos utentes, e cada um, para aquele fim específico, (a aquisição da cadeira de rodas), deu aquilo que quis e podia, desde cinco euros até cem euros. Apoios como este são muitos específicos, muito pontuais. A Junta de Freguesia todos os anos ajuda o Centro Paroquial com uma verba

---

<sup>20</sup> *Idem.*

que dá para o funcionamento da Instituição e, quando se realizam festas, a mesma Junta, apoia com material e com outros meios.

Quanto às parcerias do Centro Paroquial de Cachopo, o grande parceiro é a Segurança Social. Para além deste, a Câmara Municipal de Tavira assume igualmente um papel relevante. O Centro Paroquial tem dois protocolos com a Câmara Municipal de Tavira. Um tem a ver com animação geriátrica, o outro com a atividade física dos seniores e também com a atividade física para as pessoas ativas. Há um protocolo estabelecido com a Câmara Municipal de Tavira, com a Academia de Música, com o Centro Paroquial de Cachopo e com o Centro Social Nossa Senhora das Dores de Santa Catarina Fonte do Bispo, em que o Centro Paroquial de Cachopo e o Centro Social Nossa Senhora das Dores, pagam um valor por mês, mas o resto é compartilhado pela Câmara Municipal de Tavira, que financia dois professores em cada Instituição, duas vezes por semana. No Centro Paroquial de Cachopo é à terça-feira de manhã e à quinta-feira de manhã, que vêm dois professores de música, fazer a animação musical com os utentes. Depois, há outro protocolo com a Câmara Municipal de Tavira, e este é com todas as freguesias do concelho de Tavira, que tem a ver com a atividade física dos seniores e também com a atividade física para as pessoas ativas. No Centro Paroquial de Cachopo a aula de ginástica é à quarta-feira das 17.00h às 18.00h e a aula de ginástica aberta à comunidade é das 18.00h às 19.00h. A Câmara Municipal de Tavira coloca o professor, o Centro Paroquial não tem qualquer custo com este professor, apenas cede as instalações. A Junta de Freguesia é outra parceria que o Centro Paroquial de Cachopo tem. Como já foi referido, a Junta de Freguesia colabora, em todos os eventos e, desde que tem o autocarro, cede o autocarro para as saídas/passeios com os utentes, sem qualquer custo.

O Centro Paroquial está integrado na Rede Social da Câmara Municipal de Tavira, que acaba por ser uma parceria, em que se integram Instituições de Solidariedade Social do Concelho de Tavira. É um trabalho em parceria e em rede. Está ainda integrado no Grupo do Envelhecimento da Rede Europeia anti-pobreza (REAPN), em que fazem parte oito Instituições de todo o Algarve e desenvolvem uma serie de atividades ao longo do ano. E, mais recentemente, e como o Presidente da Direção do Centro Paroquial de Cachopo, neste momento é Presidente também do Centro Paroquial Nossa Senhora da Conceição de Martilongo e do Centro Paroquial de Vaqueiros e uma vez que este ano é o ano do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre gerações, e como estas Instituições são as três da Serra e trabalham com idosos criaram um grupo de trabalho e agendaram uma serie de atividades inter-geracionais em conjunto com a Escola de Martilongo e o Jardim de Infância.

Para usufruir do SAD do Centro Paroquial de Cachopo é necessário realizar o pedido na Instituição. A diretora técnica do SAD refere que “ A pessoa desloca-se à Instituição faz o pedido, preenchamos-lhe a ficha de avaliação diagnóstica, depois é realizada a visita domiciliária e combinamos o dia para iniciar o serviço (...).”

De facto, o Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo é solicitado na maior parte das vezes pelo utente, sendo identificadas as suas necessidades junto do próprio. A diretora técnica afirma que:

“a solicitação do Serviço de Apoio Domiciliário, por norma aqui, a maior parte diria eu, é tudo do próprio utente. Mas depois também temos casos em que a família acompanha o utente e também temos casos em que é só a família (...)”, sendo “as necessidades dos utentes vistas normalmente, por aquilo que o utente nos diz(...). Ele primeiro faz uma abordagem (...) ouvimos sempre a pessoa, a família quando existe e depois entre todos acabamos por chegar a um consenso. É feita a visita domiciliária, para também conhecer melhor e percebermos melhor a realidade daquela pessoa, onde é que vive e que necessidades é que realmente terá.”<sup>21</sup>

Foi referido pela diretora técnica que as necessidades dos utentes são detetadas através de uma ficha diagnóstica e do registo da visita domiciliária. A mesma relatou que no Centro Paroquial de Cachopo não estavam a ser implementados os planos de desenvolvimento individual. Contudo, os planos de desenvolvimento já estão criados e aguardam a aprovação da Direção.

Segundo a diretora técnica do Centro Paroquial de Cachopo, os utentes do SAD são pessoas idosas, que por motivos de doença, dependência ou outros impedimentos, não podem assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária.

Os principais problemas com que os utentes se deparam são financeiros, como refere a diretora técnica do serviço: “deparam-se com problemas financeiros sem dúvida, as reformas mais altas que nos possamos ter aqui e já estou a pensar na pensão da pessoa e na pensão de

---

<sup>21</sup> *Idem.*

sobrevivência, aquela que fica a receber quando o cônjuge acaba por morrer (...) são 500 euros”.<sup>22</sup>

Além destes, existem os problemas de saúde “em termos de saúde também é gritante, nos em Cachopo temos médico na Estação do Centro de Saúde duas vezes por semana, segunda de manhã e quinta de manhã (...). Temos farmácia duas vezes por semana, segunda de manhã e quinta de manhã, que é os mesmos dias do médico. Depois enfermeiro, na estação do Centro de Saúde também, segunda e quinta de manhã”,<sup>23</sup>

Por último, foram identificados os problemas de solidão “são pessoas que às vezes estão sozinhas e a solidão é muito grande. Muitas das vezes, as ajudantes de ação direta são as únicas pessoas com quem conversam, porque não tem família, ou porque a família se encontra longe ou porque se encontram em sítios isoladas (...).”<sup>24</sup>

Em síntese, o Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo visa proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento individual dos utentes, num clima de segurança afetiva, física e psíquica e numa perspetiva de envelhecimento com qualidade durante o tempo de utilização desta resposta social, através do atendimento individualizado e personalizado como se pode observar nas fotografias que se seguem.

**Figura nº 5 – Serviço de Apoio Domiciliário**



---

<sup>22</sup> *Idem.*

<sup>23</sup> *Idem.*

<sup>24</sup> *Idem.*

**Figura nº 6 – Serviço de Apoio Domiciliário**



**Figura nº 7 – Serviço de Apoio Domiciliário**





**Figura nº 8 – Serviço de Apoio Domiciliário**



# CAPÍTULO IV

## 7. Apresentação e análise dos resultados

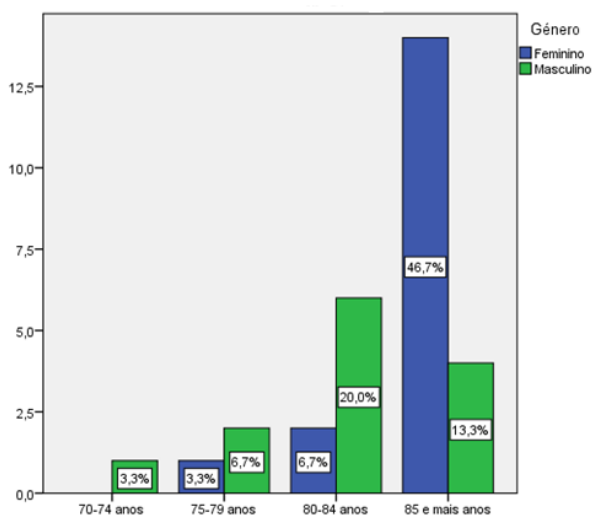
### 7.1 Caracterização da amostra

O inquérito por questionário aplicado para a caracterização dos utentes inquiridos é composto por questões fechadas,<sup>25</sup> pretendendo-se com a sua aplicação obter informações acerca da pessoa idosa no que respeita às variáveis idade, género, situação conjugal, habilitações literárias, composição do agregado familiar e grau de autonomia/dependência.

A amostra a que se refere o presente estudo é constituída por trinta idosos inscritos no SAD do Centro Paroquial de Cachopo. Engloba indivíduos de ambos os géneros, com idades que variam entre os 70 e os 85 e mais anos. Dos trinta participantes no questionário, dezassete (60,0%) são do género feminino e treze (50,0%) do género masculino.

Para facilitar a análise dos dados da amostra definiram-se quatro parâmetros etários: 65 a 69; 70 a 74; 80 a 84; 85 e mais anos. Como se pode verificar pelo gráfico nº7, dos trinta idosos, dezoito (60,0%) têm 85 e mais anos, sendo mais as mulheres (46,7%), do que os homens (13,3%); oito (26,7%) têm entre 80 e os 84 anos, sendo mais os homens (20,0%) do que mulheres (6,7%); três têm entre os 75 e os 79 anos, sendo dois homens (6,7%) e uma mulher (3,3%) e um tem idade compreendida entre os 70 e os 74 anos.

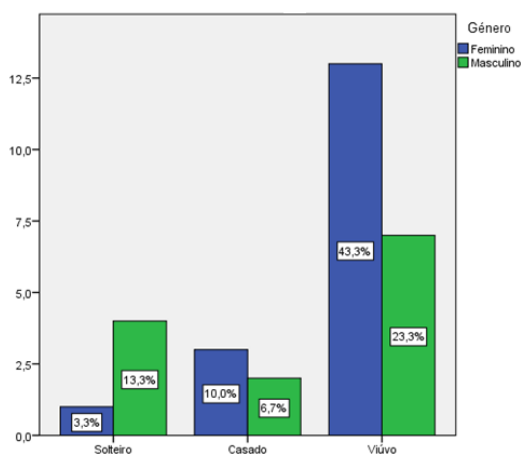
**Gráfico nº 7 Género e idade dos Utentes**



<sup>25</sup> Ver anexo II

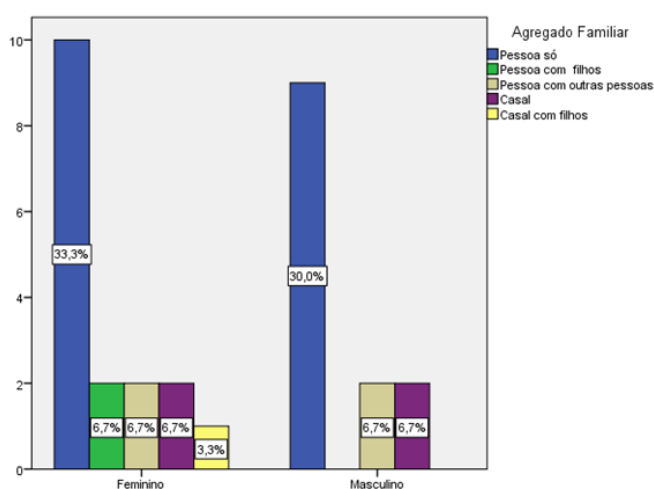
Relativamente ao estado civil dos idosos, vinte são viúvos (66,7%), dos quais catorze são mulheres (43,3%) e seis (23,3%) são homens, cinco são casados (16,7%), sendo três mulheres (10,0%) e dois homens (6,7%) e cinco (16,6%) são solteiros, sendo quatro homens (13,3%) e uma mulher (3,3%).

**Gráfico nº 8 - Estado civil dos Utentes**



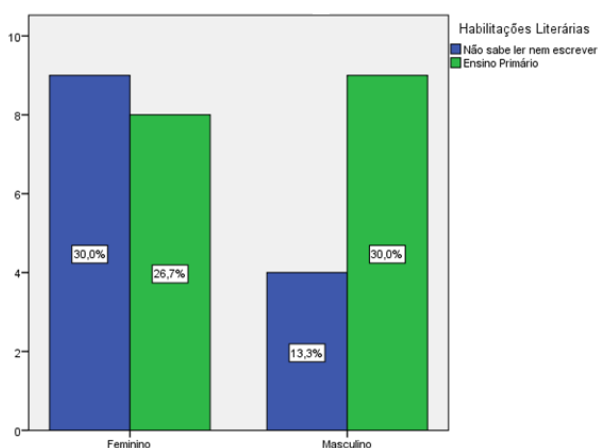
Quanto à composição do agregado familiar, dezanove (63,3%) idosos vivem sozinhos, sendo dez (33,3%) mulheres e nove (30,0%) homens; dois (6,7%) do género feminino vivem com filhos; quatro vivem com outros familiares, dos quais dois são homens (6,7%) e duas são mulheres (6,7%); cinco (16,7%) são casados, sendo dois homens (6,7%) e três mulheres (10,0%), das quais uma vive também com a filha.

**Gráfico nº 9 - Agregado Familiar**



Considerou-se pertinente questionar a amostra de utentes do SAD, relativamente às habilitações literárias. Neste sentido, verificou-se que, dezassete (56,7%) possuem o ensino primário, sendo nove do género masculino (30,0%) e oito (26,7%) do género feminino; treze (43,3%) não sabem ler nem escrever, sendo nove (30,0%) mulheres e quatro (13,3%) homens.

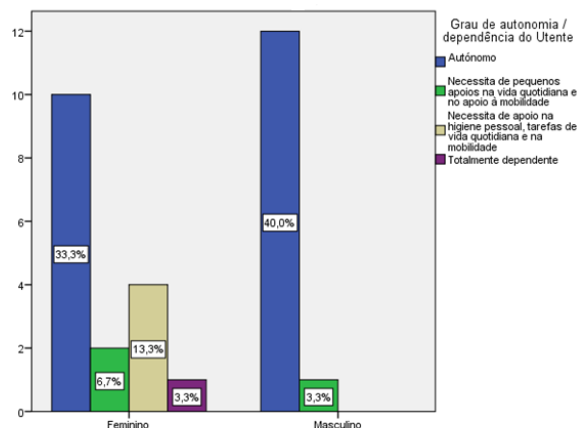
**Gráfico nº 10 - Habilitações literárias dos Utentes**



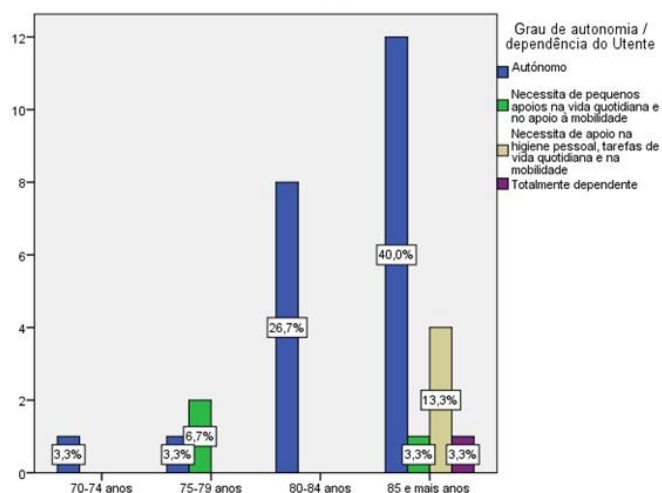
Pretendeu-se, ainda saber qual era o grau de autonomia /dependência dos utentes. Assim, verificou-se que das respostas obtidas vinte e dois (73,3%) consideram-se autónomos, sendo 12 homens (40,0%) e 10 mulheres (33,3%), três (10,0%) duas mulheres (6,7%) e um homem (3,3%) necessitam de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade; quatro do género feminino (13,3%) necessitam de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade e apenas uma (3,3%) do género feminino declarou que é totalmente dependente, como se pode verificar no gráfico nº 11.

Importa ainda referir, que a maioria dos utentes autónomos (40,0%) tem 85 e mais anos, o que revela que os serviços de apoio domiciliário são requeridos por uma população muito idosa mas ainda a beneficiar de um grau de autonomia bastante considerável. Se for considerado a autonomia declarada pelos utentes com idades compreendidas entre os 80 e os 84 anos, verifica-se que 66,7% do total dos participantes reconhece a sua autonomia (gráfico nº 12).

**Gráfico nº 11 - Grau de autonomia/dependência dos utentes por género**



**Gráfico nº 12 - Grau de autonomia/dependência dos utentes por idade**



Da análise geral dos dados resultantes do questionário, relativamente à caracterização da amostra, pode-se destacar que se trata de um grupo de idosos tendencialmente com 85 e mais anos, maioritariamente viúvos e que vivem sós. São idosos que têm a escolaridade mínima e muitos deles não sabem ler nem escrever. Contudo, trata-se de uma amostra que goza na sua maioria de autonomia funcional.

## 7.2 Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes

O inquérito por questionário é composto por 66 questões<sup>26</sup>, sendo as questões 1 a 63, respondidas numa escala de 5 pontos, variável entre o “Discordo Totalmente” (1), Discordo (2) Às Vezes (3), Concordo (4) e o “Concordo Totalmente” (5). Para cada uma das referidas questões foi ainda considerada a possibilidade de assinalar “Não Sei” (NS) ou “Não se Aplica” (NA). Para as questões 64 e 65 a resposta é em alternativa enquanto para a pergunta 66, existe a possibilidade de escolha de uma, entre quatro alternativas de resposta: Foi-me recomendado; Não tinha alternativa; O conjunto de serviços oferecidos respondia às minhas necessidades; É próximo do local onde habito.

Neste sentido, o Grau de Satisfação dos Utentes é determinado por um conjunto de variáveis, variáveis essas que, não sendo passíveis de observação direta, estão associadas a um conjunto de indicadores obtidos diretamente através das perguntas colocadas a cada utente da resposta social Serviço de Apoio Domiciliário.

Foi elaborado um teste Alfa de Cronbach para avaliar o grau de fidelidade do questionário, o qual mede a capacidade explicativa de uma determinada variável ou fator pelas perguntas que a compõem. Quando o valor de Alfa de Cronbach é superior a 0,70 pode-se afirmar que as variáveis em causa estão bem explicadas pelas perguntas consideradas.

A análise foi efetuada para o conjunto das 62 perguntas e para cada uma das variáveis. Neste sentido, foi obtido um Alfa de Cronbach de 0,78, valor que se pode considerar positivo.

**Quadro nº 7 Valor Alfa Cronbach**

Variável	Alfa de Cronbach
Instalações, Equipamentos e Sinalética	0,70
Fiabilidade/Credibilidade	0,71
Competência Técnica	0,72
Responsabilidade e Recetividade	0,73
Atendimento e Comunicação	0,73
Total	0,78

FONTE: Questionários de Avaliação da Satisfação - SAD

---

<sup>26</sup> Ver anexo III

## Variável Instalações, Equipamentos e Sinalética

Analisando os quadros que se seguem (nº8, nº9 e nº10), é possível afirmar que dos trinta utentes participantes, todos se encontram muito satisfeitos com o espaço que o SAD oferece para o atendimento de utentes e familiares, concordando totalmente com a facilidade de acesso que este espaço oferece, que é próprio para receber os utentes e/ou familiares e que tem boas condições de acolhimento.

### Quadro nº 8 - Acesso à área de atendimento do SAD

O acesso à área de atendimento é fácil?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### Quadro nº 9 - Espaço do SAD para atendimento

Existe um espaço próprio para receber os Utentes e/ou famílias?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### Quadro nº 10 - Condições do espaço para atendimento

O espaço de atendimento oferece boas condições de acolhimento?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Relativamente às viaturas do SAD, todos os representantes do estudo concordam totalmente que estas se encontram identificadas, como se verifica no quadro nº11. Observando os quadros nº 12 e nº 13 verifica-se que vinte e dois utentes (73,3%) concordam totalmente que as viaturas estão limpas e são confortáveis, ao passo que oito utentes (26,7%), responderam que não sabiam, pelo facto de não andarem nas viaturas.



### Quadro nº 11 - Identificação das viaturas do SAD

As viatura(s) do SAD estão identificadas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### Quadro nº 12 - Limpeza das viaturas

As viatura(s) estão limpas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	22	73,3	73,3	73,3
Não sei	8	36,7	36,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

### Quadro nº 13 - Conforto das viaturas

As viatura (s) são confortáveis?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	22	73,3	73,3	73,3
Não Sei	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Como se pode verificar no quadro nº 14, nove (30,0%) dos utentes concordam que as viaturas são adequadas ao transporte de pessoas com mobilidade reduzida, sete utentes (23,3%) responderam que discordam e catorze utentes (46,7%) responderam que não sabiam. Dos utentes que discordam, quatro têm mobilidade reduzida. Os mesmos esclareceram em conversas informais que as viaturas que as ajudantes de ação direta trazem para os transportar não são adequadas e tem dificuldade em entrar e sair das mesmas.

**Quadro nº 14 - Adequação das viaturas para o transporte de pessoas com mobilidade reduzida**

As viaturas são adequadas ao transporte de pessoas com mobilidade reduzida?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Discordo	7	23,3	23,3	23,3
Concordo	9	30,0	30,0	30,0
Não Sei	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Quanto à questão oito “os colaboradores estão identificados” e nove “os colaboradores vestem-se de forma apropriada ao desempenho das suas funções”, todos os participantes do estudo responderam concordar totalmente, como se verifica nos quadros nº 15 e 16.

**Quadro nº 15 - Identificação dos colaboradores**

Os colaboradores estão identificados?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

**Quadro nº 16 - Adequação do traje profissional dos colaboradores**

Os colaboradores vestem-se de forma apropriada ao desempenho das suas funções?

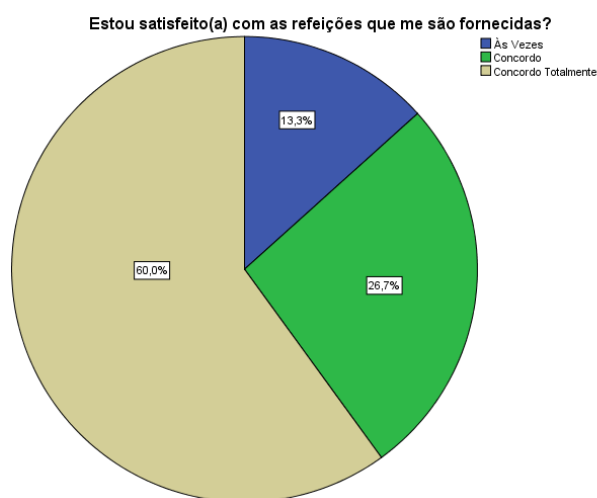
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

## Variável Fiabilidade/Credibilidade

As questões nº 10 “Participo na programação das minhas atividades”; nº 11 “As atividades programadas são executadas conforme o planeado”; nº 12 “Participei na elaboração do meu Plano Individual”; nº 13 “Participo na (s) alteração (ões) do meu PI”; nº 14 “Estou satisfeito com o meu PI”; e nº 15 “O meu PI corresponde à satisfação das minhas necessidades/expetativas”, como foi referido pela Diretora técnica do SAD não se aplicavam aos utentes, visto que a Instituição está a preparar-se, neste momento, para implementar a utilização deste instrumento.

No que diz respeito ao nível de satisfação com as refeições fornecidas, dezoito utentes (60,0%) encontram-se totalmente satisfeitos, oito (26,7%) encontram-se satisfeitos e quatro responderam às vezes (13,3%), como se verifica no gráfico nº13. Assinala-se que nenhum dos inquiridos referiu discordar ou discordar totalmente das refeições fornecidas.

**Gráfico nº 13 - Refeições fornecidas aos utentes**



Como se pode verificar no gráfico nº14, apenas quatro utentes (13,3%) necessitam fazer dieta. Estes concordam totalmente que a dieta fornecida respeita as indicações médicas.

### Gráfico nº 14 - Refeições dieta de acordo com as indicações médicas



Relativamente, à apresentação das refeições servidas, bem como ao seu acondicionamento, os trinta (100%) participantes no estudo concordam totalmente que as mesmas são bem apresentadas e acondicionadas, como se pode verificar no quadro nº 17 e nº 18.

### Quadro nº 17 - Apresentação das refeições aos Utentes

As refeições quando são servidas são bem apresentadas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### Quadro nº 18 - Qualidade do acondicionamento das refeições

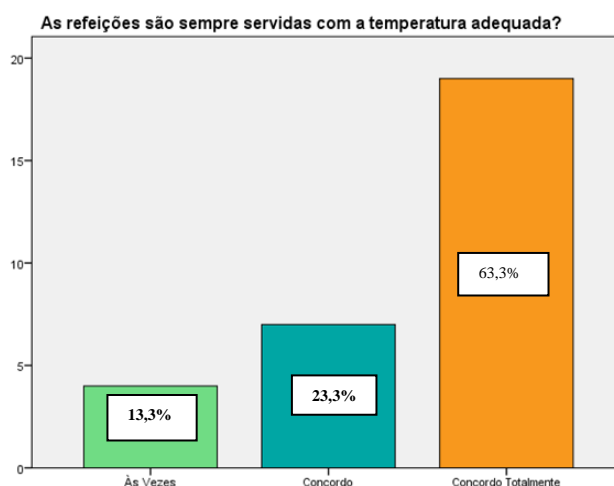
As refeições vêm sempre bem acondicionadas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Quanto à temperatura a que as refeições são servidas, dezanove utentes (63,3%) concordam totalmente que a refeição é servida com a temperatura adequada, sete concordam (23,3%) e quatro responderam às vezes (13,3%). Salienta-se que nenhum dos inquiridos

referiu discordar ou discordar totalmente (Gráfico nº 15). Os utentes que responderam às vezes referiram, que às vezes, as refeições não chegam totalmente quentes, o que sucede devido às voltas que os colaboradores têm que fazer para chegar à casa dos utentes. Para além disso, foi referido ainda que as estradas de acesso às suas residências não têm boas condições e muitas são de terra batida. No entanto, os utentes inquiridos referiram que têm fogão e que se encontram com condições de aquecer a refeição quando isso acontece.

**Gráfico nº 15 - Temperatura das refeições servidas**



Relativamente à prestação de cuidados pessoais e imagem, todos os utentes participantes da amostra (100%) responderam concordar totalmente que são respeitados os seus ritmos, como se pode verificar no quadro nº 19.

**Quadro nº 19 - Prestação de cuidados pessoais e imagem**

Na prestação de cuidados pessoais e imagem são respeitados os meus ritmos?

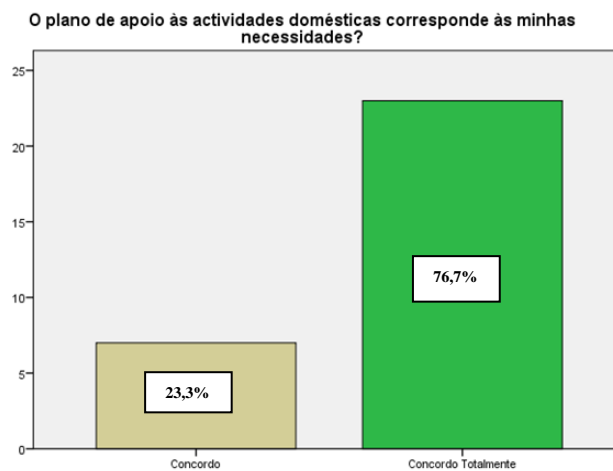
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

As questões nº 22 “O Plano de Cuidados de saúde corresponde às minhas necessidades”; nº 23 “O Plano de atividades socioculturais corresponde às minhas necessidades/expectativas” e nº 24 “ O apoio psicológico corresponde às minhas necessidades, como foi referido pela diretora técnica, que não se aplicam no SAD do Centro

Paroquial de Cachopo, dado que o plano de desenvolvimento individual ainda não foi implementado.

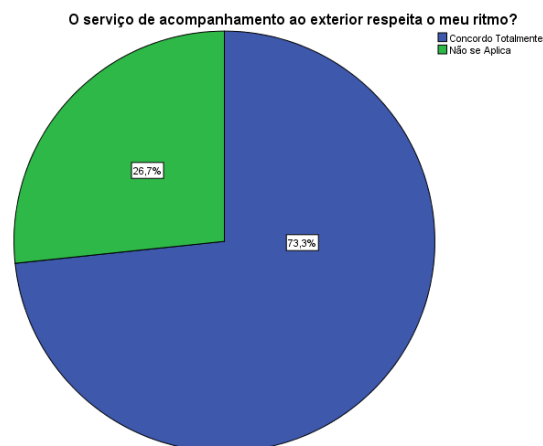
Quanto ao plano de atividades domésticas vinte e três utentes (76,7%) concordam totalmente e sete utentes (23,3%) concordam que o mesmo satisfaz as suas necessidades, como se pode verificar no gráfico nº 16. Salienta-se que nenhum dos inquiridos respondeu discordar ou discordar totalmente.

**Gráfico nº 16 - Apoio às atividades domésticas**



Analisando o gráfico nº 17, da totalidade da amostra, vinte e dois (73,3%) concordam totalmente que o serviço de acompanhamento ao exterior corresponde ao seu ritmo e oito utentes (26,7%) não costumam ir ao exterior com os colaboradores do SAD, não se aplicando deste modo a presente questão.

**Gráfico nº 17 - Serviço de Acompanhamento ao exterior**



Falando agora do serviço de tratamento de roupa e do serviço de limpeza doméstica, dos trinta utentes todos se encontram bastante satisfeitos, referindo concordar totalmente, como se pode verificar no quadro nº 20 e nº 21.

### **Quadro nº 20 - Satisfação com o serviço de tratamento de roupa**

**Estou satisfeito(a) com o serviço de tratamento de roupas?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### **Quadro nº 21 - Satisfação com o serviço de limpeza doméstica**

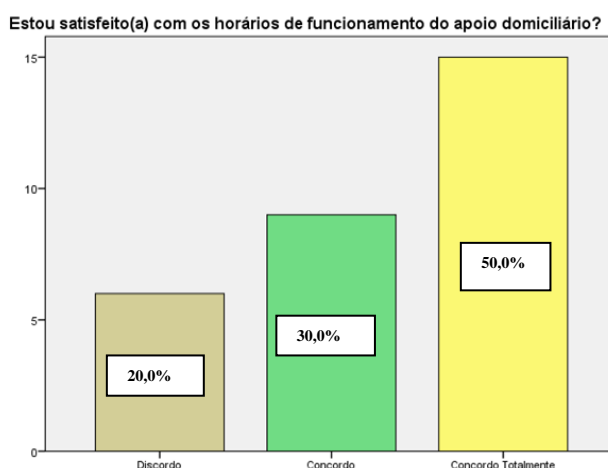
**Estou satisfeito(a) com o serviço de limpeza doméstica?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

A questão nº29 “ Sempre que necessito são asseguradas pequenas reparações no domicílio” e a questão nº 30 “ Estou satisfeito (a) com o serviço de reparações no domicílio, não se aplica no SAD do Centro Paroquial de Cachopo.

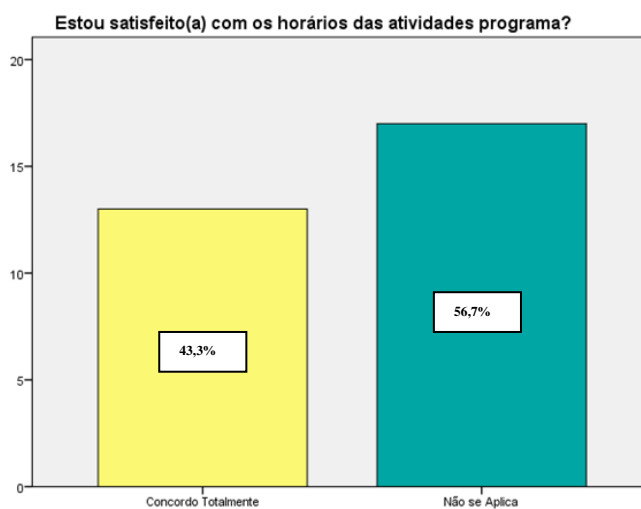
Relativamente ao nível de satisfação dos idosos em relação ao horário de funcionamento do apoio domiciliário, quinze utentes (50,0%) concordam totalmente, nove utentes (30%) concordam e seis utentes (20%) discordam com o horário de funcionamento do SAD, como se pode analisar do gráfico nº4. Os mesmos, alegaram em conversas informais que o SAD deveria funcionar também ao domingo e feriados.

### Gráfico nº 18 - Horário de funcionamento do SAD



Relativamente à questão nº 32 “Estou satisfeito com os horários das atividades programadas, dezassete (56,7%) utentes concordam totalmente e treze (43,3%) utentes concordam.

### Gráfico nº 19 - Horário das atividades programadas



### Variável Instalações, Competência Técnica

Uma vez que quem vai à casa dos idosos são as ajudantes de ação direta da instituição, perguntou-se qual o nível de satisfação em relação ao trabalho prestado por elas. Assim, com base no quadro nº 22, nº 23 e nº 24 verifica-se que a totalidade (100%) dos utentes concordou



totalmente que os colaboradores, neste caso as ajudante de ação direta, têm o perfil adequado para desempenhar as suas atividades, que têm conhecimentos adequados para cuidarem de si e que o fazem de forma profissional e humanizada.

#### **Quadro nº 22 - Adequação do perfil dos colaboradores**

**Os colaboradores têm perfil adequado ao desempenho das suas funções?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

#### **Quadro nº 23 - Adequação dos conhecimentos dos colaboradores**

**Os colaboradores têm os conhecimentos adequados para cuidarem de mim?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

#### **Quadro nº 24 - Qualidade da prestação de cuidados de higiene**

**Quem presta cuidados de higiene, fá-lo de forma profissional e humanizada?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

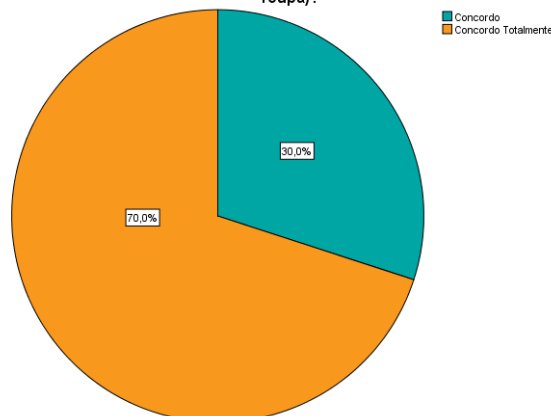
A questão nº 36 “ Estou satisfeito (a) com o desempenho dos profissionais que prestam os cuidados de saúde não se aplica no SAD do Centro Paroquial de Cachopo. Foi referido pela diretora técnica do Centro Paroquial de Cachopo que quando os utentes necessitam de cuidados médicos, têm que se deslocar à extensão do Centro de Saúde de Cachopo.

No que diz respeito ao nível de satisfação em relação ao desempenho dos profissionais que prestam cuidados pessoais (alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupa), pode-se observar no gráfico nº20 que vinte e um utentes (70,0%) do SAD estão

bastante satisfeitos, respondendo que concordam totalmente e 9 utentes (30,0%) estão satisfeitos, respondendo que concordam.

### Gráfico nº 20 - Satisfação com o desempenho dos profissionais

Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais que prestam cuidados pessoais (alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupa)?



### Variável Responsabilidade e Recetividade

No que concerne aos colaboradores do SAD, como se pode observar no quadro nº 25, trinta utentes (100%) concordam totalmente que os mesmos apresentam um aspeto limpo e cuidado.

#### Quadro nº 25 - Adequação do aspeto dos colaboradores

Os colaboradores apresentam um aspeto limpo e cuidado?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Relativamente aos serviços prestados, trinta utentes do SAD (100%) concordam totalmente que os mesmos respeitam os seus hábitos, a sua privacidade, a sua intimidade, a sua autonomia e são objeto de confidencialidade, como se pode verificar nos quadros nº 26, 27, 28 e 29.

### **Quadro nº 26 - Respeito pelos hábitos dos Utentes na prestação de serviços**

**Todos os serviços prestados respeitam os meus hábitos?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### **Quadro nº 27 - Respeito pela privacidade e intimidade dos serviços prestados**

**Todos os serviços prestados respeitam a minha privacidade e intimidade?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### **Quadro nº 28 - Respeito pela autonomia dos utentes**

**Todos os serviços prestados respeitam a minha autonomia?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### **Quadro nº 29 - Respeito pela confidencialidade dos serviços**

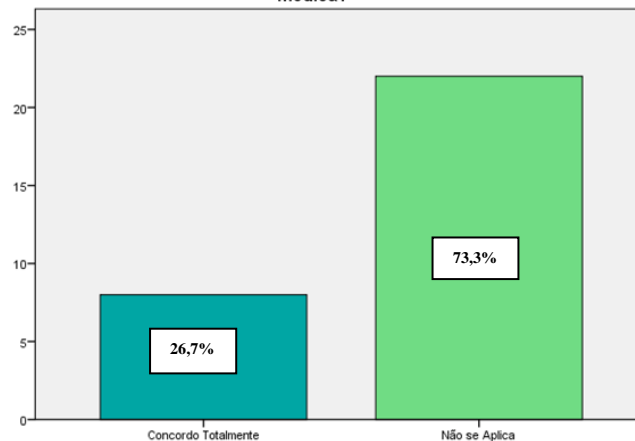
**Todos os serviços prestados são objeto de confidencialidade?**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Válida</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Analisando o gráfico nº 21 verifica-se que oito utentes (26,7%) concordam totalmente que a assistência medicamentosa é assegurada de acordo com a prescrição médica. Os restantes (73,3%) referiram não estar a tomar medicação, ou estão a tomar mas não precisam que a mesma seja dada pelas ajudantes de ação direta, não se aplicando deste modo, a presente questão.

### Gráfico nº 21 - Assistência medicamentosa

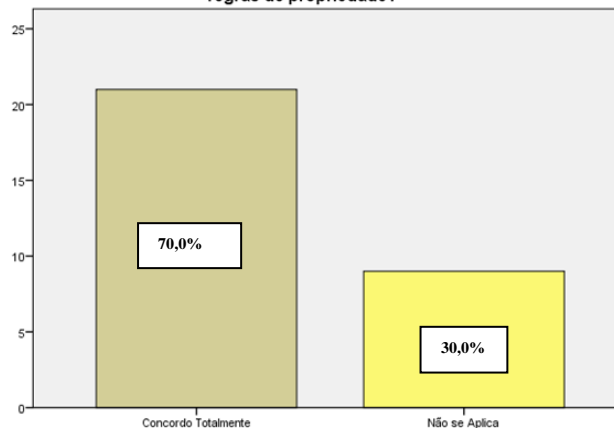
A assistência medicamentosa é assegurada de acordo com a prescrição médica?



Relativamente ao uso da chave dos utentes, dezoito (70,0%) concordam totalmente que o uso da mesma é efetuado de forma apropriada, respeitando as regras de propriedade. Os restantes utentes (30,0%) referiram que não é necessário as auxiliares de ação direta terem acesso à chave, porque estão sempre em casa, como se pode verificar no gráfico nº 22.

### Gráfico nº 22 - O uso da chave dos Utentes

O uso da chave da minha casa é efetuado de forma apropriada, respeitando as regras de propriedade?



Observando o quadro nº 30, verifica-se que todos os utentes (100%) concordam totalmente que os colaboradores do SAD só entram em sua casa após pedido de autorização.

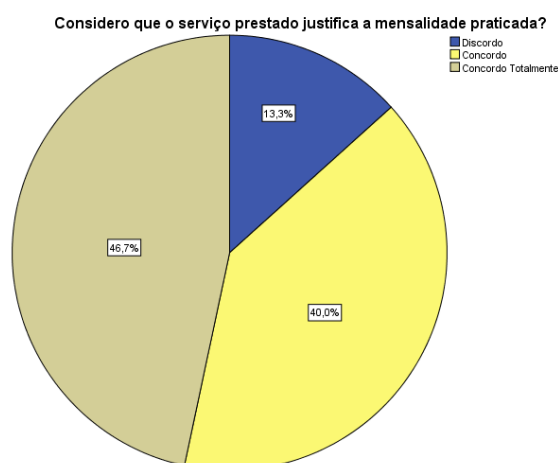
### Quadro nº 30 - Respeito pela autorização do Utente para entrar na propriedade deste

Os colaboradores só entram em minha casa após pedido de autorização?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Em relação à mensalidade praticada, catorze utentes (46,67%) concordam totalmente que o serviço justifica a mensalidade praticada, doze utentes (40%) apenas concordam e quatro utentes (13,33%) discordam com a mensalidade praticada, como se pode observar no gráfico nº 23.

### Gráfico nº 23 - Mensalidade praticada



Quanto aos bens dos utentes, os trinta e utentes que constituem a amostra referiram concordar totalmente que não sentem os seus bens ameaçados, como se pode observar no quadro nº 31.

### Quadro nº 31 - Respeito pelos bens dos Utentes

Não sinto que os meus bens estão ameaçados?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Analisando o quadro nº 32, verifica-se que dezoito utentes (60%) concordam totalmente que quando confiam dinheiro aos colaboradores o mesmo é sempre utilizado para o fim a que se destina e doze (40%) responderam que não costumavam confiar dinheiro aos colaboradores, não se aplicando deste modo, a presente questão.

### **Quadro nº 32 - Confiança do dinheiro dos Utentes**

**Quando confio dinheiro aos colaboradores, este é sempre utilizado apenas para o fim a que se destina?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	18	60,0	60,0	60,0
Não se Aplica	12	40,0	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Relativamente ao pedido de autorização para solicitação de informação a seu respeito, todos os utentes (100%) responderam concordar totalmente que é feito o pedido, como se pode verificar no quadro nº 33.

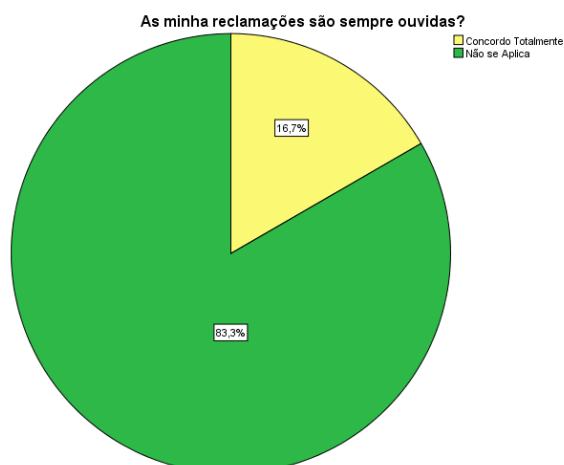
### **Quadro nº 33 - Respeito pela vontade do Utente no fornecimento de dados**

**É sempre pedida a minha autorização quando é solicitada informação a meu respeito ao SAD?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

No que diz respeito à reposta institucional às reclamações, vinte cinco utentes (83,3%) referiram não fazer reclamações, não se lhes aplicando deste modo, a presente questão; cinco (16,7 %) concordam totalmente que as suas reclamações são sempre ouvidas, como se pode verificar no gráfico nº 24. Assinala-se, que nenhum dos inquiridos referiu discordar ou discordar totalmente com a resposta institucional às suas reclamações.

### Gráfico nº 24 - Reclamações dos Utentes



Quando não é possível realizar uma atividade programada, todos os utentes que constituem a amostra, concordam totalmente que são informados antecipadamente, como se demonstra no quadro nº 34.

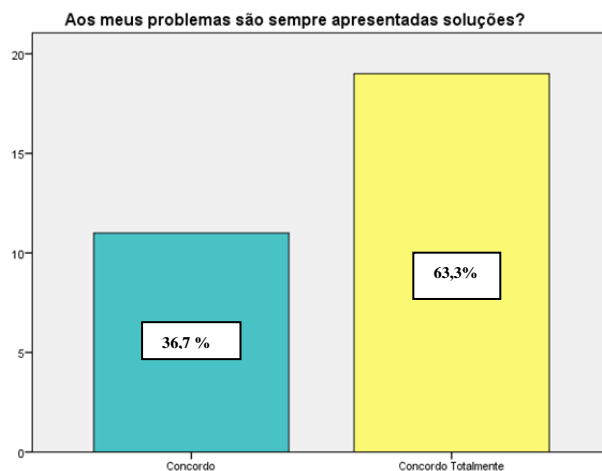
### Quadro nº 34 - Informação prévia ao utente sobre as atividades programadas

Sou sempre informado antecipadamente quando não é possível realizar uma atividade programada?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Analisando o gráfico nº 25 verifica-se que dezanove utentes (63,3%) concordam totalmente e onze (36,7%) concordam com que são sempre apresentadas soluções para os seus problemas.

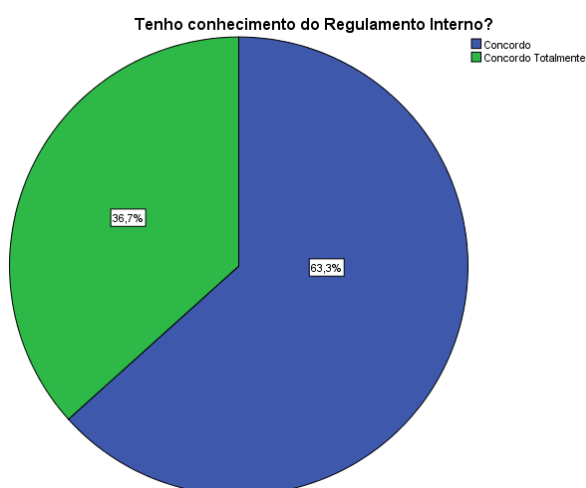
**Gráfico nº 25 - Soluções para os problemas dos utentes**



### **Variável Atendimento e Comunicação**

Relativamente ao Regulamento do SAD, dezanove utentes (63,3%) concordam totalmente com a afirmação de que têm conhecimento do mesmo, ao passo que, onze utentes (36,7%) concordam que têm conhecimento do mesmo. Assinala-se que nenhum dos inquiridos referiu discordar ou discordar totalmente que não tivesse conhecimento do mesmo.

**Gráfico nº 26 – Conhecimento do Regulamento Interno**





Analisando os quadros nº 35, 36, 37 e 38, é possível verificar que todos os utentes inquiridos concordam totalmente que têm acesso fácil ao número de telefone do responsável do SAD, que o sistema de comunicação com o SAD, em caso de necessidade, é eficaz, que sabem sempre onde se devem dirigir para obter a informação que necessitam e que são sempre bem atendidos nos contatos com os responsáveis/colaboradores pelo SAD.

#### **Quadro nº 35- Acesso fácil relativamente ao número de telefone do responsável do SAD**

**Tenho acesso fácil ao número de telefone do responsável do SAD?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

#### **Quadro nº 36 - Eficácia do sistema de comunicação com o SAD**

**O sistema de comunicação com o SAD, em caso de necessidade, é eficaz?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

#### **Quadro nº 37 - Conhecimento de quem presta informação institucional**

**Sei sempre a que me dirijo para obter a informação que necessito?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

#### **Quadro nº 38 - Qualidade do atendimento**

**Nos meus contatos com os responsáveis/colaboradores pelo apoio domiciliário sou sempre bem atendido?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Em relação à acessibilidade da responsável pelo SAD, os utentes (100,0%) concordam totalmente que a mesma está sempre contactável; dezoito utentes (60%) concordam totalmente

e doze utentes (40%) concordam que a responsável pelo SAD responde prontamente às suas solicitações, como se pode verificar nos quadros nº 39 e 40.

### **Quadro nº 39 - Acessibilidade do responsável pelo SAD**

**O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário está sempre contactável?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

### **Quadro nº 40 - Resposta do responsável pelo SAD às questões dos Utes**

**O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário responde prontamente às minhas solicitações?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo	12	40,0	40,0	40,0
Concordo Totalmente	18	60,0	60,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Quanto à recetividade institucional perante os problemas dos utentes, todos responderam concordar totalmente que os mesmos são sempre ouvidos, como se observa no quadro nº 41.

### **Quadro nº 41- Recetividade institucional perante os problemas dos Utes**

**Os meus problemas são sempre ouvidos?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo Totalmente	30	100,0	100,0	100,0

Relativamente à atenção disponibilizada pelos colaboradores da equipa do serviço, verifica-se que vinte e dois utentes (73,3%) concordam totalmente e oito utentes (26,7%) concordam que, de modo geral, os colaboradores da equipa do SAD são atenciosos como se pode observar no quadro nº 42.

### Quadro nº 42 - Atenção dos colaboradores com os Utentes

De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa são atenciosos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo	8	26,7	26,7	26,7
Concordo Totalmente	22	73,3	73,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

A satisfação dos utentes relativamente à disponibilidade da equipa do SAD está patente no quadro nº 43: vinte e dois utentes (73,3%) concordam totalmente que de um modo geral, todos os colaboradores da equipa do SAD estão disponíveis e oito utentes concordam (26,7%). Importa referir, que nenhum dos utentes inquiridos discordou ou discordou totalmente que os colaboradores não fossem atenciosos.

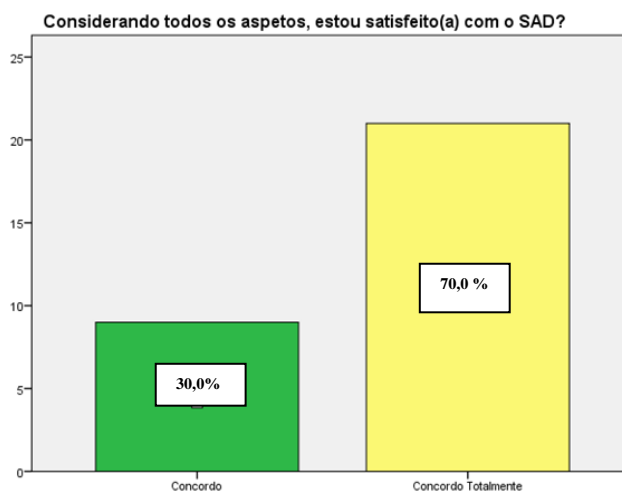
### Quadro nº 43 - Disponibilidade dos colaboradores da equipa do SAD perante os Utentes

De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa estão disponíveis?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Concordo	8	26,7	26,7	26,7
Concordo Totalmente	22	73,3	73,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Solicitados para fazer uma avaliação global do serviço, vinte e um utentes (70,0%) concordam totalmente com a afirmação de que estão satisfeitos, enquanto nove (30,0%) concordam com a mesma afirmação, como se pode observar no gráfico nº 27. Nenhum dos inquiridos discorda ou discorda totalmente com a mesma afirmação.

### Gráfico nº 27 – Grau de satisfação relativamente a todos os aspetos do SAD



Para além das questões associadas a cada uma das variáveis consideradas, e de uma questão de satisfação geral, cujos resultados acabamos de analisar, foram incluídas no questionário, duas questões relacionadas com a fidelidade ao Serviço de Apoio Domiciliário, a nº 64 e 65, e uma última questão relacionada com o motivo que conduziu à sua escolha, a nº 66.

Nos quadros nº 44 e 45 verifica-se que todos os utentes inquiridos recomendam este SAD, e se tivessem a possibilidade de mudar para outro, não mudariam.

#### Quadro nº 44 - Recomendação do serviço a potenciais Utentes

Se me solicitarem, recomendo este SAD?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	30	100,0	100,0	100,0

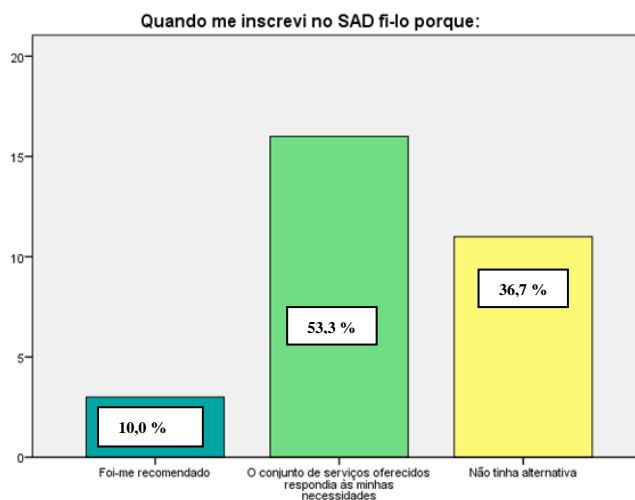
#### Quadro nº 45 - Perceção da necessidade de mudança de prestador de serviço

Se tivesse possibilidade mudaria de SAD?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Não	30	100,0	100,0	100,0

Por fim, o questionário aplicado integra uma questão sobre as razões que levaram os utentes a inscreverem-se neste SAD. As respostas permitem verificar que 53,3% utentes referiram que o conjunto de serviços oferecidos respondia às suas necessidades, ao passo que 36,7% responderam que não tinham alternativa e enquanto 10,00% dos utentes inquiridos responderam que lhes foi recomendado, como se pode verificar no gráfico nº 28.

**Gráfico nº 28 - Razões para inscrição do SAD**



## Conclusões

Na fase final deste trabalho sobre a qualidade dos serviços de apoio domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo, é possível retirar do mesmo algumas conclusões. Esta investigação foi sem dúvida bastante útil, tanto pelos resultados obtidos como pela aquisição de conhecimentos e competências ao nível da investigação científica aplicada.

Os sujeitos participantes no estudo foram trinta idosos, dezassete do sexo feminino e treze do sexo masculino, estando a maioria enquadrada na faixa etária dos maiores de 85 anos de idade. Na maioria são idosos viúvos e a viver sós, que têm a escolaridade mínima ou não sabem ler nem escrever. Contudo, trata-se de um grupo de utentes que goza na sua maioria de relativa autonomia funcional.

Pela análise dos dados obtidos no inquérito por questionário e pela a observação direta realizada pode-se afirmar que o espaço do Centro Paroquial de Cachopo para o atendimento de utentes e/ou familiares do SAD, satisfaz os utentes e oferece boas condições e tem bons acessos.

Os utentes do serviço consideram que as viaturas do SAD estão todas identificadas e encontram-se limpas e confortáveis. No entanto, sete utentes consideram que as mesmas não estão adequadas ao transporte de pessoas com mobilidade reduzida. Dos sete utentes que responderam que as viaturas não estão adequadas ao transporte de pessoas com mobilidade reduzida, quatro têm mobilidade reduzida. Estes utentes explicaram durante as conversas informais que consideram que as viaturas não são adequadas referindo ainda que, têm dificuldades em entrar e sair das mesmas. Pela observação direta verifica-se que as viaturas do Centro Paroquial de Cachopo não estão adaptadas ao transporte de pessoas com mobilidade muito reduzida, pois não têm elevador.

No SAD do Centro Paroquial de Cachopo todos os colaboradores se encontram identificados e com o traje adequado ao desempenho das suas funções, conforme consideraram os utentes inquiridos.

O Centro Paroquial de Cachopo fornece serviços de apoio domiciliário que incluem alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional e tratamento de roupa. Estes serviços satisfazem todos os idosos, sendo que nenhum referiu não estar satisfeito.

Apesar de todos os inquiridos referirem que as refeições servidas são bem apresentadas e bem acondicionadas, nem todos (13,3%) consideram que são sempre servidas com a temperatura adequada. Estes utentes referiram, em conversa informal, que, às vezes, as

refeições não chegam totalmente quentes, o que sucede devido às voltas que os colaboradores têm que fazer para chegar à casa dos utentes. Para além disso, foi referido ainda que as estradas de acesso às suas residências não têm boas condições e muitas vezes são de terra batida. No entanto, os utentes inquiridos referiram que têm fogão e que se encontram com condições de aquecer a refeição quando isso acontece. Em relação às refeições dieta, os utentes que necessitam destas referiram que as mesmas são fornecidas de acordo com as indicações médicas.

Relativamente à prestação de cuidados pessoais e imagem todos os utentes consideram que são respeitados os seus ritmos.

Atualmente o plano de atividades domésticas corresponde às necessidades dos utentes. Assinala-se que nenhum dos utentes inquiridos referiu discordar ou discordar totalmente com o plano.

Os utentes do SAD encontram-se satisfeitos com o serviço de acompanhamento ao exterior. No entanto, 26,3% revelaram não ir ao exterior com os colaboradores do SAD, não se lhes aplicando deste modo, a presente questão.

O SAD do Centro Paroquial de Cachopo não funciona ao sábado à tarde a partir das 14 horas, aos domingos e aos feriados. Por este facto, seis utentes (20,0%) discordam do horário de funcionamento do SAD. Os restantes concordam com o horário, não tendo referido a necessidade de cuidados suplementares da instituição ou de aumentar a frequência das visitas diárias.

Segundo todos os inquiridos, os colaboradores do SAD (auxiliares de ação direta) têm o perfil adequado para desempenhar as suas funções. Salienta-se que nenhum dos inquiridos discordou ou discordou totalmente de que os colaboradores não tivessem conhecimentos adequados para cuidarem de si, nem de que não prestassem os cuidados de higiene de forma profissional e humanizada.

De modo geral, os utentes inquiridos encontram-se satisfeitos com o desempenho dos profissionais que prestam os cuidados pessoais (alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional e tratamento de roupa).

Os utentes do SAD encontram-se muito satisfeitos com os colaboradores (auxiliares de ação direta), concordando totalmente que são respeitados os seus hábitos, a sua privacidade e intimidade, a sua autonomia e que os serviços são objeto de confidencialidade. Foi referido ainda pelos utentes que os colaboradores só entram em casa após pedido de autorização e que não sentem os seus bens ameaçados pela presença dos mesmos. As auxiliares de ação direta

do SAD têm acesso à chave de 70% dos utentes inquiridos, no entanto, foi referido pelos mesmos que o uso da chave é efetuado de forma apropriada, respeitando as regras de propriedade.

Relativamente à assistência das auxiliares de ação direta na toma de medicamentos, foi referido pelos utentes que necessitam de tomar medicação que a mesma é efetuada de acordo com a prescrição médica.

Em relação à mensalidade praticada, apenas 13,3% dos utentes inquiridos discordam da mesma, tendo os restantes referido que concordam ou que concordam totalmente com a mensalidade que pagam pelos serviços.

Os utentes inquiridos referiram que não sentem os seus bens ameaçados com a presença das auxiliares de ação direta e que quando confiam dinheiro a estas funcionárias para comprarem medicação ou bens de que necessitam, o mesmo é utilizado apenas para o fim a que se destina.

No Centro Paroquial de Cachopo, quando é necessário alguma informação acerca dos utentes do SAD, todos os inquiridos referiram que é pedida a sua autorização. O mesmo acontece quando não é possível realizar uma atividade programada, todos os inquiridos reconheceram que são sempre informados.

Relativamente às reclamações, 83,3% dos utentes inquiridos referiram não fazer reclamações, os restantes consideram que quando as fazem, são sempre respondidas. Foi referido ainda pelos utentes inquiridos que os seus problemas são sempre ouvidos.

O Centro Paroquial de Cachopo possui um regulamento interno para cada uma das valências. Os utentes do SAD têm acesso ao regulamento interno após a sua integração em SAD. Deste modo, à questão nº 53, “tenho conhecimento do Regulamento interno”, não houve nenhum utente que discordasse ou que discordasse totalmente com esta afirmação.

No que respeita ao sistema de comunicação do SAD, pode-se considerar que este funciona muito bem. Todos os utentes referiram que têm acesso fácil ao número de telefone do responsável do SAD, que sabem sempre a quem se devem dirigir para pedir informações, que são sempre bem atendidos nos contatos com os responsáveis/colaboradores, que os seus problemas são sempre ouvidos e que os funcionários costumam responder às suas solicitações.

Foi considerado pelo total de utentes inquiridos que todos os colaboradores da equipa do SAD são atenciosos e encontram-se disponíveis. Importa referir, que nenhum dos utentes



inquiridos discorda ou discorda totalmente de que os colaboradores não sejam atenciosos ou que não se encontram disponíveis.

Em síntese, considerando todos os aspetos avaliados no questionário, todos os utentes se encontram satisfeitos com o SAD do Centro Paroquial de Cachopo, referindo que recomendam o serviço e que mesmo que tivessem a possibilidade não mudariam para outro SAD.

Importa ainda salientar que a maioria dos utentes (53,3%) inscreveu-se no SAD porque o conjunto de serviços oferecidos respondia às suas necessidades. Todavia 36,7% optaram por responder que não tinham alternativa e 10% que lhes foi recomendado.

Com base nos resultados obtidos pode-se afirmar que o SAD do Centro Paroquial de Cachopo oferece um grau elevado de satisfação com os seus serviços aos utentes inquiridos. No entanto, é possível realçar alguns aspetos menos positivos que seria importante ponderar com o objetivo de elevar ainda mais a qualidade do serviço. Embora já esteja delineado o plano de desenvolvimento individual para aplicar a cada um dos utentes do SAD, ainda no decorrer deste ano, de momento ainda não começou a ser implementado. Este instrumento é de grande importância, pois visa a recolha de informação sobre as necessidades e capacidades dos utentes, o que impõe a sua rápida implementação no processo de gestão da qualidade deste serviço. Outro aspeto a considerar é a temperatura das refeições, pois, como já foi referido, alguns utentes consideram que a refeição não chega com a temperatura adequada.

Para além destes aspectos, as viaturas do Centro Paroquial de Cachopo não se encontram adaptadas ao transporte de mobilidade reduzida, o que dificulta a entrada e saída dos utentes com problemas de mobilidade.

Importa ainda ponderar no processo de gestão da qualidade do SAD, o horário de funcionamento que merece ser alargado, o que implica criar condições para o poder concretizar.

A necessidade de implementar o plano de desenvolvimento individual, a melhoria da temperatura das refeições, a adequação de todas as viaturas ao transporte de mobilidade reduzida e o horário de funcionamento foram os aspetos identificados pelos utentes inquiridos como carecendo de alterações, com vista a melhoria da qualidade do funcionamento do SAD do Centro Paroquial de Cachopo.

Em suma, conclui-se que na perspetiva dos utentes estão identificados os aspetos sobre os quais a instituição deverá debruçar-se para alcançar um nível mais elevado de qualidade do serviço de apoio domiciliário.

## Bibliografia Citada

Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Investigação*. Braga: Psiquíbrios.

Bandeira, M. (2012). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População: Evolução e perspetiva*. Consultado a 15 de Agosto de 2012 em: <http://www.ffms.pt/upload/docs/cf188adf-cdc8-496e-8fb8-8e89516aad00.pdf>.

Bell, J. (1993). *Como Realizar um Projeto de Investigação - Um guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. Lisboa: Gradiva.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

Campos, M. (2005). *Cachopo e a sua história – Apontamentos Monográficos 1500-2005*. Cachopo: Junta de Freguesia de Cachopo.

Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Consultado e a 3 de janeiro de 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Carmo, H. Ferreira. M (1998). *Metodologia de Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.

Censos 2011. (2011). *Resultados Provisórios dos Censos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 20 de fevereiro 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2)

Centro Paroquial de Cachopo. (2007). Regulamento Interno - Resposta Social: Serviço de Apoio Domiciliário.

Comissão das Comunidades Europeias. (2002). Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento: Bruxelas. Consultado e a 3 de março de 2012 em [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_situation/docs/com2002\\_0143\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com2002_0143_pt.pdf).

Departamento de Estatísticas Censitárias e da População do INE. (2002). Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 15 de janeiro de 2012 em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1)

Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Consultado a 1 de Fevereiro de 2012 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Editora Quarteto.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

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

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da concessão à realização*. Lisboa: Lusociência.

Gil, A. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário – oferta e custos de mercado privado*, Lisboa: Instituto da Segurança Social. Consultado a 20 de janeiro de 2012 em [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=26445&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=26445&m=PDF)

Ghiglione, R. Matalon, B. (1992). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gonçalves, C. Carrilho, M. (1993). *O Processo de Envelhecimento em Portugal: Que Perspetiva?* in *Revista Estudos Demográficos* nº 31, p. 75-98. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 12 de dezembro de 2012 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt)

Gonçalves, C. & Carrilho, M. (2007). *Envelhecimento crescente mas especialmente desigual*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 12 de dezembro de 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt)

Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Instituto da Segurança Social 2006: *Qualificação das respostas sociais*. Santarém. Consultado a 15 de Abril de 2012 em: [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/APISS\\_APRESENTAO.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/APISS_APRESENTAO.pdf)

Instituto da Segurança Social, IP. (2005 a). *Manual de Avaliação da Qualidade – Serviço de Apoio Domiciliário*. 2º Edição. Consultado a 3 de novembro de 2011 em

[http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=13744&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=13744&m=PDF)

Instituto da Segurança Social, IP. (2005 b). Manual de Processos Chave – Serviço de Apoio Domiciliário. 2º Edição. Consultado em a 3 de novembro de 2011 em

[http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=32642&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=32642&m=PDF)

Instituto da Segurança Social, IP.(2005c). Questionários de Avaliação da Satisfação – Serviço de Apoio Domiciliário. 2º Edição. Consultado a 3 de Novembro de 2011 em

[http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=13744&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=13744&m=PDF).

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Respostas Sociais. Nomenclaturas e Conceitos. Lisboa: Direção- Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. Consultado a 4 de outubro de 2011 em

[http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=12294&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=12294&m=PDF).

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009a). Carta Social Rede de Serviços e equipamentos – Relatório. Lisboa. Consultado a 5 de janeiro de 2012 em

<http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2009.pdf>.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009b) Carta Social Rede de Serviços e equipamentos – A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Lisboa Consultado a 5 de janeiro de 2012 em

[http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf).

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2010). Carta Social Rede de Serviços e equipamentos – Relatório. Lisboa. Consultado a 5 de janeiro de 2012 em

<http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2010.pdf>

Moreira, C. (2006). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Município de Tavira. (s.d). *Cachopo*. Consultado em 20 de Agosto de 2012 em

<http://www.cm-tavira.pt/site/content/turismo-concelho/cachopo>

Pardal, L. & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

Pillou, J (2004). *Qualidade*. Consultado em 27 de Agosto de 2011 em <http://pt.kioskea.net/contents/qualite/qualite-introduction.php3>.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Ed. Quarteto.

Polit, D, & Hungler, B (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Quaresma, M, Fernandes, A. Calado D. & Pereira, M. (2004). *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: CDEST edições.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ribeirinho, C. (2005). *Conceções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Consultado a 3 de novembro de 2011 em <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>

Revista Transdisciplinar de Gerontologia, (2011). Volume IV. Número 2. Edição. Porto: Universidade Sénior Contemporânea: 1-73.

Rodriguez, P. Sánchez, C. (2003). *Los Servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Manuel de formación para auxiliares*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para bem envelhecer: Um desafio à gerontologia e à geriatria*, Lisboa: Lidel.

São, J, Wall, K. & Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais: Universidade de Lisboa. Consultado a 23 de agosto de 2011 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03-07.pdf>

Sequeira, D. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes*. Lisboa: Edição Quarteto

Serapioni, M. (2000). *Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração*. Ciências da Saúde Coletiva, 5(1), 187-192. Consultado a 27 de novembro de 2011, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>.

Sousa, L. Figueiredo, D. Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Squiere, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Tuckman B. W. (2005) *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Welch, J. (s.d). *Gestão da Qualidade*. Consultado em 19 de Novembro de 2011 em <http://www.admronaldoguedes.com/2009/06/gestao-da-qualidade.html>

Zimmerman, G. (2000), *Velhice aspetos biopsicossociais*. Porto: Editora Artmed

## **Fontes**

- Entrevista semi-estruturada realizada à diretora técnica do SAD no dia 19 de Abril de 2012 no Centro Paroquial de Cachopo.

- Entrevistas não estruturadas realizadas alguns utentes do SAD durante o mês de Maio.

## **Legislação:**

Decreto-lei nº 30/89 de 24 de Janeiro.

Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de Outubro, Diário da República – I Série – A nº 233 (10 de outubro de 1991)

Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio, Diário da República – I Série - A. Nº 124 (30 de maio de 1997).

Despacho Normativo 62/99, Diário da República – I Série – B, nº 264 (12 de novembro de 1999).



# **Anexos**

## **Anexo I**

### **Transcrição da entrevista**

## **Entrevista à Diretora Técnica do Centro Paroquial de Cachopo**

**Data:** 19 de abril de 2012

**Duração:** 2 horas e 15 minutos

**Local:** Centro Paroquial de Cachopo

**Elementos:** Entrevistadora e Diretora Técnica

### **1. Quando foi fundado o Centro Paroquial de Cachopo?**

**ENTREVISTADA:** O Centro Paroquial de Cachopo foi fundado em 6 de Abril de 1990.

#### **1.1 Como decorreu o processo de constituição em Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS?**

**ENTREVISTADA:** O Centro Paroquial foi logo criado como IPSS. Foi registado na Direção da Segurança Social a 22 de Agosto de 1990.

#### **1.2 Quais as valências que tem e quando foram criadas?**

**ENTREVISTADA:** As valências que o Centro Paroquial tem são: Centro de Dia – criado em 1990; SAD – criado em 1991; Centro de Convívio criado em 2007 e Lar de Idosos criado em 2009.

### **2. Que tipo de apoios tem o Centro Paroquial de Cachopo?**

**ENTREVISTADA:** O Centro Paroquial neste momento tem o apoio da Segurança Social na partilha das respostas sociais. A Segurança Social compartilha um valor que está estipulado no protocolo de cooperação, um valor específico por utente em cada resposta social. Esse, realmente é o grande apoio que o Centro Paroquial tem. Depois o Centro Paroquial tem uma liga de amigos, e cada amigo, digamos assim, paga uma quota anual, e

esse é outro dos apoios que o Centro Paroquial tem. É uma verba importante anualmente, em que as pessoas vão ajudando, o Centro Paroquial.

Depois tem apoios específicos muito individualizados, de alguém que quer fazer um donativo ou da família de alguém que quer fazer um donativo. Nós ao longo do ano, consoante as necessidades que vamos encontrando, pedimos apoio às famílias, à liga dos amigos. Estou a lembrar-me do ano passado, uma das grandes necessidades que tínhamos, era de adquirir novas cadeiras de rodas, porque as que tínhamos, estavam realmente degradadas e então sensibilizou-se os membros da liga dos amigos e neste caso, as famílias dos utentes, e cada um, para aquele fim específico, (a aquisição da cadeira de rodas) deu aquilo que quis, desde cinco euros até 100 euros. Mas isso, são apoios muito específicos, muito pontuais.

A Junta de Freguesia também ajuda o Centro Paroquial, pontualmente, e quando nos realizamos festas e tudo mais, por vezes não financeiramente, mas com material e com outras coisas também colabora sempre com o Centro Paroquial, e penso que são estes os apoios, assim os mais visíveis são estes.

### **3. Quais as suas parcerias?**

**ENTREVISTADA:** O grande parceiro do Centro Paroquial de Cachopo é a Segurança Social. Depois em termos de parceiros temos ainda, a Câmara Municipal de Tavira.

Neste momento temos dois protocolos com a Câmara Municipal de Tavira. Um tem a ver com animação. O Centro Paroquial de Cachopo paga um valor por mês, mas o resto é participado pela Câmara Municipal de Tavira que coloca dois professores na Instituição duas vezes por semana.

Aqui no Centro Paroquial é à terça-feira de manhã e à quinta-feira de manhã, que vêm dois professores de música fazer a animação musical com os utentes.

Depois, um outro com a Câmara Municipal de Tavira é o que tem a ver com a atividade física dos seniores e também com a atividade física para pessoas ativas. Na nossa Instituição é à quarta-feira das 17.00h às 18.00h, a aula de ginástica para os utentes. Depois das 18.00h às 19.00h é a aula de ginástica aberta à comunidade, em que todas as pessoas que queiram, podem participar. A Câmara Municipal de Tavira coloca o professor, nós não temos qualquer custo com o professor, apenas cedemos as instalações.

Depois temos a parceria com a Junta de Freguesia, como já referi anteriormente, ajuda-nos em todas as festas, todos os eventos que temos colabora connosco, e desde que tem o autocarro colabora também para nós podermos fazer saídas com os utentes, normalmente cedem-nos sempre o autocarro sem qualquer custo.

Depois estamos integrados na Rede Social da Câmara Municipal de Tavira, que acaba por ser uma parceria, em que aí estão as Instituições do Concelho de Tavira. É um trabalho em parceria e em rede.

Estamos também integrados no Grupo do Envelhecimento da Rede Europeia anti-pobreza (EAPN) em que fazem parte oito Instituições de todo o Algarve e temos um Grupo de Trabalho que funciona bem, onde desenvolvemos uma serie de actividades ao longo do ano. É outras das parcerias que temos.

E agora mais recentemente, como o presidente desta Instituição é presidente também da Instituição de Martinlongo e de Vaqueiros, desde Setembro de 2011, e uma vez que este ano, é o ano do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre gerações, e como as três Instituições são da serra e trabalham com idosos, nos criamos um grupo de trabalho e agendamos uma serie de atividades para trabalharmos com a Escola de Martinlongo e o Jardim de Infância de Martinlongo e então temos feito uma serie de atividades intergeracionais, muito interessantes.

#### **4. Qual a função que exerce na Instituição?**

**ENTREVISTADA:** A minha função é diretora Técnica nesta Instituição.

##### **4.1 Tem formação específica na área de Gerontologia Social?**

**ENTREVISTADA:** Formação específica na área de Gerontologia Social, pós-graduação, mestrado, não. Tenho feito muitas formações, mas tudo na área da gestão de Lares, gestão de SAD. Tenho pequenas formações na área da Gerontologia.

## 5. Se tivesse que apresentar um conceito de SAD, como o definiria?

**ENTREVISTADA:** Eu, sinceramente acho que o SAD é a Resposta Social mais importante que temos. É aquela que eu mais defendo, é aquela que eu acho que o nosso Governo, as nossas orientações, digamos assim, mais devia apoiar. Por tudo. Porque é aquela que dá a possibilidade à pessoa, quer ela seja autónoma ou não, de permanecer na sua casa. O Centro de Dia é muito bom, sim senhora, mas depois condiciona-nos muito, porque as pessoas são dependentes já não podem estar no Centro de Dia. O SAD não, o SAD é muito abrangente, responde em todas as vertentes às necessidades da pessoa.

Eu penso que os Lares são um mal necessário, e percebo que há muitas pessoas que não tem possibilidade e que têm mesmo que vir para o lar. Agora, eu acho que se tivéssemos a coragem de alterar o funcionamento do SAD isso iria minimizar a necessidade de Lar.

O SAD é muito bom, é uma Resposta Social que a pessoa fica em casa e são os serviços que se deslocam à casa da pessoa. As pessoas têm a possibilidade de continuar na sua casa, que é aquilo que todos nós desejamos. E as vezes dizemos “Aí e as pessoas idosas?” não são as pessoas idosas, somos todos nós, só de pensarmos que vamos deixar as nossas casas é aflitivo. As pessoas têm a possibilidade de lá ficar, no cantinho delas, com as coisas delas, com o toque delas, os Serviços vão lá, ajudam naquilo que for preciso, tem a possibilidade de ter o serviço de alimentação, de higiene pessoal, tratamento de roupa, higiene habitacional, acompanhamento aos serviços de saúde. Eu penso que o que teria aqui de ser alterado, para que o SAD conseguisse responder por completo à pessoa, era o horário de funcionamento ser alargado. Aqui na nossa Instituição funciona das 9.00h às 18.00h. Há Instituições que funcionam todo o fim de semana e há Instituições que não funcionam porque não tem capacidade económica. Porque trabalhar ao fim de semana, requer um investimento muito grande. A nossa funciona só no sábado até às 14.00h. Quer dizer que as pessoas no sábado a partir das 14.00h e no domingo não tem SAD, já foi requerido e está previsto na lei, como muita coisa que está prevista e não acontece, porque não há dinheiro.

Quando uma Instituição tem o serviço durante o fim de semana e durante os feriados, nós aqui aos feriados também não temos SAD, tem uma partilha, ou seja, mais um valor por utente que necessita desse apoio. Porque há utentes que até podem nem necessitar e era ótimo que isso acontecesse, porque a família ao fim de semana já pode colaborar e durante a semana não, porque trabalha. E o objetivo é mesmo esse, mais uma vez, e em todas as

respostas sociais e no SAD também, não que a família se demita, mas que a família contribua de alguma maneira, porque a família é o primeiro pilar dessas pessoas.

A nossa Instituição não funciona, já foi pedido a majoração imensas vezes, porque aqui na serra a família está longe, e depois muitos fins-de-semana não podem vir, e a pessoa acaba por ficar sozinha nesse dia e meio. Mas nunca nos foi dada a majoração.

A Instituição por ela, já faz este esforço financeiro, trabalhando no sábado das 9.00h às 14.00h, porque é tudo pago pela Instituição. É um peso muito grande, porque o valor que os utentes pagam é o mesmo, quer trabalhe ao sábado ou não.

## **6. Quais deverão ser os princípios orientadores da intervenção em Apoio Domiciliário?**

**ENTREVISTADA:** Os princípios orientadores de intervenção em Apoio Domiciliário, eu penso que devem ser os princípios orientadores de trabalho em qualquer resposta social com idosos ou com outras pessoas. Eu acho que nós aqui não devemos diferenciar o idoso, porque o idoso é uma pessoa, e nós devemos trabalhar com os idosos, como trabalhamos nas respostas de crianças, nos princípios orientadores, claro que depois no funcionamento terá que ser diferente.

Os princípios orientadores devem ser sobretudo o respeito pela pessoa e no SAD ainda mais, porque a Instituição, as pessoas que representam a Instituição vão entrar dentro de uma propriedade, digamos assim, de algo que é deles.

Acho que deve haver o respeito pelos valores das pessoas, que podem não ser os mesmos que os nossos, pelos hábitos e rotinas das pessoas, que de certeza que não são os mesmos que os nossos.

Outro dos princípios orientadores, eu penso que se nós trabalhamos muito numa base de afetos e com essas pessoas muito mais, porque são pessoas que às vezes estão sozinhas e a solidão é muito grande. Eu penso que o diálogo com a pessoa é muito importante. O percebermos a capacidade que a pessoa tem de perceber ou não, mas isso já são outras coisas. E depois trabalhamos com os afetos, com o carinho, com o respeito, com a proximidade.

Deverá haver uma proximidade mas não invadindo o espaço da pessoa. Esses deverão ser os princípios orientadores que guiam o SAD.

## **7. Quais os recursos humanos de que dispõe o SAD?**

**ENTREVISTADA:** Em termos de recursos humanos, o SAD dispõe: Uma Diretora de Serviços; Uma Diretora Técnica; uma Encarregada Geral; uma escriturária de 2ª; uma Cozinheira de 1ª, uma Ajudante de Cozinha; uma Lavadeira; sete ajudantes de Ação Direta e uma auxiliar de Serviços Gerais.

### **7.1 Parece-lhe suficiente a formação das auxiliares de ação direta?**

**ENTREVISTADA:** Em Cachopo, como em toda a zona da serra, a dificuldade em contratar pessoas para trabalhar é grande, uma vez, que as pessoas em idade ativa, que cá residem, são muito poucas. A escolha, digamos assim, em termos de admissão de pessoal é muito menor.

A maioria das nossas auxiliares, têm uma formação base baixa. A Instituição perante esta realidade tem apostado na formação contínua das auxiliares, proporcionando uma série de formações internas, com o objetivo de capacitar cada vez mais, os seus recursos humanos, afim de prestar cada vez mais um serviço de qualidade.

Por vezes, seria bom, que as auxiliares tivessem uma maior formação académica, porque existem muitos registos que têm que ser preenchidos no trabalho diário, mas como referi a escolha é diminuta, logo trabalhamos com as pessoas que temos residentes e tentamos ir colmatando essas necessidades, da melhor maneira.

## **8. De que forma o habitat do utente pode condicionar (positiva e negativamente) a execução do Serviço de Apoio Domiciliário?**

**ENTREVISTADA:** Nos aqui na Serra temos habitações muito diferentes do que aquilo que teríamos se fôssemos para o litoral.

O SAD aqui é diferente, como em todas as Instituições, porque tem que ser adaptado à forma das pessoas estarem, à forma das pessoas viverem.

Aqui na Serra as habitações de forma generalizada, tirando raras exceções dos utentes, são todas degradadas, habitações antigas. Ainda não tem casa de banho e aquelas que



têm foi porque os filhos já agora mandaram fazer, porque era rara a casa que teria casa de banho. Depois há aquelas casas que têm casa de banho com sanita e lava mãos, mas não tem nem poliban, nem banheira. E ainda tivemos, agora já não temos, pessoas que não tinham eletricidade e que faziam tudo com aqueles candeeiros a petróleo, muito antigos.

Depois eletricidade, neste momento já têm todos. Ainda temos muitos, que não têm água canalizada, não há saneamento básico. E isso condiciona, sem dúvida.

Isto são os lados negativos das habitações das pessoas, mas também há lados positivos. Todas as pessoas têm casas térreas. As casas das pessoas não têm andares, não têm escadas que condicione de alguma maneira, facilitando muito o serviço e a vida própria deles.

Se formos para o litoral, as pessoas vivem em prédios, não conseguem sair de lá, porque tem escadas e aqui não, e isso é muito bom. Aqui na serra, normalmente são casas grandes, há casos esporádicos, mas ninguém vive numa casa muito apertadinha, muito pequenina. As pessoas normalmente têm espaço para se movimentarem e tem uma casa mais ou menos grande, digamos assim.

As casas são degradadas, é verdade, há muitas que até tem tido obras de melhoramento, aquelas que os filhos podem, porque eles com as reformas, eu também penso que não seja fácil. Isso condiciona, e eu acho que condiciona mais em termos de higiene pessoal, porque há muitos utentes que não conseguimos de forma nenhuma fazer a higiene no domicílio e então, eles vem cá à Instituição e fazemos aqui na Instituição, fazemos aqui a higiene. A higiene diária fazemos lá, mas o banho temos que os trazer à Instituição. Pode ser uma ou duas vezes por semana, depende da necessidade da pessoa, depende da pessoa que é, e da sua situação pessoal.

Depois em termos de higiene habitacional também acaba por condicionar, porque as casas degradadas sabemos que são mais difíceis de limpar.

Agora, depois também tem um lado bom, que eu penso que a pessoa anda de forma livre e anda bem na casa e isso, é muito positivo.

Depois com as pessoas nunca tivemos problemas, são pessoas que nos abrem a porta sem qualquer problema. Há aqui uma coisa muito boa, que não tem a ver com a habitação, mas que eu acho que é muito importante neste SAD, é que todos os utentes conhecem muito bem as funcionárias que lá vão, isto é ótimo, porque cria-se uma empatia, uma confiança mesmo para mexer nas coisas na habitação, muito grande, porque estes velhotes, todos viram as pessoas crescer, conhecem-nas desde pequeninas e têm uma grande confiança e isto, é muito bom, na maior parte dos casos.

É diferente no litoral, e eu como já trabalhei no litoral, percebo. Às vezes, é uma pessoa que nunca viu de lado nenhum, secalhar até tem neste momento uma nacionalidade diferente da nossa, fala mal a nossa língua e que nos entra porta a dentro e vai-nos mexer nas nossas coisas, e isto é complicado.

Aqui isto nunca se coloca, porque toda agente se conhece. Eu costumo dizer que a única desconhecida sou eu, porque não sou de cá e isso em termos de mexermos nas “coisas das pessoas” é muito importante. Porque a confiança é muito grande, e conseguimos mexer bem na roupa e até dar conselhos, “olhe meta estes lençõs, não meta aqueles”, e a coisa funciona bem. E em termos de habitação, penso que é isso.

### **8.1 Quais os principais problemas com que os utentes do SAD se deparam (financeiros, saúde, solidão, insegurança, precariedade, habitação, entre outros)?**

**ENTREVISTADA:** Nós estamos a falar do SAD, mas é importante que se perceba que os problemas que os utentes do SAD se deparam são exatamente os mesmos que os outros todos se deparam, e que todos os habitantes da serra. Estes, deparam-se menos porque têm o apoio do SAD. Deparam-se com problemas financeiros sem dúvida, as reformas mais altas que possamos ter aqui e já estou a pensar na pensão da pessoa e na pensão de sobrevivência, aquela que fica a receber quando o cônjuge acaba por morrer. São de 500 euros e são 10 % no universo de 50 utentes, todos os outros receberam até 300, 350 euros.

As pessoas têm que se deparar com problemas financeiros sem dúvida nenhuma. Para as pessoas terem uma ideia, que eu penso que às vezes não têm, se uma destas pessoas precisar ir a uma consulta a Tavira só tem duas formas de ir, não tem mais, mas normalmente quando a família não pode, que quase nunca pode, infelizmente, a pessoa tem de ir de Táxi ou de Ambulância. Só para se ter uma noção, uma pessoa para ir a Tavira de ambulância a uma consulta, ir e vir, paga 60 euros, se a pessoa tem o azar de duas vezes por mês ter que ir a uma consulta, está tramada, porque fica sem dinheiro para mais nada.

As pensões são baixas, claro que não são mais baixas aqui do que são no litoral, é verdade, isso é igual, agora as despesas que as pessoas tem aqui na serra, tornam-se mais elevadas, do que se vivessem no litoral, por isto, pela distância, os transportes são caríssimos, porque os quilómetros são muitos, as pessoas têm despesas com os medicamentos e os

medicamentos cada vez estão mais caros, porque a comparticipação tem vindo a ser menor e os medicamentos ficam mais caros. Eu acho que em termos financeiros é gritante.

Em termos de saúde também é gritante, nós em Cachopo temos médico na Estação do Centro de Saúde duas vezes por semana, segunda de manhã e quinta de manhã, mais nada. Temos farmácia duas vezes por semana, segunda de manhã e quinta de manhã, que é os mesmos dias do médico. Depois enfermeiro segunda e quinta de manhã. Depois há uma carrinha, que essa sim eu acho que é positivo, é o que acaba por minimizar os problemas de saúde que as pessoas têm. É uma carrinha que corre os montes e quando uma pessoa é de um monte e tem um penso para fazer, por exemplo, em vez de ter que ir ao Centro de Saúde, é a carrinha que se desloca lá e que lhe faz lá o penso. É o chamado, Serviço de Saúde Itinerante.

Em termos de solidão, são pessoas que às vezes estão sozinhas e a solidão é muito grande. Muitas das vezes, as ajudantes de ação direta são as únicas pessoas com quem conversam, porque não têm família, ou porque a família se encontra longe ou porque se encontram em sítios isoladas, e isto é muito complicado.

## **9. Como elabora o Plano de Desenvolvimento individual?**

**ENTREVISTADA:** Nós neste momento ainda não temos Planos de Desenvolvimento Individuais a ser utilizados nos utentes, tanto em SAD, como nas outras respostas sociais.

Neste momento, estamos a remodelar uma série de coisas e porque estamos a entrar no processo para certificar a Instituição na qualidade, já temos o Plano de Desenvolvimento Individual criado, que vai para a Direção para ser aprovado e depois vai começar a ser implementado.

### **9.1 O Plano de Desenvolvimento Individual será elaborado para todos os Utentes?**

**ENTREVISTADA:** Vai ser implementado para todos os utentes do SAD.

## **10. Quais as proveniências dos pedidos de intervenção: dos próprios, da família, de outros?**

**ENTREVISTADA:** A solicitação do Serviço de Apoio Domiciliário por norma aqui, a maior parte diria eu, é tudo do próprio utente. Mas depois também temos casos em que a família acompanha o utente e também temos casos em que é só a família, quando a pessoa está mais debilitada.

### **10.1 Como se desenvolve o processo desde o pedido até à efetiva prestação de apoio?**

**ENTREVISTADA:** A pessoa desloca-se à Instituição faz o pedido, preenchemos-lhe a ficha de inscrição e avaliação diagnóstica, depois é realizada a visita domiciliária, combinamos o dia para iniciar o serviço e iniciamos o serviço. Penso, que é mais ou menos assim, em termos teóricos é mais ou menos assim, que funciona.

### **10.2 Como são identificadas as necessidades dos utentes?**

**ENTREVISTADA:** As necessidades dos utentes são vistas normalmente por aquilo que o utente nos diz. Ele primeiro faz uma abordagem, porque às vezes o que ele acha, não é bem aquilo que ele precisa, porque as pessoas às vezes acham que ainda estão ótimas e maravilhosas, para por exemplo, lavar a roupa e já não tem capacidades para andar a lavar lençóis e aquela roupa maior.

Nós ouvimos sempre a pessoa, a família quando existe e depois entre todos acabamos por chegar a um consenso e perceber as reais necessidades do utente. É feita a visita domiciliária para também conhecer melhor e percebermos melhor a realidade daquela pessoa, onde é que vive e que necessidades é que realmente terá.

## **11. Quais os procedimentos e/ou instrumentos de diagnóstico utilizados?**

**ENTREVISTADA:** É a ficha diagnóstica que temos. Temos também o registo da visita domiciliária, depois temos uma ficha de saúde para todos os utentes onde ficam registados todos os medicamentos que a pessoa toma. E por norma até agora ainda não, mas

agora decidimos que vamos começar a pedir o relatório médico, à pessoa, com os antecedentes que tem, porque muitas vezes não conseguimos perceber o historial clínico da pessoa. A própria pessoa acaba por tomar aqueles medicamentos e porque a idade já é muito avançada não nos sabe explicar o porque.

## **12. Já foi efetuada alguma avaliação interna ou externa do SAD?**

**ENTREVISTADA:** Temos acompanhamentos da Segurança Social que são externos. Avaliação interna não, vai existir agora a auditoria interna, do processo de certificação da qualidade. Isso, vamos ter agora. Mas até agora ainda não foi. Mas temos sempre as avaliações externas da Segurança Social.

## **13. Como são feitos a supervisão técnica e o acompanhamento dos serviços?**

**ENTREVISTADA:** Nos aqui na Instituição temos uma equipa de coordenação e que cada um trabalha mais numa área.

Eu normalmente, trabalho naquilo tudo que é social, faço as visitas domiciliárias, sou eu que vou normalmente sempre às visitas domiciliárias e acompanho o utente na parte social mais de perto, necessidades que terá a nível social. Se é preciso falar com a família, sobre alguma necessidade que ele tem.

Tudo o que seja fazer pedidos de complementos de dependência, complementos solidários, tudo aquilo que achamos que é importante, normalmente é feito por mim.

O acompanhamento dos serviços do dia a dia é a diretora de serviços que faz este acompanhamento de serviços mais de perto e depois tem a ajuda da encarregada geral, que fazem a organização do serviço da Instituição.

## **14. Existem instrumentos no SAD para o registo de ocorrências e o diagnóstico de necessidades? Quais?**

**ENTREVISTADA:** Nos temos o registo de ocorrências para o serviço de apoio domiciliário. O objetivo é quando a funcionária chega à casa do utente e há alguma ocorrência, teve que chamar uma ambulância, a pessoa estava mal, tava caída, registre no livro

de ocorrências. Instrumentos de SAD é só este que temos neste momento. Iremos ter outros, que já estão mais ou menos feitos, mas vão ser para estar na casa do utente.

O diagnóstico das necessidades é feito por nós muito em conversa com as ajudantes de ação direta, porque elas é que vão lá todos os dias e depois vem nos dizer: “ Olhe veja lá, que ele tava assim, ou ela tava assim”. Imaginemos que funcionária chega e diz “ a Dona Maria hoje estava doente, tinha muita tosse”. Nós marcamos uma consulta e depois dizemos à funcionária para avisar a pessoa. “Olhe então diga lá à senhora que amanhã vem ao médico, ou depois de amanhã”. As necessidades vão sendo avaliadas assim, não há nenhum impresso em que se registre essas coisas. É muito feito assim, falando uns com os outros.

## **Anexo II**

### **Questionário – Dados Sociodemográficos dos Utentes**

# Questionário

## Dados sócio-demográficos / Caracterização do utente

### 1- Idade:

- 65 – 69 Anos     70 – 74 Anos
- 75 – 79 Anos     80 – 84 Anos     85 e mais Anos

### 2- Género:

- Masculino
- Feminino

### 3- Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

### 4- Agregado familiar / com quem vive atualmente?

- Pessoa só
- Pessoa com filhos
- Pessoa com outras pessoas
- Casal
- Casal com filhos
- Casal e outras pessoas

### 5- Habilitações literárias:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever



## 6- Grau de dependência do Cliente

- Autónomo não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas

## **Anexo III**

# **Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes**

## Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes

Para cada uma das seguintes afirmações avalie de forma espontânea a sua concordância, desde "Discordo Totalmente" até "Concordo Totalmente", preenchendo o respectivo círculo.

Caso não saiba o que responder em alguma afirmação, pode assinalar "Não sei" (NS). Se a pergunta não se aplica ao seu caso, assinale "Não se aplica" (NA).

**EXEMPLO:**

1	2	3	4	5	NS	NA
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se eventualmente se enganar a assinalar a sua resposta, deverá riscá-la com uma cruz e preencher o círculo correspondente à resposta que pretende.

	Discordo Totalmente	Discordo	Às vezes	Concordo	Concordo Totalmente	Não Sei	Não se Aplica
	1	2	3	4	5	NS	NA
1. O acesso à área de atendimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Existe um espaço próprio para receber os clientes e/ou famílias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O espaço de atendimento oferece boas condições de acolhimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A(s) viatura(s) do SAD estão identificadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A(s) viatura(s) estão limpas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A(s) viatura(s) são confortáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A(s) viatura(s) são adequadas a transporte de pessoas com mobilidade reduzida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Os colaboradores estão identificados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Os colaboradores vestem-se de forma apropriada ao desempenho das suas funções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Participo na programação das minhas actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As actividades programadas são executadas conforme o planeado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Participei na elaboração do meu Plano Individual (PI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Participo na(s) alteração(ões) do meu PI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estou satisfeito(a) com o meu PI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O meu PI corresponde à satisfação das minhas necessidades/expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Estou satisfeito(a) com as refeições que me são fornecidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. É-me fornecida dieta de acordo com as indicações médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. As refeições quando são servidas são sempre bem apresentadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. As Refeições vêm sempre bem acondicionadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. As refeições são sempre servidas com a temperatura adequada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Na prestação de cuidados pessoais e imagem são respeitados os meus ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. O plano de cuidados de saúde corresponde às minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. O plano de actividades socioculturais corresponde às minhas necessidades/expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. O apoio psicológico corresponde às minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. O plano de apoio às actividades domésticas corresponde às minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. O serviço de acompanhamento ao exterior respeita o meu ritmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Estou satisfeito(a) com o serviço de tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Estou satisfeito(a) com o serviço de limpeza doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Sempre que necessito são asseguradas pequenas reparações no domicílio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Estou satisfeito(a) com o serviço de reparações no domicílio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Estou satisfeito(a) com os horários de funcionamento do apoio domiciliário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Estou satisfeito(a) com os horários das actividades programadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Os colaboradores têm perfil adequado ao desempenho das suas funções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes (Cont.)

	Discordo Totalmente	Discordo	Às vezes	Concordo	Concordo Totalmente	Não Sei	Não se Aplica
	1	2	3	4	5	NS	NA
34. Os colaboradores têm os conhecimentos adequados para cuidarem de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Quem presta cuidados de higiene, fá-lo de forma profissional e humanizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais que prestam os cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Estou satisfeito(a) com o desempenho dos profissionais que prestam cuidados pessoais (p.e. alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Os colaboradores apresentam um aspecto limpo e cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Todos os serviços prestados respeitam os meus hábitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Todos os serviços prestados respeitam a minha privacidade e intimidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Todos os serviços prestados respeitam a minha autonomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Todos os serviços prestados são objecto de confidencialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. A assistência medicamentosa é assegurada de acordo com a prescrição médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. O uso da chave da minha casa é efectuado de forma apropriada, respeitando as regras de propriedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Os colaboradores só entram em minha casa após pedido de autorização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Considero que o serviço prestado justifica a mensalidade praticada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Não sinto que os meus bens estão ameaçados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Quando confio dinheiro aos colaboradores, este é sempre utilizado apenas para o fim a que se destina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. É sempre pedida a minha autorização quando é solicitada informação a meu respeito ao SAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. As minhas reclamações são sempre respondidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Sou sempre informado antecipadamente quando não é possível realizar uma actividade programada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Aos meus problemas são sempre apresentadas soluções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Tenho conhecimento do Regulamento Interno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Tenho acesso fácil ao número de telefone do responsável do SAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. O sistema de comunicação com o SAD, em caso de necessidade, é eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Sei sempre a quem me dirijo para obter a informação que necessito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Nos meus contactos com os responsáveis/colaboradores pelo apoio domiciliário sou sempre bem atendido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário está sempre contactável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Os meus problemas são sempre ouvidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. O responsável pelo meu serviço de apoio domiciliário responde prontamente às minhas solicitações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa são atenciosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. De uma forma geral, todos os colaboradores da equipa estão disponíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Considerando todos os aspectos, estou satisfeito(a) com o Serviço de Apoio Domiciliário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

64. Se me solicitarem, recomendo este Serviço de Apoio Domiciliário?

Sim  Não

65. Se tivesse possibilidade mudaria de Serviço de Apoio Domiciliário?

Sim  Não

66. Quando me inscrevi no Serviço de Apoio Domiciliário fi-lo porque:  
(assinalar apenas a principal razão)

- Foi-me recomendado  
 O conjunto de serviços oferecidos respondia às minhas necessidades  
 Não tinha alternativa  
 É próximo do local onde habito

## **Anexo IV**

# **Pedido de autorização para a realização da investigação**

Exmo. Sr. Albino Martins

Presidente da Direção do Centro Paroquial de Cachopo

Assunto: Solicitação para a recolha de dados para a elaboração da Dissertação de Mestrado

Data: 28 de Janeiro de 2012

Eu, Marisa Filipa Guerreiro Rosa, a desenvolver a investigação final do curso de Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, venho por este meio solicitar a permissão desta instituição para realizar a recolha de dados para a elaboração da minha tese de mestrado, da pesquisa intitulada: O Apoio Domiciliário: Um Estudo sobre a Qualidade dos Serviços, investigação que tem por objetivo analisar a qualidade dos serviços de apoio domiciliário no Centro Paroquial de Cachopo, tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

Importa ainda referir, que os dados recolhidos serão apenas divulgados na tese de Mestrado, zelando-se pelo anonimato das pessoas que contribuirão para a realização do presente estudo.

Certa da sua compreensão, apresento os meus melhores cumprimentos.

Marisa Rosa  
(Mestranda em Gerontologia Social)

## **Anexo V**

### **Consentimento informando para os inquéritos por questionário dos utentes**

Eu \_\_\_\_\_, aceito responder às perguntas da entrevista, que se destina a recolher dados para um trabalho curricular na Universidade do Algarve e está a ser realizado pela aluna Marisa Filipa Guerreiro Rosa.

Este Inquérito é destinado aos utentes que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Paroquial de Cachopo e tem como objetivo conhecer a sua opinião relativamente à qualidade dos Serviços prestados.

Para a conclusão deste trabalho, é necessária a sua colaboração, pelo que desde já lhe agradeço toda a atenção dispensada, garantindo-lhe a total confidencialidade das respostas dadas.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_