Universidade de Aveiro Secção Autónoma Ciências da Saúde
2007

Laura Maria Alves de Oliveira

Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário

Universidade de Aveiro Secção Autónoma Ciências da Saúde
2007

Laura Maria Alves de Oliveira

Contextos do Serviço de Apoio Domiciliário: A dinâmica entre necessidades e serviços

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Dr. Ignácio Martin, Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Ao Francisco,

à Ana Laura

e ao Armando,

pela compreensão que manifestaram desde a primeira hora, pelas minhas longas "ausências".

o júri

presidente

Professor Doutor Jorge Adelino Rodrigues da Costa
professor associado com agregação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Lúcia Pereira da Rocha
professor auxiliar do Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Professor Doutor José Ignácio Guinaldo Martin
professor auxiliar convidado da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A elaboração de um trabalho desta natureza não pode ser desenvolvido sem um esforço concertado de vários intervenientes, e na impossibilidade de todos assinalar, destaca-se:
O primeiro e reconhecido agradecimento é dirigido ao Professor Doutor Ignácio Martin, orientador científico deste trabalho, que desde o primeiro dia, com uma disponibilidade e incentivo ímpares, tão sabiamente, acompanhou todo este longo percurso.
À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva, pelo incentivo e compreensão manifestadas.
Às Direcções das Instituições envolvidas neste estudo, que desde o início permitiram a abordagem quer aos seus utentes, quer aos profissionais na recolha de dados.
A todos os idosos e cuidadores que acederam colaborar neste trabalho, extensível também às coordenadoras técnicas e ajudantes familiares domiciliárias dos diversos serviços de SAD envolvidos.
À colega e agora amiga, Maria Celerina Cunha, pelo alicerçar de uma grande amizade, que este trabalho, muitas vezes conjunto, proporcionou.
À Maria José Peixoto, pelas suas orientações e sugestões sempre pertinentes.
Às Professoras Doutoras Liliana Xavier e Daniela Gonçalves, pelo incentivo e colaboração demonstradas.
A todos, mesmo os que não citei, a minha gratidão.

palavras-chave

Serviço de Apoio Domiciliário, Serviços Sociais, pessoa idosa, cuidador informal, necessidades

resumo

A investigação tem demonstrado que o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) apresenta-se actualmente como uma verdadeira alternativa em determinados casos à institucionalização das pessoas idosas. A sua concretização exige, contudo, que este deva ser devidamente perspectivado, estruturado e operacionalizado numa resposta que se pretende global, face à diversidade e complexidade das necessidades que a população idosa normalmente apresenta.

Os objectivos gerais deste estudo são essencialmente três: (i) identificar as dimensões pré-disposicionais que estão subjacentes ao pedido de SAD; (ii) analisar o tipo de serviços prestados em funções de variáveis relacionadas com as características do receptor de cuidados e o contexto demográfico e institucional onde está inserido; (iii) avaliar do grau de satisfação dos receptores de cuidados, também em função das variáveis anteriormente referidas.

Para a recolha de dados, utilizou-se uma amostragem por quotas, constituída por 48 sujeitos, divididos em quatro grupos em função do contexto demográfico (rural/urbano) e da dimensão das instituições (grande/pequena), onde estão inseridos. Os instrumentos utilizados foram: (i) o ProSADv1, (que genericamente caracteriza os serviços, tempo dispendido e periodicidade do SAD, assim como avalia o grau de satisfação dos receptores de cuidados com o SAD); o EASYCare (que avalia globalmente as necessidades da pessoa idosa); (iii) a Escala CES-D (que avalia a ocorrência de sintomatologia depressiva); (iv) e a Escala de Classificação do Estado da Doença de Rosser's.

Analisados os principais resultados do estudo, estes indicam que: (i) o SAD apresenta um cariz marcadamente social, com incidência na prestação de serviços associadas às AVD(B), especificamente, no serviço de alimentação (72,9%), sendo que a prestação exclusiva deste serviço revela dados significativos (43,8%); (ii) o SAD em contexto rural associa-se tendencialmente à disponibilização exclusiva do serviço de alimentação (66,7%); (iii) o SAD em contexto institucional grande associa-se a outros serviços que não só a alimentação, disponibilizando mais tempo por utente; (iv) o tempo disponibilizado aos utentes é reduzido (serviço de alimentação, X=4,27min. higiene intima, X=4,17 min.); (v) a generalidade dos utentes revela elevados níveis de satisfação (trato das ajudantes familiares domiciliárias - X=1,61; cuidados de higiene - X=1,43) ; (vi) numa avaliação global, são os utentes das instituições de maior dimensão, de contexto urbano, e mais dependentes em termos funcionais, que apresentam níveis de satisfação mais elevados.

keywords

Home Care, Social Services, elderly, informal caregiver, needs.

abstract

Research results have demonstrated that Home Care is currently a real alternative in some situations of confinement of the elderly in nursing homes. Nevertheless, its implementation requires it to be properly analysed, structured and performed, as a response that is intended to be global and addressed to the diverse and complex needs currently demonstrated by the senior population.

This work had three main goals: (i) to characterize, from the perspective of the pre-dispositions, the motivations underlying the request of Home Care; (ii) to analyse the type of the service provided as a function of variables describing the care beneficiaries and their demographical and institutional context; (iii) to evaluate the degree of satisfaction of the care beneficiaries, as a function of the previously described variables.

For the collection of data, an approach of sampling by cluster was use. The sample was composed by 48 citizens, divided in four groups distinct in terms of demographic context (rural/urban) and dimension of the host institution (large/small). The instruments used were: (i) ProSADv1, that generically characterizes the services, the regularity of the Home Care and time spent, and also evaluates the degree of satisfaction of the receivers of the care; (ii) the EASYCare, that globally evaluates the needs of the elderly; (iii) the CES-D scale, that evaluates the occurrence of depressive symptoms; (iv) and the Rosser's Scale of Classification of Illness State.

The analysis of results indicates that: (i) the Home Care denote a marked social character focusing mainly in services relates to the AVD(B), specifically nutrition (72,9%), which in a significant proportion of cases is the only service provided (43,8%); (ii) the Home Care in rural context tend to associate exclusively with nutrition services (66,7%); (iii) the Home Care in the context of institutions of large capacity are more associated with others services in addition to nutrition of large capacity are more associated with others services in addition to nutrition and tend to allocate more time per beneficiary; (iv) the time spent per beneficiary is generally scarce (feeding – X=4,27 min., personal hygiene – X=4,17min.); (v) the overall of the beneficiaries state high levels of satisfaction (relation with the family supporters – X=1,6; hygiene related care – X=1,43); (vi) in a global evaluation, the higher levels of satisfaction are found among the beneficiaries of institutions of large capacity, in a urban context and more dependent in a functional terms.

ÍNDICE

Índice de Tabelas..... V
Índice de Figuras VII

Introdução 1

Capítulo I - Envelhecimento e Serviço de Apoio Domiciliário

1 Fenómeno do envelhecimento e estratégias de intervenção 7
1.1 Abordagem global do envelhecimento 7
1.1.1 Desafios colocados à comunidade internacional 8
1.1.2 Princípios das políticas face às pessoas idosas 12
1.2 Estratégias de intervenção 14
1.3 Programas e serviços sociais dirigidos à população idosa 15
1.3.1 Medidas de promoção dos cuidados 16
1.3.2 Medidas de promoção do envelhecimento activo 19
1.3.3 Promoção do envelhecimento produtivo 20

2 Serviço de Apoio Domiciliário 21
2.1 Objectivos do Serviço de Apoio Domiciliário 21
2.1.1 Objectivos de natureza individual 22
2.1.2 Objectivos de natureza social 27
2.2 Conceito de SAD 29
2.2.1 Agentes do SAD 30
2.2.1.1 Beneficiários 30
2.2.1.2 Domicílio 32
2.2.1.3 Modelos de gestão do SAD e tipologia de profissionais envolvidos 34
2.2.2 Mecanismos de intervenção 37
2.2.2.1 Princípio da prevenção/reabilitação e promoção da autonomia 37
2.2.2.2 Critérios de elegibilidade para utilização do SAD 39
2.2.2.3 Programa individualizado 40
2.2.3 Consequências/Impacto do SAD 41
2.2.3.1 Intensidade e consumo do SAD 41
2.2.3.2 Custos associados ao SAD 44

2.3 Tipologias e Finalidades do Serviço de Apoio Domiciliário 45
2.3.1 Reabilitação 49
2.3.2 Cuidados terminais - *hospice care*..... 52
2.3.3 Serviços de alívio ao cuidador – *respite care* 54
2.4 Enquadramento legal do SAD em Portugal 55
2.4.1 Taxas de cobertura e utilização do SAD 56
2.4.2 Instituições Particulares de Solidariedade Social 57
2.4.3 Documento regulador 60
2.5 Perspectivas futuras 62

Capítulo II – Necessidades e respostas no Serviço de Apoio Domiciliário

1 As necessidades em SAD: dimensões de avaliação 67
1.1 Avaliação funcional 69
1.2 Avaliação do estado cognitivo/mental 71
1.3 Avaliação da situação socio-económica 72
1.4 Avaliação das condições habitacionais 73
1.5 Avaliação da rede de suporte social 74

2 As respostas do Serviço de Apoio Domiciliário: fases de desenvolvimento..... 75
2.1 Diagnóstico 76
2.1.1 Entrevista no domicílio 76
2.1.2 Avaliação multidimensional 77
2.1.3 Coordenação e optimização dos recursos 77
2.2 Planificação da intervenção 78
2.3 Execução do plano de cuidados 79
2.4 Avaliação do programa SAD 79
2.4.1 Standards e critérios de qualidade do SAD 80
2.4.2 Satisfação do utente 84

3 Serviço de Apoio Domiciliário e cuidado Informal 87
3.1 Mecanismos de interacção entre o cuidado formal e informal 88
3.1.1 Hipótese compensatória 88
3.1.2 Hipótese das tarefas específicas 88
3.1.3 Hipótese da substituição 89
3.2 Desafios 90

Capítulo III – Objectivos e metodologia

Introdução 95
1 Objectivos do estudo 95

2 Metodologia 97
2.1 Amostra 97
2.2 Instrumentos 99
2.2.1 ProSAD v.1 99
2.2.2 EASYcare 100
2.2.3 CES-D 101
2.2.4 Sub-escala de incapacidade da Escala de Classificação do Estado da Doença de Rosser's 101
2.3 Procedimentos 102

Capítulo IV – Apresentação e leitura dos resultados

Introdução 105
1 Estudos descritivos relativos ao Serviço de Apoio Domiciliário 105
1.1 Caracterização e condições do receptor 105
1.1.1 Caracterização sócio-demográfica 105
1.1.2 Caracterização da rede social 107
1.1.3 Caracterização das condições habitacionais 109
1.1.4 Caracterização sócio-económica 112
1.2 Caracterização do cuidador principal e das condições do cuidado informal .. 114
1.2.1 Características sócio-demográficas 114
1.2.2 Relação cuidador/utente 115
1.2.3 Caracterização e impacto do cuidado 116
1.3 Descrição do programa de serviços do Serviço de Apoio Domiciliário 117
1.3.1 Características gerais 118
1.3.2 Caracterização dos serviços prestados 119
1.4 Caracterização das ajudantes familiares domiciliárias 124

2 Estudos referentes à caracterização do programa do SAD 126
2.1 Análise relativa à tipologia dos serviços prestados 126
2.2 Análise relativa ao tempo dispensado de SAD 129
2.3 Análise relativa à duração da prestação do SAD 132

3 Estudos relativos à satisfação face ao Serviço de Apoio Domiciliário 134
3.1 Análise descritiva do grau de satisfação do Serviço de Apoio Domiciliário 134
3.2 Análise relativa à satisfação com as características funcionais do Serviço de Apoio Domiciliário 138
3.3 Análise relativa à satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias 141
3.4 Análise relativa à satisfação com a actuação do coordenador técnico 143
3.5 Análise relativa à avaliação global do Serviço de Apoio Domiciliário 146

Capítulo V - Discussão dos resultados
Introdução 151
1 Elementos relevantes de caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário 151
1.1 Condições habitacionais 151
1.2 Tempo disponibilizado 152
1.3 Serviços disponibilizados 154
2 Associação entre o contexto e o tipo de serviço 156
3 Congruência/relação entre as necessidades do utente, a prestação de serviços de SAD e a presença de cuidador informal 157
4 Análise da satisfação dos utentes 159
5 Impacto do cuidado 162
6 Considerações finais 162
7 Ideias Chave 164

Bibliografia 171

Anexos .....

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Parâmetros de avaliação para cálculo de tempo de atenção diário …… 82
Tabela 2- Cálculo do tempo diário dispendido em função da situação familiar e autonomia pessoal (IMSERSO) …… 82
Tabela 3 - Constituição da amostra …… 98
Tabela 4- Caracterização sócio-demográfica dos receptores de cuidados …… 108
Tabela 5 - Rede de suporte social dos receptores de cuidados …… 110
Tabela 6 - Condições Habitacionais dos receptores de cuidados …… 112
Tabela 6.1 - Condições habitacionais dos receptores de cuidados (cont.) …….. 114
Tabela 7 - Profissão dos receptores de cuidados enquanto activos ……..... 115
Tabela 8 - Tipo e valor dos rendimentos mensais …… 115
Tabela 9 - Caracterização do cuidador principal …….. 117
Tabela 10 - Relação cuidador/utente …… 118
Tabela 11 - Caracterização e impacto do cuidado…….. 119
Tabela 12 - Tempo de vinculação ao SAD …… 120
Tabela 13 - Razões para o pedido de SAD …… 121
Tabela 14 - Caracterização dos serviços prestados – AVD(B) …….. 122
Tabela 15 - Caracterização dos serviços prestados – AVD(I) …….. 123
Tabela 16 - Periodicidade dos serviços/AVD(B) …… 124
Tabela 17 - Periodicidade dos serviços/AVD(I) …… 125
Tabela 18 - Tempo Dispendido nas AVD(B) …… 126
Tabela 19 - Caracterização sócio-demográfica das ajudantes familiares domiciliárias …….. 127
Tabela 20 - Relação entre o tipo de cuidados (prestação única de refeições/ outros serviços) e as variáveis do contexto de cuidado …… 129
Tabela 21 - Relação entre o tipo de cuidados (prestação única de refeições/ outros serviços) e as variáveis funcionais e de rede social …… 130
Tabela 22 - Relação entre o tempo dispensado e as variáveis do contexto de cuidado …… 131
Tabela 23 - Relação entre o tempo dispensado e as variáveis funcionais e de rede social …….. 133
Tabela 24 - Relação entre a duração do SAD (em meses) e as variáveis do contexto de cuidado …… 134

Tabela 25 - Relação entre a duração do SAD (em meses) e as variáveis funcionais e de rede social 135
Tabela 26 - Satisfação com os serviços associados às AVD(B) e AVD(I) 136
Tabela 27 - Satisfação com as características funcionais do SAD 137
Tabela 28 - Satisfação com a actuação das Ajudantes Familiares Domiciliárias 138
Tabela 29 - Satisfação com a actuação do Coordenador Técnico 138
Tabela 30 - Satisfação Global com o SAD 139
Tabela 31 - Vantagens por usufruir do SAD 139
Tabela 32 - Aspectos a melhorar no SAD 140
Tabela 33 - Relação entre o grau de satisfação com as características funcionais do SAD e as variáveis do contexto de cuidado 141
Tabela 34 - Relação entre o grau de satisfação com as características funcionais do SAD e as variáveis funcionais e de rede social 142
Tabela 35 - Relação entre a satisfação da actuação das ajudantes familiares domiciliárias e as variáveis do contexto de cuidado 143
Tabela 36 - Relação entre a satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias e as variáveis funcionais e de rede social 144
Tabela 37 - Relação entre a satisfação com a actuação do coordenador técnico e as variáveis do contexto de cuidado 146
Tabela 38 - Relação entre a satisfação com a actuação do coordenador técnico e as variáveis funcionais e de rede social 147
Tabela 39 - Relação entre a avaliação global do SAD e as variáveis do contexto de cuidado 149
Tabela 40 - Relação entre a avaliação global do SAD e as variáveis funcionais e de rede social 150

Índice de Figuras

Figura 1 - Objectivos a nível individual do SAD 26
Figura 2 - Modelo de gestão de casos 34
Figura 3 - O papel dos membros da equipa multidisciplinar 35
Figura 4 - Programação do SAD - Avaliação e re-programação permanente 80

INTRODUÇÃO

Nas sociedades desenvolvidas, o envelhecimento da população constitui uma evidência. Esta realidade tem determinado, quer por parte dos responsáveis políticos quer pela sociedade civil e mesmo por investigadores, a procura de estratégias de intervenção que permitam a minimização dos efeitos mais negativos deste processo, preocupando-se estes em intervir em áreas tão diversas como as da saúde, da economia e, mais especificamente, nos sistemas de protecção social, bem como nas estruturas familiares.

Ao aumento da esperança de vida está normalmente associado o declínio físico e mental, assim como uma maior prevalência de doenças crónicas, o que vai determinar, necessariamente, a limitação do indivíduo na satisfação das suas necessidades.

A diversidade de serviços disponível para satisfação dessas mesmas necessidades é uma realidade e, se bem que variem consoante o desenvolvimento das sociedades, procuram responder de modo global a solicitações de natureza muito diversificada. Consoante o quadro clínico e social que o idoso apresenta, as sociedades deverão ser capazes de proporcionar o apoio adequado, que pode variar entre a colaboração na execução de actividades instrumentais da vida diária, como o apoio/execução das actividades mais básicas do ser humano. As respostas disponíveis face à necessidade do cuidado variam assim entre serviços comunitários, normalmente direccionados para indivíduos que apresentam ainda algum grau de autonomia ou que dispõe de uma rede social de suporte satisfatória, e os serviços associados à institucionalização, predominantemente dirigidos a situações de grande dependência, normalmente associados à insuficiência/ausência de suporte familiar.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) apresenta-se como um serviço comunitário. Globalmente pode ser definido como um serviço que consiste basicamente na prestação de serviços, os quais podem ser de natureza social ou de saúde, ou ambos, no domicílio da pessoa que, face à sua situação de perda de autonomia funcional e/ou ausência/insuficiência de retaguarda familiar, necessita de ajuda externa, por um período de tempo que pode ser limitado ou continuado.

A prestação do SAD, dirigida a indivíduos de qualquer idade, exige uma avaliação sistemática das necessidades da pessoa, que deve ser efectuada por profissionais de áreas diversas, consoante o quadro do indivíduo a avaliar. Da avaliação realizada resulta

um plano de cuidados, que também ele deve ser global, fundamentado nas necessidades diagnosticadas e nos recursos disponíveis (presença/ausência de rede de suporte social), de modo a garantir o máximo de qualidade de vida à pessoa a quem se dirige.

A execução do plano de cuidados deverá ser da responsabilidade de profissionais com formação diferenciada e variar consoante os serviços que têm de ser prestados. Normalmente, estão envolvidos profissionais das áreas da saúde e do social, concretamente pessoal de enfermagem, de reabilitação e outro (pessoal auxiliar) para apoio efectivo na execução/colaboração de/em tarefas básicas do quotidiano.

Trata-se de um serviço altamente valorizado e preferido pela população idosa, já que permite a sua permanência no habitat natural, reconhecendo-se, deste modo, a importância atribuída à habitação/lar por parte dos idosos. Possibilita também a preservação das relações familiares. Aliás, a relação entre o SAD e o cuidado informal é normalmente muito estreita, e mais evidente quanto maior for o grau de incapacidade do receptor de cuidados.

O tema do Serviço de Apoio Domiciliário, em Portugal, não tem sido objecto de investigações que procurem conhecer mais profundamente o seu modo de funcionamento. Com a realização deste estudo, pretende-se identificar as dimensões pré-disposicionais relativas à utilização do SAD, em termos de características relativas ao utente, quer ao cuidador informal; analisar o tipo de serviços prestados e a satisfação dos receptores de cuidados, em função de variáveis diversas, designadamente, o contexto demográfico, contexto institucional, características sócio-demográficas, funcionais e de rede social dos receptores de cuidados.

O trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. Os dois primeiros apresentam a fundamentação teórica sobre o tema em análise e os três últimos incidem sobre o estudo empírico realizado.

No primeiro capítulo – Envelhecimento e Serviço de Apoio Domiciliário – é efectuada uma abordagem global do fenómeno do envelhecimento, destacando-se as estratégias mais relevantes e adoptadas na resolução/minimização dos seus efeitos na sociedade, em geral, e na população idosa, em particular. Procede-se ainda à definição do Serviço de Apoio Domiciliário, relevando as suas características principais e tipologias a ele associadas.

No capítulo II – Necessidades e respostas no Serviço de Apoio Domiciliário – valoriza-se a avaliação global do utente como elemento fundamental na elaboração de um plano de cuidados que se pretende adequado. Analisa-se também a relação entre o SAD e o cuidado informal.

No Capítulo III – Objectivos e metodologia do estudo – salientam-se os objectivos do estudo assim como todos aspectos metodológicos adoptados, designadamente a constituição da amostra, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e os procedimentos levados a efeito.

No Capítulo IV – Apresentação dos resultados – os mesmos são analisados em função de três vectores de análise: estudos descritivos relativos ao SAD, estudos referentes à sua caracterização e, por último, estudos acerca da satisfação face a toda a dinâmica inerente ao funcionamento do SAD.

No último capítulo – Discussão dos resultados – evidenciam-se as principais conclusões a retirar, visando uma melhor programação do SAD no nosso país, conscientes, todavia, das limitações do estudo.

Capítulo I

Envelhecimento e Serviço de Apoio Domiciliário

1. Fenómeno do envelhecimento e estratégias de intervenção

Ao dar-se início a este capítulo referente ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), entende-se pertinente enquadrar este tema numa abordagem global do fenómeno do envelhecimento, designadamente nos países desenvolvidos e, particularmente, no caso Português, definindo-se as políticas de intervenção assim como os programas subjacentes às mesmas, no sentido de encontrar as soluções adequadas para minimizar os efeitos associados.

O SAD, como uma resposta altamente valorizada pela população idosa (Benjamin, 1999; Kane 1999a) surge, neste contexto, enquadrada nos serviços comunitários para a população idosa.

Procede-se assim à caracterização desta resposta social específica, que apresenta características diferentes, consoante o desenvolvimento das sociedades onde está implementada, à definição do conceito, evidenciando as suas características mais relevantes, mencionando os seus objectivos e tipologias mais utilizadas.

É ainda efectuada uma caracterização do funcionamento do SAD em Portugal, analisando o documento que o regulamenta, a sua assumpção, os constrangimentos associados, perspectivando o futuro desta resposta no nosso país.

1.1 Abordagem global do envelhecimento

Tal como os restantes países da Europa Ocidental, Portugal está a envelhecer (INE, 2004). Os dados estatísticos disponíveis apontam para previsões que revelam um envelhecimento demográfico. Prevê-se que, em 2050 o número de idosos, por cada indivíduo em idade activa, possa triplicar. Em 2002, o *Índice de Envelhecimento* (IE) da população, traduzido no número de idosos por cada 100 jovens, era de 102, mas até 2050 as previsões apontam para um envelhecimento generalizado da população em todas as regiões, podendo mesmo o IE situar-se nos 398 idosos por cada 100 jovens (INE, 2002).

Quando se aborda o conceito de envelhecimento, podemos fazê-lo sob duas perspectivas. Uma primeira, que se refere ao processo individual associado ao aumento da esperança de vida, e uma outra, que trata do envelhecimento demográfico, ao qual

corresponde o aumento generalizado da população idosa no conjunto da população total, bem como a correspondente diminuição da população jovem no mesmo universo (INE, 2002).

"O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos" (INE, 2002: 7).

As causas que estão na origem deste envelhecimento demográfico estão assentes na conjugação de factores diversos, designadamente nos progressos verificados na medicina, na melhoria das condições socio-económicas das populações, sobretudo ao nível da alimentação e condições de higiene, associados à diminuição da taxa de natalidade (Tirrito *et al*., 1996; Zimerman, 2000). Trata-se de um fenómeno que não atinge uniformemente todas as regiões do mundo, antes incidindo naturalmente nos países mais desenvolvidos (Bengtson *et al*., 2003). Em Portugal, à semelhança do que acontece no resto do mundo, este envelhecimento não atinge as diversas regiões do território de forma homogénea. Segundo o INE (2002), verifica-se uma maior concentração de população idosa no Alentejo, a que se segue o Algarve e, depois, a Região Centro. O Litoral, por sua vez, apresenta uma população menos envelhecida.

1.1.1 Desafios colocados à comunidade internacional

A nível internacional, são várias as iniciativas, que têm procurado promover a reflexão em redor do tema do envelhecimento, atendendo a que esta faixa etária enfrenta actualmente graves problemas de exclusão social, bem como, nalguns casos, a própria negação dos seus direitos mais elementares (Pimentel, 2002).

Das iniciativas organizadas, destaca-se as I e II Assembleias Mundiais. Desta última, realizada em 2002 em Madrid, resultaram dois documentos, (i) o *Plano de Acção Internacional Sobre o Envelhecimento*, (ii) e a *Declaração Política*.

O *Plano de Acção* defende que os cidadãos têm direito a envelhecer em plena segurança e com dignidade, devendo poder continuar a participar na sociedade como cidadãos de plenos direitos, sem estarem sujeitos a qualquer tipo de discriminação. Determina também que é competência dos governos a aplicação do mesmo. Neste *Plano de Acção* destacam-se genericamente três prioridades:

(i) *Pessoas Idosas e Desenvolvimento*, sustentando o princípio de que as pessoas idosas devem participar de forma activa na sociedade e nas formas de desenvolvimento. De um modo geral, os governos devem envolver os idosos nas tomadas de decisões, criar oportunidades de trabalho para quem deseje trabalhar, bem como, melhorar as condições de vida e as infra-estruturas nas zonas rurais. Determina ainda que os governos deverão erradicar a pobreza, sobretudo entre a população idosa, proporcionar a integração dos migrantes idosos no seio das novas comunidades, reforçando a solidariedade entre gerações, bem como garantir oportunidades no domínio da educação e da formação (Pimentel, 2002);

(ii) *Cuidados de Saúde e Qualidade de Vida*, reforçando que os idosos têm direito a cuidados de saúde qualificados, prestados por cuidadores com formação específica (nas áreas da geriatria e gerontologia). Têm ainda direito à prevenção da doença, à reabilitação, ao acesso a serviços e equipamentos de apoio bem como a cuidados no domicílio e respectiva formação para os cuidadores informais. Relativamente à demência, incidindo na Doença de Alzheimer (DA), sustenta-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias e serviços de intervenção precoce, fomentando a investigação numa base multidisciplinar (Marques, 2002);

(iii) *Meio Ambiente Propício e Favorável*, que basicamente determina a melhoria das condições de vida do idoso, promovendo uma visão positiva do envelhecimento e a sensibilização da comunidade em geral (Pimentel, 2002). As políticas a incrementar devem promover a autonomia (*independent living*), de forma a garantir habitações e meio envolvente acessíveis e seguros, incrementando novas tecnologias e serviços de reabilitação, de modo a encorajar o chamado *ageing in place* (Marques, 2002).

A Europa por seu turno, caracterizada como o continente mais envelhecido, manifesta também alguma atenção para com este fenómeno. Na comunicação apresentada pela *Comissão Europeia* (*CE*) na *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, defende que o envelhecimento afectará as estruturas sociais e económicas das diversas sociedades. Nesta perspectiva, a CE considera que cada uma das sociedades deverá garantir, por um lado, o enquadramento adequado de pessoas com uma longevidade cada vez maior e, por outro, a sustentabilidade social e económica duma sociedade global cada vez mais envelhecida.

Uma adaptação adequada ao envelhecimento da população deve considerar o conjunto de todas as pessoas e ter por objectivo garantir uma sociedade aberta a todas as idades. Segundo a *Comissão das Comunidades Europeias*, as políticas dos Estados Membros, no domínio do envelhecimento, devem adoptar uma abordagem baseada

numa longevidade crescente das pessoas, apoiando-se nas iniciativas globais e nos princípios orientadores das Nações Unidas (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

A abordagem da UE em relação ao envelhecimento assenta em três grandes objectivos:

(i) Mobilizar plenamente o potencial das pessoas de todas as idades, estando assim subjacente que uma resposta adequada ao envelhecimento deve abranger as pessoas de todas as idades e não só os idosos da actualidade. Uma boa adaptação ao envelhecimento por parte da população e uma abordagem ao longo da vida poderão contribuir para o desenvolvimento de respostas políticas adequadas;

(ii) Implementar políticas e práticas a favor de um envelhecimento activo[1]. São diversos os princípios que estão subjacentes neste objectivo: a pessoa deve poder beneficiar de processos de aprendizagem ao longo da vida; prolongamento do período de vida activa, alargando a idade de reforma; introdução de um sistema de reforma mais gradual, bem como a continuidade de uma vida activa após a reforma; desenvolvimento de actividades que possibilitem a optimização das capacidades individuais. A introdução destas práticas visa aumentar, de um modo global, a qualidade de vida dos indivíduos e, simultaneamente, ao nível social, contribuir para um maior crescimento económico assim como para uma redução na despesa, associada a factores que determinam estados de dependência, e ainda poupanças substanciais nos domínios do pagamento de pensões e nas despesas com a saúde;

(iii) Envolvimento de todas as partes interessadas, designadamente instituições públicas e privadas, organizações não governamentais, parceiros sociais, etc., baseado num espírito de parceria e diálogo.

Actualmente, a diminuição da taxa de natalidade, e consequentemente da população activa, apresenta consequências ao nível do crescimento. Esta tendência demográfica tenderá a colocar em risco a sustentabilidade económica dos sistemas sociais, para além das repercussões que este fenómeno representará sobre o sistema de saúde. Dessas consequências destacamos a evidente diminuição da produtividade, a diminuição da força de trabalho e da sua procura, bem como um decréscimo das poupanças das famílias (menor número de elementos a usufruir de rendimentos), e até do próprio estado, devido ao aumento significativo do pagamento de pensões (Alvarenga, 2000).

Já ao nível da segurança social, o desequilíbrio verificado entre a população activa e a população dependente (em termos contributivos) acarreta graves dificuldades para o sistema. Segundo Alvarenga (2000), há que encontrar soluções inovadoras, como o

[1] Segundo a *Comissão das Comunidades Europeias*, o envelhecimento activo e a abordagem ao longo da vida são ideias fundamentais no conjunto de respostas políticas inovadoras ao envelhecimento na Europa, sendo encaradas como uma solução para o futuro.

fizeram alguns países europeus, designadamente a Suécia, com a introdução de um sistema baseado em fundos de pensões, e a Irlanda, através da abertura do sistema de pensões à iniciativa privada, passando ainda pela consciencialização das gerações mais novas, que começam a investir em fundos de pensões.

O sistema de saúde representa também um dos sectores sobre o qual está a ser exercida uma forte pressão. O aumento da esperança de vida, associado a factores como o acesso mais facilitado aos cuidados de saúde, a melhoria das condições de vida e os avanços na medicina, produz necessariamente um aumento da prevalência de incapacidades crónicas. Este aumento das doenças crónicas, associadas ao envelhecimento vai determinar, obviamente, o aumento dos custos com a prestação de cuidados de saúde. Assim, justifica-se a criação de novas estratégias, que simultaneamente melhorem a qualidade de vida da população e reduzam os gastos com o sistema de saúde (Cabrita, 2003). Da reflexão em torno desta conjuntura resulta um conjunto de orientações e desafios para os Estados Membros da U.E.,

(i) Manutenção do crescimento e equilíbrio das finanças públicas. Tal desafio está sustentado na evidência do aumento generalizado da despesa associada ao fenómeno do envelhecimento, designadamente ao financiamento dos sistemas de protecção social e de saúde e diminuição da população activa;

(ii) Adaptação a uma mão-de-obra cada vez mais reduzida e envelhecida, o que implica necessariamente a sua revalorização, agora subaproveitada, pressupondo, no entanto, a sua valorização profissional, bem como o aumento progressivo da idade de reforma;

(iii) Fixação de valores de pensões mais equilibrados, sem colocar em causa a sustentabilidade das finanças públicas. Os regimes de pensões, que ao cumprir o seu objectivo social, evitando a exposição a situações de exclusão, devem também ser capazes de se adaptar aos novos desafios;

(iv) Garantia do acesso a prestações e cuidados de saúde prolongados de qualidade. Esta protecção representa, no entanto, um desafio mais complexo, atendendo a que a preparação de um envelhecimento saudável implica, necessariamente, políticas e práticas que permitam o bem-estar ao longo da vida (Pimentel, 2002).

Em conclusão, salienta-se uma nova perspectiva de encarar o fenómeno do envelhecimento pela comunidade internacional, assumido como uma problemática, mas cujas estratégias para a minimização dos seus efeitos estão já delineadas. Algumas das acções previstas passam pelo assumir de um papel mais activo dos idosos, pela

melhoria das condições de vida da população idosa, e pelo acesso a cuidados de saúde e sociais adequados.

1.1.2 Princípios das politicas face às pessoas idosas

Em Portugal, esta realidade, algo "nova" para os nossos governantes e que agora exige alguma preocupação no sentido da minimização dos seus reflexos na sociedade em geral, contrasta com as políticas adoptadas antes da década de 70. Portugal apresenta-se no contexto europeu como um dos países onde a institucionalização dos direitos sociais se revela muito tardia e problemática, atendendo a todo um contexto histórico que marcou a evolução da sociedade portuguesa no século passado. Na base deste atraso estão causas diferenciadas: a persistência do regime ditatorial, que atrasou a modernização do aparelho administrativo, e a consequente implantação dos direitos de cidadania; e o carácter tardio do processo de desruralização da sociedade portuguesa, traduzido na industrialização, terciarização e urbanização (Hespanha, 2002).

No período do Estado Novo, sem que o Estado assuma responsabilidade directa a este nível, a organização da protecção social em Portugal distingue as formas de apoio social em função da categoria da população a que se dirige. O sistema integra, por um lado aqueles que se enquadram em critérios socio-económicos ou ético-religiosos previamente definidos e, por outro, apoia aqueles que, não pertencendo ao grupo anterior, são "excluídos", necessitando de apoio para "viver".

Neste contexto, surgem formas diferenciadas de acção assistencial: a "ajuda mútua", por um lado e "ajuda caritativa", por outro, dão origem a estruturas organizativas de grande destaque na tradição portuguesa, designadamente as Misericórdias e as Mutualidades. A natureza destas estruturas acaba por distinguir assim os esquemas de "assistência", dirigidos à população pobre, ou que não está inserida através do trabalho, e os esquemas de "previdência", dirigidos à população que está coberta por seguro obrigatório (Hespanha *et al*., 2000). Nesta época, a ausência de um sistema de saúde organizado, determina a criação dos postos médico-sociais de previdência.

É durante a década de 60 do século passado que se verificam alguns esforços, no sentido da diversificação dos serviços disponíveis, com o alargamento da cobertura do território, quer através do aumento do número de instituições, quer através da reorganização dos serviços em termos geográficos, e até com a natureza das prestações. No entanto, tal como já foi referido, nesta época, o Estado Português nunca se assumiu como responsável financeiro pelas questões relacionadas com o bem-estar social e de

saúde da população mais fragilizada, já que a sua prioridade consistia na integração corporativista através do trabalho.

As mudanças económicas e socio-políticas decorrentes da *Revolução de Abril* de 1974, com a consequente promulgação da *Constituição da República Portuguesa* em 76, vem consagrar um conjunto de garantias individuais que determinam a implementação, no âmbito dos sistemas de saúde e da segurança social, de medidas que visam a democratização no acesso a estes serviços.

A redistribuição mais igualitária e a garantia de um mínimo social de padrões nacionais de vida e protecção social são resultado desta mudança na sociedade portuguesa. A fixação do salário mínimo nacional, a introdução do subsídio de desemprego e da pensão social, constitui a dimensão mais visível desta nova fase da democratização dos direitos dos cidadãos.

Em simultâneo, assiste-se à integração dos anteriores sistemas de previdência e assistência, que resultam no sistema integrado de segurança social, com a publicação da Lei Orgânica da Segurança Social, Lei 28/84 de 14 de Agosto (Hespanha *et al.*, 2000). Esta Lei determina que seja garantida a protecção dos trabalhadores e das suas famílias nas situações de falta ou redução da capacidade para o trabalho, nas situações de desemprego ou nos casos de morte, bem como a protecção de todos os que se encontrem em situação de risco de exclusão, por diminuição de meios de subsistência (Queirós, 2006).

Ao nível do sistema de saúde, a Constituição da República Portuguesa estabelece no Artigo 64º, da sua versão original, o direito à protecção, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, o qual deveria ser universal, geral e gratuito. No entanto, apesar da universalidade e generalização do SNS, os cuidados de saúde no nosso País foram, em parte, prestados pelo sector privado, o qual vende os seus serviços quer aos cidadãos quer ao próprio SNS. Mais tarde, com a nova Lei de Bases da Saúde (1990), o princípio da gratuitidade deixa de ser norma e o SNS passa a ser uma peça fundamental no sistema, mas não a peça exclusiva para garantir o direito à saúde (Simões, 2003).

O desenvolvimento de programas de construção do *Estado-Providência* no pós-Abril de 74 reflectiu de um modo geral um aumento sistemático da despesa pública em termos de protecção social. Contudo, o contexto de crise internacional da época acaba por determinar a contenção dos gastos a partir de 1982, fazendo com que o Estado nunca tenha conseguido a aproximação aos modelos de bem-estar social da maioria dos países europeus.

Santos (1993), caracteriza o Estado Português como um Estado de *semi-Providência*. Para este autor, o défice de intervenção do Estado, é compensado pela intervenção de uma

sociedade dinâmica, por si designada de *sociedade-providência* forte, que "compensa" em parte a pouca intervenção estatal. Segundo o mesmo autor, esta *sociedade-providência* caracteriza-se por ser constituída por redes de relações de inter conhecimento e de entreajuda de familiares e vizinhança, procedendo à troca de bens e serviços, não numa base mercantil, mas segundo uma lógica de reciprocidade.

Este dinamismo é reflexo da movimentação sem precedentes que se manifesta ao nível da sociedade civil durante este período. Na prática este dinamismo é traduzido pelo aparecimento de associativismo de natureza diversa, seja de comissões de trabalhadores, de pais, de profissionais de áreas diversificadas, estendendo-se também às instituições dedicadas à protecção social.

É ao nível das organizações que desenvolvem trabalho na área da protecção social que a relação com o Estado se revela mais dinâmica, uma vez que este procura parceiros "credíveis" para poder delegar competências, atendendo aos parcos recursos disponíveis (Hespanha *et al*., 2000). Tal relação ainda hoje se mantém, apesar do sector privado, lucrativo, começar a ganhar um papel de destaque em termos de protecção social em áreas diversificadas.

1.2 Estratégias de Intervenção

As políticas e os consequentes programas sociais pretendem contribuir para uma sociedade de bem-estar, correspondendo às necessidades de um determinado segmento da população. As necessidades humanas incluem, necessariamente, para além de necessidades básicas como alimentação, a roupa, a casa, os cuidados de saúde e segurança, sentimentos de auto-estima, de confiança em si próprio, de pertença e valorização por parte de outros.

As necessidades podem ser cobertas, não cobertas ou parcialmente cobertas, e o propósito dos serviços sociais é o de tentar responder de forma eficiente às necessidades de uma determinada população, através da disponibilização dos recursos necessários (Tirrito *et al*., 1996).

Actualmente, e resultante do fenómeno progressivo do envelhecimento das sociedades desenvolvidas, assistimos a um crescimento sem precedentes da preocupação com as políticas para a população idosa, se bem que em muitos casos, essa preocupação não corresponda a medidas práticas conducentes a um maior bem-estar da referida faixa etária.

De um modo geral, e segundo Martin *et al*. (2006), as políticas sociais para a população idosa apresentam-se sob três eixos relativamente ao trabalho directo com a mesma:

(i) *Promoção do Cuidado*. As medidas que visam a promoção do cuidado dirigem-se sobretudo aos indivíduos que apresentam um grau de dependência elevado;

(ii) *Promoção do Envelhecimento Activo*. As medidas de promoção do envelhecimento activo visam essencialmente a assunção por parte do idoso de um papel activo no próprio processo de envelhecimento, traduzido na adopção de estilos de vida mais saudáveis, de forma a minimizar os efeitos do processo de envelhecimento;

(iii) *Promoção do Envelhecimento Produtivo*. Tem por objectivo principal uma maior participação do idoso na sociedade, dando continuidade à prestação dos seus serviços, através de programas de emprego e voluntariado sénior, associado a programas intergeracionais (Martin *et al*., 2006).

Estes eixos de intervenção, visam fundamentalmente permitir uma visão mais global do fenómeno do envelhecimento, que não só centrado nos muito idosos, na maior parte dos casos, já muito dependentes.

De acordo com Fernandes (2001), a idade de ser velho, isto é, a idade em que se começam a perder capacidades essenciais e se regista uma deterioração do estado geral de saúde, é cada vez mais tardia, sem que institucionalmente se tenham alterado os seus limiares, convencionados há mais de um século.

Aliás, sempre que abordamos o tema dos idosos, temos tendência de quase sempre nos reportarmos apenas ao grupo dos idosos que necessitam de algum tipo de apoio, e que muitas vezes constituem uma sobrecarga muito grande para os sistemas de protecção social, ou mesmo para as suas famílias. Esquecemo-nos frequentemente do grupo de indivíduos que cresce consideravelmente, designadamente aqueles que cessam a sua actividade profissional, logo após a idade legal de reforma, mas que não se enquadram ainda na tradicional imagem construída do idoso reformado, em muitos casos com um grau de dependência significativo. Para este grupo de idosos é necessário perspectivar estratégias de intervenção para que possam conservar, ou mesmo revalorizar, muitas das suas capacidades (Pimentel, 2000).

1.3 Programas e Serviços Sociais dirigidos à População Idosa

No seguimento, e de acordo com as estratégias de intervenção identificadas, os programas e serviços sociais disponibilizados à população idosa são de natureza diversa.

Na análise a desenvolver, será efectuada uma referência aos programas disponíveis no nosso país, que comparativamente com outras sociedades, apresentam nalguns sectores níveis de implementação e desenvolvimento bastante deficitários.

1.3.1 Medidas de Promoção dos Cuidados

As medidas de promoção dos cuidados, anteriormente referidas, são dirigidas essencialmente a indivíduos que apresentam algum grau de dependência e talvez sejam as que têm registado um maior desenvolvimento nas últimas décadas.

Tal desenvolvimento deve-se essencialmente ao aumento generalizado do número de indivíduos portadores de patologias crónicas conducentes a estados de dependência muito elevados.

Quando na literatura estrangeira se fala em *Long Term Care*, que se pode traduzir como Cuidados de Longa Duração, refere-se o conjunto lato de serviços de saúde, ou com eles relacionados, prestados, numa base que pode ser informal ou formal, a pessoas portadoras de qualquer tipo de incapacidade funcional, por um período de tempo alargado, tendo por objectivo principal a maximização da independência do indivíduo (Evashwick, 2005).

Os destinatários deste tipo de serviço não têm que ser obrigatoriamente idosos, podendo dirigir-se a indivíduos de qualquer idade. A condição essencial é que seja portador de um qualquer tipo de incapacidade funcional, que o impeça de ser auto-suficiente, seja nas *Actividades Vida Diária Básicas* (AVD(B)) ou *Actividades Instrumentais de Vida Diária* (AVD(I)).

Os programas sociais que operacionalizam a Promoção do Cuidado podem ser de natureza diversa, destacando-se entre eles, (i) Serviços de Informação; (ii) Programas Residenciais e/ou de Internamento; (iii) Centros de Atenção Diurna e Nocturna; (iv) Programas de Cuidados Domiciliários; (v) Programas de Cuidados a Idosos, Inovadores ou Alternativos; (vi) Programas de Alívio para Cuidadores (Martin *et al*., 2006).

Apesar das respostas disponíveis em Portugal não se aproximarem da diversidade de tipologias existentes noutros países, (a este propósito ver Evashwick, 2005), importa, contudo, fazer referência às disponibilizadas no nosso país, a esta franja da população.

Os *Serviços de Informação* assentam, basicamente, na disponibilização de informação acerca das respostas disponíveis na comunidade. Em Portugal, cabe à Direcção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento a disponibilização desta informação, através da

Carta Social, actualizada anualmente. Trata-se, no entanto, dum serviço pouco utilizado pela população idosa e seus cuidadores, dado o desconhecimento do mesmo.

Os *Programas Residenciais e de Internamento* podem apresentar-se como Residências ou Lares de Idosos. O conceito de Residência refere-se ao conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum para idosos, que se bastem a si próprios e que possam cuidar da sua habitação. Trata-se de uma resposta não muito comum em Portugal. Contrariamente, os Lares de Idosos, conhecidos na literatura estrangeira como *Nursing Homes,* definem-se como sendo equipamentos de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia. Com uma tradição mais antiga em Portugal, já que data da década de 60 o princípio da sua implantação, o tipo de utentes que apoia é, na sua maioria, idosos muito idosos (com mais de 85 anos), evidenciando, deste modo, a tendência deste tipo de resposta para o apoio a uma franja da população com elevado grau de dependência.

Os *Centros de Atenção Diurna* apresentam-se no nosso país sob duas tipologias: (i) Centros de Convívio; (ii) Centros de Dia. Os primeiros proporcionam serviços de apoio ao desenvolvimento de actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação dos próprios idosos. Os segundos, os Centros de Dia, apresentam uma vertente mais direccionada para o apoio nas AVD(B) e/ou AVD(I). Asseguram, assim, um conjunto de serviços, designadamente refeições, cuidados de higiene, tratamento de roupas, convívio/ocupação, férias organizadas, entre outros, de modo a contribuir para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar (Bonfim & Saraiva, 1996).

Os *Centros de Noite*, normalmente desenvolvidos a partir de uma resposta social já existente, destinam-se ao alojamento e acompanhamento no período da noite a idosos, que desenvolvem as suas actividades de vida diária no domicílio, mas que, por questões diversas, não podem aí permanecer durante a noite. Trata-se de uma resposta de implantação muito recente em Portugal, (2001), que ainda não apresenta grande expressão (Martin *et al*., 2006).

Os *Programas de Cuidados Domiciliários* asseguram a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio do idoso, quando, por motivos diversos, o idoso não pode assegurar por si próprio de forma temporária ou permanente, a satisfação das necessidades básicas ou actividades de vida diária.

Os *Programas de Cuidados a Idosos Inovadores ou Alternativos* visam, sobretudo, respostas que evitem a institucionalização, mantendo o idoso no seu meio, diferenciando-se, no entanto, de respostas disponíveis, designadamente o funcionamento nos moldes tradicionais do SAD. Krann *et al.* (1993, citado por Martin *et al*.,

2006) defendem que as respostas advindas destes programas permitem modelos de serviços mais flexíveis que os disponíveis, e uma interacção explícita com o sistema de cuidados informal. Em Portugal, o *Acolhimento Familiar* integra-se neste tipo de programas. Trata-se de um serviço que consiste na integração temporária ou permanente de pessoas idosas em famílias consideradas idóneas e tecnicamente enquadradas, por razões de ausência de retaguarda familiar ou respostas sociais. Em Portugal, este tipo de resposta não tem ainda grande adesão. Trata-se de uma resposta social que exige grande acompanhamento e avaliação por parte dos serviços responsáveis, atendendo à dificuldade de monitorização dos serviços prestados.

Os *Programas de Alívio a Cuidadores* visam essencialmente possibilitar uma pausa ao cuidador na prestação de cuidados. Dirigem-se, sobretudo, aos cuidadores que prestam cuidados frequentes a idosos com um elevado grau de dependência (Osterweil *et al.*, 2000). Trata-se também de um tipo de resposta, sem grande expressão no nosso país.

Os *Centros de Atenção Diurna e Nocturna*, *Programa de Cuidados a Idosos Inovadores ou Alternativos, Programas de Cuidados Domiciliários, Programas de Adaptação Ambiental* e *Programas de Alívio para Cuidadores* são considerados como *Cuidados Comunitários*, já que permitem a permanência da pessoa idosa no seu meio normal e comunitário de referência.

A defesa dos benefícios da existência de serviços para os idosos na comunidade parece ser consensual entre vários autores. O argumento do benefício para o idoso em manter-se no seu meio ambiente natural parece ser o mais utilizado. No entanto, outros argumentos são defendidos, nomeadamente os de cariz economicista, referindo-se à minimização dos custos, uma vez que contribuem para a redução das admissões em lares ou estruturas hospitalares, aos quais estão normalmente associados custos mais elevados.

Pode-se afirmar, em termos conclusivos, que todos os programas referidos visam dar resposta a necessidades diferenciadas. A este propósito, a literatura estrangeira faz referência ao designado Cuidado Contínuo. Este define-se como um sistema compreensivo e coordenado de cuidados, orientado para responder às necessidades de indivíduos com problemas complexos de forma eficiente e efectiva. É mais do que o somatório de serviços diversos, incluindo mecanismos que organizam os mesmos de modo a que se tornem num sistema integrado (Evashwick, 2005).

Esta definição deixa antever que este tipo de cuidados enfatiza a saúde e o bem-estar, em detrimento da doença. Trata-se de serviços que, não sendo prestados unicamente por uma entidade, prevêem a interacção de vários agentes, isto é, permitem que o indivíduo tenha acesso aos serviços que necessita e quando necessita. Evidencia ainda

vários níveis de intensidade de cuidados, desde a intervenção com alta tecnologia, até à prestação de pequenas tarefas domésticas.

De um modo geral, a utilização dos recursos, mesmo quando suficientes, não são utilizados na sua íntegra e, em muitos casos, são mesmo recusados pela população idosa. Quando o meio disponibiliza recursos ao nível da prevenção, restauração e remediação, o idoso pode continuar a viver perfeitamente adaptado. Quando o meio não disponibiliza os meios necessários, o desenvolvimento do estado físico, social e emocional pode estar comprometido. Neste contexto, Hepworth (1993, citado por Tirrito *et al*., 1996) refere que as falhas nos recursos do meio envolvente, deficiências individuais de quem necessita ou utiliza os recursos, ou uma transacção disfuncional entre o indivíduo e o seu meio bloqueiam a satisfação das necessidades individuais.

A este propósito, ainda é ainda oportuno referir Lemaire (1999) que defende que as políticas para o envelhecimento devem ter quatro características específicas: uma primeira assente na defesa da definição de verbas próprias para apoio à velhice; uma segunda que exige a incrementação de uma nova cultura, sobretudo ao nível dos profissionais, motivando-os para o trabalho em equipa de modo a que todos trabalhem com o objectivo de terem um projecto bem sucedido, ou seja, tendo em conta que se trata de um projecto da pessoa idosa; o reforço da rede informal é outras das características defendidas para as políticas relativas ao envelhecimento; e finalmente a adopção de uma ética de acompanhamento da pessoa idosa.

1.3.2 Medidas de Promoção de Envelhecimento Activo

As medidas de promoção do envelhecimento activo visam, de um modo genérico, fomentar hábitos de vida saudáveis, em áreas distintas de funcionamento, designadamente *Programas de Saúde e Bem-estar Físico*, *Programas de Rendimentos Económicos* e *Programas Educacionais*.

Os *Programas de Saúde e Bem-Estar Físico* projectam essencialmente, a promoção de hábitos de vida saudáveis. O aumento generalizado da esperança média de vida, associado aos avanços na medicina e à melhoria das condições sócio/sanitárias, nem sempre é coincidente com qualidade de vida. O crescente aumento de doenças incapacitantes, provocado em muitos casos por estilos de vida menos saudáveis, determina a preocupação dos governantes a este nível, no sentido de minorar a prevalência das mesmas. No nosso país, a recente publicação do *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, da responsabilidade de Direcção Geral de Saúde,

traduz a operacionalização desta preocupação, uma vez que prevê um conjunto de recomendações a implementar junto deste grupo.

A questão dos recursos económicos da população idosa, e apesar das melhorias verificadas a este nível, constitui ainda uma preocupação actual. Neste contexto, os *Programas de Rendimentos Económicos* visam homogeneizar a distribuição dos rendimentos entre esta franja populacional.

O acesso a *Programas de Educação* entre a população idosa constitui, actualmente, uma realidade. Estes programas, desenvolvidos por organizações diversas, pretendem acima de tudo, promover o desenvolvimento do idoso e assunção de um papel activo na sua comunidade de referência (Martin *et al*., 2006).

Em conclusão, as medidas de promoção do envelhecimento activo deverão permitir igualdade no acesso aos recursos de saúde, económicos e educativos, através da democratização da utilização das novas tecnologias de informação, de modo a facilitar a divulgação da informação acerca dos direitos da população idosa (Martin, 2007).

1.3.3 Promoção de Envelhecimento Produtivo

O desenvolvimento de Programas como os de *Voluntariado Sénior, Intergeracionais* e *Emprego Sénior*, promovem na sua generalidade, uma participação mais activa dos idosos na sociedade, permitindo a continuidade na prestação dos seus serviços e o desenvolvimento económico e social das mesmas sociedades.

O aumento da esperança de vida a que assistimos possibilita que muitos dos idosos actuais cheguem à idade da reforma e que a vivam durante largos anos de forma muito activa. Este cenário faz com que estes idosos possam ainda manter actividades diversificadas.

Os *Programas de Voluntariado Sénior e Intergeracionais*, que constituem formas de envelhecimento produtivo, apresentam, neste contexto importantes vantagens, seja para o idoso, seja para o contexto social onde os mesmos se inserem.

A promoção ou concretização destes programas passa pela partilha de experiências em grupos de jovens, pela captação de outros seniores para a promoção do voluntariado, por actividades em centros para idosos, pelos avós substitutos, pela assessoria técnica, entre outras (Martin *et al*., 2006).

No nosso país não se registam medidas activas de promoção do voluntariado sénior. A promoção do voluntariado no nosso país é da responsabilidade do Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado, mas que não tem nenhum projecto concreto para a

promoção do voluntariado sénior, nem para a participação dos mais idosos em actividades de voluntariado. Relativamente a *Programas Intergeracionais*, a realidade Portuguesa revela que as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) promovem trabalho nesta área, atendendo a que muitas destas organizações estão vocacionadas para trabalhar com faixas etárias distintas, infância, jovens e idosos (Martin *et al*., 2006).

Os *Programas de Emprego Sénior*, com maior incidência no sector terciário, são confrontados com algumas resistências na sua implementação. Entre elas destaca-se a discriminação laboral por parte dos colegas de trabalho, a própria legislação que desincentiva o trabalho para além da idade da reforma, e do próprio trabalhador (nalguns casos associado ao declínio das suas competências, seja a que nível for). Também os *Programas de Emprego Sénior*, não apresentam em Portugal representação activa.

Apesar de se considerar que o caminho até hoje percorrido é ainda insuficiente, temos contudo consciência de que se verificou um aumento e uma melhoria notáveis na quantidade e qualidade dos serviços sociais e de saúde para os idosos. Cada vez mais se encontram menos pessoas autónomas a residir em Lares, embora se observe um aumento dos grandes dependentes, sem respostas específicas diferenciadas, sobretudo ao nível das demências (Paúl, 2005).

No futuro teremos certamente mais idosos, mas serão indivíduos mais educados e exigentes, constituindo um desafio aos profissionais, uma vez que terão de planear serviços para pessoas que não dispensarão as tecnologias, tolerarão cada vez menos respostas massificadas às suas necessidades, exigindo recursos especializados e humanizados, que apelam sobretudo às boas práticas profissionais (Paúl, 2005).

2 Serviço de Apoio Domiciliário

No segundo ponto deste capítulo focaliza-se a atenção no tema específico do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), definindo os seus objectivos, apresentando as suas características mais relevantes, que o distinguem das outras respostas sociais dirigidas à população idosa, tipologias mais utilizadas, e finalmente uma breve caracterização ao modelo de funcionamento deste serviço na realidade portuguesa.

2.1 Objectivos do Serviço de Apoio Domiciliário

De um modo geral, os programas de cuidados para a população idosa têm como objectivo principal manter o indivíduo no meio que escolheu, normalmente no seu meio habitual (Emlet & Crabtree, 1996; Cantera, 2001; Nolan *et al*., 2001).

O SAD implica diagnóstico, tratamento, monitorização, reabilitação e serviços de suporte, tendo em vista a autonomia do indivíduo. Trata-se assim de um conceito holístico de cuidado que procura restaurar, manter e promover qualidade de vida ao seu beneficiário e à sua rede de suporte, através da prestação de serviços de saúde e sociais (Dane, 1990). Basicamente, os seus objectivos comportam duas dimensões, especificamente a esfera individual e a esfera social.

Os objectivos de natureza individual são direccionados para o próprio utente, procurando garantir o seu bem-estar. Os objectivos de natureza social (que a própria sociedade determina), fundamentam-se no pressuposto de que os serviços prestados no domicílio, sejam de tipo social ou de saúde, ou ambos, são mais eficazes do que os cuidados prestados no contexto institucional. Sendo um serviço que permite a redução da ocupação das camas hospitalares, torna-se, por isso, uma resposta mais benéfica em termos financeiros para o sistema de saúde e, em última análise, mais benéfica para a sociedade (Estes, 2000).

2.1.1 Objectivos de natureza individual

Existe consenso, na literatura consultada (Benjamin, 1999; Cox & Ory, 2000), de que a planificação e implementação do SAD deve ser fundamentada nas necessidades dos utentes. Estas necessidades, que podem ser de natureza diversa, física ou psicossocial, mudam permanentemente, assim como o contexto das mesmas. Mesmo que os utentes tenham condições ou diagnósticos semelhantes, os objectivos individuais podem assumir natureza diversa. Contudo, o seu objectivo principal será sempre o de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários (Benjamin, 1999).

O conceito de qualidade, encarado como qualidade de vida, está normalmente associado ao grau de excelência. Segundo Bracco (1999), este conceito deriva de um estado global de bem-estar, relacionado com as capacidades funcionais, ou de nível cognitivo, psicológico, social e económico. Para que se possa falar em *Qualidade de Vida*, sendo que esta pode apresentar-se em níveis altos ou baixos, importa atentar na dimensão subjectiva do conceito. Wade (1992, citado por Mozley 2004), refere que, para

medir ou definir qualidade de vida, se deve ter em conta a cultura, as expectativas, as crenças e os próprios desejos do indivíduo. Também na perspectiva de Szalai (1980, citado por Mozley 2004), o conceito de qualidade de vida deriva de uma interacção entre determinantes objectivas e subjectivas. O estado funcional, o bem-estar, ou a satisfação com a vida são determinados por factores exógenos e da sua própria vida, conjugados com a percepção que o indivíduo tem desses factos e de si próprio. Em suma, trata-se de um conceito envolto numa imensa carga subjectiva, dependente do nível sócio-cultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Nesta perspectiva, os objectivos individuais, isto é, aquilo que o indivíduo define como prioridade e considera importante para o seu bem-estar, vai ser essencial na determinação do tipo de serviço a prestar pelo SAD.

Tendo por base a literatura consultada, o SAD procura corresponder a um conjunto de objectivos de natureza individual, dos quais se destaca:

(i) Melhorar ou manter a saúde. Pretende-se, com a prestação do SAD, a prevenção da doença, fazendo o seu diagnóstico em tempo oportuno, proporcionando tratamento que cure a doença, retirando a dor, ou aliviando os sintomas. Deverá permitir também a reabilitação das condições físicas, para restaurar o mais possível as capacidades funcionais (Cox & Ory, 2000). A possibilidade do idoso ser "monitorizado", permite aos cuidadores a identificação de problemas e a intervenção necessária de modo a prevenir consequências mais gravosas para o idoso (Kane, 1999a). De um modo geral, pode afirmar-se que o SAD como que educa os idosos e os seus cuidadores, induzindo uma actuação preventiva, alertando para problemas de saúde, antes que estes possam atingir outra dimensão (Benjamin, 1999);

(ii) Promover conforto e desaparecimento da dor. A dor e o desconforto constituem indicadores do estado de saúde do indivíduo. Este objectivo ganha especial importância quando se trata de idosos com doenças terminais, que beneficiam de cuidados paliativos. Torna-se evidente que o controle destes sintomas constitui, nestes casos, o objectivo principal para os utentes, mas também para os seus cuidadores (Kane 1999a);

(iii) Melhorar ou reduzir a deterioração das capacidades funcionais. Constitui outro objectivo do SAD a colaboração na recuperação das capacidades do indivíduo em se auto-cuidar, bem como na recuperação de outras capacidades (Cox & Ory, 2000). Uma atitude de reabilitação é pertinente sobretudo nas pessoas que terminam um período de internamento hospitalar ou que recuperam de um período de doença. É necessário dar especial atenção às dificuldades visuais, de

locomoção, de medicação em curso, e às condições ambientais, já que todos estes factores conjugados influenciam as capacidades funcionais do idoso, necessitando da intervenção de profissionais da área. Melhorar ou manter as capacidades funcionais requer, também, uma atitude, por parte dos profissionais, de encorajamento ao utente para que ele realize tarefas dele e para ele, dentro dos seus desejos e das suas possibilidades. Esta atitude de encorajamento aplica-se também aos doentes com pouca esperança de vida, no sentido de que mantenham algum sentido de vida nesta fase (Kane 1999a). Em suma, é possível e aconselhável maximizar as capacidades funcionais do idoso, pois existem áreas em que este deve ser capaz de desempenhar algumas tarefas. Neste sentido, são várias as formas de melhorar a autoconfiança, seja aumentando a capacidade de desempenho, seja providenciando tecnologias de apoio/assistência humana e alteração ambiental como a minimização de barreiras (Benjamin, 1999);

(iv) Melhorar a capacidade de cuidar de si próprio (auto-cuidado). O SAD pretende que o indivíduo saiba lidar com as suas próprias incapacidades. Mais do que ficar a depender permanentemente de terceiros, deverá ser desenvolvido trabalho que promova ensinamentos de modo a que o indivíduo possa ser auto-suficiente, sempre que possível (Kane, 1999a);

(v) Melhorar o bem-estar psicológico. Estados depressivos e de ansiedade podem surgir entre os idosos, originados muitas vezes pelos motivos que justificaram o recurso ao serviço, designadamente a presença de doença e/ou ausência de rede social/apoio social. A prestação do SAD, por si só, pode contribuir para a redução desses sintomas de depressão ou ansiedade, atendendo às novas relações que são, então, estabelecidas. Contudo, a prestação do serviço pode, por seu lado, exacerbar estados emocionais, nomeadamente através de comportamentos menos adequados dos profissionais, como seja infantilizar o próprio idoso. Como tal, é fundamental que os profissionais envolvidos estejam atentos ao estado psicológico dos utentes e que contribuam efectivamente para o bem-estar dos mesmos (Kane, 1999a);

(vi) Melhorar o bem-estar social. Este conceito pode ser dividido em envolvimento social, entendido como actividades sociais, e relações sociais, seja com a família e amigos. Tal como o bem-estar psicológico, também o bem-estar social é encarado como um dos objectivos do SAD. Deste modo, este serviço deve disponibilizar meios, ao nível da assistência funcional, que permitam que o indivíduo participe em actividades do seu interesse, e com indivíduos à sua escolha. Contudo, aquilo que se entende por bem-estar social, é algo que só ao indivíduo diz respeito. Por vezes,

verifica-se uma tendência em considerar que os indivíduos socialmente isolados devem ser integrados em programas comunitários. No entanto, se para alguns esta solução pode ser vantajosa, para outros, tal solução pode ter efeitos indesejáveis. Segundo Easterbrook (1999, citado por Nolan 2001), é fundamental que, esta procura de dar sentido à vida, esteja associada com a participação e manutenção das relações pessoais, de acordo com os desejos do indivíduo;

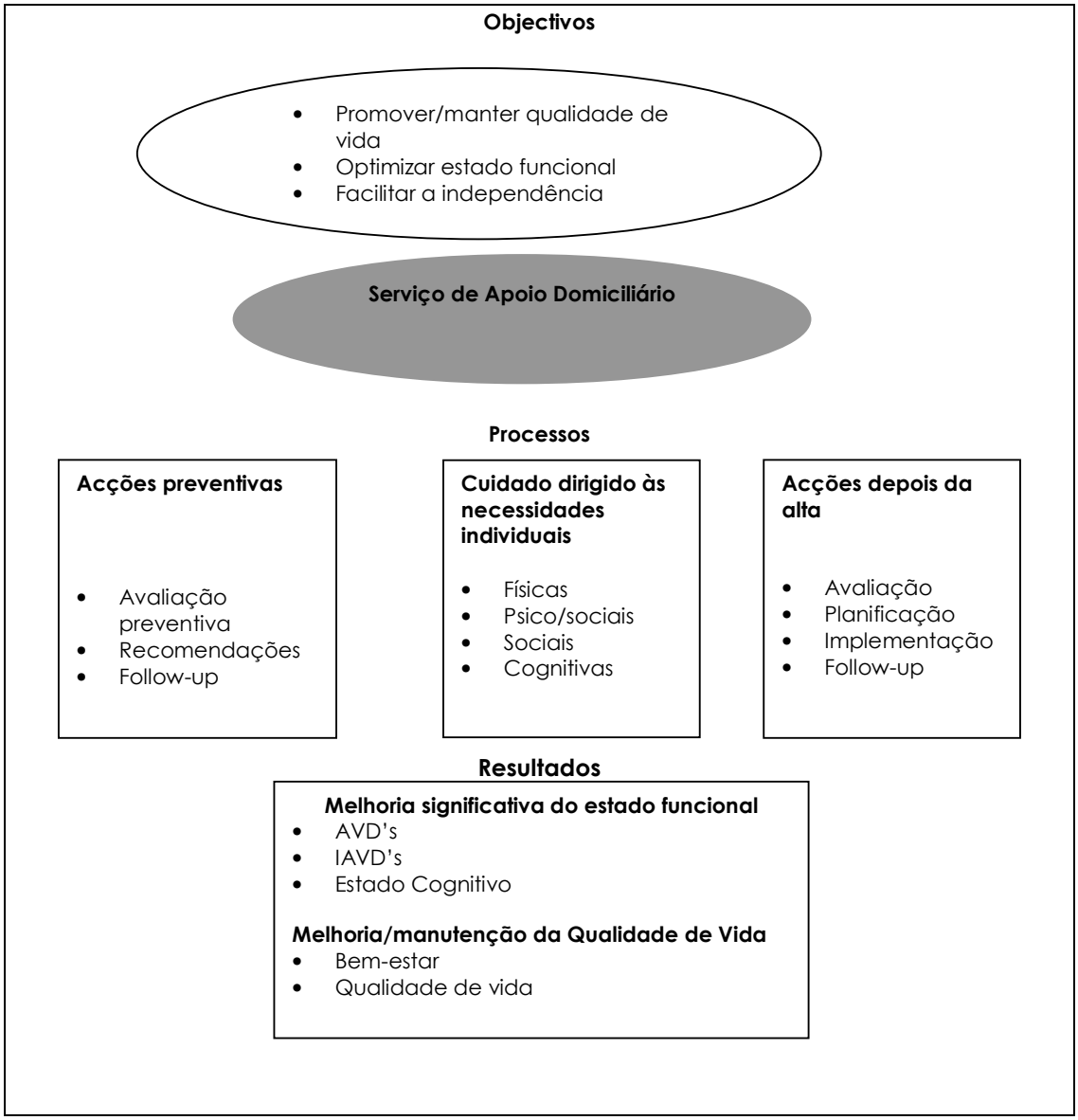
(vii) Dar sentido à vida. É frequente encontrar utentes do SAD que, por razões associadas ao seu estado de saúde, em muitos casos totalmente dependentes, consideram que as suas vidas já não fazem sentido, desenvolvendo sentimentos de auto-vitimização. Nestes casos, é importante que cada utente encontre um sentido para a sua vida, cabendo aos serviços reforçar e colaborar na solidificação desse sentimento (Kane, 1999a). Sobre este assunto é pertinente a referência ao conceito de *profilaxia da velhice*, que defende que a pessoa idosa não deve sentir-se como um elemento passivo, mas deve ser responsável pelo processo do seu envelhecimento, tal como fez ao longo da sua vida (Bracco, 1999). A este propósito, Farell *et al*. (1999, citado por Nolan, 2001) referem a importância da atitude positiva que deve ser estabelecida com o idoso, bem como da capacidade que os profissionais devem possuir para serem capazes de tratar o idoso com respeito, nunca deixando de o ouvir.

(viii) Maximizar a independência e autonomia do idoso. Indivíduos com limitações físicas graves podem continuar a dirigir a sua própria vida, determinando, inclusivamente, aquilo que pretendem que os cuidadores realizem (Emlet *et al*., 1996). Neste contexto, os programas de SAD deverão contribuir para uma mudança de atitude dos utentes, de modo a que os mesmos façam as suas próprias escolhas e refiram as suas preferências. O alcance da independência é uma consequência da maximização das capacidades funcionais. Contudo, a independência não implica somente a não-institucionalização, mas requer também uma mudança de atitude por parte do indivíduo, de modo a que, ainda que dependente de assistência técnica ou humana, possa ao mesmo tempo, ser autónomo, ou seja, capaz de formar a sua vontade e opinião, efectuando escolhas de acordo com as suas preferências. Estes serviços devem, assim, promover assistência funcional, em simultâneo com uma aprendizagem activa, treino de capacidades e facilitação de oportunidades para uma maior participação na comunidade. O mote é viver uma vida completa e produtiva (Benjamin, 1999).

(ix) Permitir que o idoso permaneça na sua casa. Se a generalidade dos idosos considera a sua casa como o local onde preferem manter-se, esta evidência pode

traduzir-se numa mais valia de grande peso para este serviço. Trata-se efectivamente de uma resposta que permite a concretização deste objectivo e que acaba por ter efeitos também ao nível da sociedade, uma vez que esta permanência dos idosos no domicílio vai permitir algum alívio na ocupação de camas hospitalares, bem como dos próprios lares de idosos (Benjamin, 1999).

Figura 1 - Objectivos ao nível individual do SAD.



Adaptado de Thomé *et al*. (2003).

2.1.2 Objectivos de Natureza Social

Os problemas da população idosa e isolada devem constituir-se numa das bases de funcionamento do SAD, assumindo claramente que estes problemas variam em função da região e da comunidade em causa.

A planificação da resposta SAD deve estar de acordo com a caracterização da zona de intervenção, descrevendo a situação sócio-demográfica, levantamento das necessidades e recursos da comunidade. Segundo Sampaio (1999), o SAD deve promover uma rede de cuidados apropriada, eficiente e de qualidade.

Os objectivos de natureza social do SAD podem dirigir-se quer ao sistema social quer às famílias que têm idosos a cargo.

Alguns objectivos de natureza social identificados na literatura são os de:

(i) Permitir o acesso ao SAD, a um maior número de idosos que apresenta necessidades. Atendendo ao progressivo crescimento do número de utentes que necessitem de ser atendidos através deste programa, pretende-se que a cobertura das áreas geográficas alargue o serviço a todos os locais e assim possa reduzir ou mesmo eliminar eventuais listas de espera (Kane, 1999a);

(ii) Dar prioridade aos que apresentam maiores necessidades. É fundamental, contudo, avaliar as necessidades de forma correcta, uma vez que se pode correr o risco de poder estar a subestimar necessidades e, consequentemente, não apoiar da forma mais adequada. Todavia, parece existir consenso, quanto ao facto da incapacidade de execução das AVD e alterações cognitivas constituírem standards na determinação do tipo de população elegível. Segundo Benjamin, (1999), a selecção dos idosos mais necessitados pode ser baseada em, (i) globalidade das necessidades; (ii) necessidades não cobertas; (iii) necessidades económicas; (iv) avaliação do risco e consequências, no caso dos serviços não serem prestados;

(iii) Proporcionar serviços abrangentes**.** Os serviços disponibilizados deverão ser capazes de adequar as suas respostas às reais necessidades dos utentes que apoiam. Para tal, devem ser utilizadas escalas standardizadas que permitam avaliar o idoso de um modo global, para que seja possível definir quais os tipos e extensão dos serviços a criar (Benjamin, 1999);

(iv) Permitir que os serviços cubram toda a população. Inicialmente, o SAD destinava-se apenas a pessoas que apresentavam incapacidade funcional normalmente idosas. Verificou-se, contudo, alguma mudança, no sentido de integrar, como beneficiários

deste serviço, todo o tipo de incapacidades, físicas ou cognitivas, que justifiquem uma supervisão contínua a indivíduos de todas as idades (Benjamin, 1999);

(v) Garantir a qualidade dos serviços**.** Segundo Benjamin (1999) assegurar esta qualidade não é tarefa fácil, tendo em conta que se trata de um serviço que não tem uma supervisão directa por parte dos seus coordenadores, exceptuando a própria monitorização da opinião dos beneficiários dos serviços. A qualidade dos serviços de SAD parece estar intimamente ligada aos recursos humanos a eles associados. Applebaum & Phillips (1990 citado por Benjamin, 1999) referem que o sucesso do SAD depende largamente dos prestadores de serviços, que são normalmente mal pagos, pouco supervisionados e inadequadamente formados;

(vi) Integrar e coordenar os serviços**.** A integração é entendida como a junção das diversas componentes do serviço. A coordenação refere-se à disposição e ajustes das mesmas componentes, de forma a corresponder às necessidades dos beneficiários. Vem a este propósito a integração e coordenação necessárias entre os serviços formais e informais, o social e a saúde, bem como os cuidados em situações agudas e os cuidados continuados (Benjamin, 1999; Cox & Ory, 2000);

(vii) Fortalecer os sistemas informais de cuidados. Há que avaliar devidamente as consequências provocadas no cuidador pela prestação dos cuidados. De um modo geral, as leis dos diversos países não valorizam devidamente este trabalho, pelo que são bem conhecidos os efeitos nos cuidadores. O esforço deverá ser no sentido de fortalecer exactamente estes cuidadores informais (Benjamin, 1999; Cox & Ory, 2000). Os objectivos para o futuro devem incluir as pessoas que providenciam a maior parte dos cuidados de saúde e que são, afinal, as famílias, bem como o local onde esse cuidado é prestado, e que é a casa. Segundo Levine (1999), o apoio às famílias pode variar consoante as suas necessidades. Algumas podem querer apenas uma boa noite de sono. Outras desejarão apenas uma boa comunicação com os profissionais, que poderá passar apenas pela possibilidade de ter alguém a quem possam telefonar para obter respostas às suas dúvidas.

Neste contexto de análise, os benefícios deste serviço, seja para o indivíduo ou para a sociedade parecem, assim, coincidir, mesmo que de forma indirecta.

2.2 Conceito de SAD

Serviço de Apoio Domiciliário tem sido alvo de grande desenvolvimento nos últimos anos no nosso país (DGEEP, 2004). Em paralelo no contexto europeu esta tendência tem sido também acentuada (Emlet & Crabtree, 1996; Seutin, 1999; Binstock & Cluff, 2000; Hutson, 2000).

O SAD assenta em princípios comuns, e Thomé (2003) considera que o conceito de SAD, não é totalmente claro. Trata-se de um serviço que consiste essencialmente na prestação de serviços, de natureza social ou de saúde, ou ambos, no domicílio da pessoa, a qual, face à sua situação de perda de autonomia funcional, necessita de ajuda externa, por um período de tempo que pode ser limitado, ou prestado de forma continuada (Kane, 1999a; Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory, 2000; Rodríguez & Sánchez, 2000).

A *Organização Mundial de Saúde* (OMS) define o SAD como uma resposta articulada entre os serviços da saúde e do social, os quais são prestados ao utente no seu próprio domicílio (Knight & Tjassing, 1994). Esta coordenação dos serviços permite em grande medida, prevenir, retardar ou mesmo impedir a institucionalização do idoso.

Kane (1999a) adopta a definição de SAD como o serviço que engloba o cuidado de saúde ou ajuda dirigida a pessoas que residem nas suas casas, requerendo essa mesma ajuda em face do seu estado funcional ou de saúde. Segundo o mesmo autor, o tipo de cuidados não se restringe apenas aos indivíduos que já apresentam algum tipo de incapacidade relevante, devendo sobretudo, constituir-se como estratégia de prevenção, para que as pessoas idosas não fiquem precocemente confinadas à sua casa, em virtude da degradação do seu estado funcional.

Para *US Public Health Services*, (Serviços de Saúde Públicos Norte Americanos), (Marrelli, 2001), o SAD define-se como uma componente contínua de um sistema de saúde compreensivo, onde os serviços de saúde que são prestados ao indivíduo ou famílias, nos seus locais de residência, têm o propósito de promover, manter, restaurar o estado de saúde, ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos da doença, incluindo estados terminais.

Na definição apresentada por Rodríguez & Sánchez (2000), este serviço apresenta-se como um programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador, no qual são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, com incidência nos cuidados pessoais, desde a higiene à alimentação, cuidados da habitação e apoio psicossocial. Estes serviços destinam-se quer ao idoso quer à sua família, promovendo a manutenção das relações do idoso com o seu meio envolvente.

Conceitos como os de promoção e reabilitação do estado de saúde evidenciam a importância que é atribuída ao bem-estar do utente, designadamente à sua independência em termos funcionais.

A prestação de cuidados na fase terminal também constitui actualmente, uma realidade muito presente nos cuidados domiciliários, sobretudo quando as neoplasias e doenças cardio-vasculares constituem as principais causas de mortalidade entre os mais idosos, o que determina cuidados especializados, que os profissionais nesta área deverão ser capazes de prestar.

Nas definições apresentadas, verifica-se alguma diferenciação relativamente à orientação do serviço. As primeiras definições, associadas a países anglo-saxónicos, parecem aparentemente estar mais direccionadas para a intervenção ao nível da saúde, com incidência na reabilitação. A definição de Rodríguez & Sánchez (2000), associada a países como Espanha, Portugal e Grécia, valoriza a perspectiva onde a vertente do social tem um papel preponderante, em muitos casos, apenas o único, atendendo ao baixo nível de desenvolvimento quer dos serviços de saúde no domicílio dirigidos a população idosa, quer da reduzida articulação entre ambos.

Nas definições referidas, que de um modo geral se aproximam dos objectivos do SAD, está implícito um conjunto de conceitos que importa analisar e que constituem, assim, a base da caracterização deste serviço, nomeadamente em termos de Agentes do Serviço de Apoio Domiciliário, Mecanismos de Intervenção, e Consequências e Impacto do SAD.

2.2.1 Agentes do Serviço de Apoio Domiciliário

Assume-se como agentes do SAD, os beneficiários, o domicílio e os profissionais envolvidos, porque se trata efectivamente dos elementos básicos para a implementação do SAD.

2.2.1.1 Beneficiários

As razões subjacentes aos pedidos do SAD são diversas e multifactoriais. Trata-se de um serviço dirigido, de um modo geral, a todas as pessoas que, por razões diversas, perderam parte ou a totalidade da sua autonomia, tendo como objectivo principal, promover a sua recuperação e consequente autonomia pessoal, contribuindo para um aumento da sua qualidade de vida (Bracco, 1999; Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory,

2000). Apesar do SAD estar normalmente associado a pessoas idosas, fragilizadas e dependentes, a tendência actual é a de alargar o conceito a todas as idades e a diagnósticos diferenciados (Cox & Ory, 2000).

Importa a este propósito, caracterizar, ainda que de forma sumária, o conceito de dependência. No sentido de criar consenso em torno duma ideia, e segundo o Libro Blanco de la Dependencia "Atención a las Personas en Situatión de Dependencia en España", o Conselho da Europa aprovou, em Setembro de 1988, a Recomendação Nº 98 (9), cujo teor define dependência como um "estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta ou la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/oayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diária, y de modo particular, los referentes al cuidado personal" (2004, 4).

A dependência é considerada como um défice do funcionamento corporal originado por doença, acidente ou decorrente do próprio processo de envelhecimento. Este défice pode ser compensado pela adaptação do meio envolvente (exemplo da utilização de ajudas técnicas); noutros casos, esta dependência só é minimizada com a intervenção de terceiros na realização das AVD's.

O SAD surge, neste contexto, com o objectivo de responder a necessidades de natureza diversa, seja em termos de colaboração, seja de substituição quer do indivíduo quer da sua família.

As motivações associadas com os pedidos de SAD prendem-se, normalmente, com situações agudas, associadas à alteração repentina do estado de saúde dos indivíduos. Muitos dos pedidos surgem no período de pós internamento hospitalar. Segundo Binstock & Cluff (2000), são normalmente patologias como AVC's, pneumonias, doenças pulmonares obstrutivas crónicas, fracturas do fémur e problemas cardio/respiratórios que originam a maior parte dos pedidos de SAD.

Noutros casos, o pedido de SAD associa-se a pessoas idosas, que naturalmente vão perdendo algumas capacidades funcionais associadas ao envelhecimento, necessitando de apoio na realização de diversas tarefas, cujo objectivo não é necessariamente a reabilitação, mas a manutenção da qualidade de vida dos chamados "pacientes crónicos domiciliários" (Revilla & Almendro, 2003).

Por sua vez, os avanços da medicina e das tecnologias associadas facilitam o tratamento no domicílio. Actualmente, muitas das tecnologias sofisticadas, há cerca de 20 anos atrás apenas disponíveis em unidades hospitalares (terapias através de ventiladores, alimentação parenteral, medicação intravenosa, entre outras), permitem que muitos doentes (alguns com doenças crónicas) possam efectuar tratamento em casa,

continuando assim a beneficiar de cuidados de saúde especializados, evitando internamentos hospitalares (Cluff & Brennan, 2000; Osterweil *et al*., 2000).

Foram vários os estudos citados por Fortinsky & Madigan (2000) que pretendiam analisar os factores determinantes para a utilização do SAD. Os resultados indicam que, (i) o factor idade parece ser preponderante para a utilização do serviço; (ii) relativamente à variável sexo, as mulheres parecem ser maiores utilizadoras que os homens; (iii) o factor raça parece não ter qualquer influência a este nível; (iv) relativamente ao factor económico, este parece exercer alguma influência no recurso ao serviço SAD. Contudo, importa salientar que o estado funcional do indivíduo constitui o factor mais determinante na utilização deste serviço (Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory, 2000).

Sem dúvida que SAD deste início de século, para pessoas com doenças crónicas ou dependentes, é diferente do desenvolvido no século XX (Tirrito *et al*., 1996). O SAD actual será influenciado pelas necessidades de uma população cada vez mais envelhecida, pelas mudanças progressivas na constituição das famílias, pela epidemiologia, e pela participação crescente da mulher no mercado de trabalho. Parece-nos natural que a procura deste serviço se acentue nas próximas décadas (Hutson, 2000).

2.2.1.2 O Domicílio

O domicílio constitui-se como o espaço de intervenção privilegiado, apresentando-se como o marco diferencial das outras respostas sociais para a população idosa. Recentemente, o princípio da manutenção do idoso no seu domicílio, privilegiando-se o envelhecimento em casa, conhecido na literatura estrangeira como *ageing in place* Callahan, (1993, citado por Pérez & Fernández-Mayoralas, 2002), tem ganho relevância especial na área da gerontologia.

Frases como "prefiro morrer, a ter que ir para um lar" são ainda hoje muito comuns entre a população mais idosa. A este propósito, Brickner refere uma expressão escrita na porta de casa de uma utente de 92 anos, beneficiária de SAD, "The only thing I'm worrying about is keeping out of a nursing home" (A última coisa que quero é ir para um lar) (1997, p: 4).

Stone (2001) salienta que os lares de idosos, normalmente, evocam imagens de abandono e de fragilidades familiares, contrariamente ao SAD, que proporciona e facilita a independência e a integração sociais, muitas vezes dificultada nesta faixa etária. Ao conceito de casa e domicílio estão associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e até de poder, já que é aí que se encontram as representações do seu

quotidiano, os marcos da sua existência, de dor, conflito, felicidade, o que se diluirá certamente numa vivência em grupo.

Manter-se no seu domicílio deveria mesmo constituir-se como um direito, devendo ser possibilitado a toda o indivíduo idoso que o desejasse, ainda que apresentasse um quadro de dependência significativo. Dar a possibilidade aos mais velhos de envelhecer no lugar onde querem, e da maneira que preferem, é imperioso.

Os idosos ganham familiaridade com o seu ambiente através de rotinas estabelecidas ao longo de anos que, apesar do eventual desgaste que se possa verificar no imóvel, não parece afectá-los. Aliás, segundo Rubinstein *et al*., (1992 citado por Emlet & Crabtree, 1996), é normal os idosos adaptarem os espaços da casa que consideram centrais às suas limitações físicas, deixando de utilizar todos os restantes espaços disponíveis.

O próprio espaço externo à habitação é igualmente importante, designadamente a igreja, o comércio local e o jardim, atendendo a que muitas vezes, são estas as referências que permitem ao idoso manter-se orientado no tempo e no espaço, através, por exemplo, do toque do sino da igreja, dos ruídos dos vizinhos, factores que contribuem de forma evidente para a continuidade dos seus ritmos vitais, mantendo assim o seu equilíbrio e qualidade de vida. São este tipo de referências que o indivíduo idoso não consegue transportar consigo para uma instituição, independentemente do seu funcionamento e por muito respeito que esta demonstre ter pelos seus usos e costumes (Bernardo, 1993).

Associada ainda a esta ideia de casa, de domicílio, encontra-se a convicção entre a população idosa, e talvez não só, de que se verifica uma maior responsabilização e acompanhamento das famílias, se o idoso se mantiver no seu domicílio.

A prestação do SAD pretende assim, que a pessoa idosa possa continuar a viver na sua casa o mais tempo possível, em condições de conforto e dignidade aceitáveis.

Importa contudo referir que, muitas vezes, esta permanência no domicílio está condicionada e dificultada pelas condições ambientais da própria habitação. Em países como o nosso, onde a política habitacional, sem grande tradição, permite que muitos idosos vivam em condições habitacionais muito precárias, a prestação do SAD é, em muitos casos, seriamente dificultada. Começam, no entanto, a surgir pelo País, projectos que prevêem a adaptação das condições habitacionais dos mais dependentes. Estes encargos são normalmente assumidos, na maior parte dos casos, pelas autarquias[2]. O

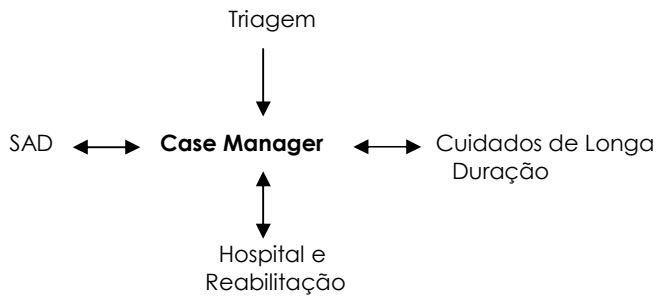
[2] A este propósito temos a referir entre outros, o Projecto desenvolvido pela Câmara Municipal de Cascais, "Projecto de Pequenas Reparações no domicílio de munícipes idosos/dependentes e economicamente desfavorecidos", o qual desenvolvido em conjunto com algumas Juntas de Freguesia do Concelho, tem por objectivo prestar apoio na realização de pequenas reparações/adaptações em casa dos idosos e/ou dependentes que simultaneamente apresentem uma situação sócio/económica desfavorecida, de modo a permitir a permanência no domicílio com qualidade de vida (Carvalho, 1999).

Programa PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos) prevê igualmente a adaptação ambiental da habitação, de modo a facilitar a permanência do idoso no domicílio.
Aos profissionais envolvidos na prestação do SAD, é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade, isto é, "na sua casa cada um é Rei"; o utente é quem decide quando, onde e como é que quer que o tratem. Tal como refere Pastor-Sánchez (2003), na sua casa o utente faz o que quer, e os profissionais, aquilo que os deixam fazer.
O próprio contexto habitacional por si só também influencia o processo de cuidar. Tratar um utente numa mansão ou num casebre não será certamente a mesma coisa. Atender a um idoso só, e nalguns casos "abandonado" pelos seus familiares, não será também a mesma coisa que cuidar de outro protegido pela sua família ou cuidador principal. Esta diversidade de contextos onde se presta o cuidado exige aos profissionais procedimentos adequados à realidade que encontram na prestação dos serviços (Pastor-Sánchez, 2003).

2.2.1.3 Modelos de Gestão do SAD e Tipologia dos Profissionais Envolvidos

O acompanhamento dos casos de SAD pode ser sustentado na base de dois modelos: multidisciplinares ou gestão de casos.
Com maior tradição nos países Anglo-Saxónicos, o modelo interdisciplinar apresenta a figura do *Case Manager*, como preponderante. É nele que está centrado todo o processo de acompanhamento do idoso (Hérbert *et al*., 2003), e independentemente da instituição de acompanhamento, é a figura do Gestor de Casos que faz a gestão integrada do utente.

Fig. 2 – Modelo de Gestão de Casos



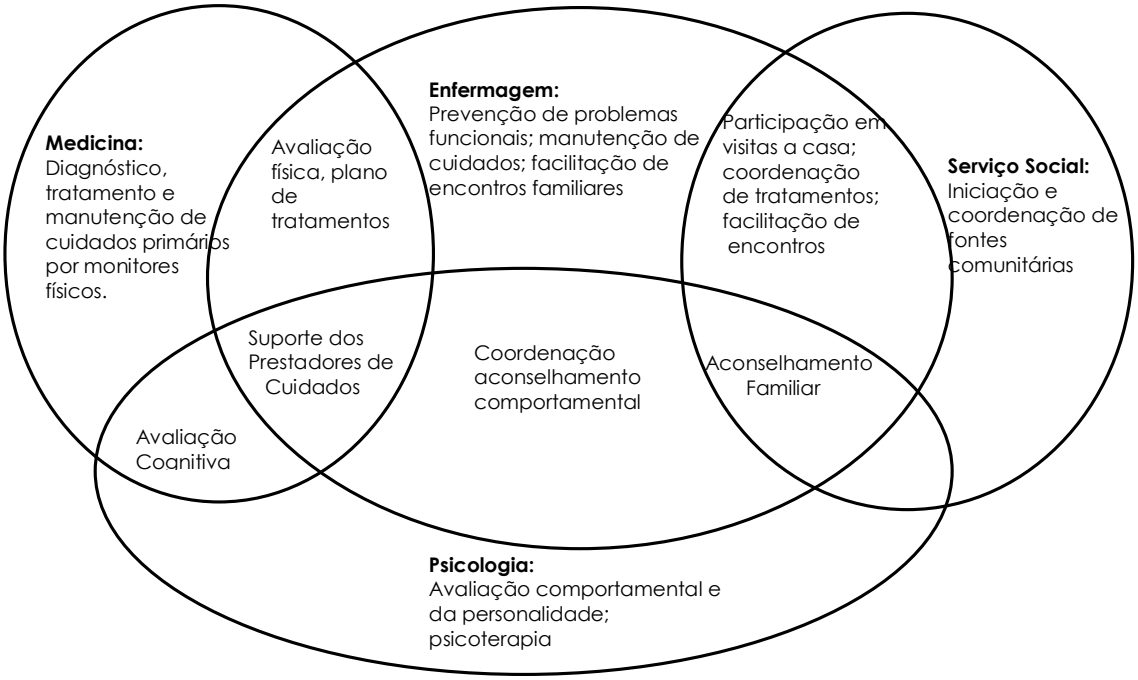
Adaptado de Hérbert *et al*. (2003).

O modelo multidisciplinar pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar, a qual constitui a base de toda a organização do trabalho, tendo como objectivo principal a criação de uma resposta ideal de atenção ao idoso. É nos princípios deste modelo que se baseia maioritariamente a intervenção dos profissionais portugueses.

A actuação dos diferentes profissionais, interagindo nas áreas comuns sem que interfiram nas áreas específicas, deve possibilitar ao idoso uma condição de saúde ideal, entendida segunda a OMS como bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença.

Nalguns países ocidentais, designadamente nos EUA e outros Europeus (sobretudo escandinavos), esta equipa do SAD é constituída por profissionais de áreas diferenciadas. Normalmente inclui médico e enfermeira, que são dois elementos chave na constituição da equipa. Consoante as necessidades do utente, outros profissionais podem ser envolvidos, designadamente, médico geriatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicólogo, entre outros. Quanto ao pessoal não técnico, incluem-se normalmente as ajudantes familiares domiciliárias. A coordenação desta equipa está normalmente a cargo da enfermeira responsável, geralmente uma *registered nurse* (Marrelli, 2001), que assume a liderança de todo o processo.

Figura 3 - O papel dos membros da Equipa Multidisciplinar



Adaptado de Elon *et al*. (2000).

O êxito do funcionamento do SAD depende, em grande medida, da clara comunicação e coordenação na e da equipa, no sentido de prestar um serviço que corresponda à resolução dos problemas do idoso e das famílias, os quais são, normalmente, além de complexos, também mutidimensionais. Provavelmente o elemento mais importante na criação de uma equipa realmente efectiva é a compreensão e interiorização do papel de cada um dentro da própria equipa (Anderson *et al*., 2001).

A especificidade desta equipa implica a reunião de um conjunto de características. Entre elas salientam-se: (i) flexibilidade e criatividade para utilizar o conhecimento e a tecnologia de forma adequada a cada utente; (ii) capacidade para trabalhar independentemente, sem no entanto deixar de reconhecer os seus limites, procurando conselhos quando necessário; (iii) capacidade para avaliar todas as dimensões de uma determinada situação e comunicá-lo, de forma clara e concisa, a toda a equipa, seja oralmente seja por escrito; (iv) respeito e zelo pela habitação do utente, independentemente das suas condições; (v) capacidade de estabelecer empatia com os utentes e famílias, no sentido de definir objectivos em comum; (vi) capacidade de criar motivação nos utentes, favorecendo atitudes positivas e promovendo a independência e cumplicidade no plano dos cuidados.

Os profissionais afectos ao SAD também deverão orientar a sua conduta sob um determinado conjunto de parâmetros, de modo a que a sua actuação resulte numa resposta articulada e efectiva. Entre os parâmetros destacam-se, segundo Anderson *et al*., (2001): (i) a confidencialidade de toda a informação relativa ao utente; (ii) a documentação de toda a intervenção; (iii) a procura de apoio se existirem dúvidas relativas ao tratamento; (iv) a participação constante nas reuniões da equipa; (v) a cooperação e coordenação entre todos os elementos da equipa; (vi) a consideração do utente como elemento interveniente na definição de objectivos, planificação e execução do plano de cuidados; (vii) a participação frequente em formação contínua.

A constituição das equipas de SAD está claramente dependente das finalidades e dos serviços prestados.

Num estudo desenvolvido em Espanha pelo IMSERSO (1998), 83% do pessoal afecto ao SAD é constituído por ajudantes familiares domiciliárias, enquanto os restantes 17% correspondem a pessoal técnico e administrativo. Apesar de não existir nenhum levantamento do género em Portugal, julgamos que a nossa realidade não será muito diferente, tendo por base o cariz marcadamente social dos cuidados prestados a nível de SAD.

Precedido pelos cuidadores informais, o grupo das ajudantes familiares domiciliárias constitui a base do trabalho do SAD. Trata-se de um cuidado que se reveste duma

natureza íntima e pessoal, onde estes profissionais se constituem nos "olhos e ouvidos" do sistema de cuidados aos idosos (Stone, 2004). Muitos destes profissionais, normalmente pouco qualificados, são mal pagos e, na generalidade, não possuem formação adequada às funções desempenhadas. Num estudo recente, de Struyk *et al*., (2006) desenvolvido na Rússia, é referido que os trabalhadores (ajudantes familiares domiciliárias) não têm formação específica suficiente para a execução das diferentes tarefas, como parece que acontecerá na generalidade dos países. Contudo, e segundo Montgomery *et al*., (2005), tem-se acentuado a tendência para o aumento da escolaridade e formação adequada destes profissionais.

O futuro do SAD depende, em larga medida, do desenvolvimento e da qualidade da mão-de-obra que continuar a ser envolvida (Duarte & Diogo, 2000). Já que a população mais envelhecida prefere "envelhecer em casa" (Emlet & Crabtree, 1996), há que dotar os profissionais envolvidos da qualificação necessária ao trabalho que desenvolvem. Políticos, prestadores e beneficiários do SAD, devem reconhecer esta área como fundamental ao seu desenvolvimento. É imperioso investir no treino e formação contínua, de forma a garantir e acentuar a qualidade dos serviços dos cuidadores (Stone, 2004).

Neste contexto, considera-se que, independentemente da formação base dos profissionais afectos aos serviços de SAD, esta resposta social não é compatível com comportamentos amadores ou apenas com boas vontades. Prestadores, agentes e responsáveis por estes serviços devem estar sensibilizados para a natureza dos cuidados, bem como para a sua especificidade, garantindo um serviço de qualidade (Sampaio, 1999).

2.2.2 Mecanismos de Intervenção

Para prestar um serviço de qualidade, é necessário criar ou adoptar mecanismos de intervenção apropriados. De seguida será feita uma abordagem sobre alguns dos que se consideram fundamentais.

2.2.2.1 Princípio da Prevenção/Reabilitação e Promoção da Autonomia

A junção de objectivos como a prevenção, reabilitação e promoção da autonomia constitui outro dos princípios desta resposta social. É investindo num esforço acentuado

na prevenção da perda de autonomia, sensibilizando e motivando quer o utente quer a sua família para hábitos de vida saudáveis, prevenindo riscos e disponibilizando meios, designadamente ajudas técnicas, e permitindo que a pessoa idosa permaneça no domicílio, que se previne, em muitos casos, situações de morbidez (Bracco, 1999). É ainda desenvolvendo trabalho ao nível das relações interpessoais, reforçando os laços familiares e sociais (Otero & Zunzunegui, 2001), que se podem evitar situações menos favoráveis para os envolvidos.

Ao nível da reabilitação, está subjacente toda a recuperação das funções eventualmente perdidas, seja ao nível das actividades de vida diária, como o vestir, lavar, alimentar-se, andar, etc., seja ao nível das relações com o meio envolvente, de forma a que o utente possa retomar algumas das funções sociais anteriormente desempenhadas (Rodríguez & Sánchez, 2000; Cecchi *et al*., 2005).

A promoção da autonomia valoriza a capacidade do idoso em controlar o desenvolvimento da sua própria vida. Rodríguez & Sanchéz afirmam que uma pessoa é autónoma "cuando decide y conduce su vida por si mesma, lo que es lo mismo que afirmar que se goza de autonomía cuando se actua com libertad" (2000, 39).

Assim sendo, o SAD deve implicar o idoso nas tomadas de decisão, designadamente na elaboração do Plano de Cuidados (PC). Deste modo, o idoso deve ser ouvido, no sentido de apurar as suas necessidades e aspirações, bem como as suas opiniões e desejos. Mas, sobretudo, o idoso deve ser "ouvido" na avaliação que faz acerca da execução do PC, para se saber se corresponde às suas necessidades e expectativas.

O conceito de SAD deve então compreender um conjunto de acções que, por um lado, previnam o declínio das capacidades funcionais dos idosos de forma a manter a sua independência e, por outro, prestem apoio ao nível de cuidados continuados, ou até mesmo paliativos, aos idosos que apresentam doenças graves, promovendo a sua qualidade de vida, permitindo-lhes, através do serviço, apoio diversificado, de modo a que possam manter-se e morrer nas suas casas.

Baker *et al*. (2001) referem, contudo, ser comum registar-se casos de discrepância entre os objectivos definidos e a sua concretização, dificultando e retardando os processos de recuperação. Por exemplo, num plano de cuidados que vise promover a reabilitação física com a intervenção do fisioterapeuta, o ajudante familiar e os próprios cuidadores informais devem ser orientados no sentido de trabalhar a melhoria das competências do idoso. No entanto, o que por vezes acontece e se verifica é uma forte tendência do cuidador substituir o idoso na realização das tarefas. Segundo os autores atrás referidos, há que estabelecer um sistema eficiente de comunicação entre os profissionais, de modo

a que os objectivos estejam claramente definidos para todos os envolvidos no processo de cuidar.

2.2.2.2 Critérios de elegibilidade para utilização do SAD

A realidade norte-americana revela que para um indivíduo poder beneficiar de cuidados no domicílio através dos serviços públicos, tem de reunir determinadas condições. Essas condições passam normalmente por: (i) estar confinado a casa (conhecido na literatura internacional como *homebound*), (ii) apresentar um plano de cuidados aprovado por um médico; (iii) e, por último, necessitar pontual (part-time) ou permanentemente (intermitente) de serviços especializados, tais como cuidados de enfermagem ou de fisioterapia (Emlet *et al*., 1996; Fortinsky & Madigan, 2000).

Os termos *homebound* e *part-time* ou *intermittent* foram alvo de discussões legais, no âmbito do Programa Medicare (programa financiador dos serviços de saúde – E.U.A.), tendo em conta que são considerados fulcrais na atribuição ou não, da prestação do serviço. *Homebound* reporta-se à necessidade do indivíduo efectuar um grande esforço para poder sair de casa, isto quer dizer que se encontra como que confinado à habitação. *Intermitente* significa que o indivíduo necessita mais de 28 horas por semana de cuidados de enfermagem ou de ajuda de auxiliares de saúde. Considera-se situações de *part-time*, sempre que o indivíduo necessite de cuidados de 8 horas por dia, durante 21 dias consecutivos (Fortinsky & Madigan, 2000).

Segundo Munson (1999, citado por Wacker *et al*., 2002), 56% de todos os beneficiários de SAD nos E.U.A recebem ajuda pelo menos numa AVD(B) (com maior incidência na higiene pessoal e vestir). Relativamente às AVD(I), é sobretudo ao nível das compras que se verifica uma maior procura. Ainda segundo o mesmo autor, 84% dos beneficiários de SAD recebiam cuidados de enfermagem, 28% recebiam ajuda nas tarefas domésticas e 20% tratamentos de fisioterapia.

O Centro Municipal Geriátrico de Madrid, Espanha, caracteriza o perfil dos beneficiários de SAD, segundo algumas características, (i) idade superior a 65 anos; (ii) doentes com autonomia pessoal reduzida ou limitada; (iii) famílias incapazes de prestar cuidados adequados aos seus idosos; (iv) necessidade de tratamentos médicos, período de convalescença, ou ausência temporária do cuidador informal (Serrano & Tena-Dávila, 2004).

No estudo desenvolvido por Struyk *et al*. (2006), sobre a realidade da Rússia rural, os critérios são semelhantes, designadamente: (i) ter a idade exigida, superior a 60 anos no

caso dos homens e 55 anos para as mulheres; (ii) viver sozinho, ou não ter possibilidade de viver com um familiar; (iii) estar certificado por um médico de que necessita de assistência regular.

Em Portugal, os critérios de elegibilidade não estão definidos de um modo tão claro como nos exemplos apresentados. Cabe à Direcção Técnica das Instituições prestadoras deste serviço, a analisar os pedidos existentes e avaliar a adequação do pedido à resposta oferecida pelo SAD. A legislação que regulamenta em Portugal o Serviço de Apoio Domiciliário (Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro), não referencia de forma clara os critérios de elegibilidade para utilização do SAD.

2.2.2.3 Programa Individualizado

O princípio de um Programa Individualizado pressupõe que se trata de um serviço flexível e adaptável às reais necessidades da pessoa a quem se dirige. Não se apresenta como uma resposta *standard*, nem homogénea, mas constituiu-se num serviço que, planificado individualmente, determina qual o tipo de resposta a oferecer à pessoa e à sua rede de suporte social, em função de todo um quadro avaliado antecipadamente à prestação do cuidado (Tirrito *et al*., 1996; Emlet *et al*., 1996; Rodríguez & Sánchez, 2000).

A prestação do SAD assenta, fundamentalmente, na oferta de serviços de natureza diferenciada, designadamente serviços de saúde, atenção pessoal, doméstica, apoio psicossocial e familiar, e relação com o meio envolvente da pessoa assistida. Os serviços de saúde constituem, nalguns países, a base dos serviços de SAD (Emlet *et al*., 1996; Cluff & Brennan, 2000). O apoio pessoal centra-se essencialmente em tarefas como o apoio na higiene pessoal, mobilizações, orientação espaço/temporal, companhia, escuta activa, etc. Na atenção doméstica, incluem-se todas as tarefas relacionadas com a habitação e alimentação, designadamente limpeza da casa, tratamento de roupas, confecção dos alimentos, apesar de, na perspectiva de Rodríguez & Sánchez (2000), este tipo de tarefas deverem ser menos valorizadas pelo SAD, uma vez que poderão ser realizadas por outros elementos, nomeadamente empresas do ramo, que não pessoal especializado em serviços sociais. Em termos gerais, o apoio psicossocial consiste na escuta activa do idoso, de forma a mantê-lo activo, fomentando a sua auto-estima. No que se refere ao apoio familiar, está subjacente à resposta SAD o princípio da colaboração com a família, mais que o da sua substituição. Pretende-se com este tipo de resposta social, para além da colaboração na prestação dos cuidados diversos, favorecer as relações familiares, aumentando a sua coesão. Pretende-se sobretudo aliviar a família na tarefa de cuidar.

Dentro da programação do SAD são muitas as experiências em que, paralelamente aos cuidados directos ao idoso, está previsto um conjunto de sessões de informação, formação, partilha de experiências, dirigidas aos cuidadores principais (Rodríguez & Sánchez, 2000).

A relação com o meio envolvente do idoso, constitui também uma premissa importante na intervenção do SAD. Deverá ser facilitado e mesmo estimulado o contacto e intervenção nas suas redes sociais de suporte, bem como nos recursos sociais e comunitários existentes na área de residência do mesmo (Nolan *et al*., 2001).

Assim, a programação e desenvolvimento do SAD orientam-se segundo quatro fases,

(i) Diagnóstico ou fase inicial, que inclui a detecção de necessidades e conhecimento dos recursos existentes;

(ii) Planificação, fase na qual é programada toda a intervenção, procedendo-se à definição dos objectivos da intervenção, dos recursos humanos e materiais necessários, e calendarização dessa mesma intervenção. Em termos gerais, nesta fase, responde-se à seguinte pergunta – "Que vamos fazer para resolver este problema?";

(iii) Execução do programa de intervenção ou plano terapêutico, que assenta sobretudo na aplicação e desenvolvimento do programa de actividades, elaborado para resolver o problema diagnosticado;

(iv) Avaliação de todo o processo, onde se questiona se os objectivos inicialmente definidos foram atingidos, iniciando-se um novo programa de intervenção, num processo que deverá ser de reavaliação contínua (Rodríguez & Sánchéz, 2000).

O SAD apresenta-se assim como um serviço comunitário que prevê uma abordagem global do utente, de modo a prestar um apoio adequado às suas necessidades efectivas.

2.2.3 Consequências/Impacto do SAD

O SAD caracteriza-se como uma resposta social vantajosa para as partes envolvidas, atendendo às suas características intrínsecas. A utilização em termos de tempo dispendido e custos associados vão depender naturalmente das características do utente com que se está a lidar.

2.2.3.1 Intensidade do consumo do SAD

O número de visitas e o tempo utilizado em cada visita, constituem algumas das unidades utilizadas na medição da utilização do SAD (Fortinsky & Madigan, 2000), sem que no entanto exista consenso relativamente a uma fórmula generalizável que determine o tempo a utilizar perante um determinado "caso".

Fortinsky & Madigan (2000), quando se referem ao conceito de visita estão a falar no contacto que se estabelece entre o utente e o profissional, seja qual for a sua função, e que decorre na casa do utente. Segundo os mesmos autores, este conceito de visita tem recentemente sido apresentado como uma das unidades de análise mais utilizadas na investigação do SAD, tendo em vista descrever modelos de utilização de recursos, bem como explorar os factores que afectam a variação na utilização dos serviços (Fortinsky & Madigan, 2000).

A frequência das visitas tem constituído em países como os Estado Unidos, a base de cálculo para o pagamento dos serviços de SAD. Contudo, a variável relativa ao tempo utilizado em cada uma das visitas, pode também ser utilizada na medição do consumo. Controlar o tempo utilizado nas visitas, parece apresentar algumas vantagens, uma vez que permite: (i) que os responsáveis pelos serviços comparem os seus resultados com outras agências para assim avaliar a sua eficiência e a sua produtividade; (ii) que os responsáveis possam relacionar o estado do utente e o tempo gasto de modo a visualizar os resultados no utente; (iii) por último, que, nas situações de utilização substancial de tempo em viagem, se possa utilizar mais tempo em cada visita, de modo a reduzir o número de visitas e rentabilizar o tempo utilizado (Adams *et al*., 2000).

É evidente que a duração da visita está dependente da capacidade funcional do indivíduo. No entanto, o tempo a utilizar com cada utente não se restringe apenas ao contacto directo (que é estabelecido) em casa do mesmo, outros indicadores devem ser previstos, designadamente o registo da informação e a preparação das visitas.

São vários os estudos que se têm debruçado sobre o número de visitas e o tempo utilizado em cada uma delas. Struyk *et al*. (2006) defendem que os serviços modelo incluem três visitas semanais, com duração de cerca de hora e meia cada. Os idosos que necessitam de mais cuidados recebem visitas em cinco dias na semana, com tempo superior a quatro horas. O tempo mínimo previsto para cada visita ronda, normalmente, os 15 minutos.

Nos estudos de Payne *et al*. (1998, citados por Fortinsky & Madigan 2000), mais direccionados para as visitas de enfermagem, é referido que a duração da visita dos serviços varia consoante os problemas de saúde do doente. Em média, um doente com

problemas médico/cirúrgicos gasta cerca de 33,3 minutos, enquanto um doente terminal apresenta um tempo de utilização mais alargado, uma média de 59,5 minutos por visita. Também os estudos referidos por Adams *et al*. (2000), evidenciam diferenças significativas no tempo utilizado nas visitas, dependendo da patologia do utente.

Em Espanha, e segundo o Libro Blanco de la Dependência (2004), o tempo utilizado no SAD, no ano 2004, situa-se nas 16,43 horas mensais, sendo a média semanal de cerca de 4 horas, por cada utente.

O tipo de profissionais envolvidos na prestação do cuidado parece também constituir outra das variáveis utilizadas na medição do consumo do SAD. As ajudantes familiares parecem ser as que mais tempo utilizam no cuidado ao utente, seguidas de pessoal de enfermagem. Em último estão os trabalhadores sociais que, embora não realizem visitas tão frequentes como outros profissionais, tenderão a realizar visitas mais demoradas.

Estudos realizados no estado de Maine, nos Estados Unidos, revelaram que 80% a 90% dos cuidados prestados no domicílio eram efectuados pelas ajudantes domiciliárias, Forthinsky *et al*. (1992, citado por Fortinsky & Madigan, 2000). Assim, conclui-se que podem ocorrer variações substanciais perante diferentes diagnósticos, determinando, deste modo que os responsáveis pelos serviços não devem generalizar o tempo gasto perante cada diagnóstico.

Actualmente considera-se que a medição do tempo gasto em cada visita se torna imperiosa, daí que a investigação actual procure conceber um modelo que permita calcular o consumo dos serviços e, ao mesmo tempo, inclua as diversas variáveis que interferem no mesmo, designadamente as necessidades a cobrir e o tipo de profissionais envolvidos.

No nosso País, o cálculo do tempo de atenção necessário seja em termos de número de visitas, seja na duração das mesmas, é tarefa do Trabalhador Social. Para tal elabora um *Plano de Atenção Individual*, tendo em conta as necessidades diagnosticadas, os recursos existentes, sobretudo ao nível do apoio informal disponível e de outros recursos da comunidade (Despacho Normativo 62/99, de 12 de Novembro).

O que se pode constatar da experiência de outros países, é que os valores que servem de base ao cálculo do pagamento das comparticipações dos fundos públicos têm em conta o número de visitas efectuadas, o tempo dispendido em cada visita e o tipo de profissionais envolvidos na prestação do cuidado. Em Portugal, este tipo de cálculo não se realiza. Independentemente do tipo de serviços prestados ou dos profissionais envolvidos, a Segurança Social Portuguesa comparticipa de forma semelhante todas as instituições (CNIS, 2006). A única distinção efectuada resulta do número de dias em que é prestado o cuidado, isto é, se 5 ou 7 dias na semana.

2.2.3.2 Custos associados ao SAD

A ideia de que o SAD é uma resposta financeiramente mais vantajosa para a população idosa do que a resposta Lar, e ainda mais do que os internamentos hospitalares parece constituir uma evidência no modelo actualmente estabelecido. Os valores pagos pela Segurança Social às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's), através dos *Acordos de Cooperação* determinam um valor substancialmente mais baixo à valência SAD, da que à valência Lar (CNIS, 2006).

O envelhecimento da população está actualmente a exercer uma grande pressão sobre as estruturas hospitalares. Os últimos dados revelam que as pessoas idosas são quem mais recorre aos serviços de saúde, por problemas graves e urgentes, o que determina internamentos hospitalares, que requerem mais tempo de atenção. Segundo Rodríguez *et al*. (1989, citado por Sabartés *et al*., 2004), os internamentos de idosos utilizam um maior número de meios auxiliares de diagnóstico, geram maior morbidez e apresentam pior prognóstico de alta.

As restrições financeiras a que têm sido sujeitos os sistemas de saúde, tal como se verifica no caso Português, reduzem e limitam os dias de permanência nos hospitais centrais, atendendo ao elevado custo de uma diária hospitalar.

Assistimos, assim, ao incremento de cuidados em serviços comunitários, com uma grande incidência nos serviços domiciliários. A nova versão deste tipo de cuidado, que integra a vertente da saúde, conhecido entre nós como Apoio Domiciliário Integrado (A.D.I.), começa a ganhar alguma visibilidade (Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade). Mais recentemente, a *Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde*, regulamentada através do Decreto/Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro, vem evidenciar esta orientação dos serviços de saúde para a comunidade (Sampaio, 2005).

O investimento feito na prestação de cuidados na comunidade, designadamente no domicílio, prende-se com factores de natureza diversa. A convicção de que os indivíduos preferem reabilitar, convalescer ou até morrer em casa que numa estrutura hospitalar, é factor preponderante. Os internamentos hospitalares por si só originam, frequentemente, desgaste psicológico e desorientação nos idosos, devendo ser reduzidos tanto quanto possível (Bracco, 1999). Contudo, o factor mais determinante reside na vantagem económica que representa (Hutson, 2000).

Comparar o custo do SAD com as outras modalidades de prestação de cuidados a idosos pode ser "traiçoeiro". Normalmente, o cálculo só inclui a prestação de serviços.

Outras componentes intrínsecas, como os custos associados ao alojamento ou a prestação de cuidados pelo cuidador informal, considerado como pré-requesito para a prestação do SAD, não são considerados no cálculo do custo real deste serviço (Kane, 1999b). Os custos associados são, então, as deslocações, a composição profissional do staff e os serviços prestados (alimentação, tratamento de roupas, entre outros).

Atendendo a que o staff é considerado o vector maior "gastador" do SAD, verifica-se uma tendência em reduzir ao número de profissionais envolvidos, bem como delegar funções no pessoal economicamente menos caro. No entanto, algumas tarefas são da competência de pessoal especializado, o que vai necessariamente encarecer o serviço.

De qualquer modo, os custos com o cuidado sejam em SAD sejam em Lar ou outro, dependem, obviamente, da natureza, da execução do serviço prestado e do grau de dependência do idoso. Diferentes formas de cuidados, vão implicar custos diferenciados.

2.3 Tipologia e Finalidades do Serviço de Apoio Domiciliário

As mudanças a que se tem assistido na estrutura das populações e as suas consequências, económicas ou sociais, vão determinar uma nova forma de encarar o SAD neste século (Levine, 1999; Binstock & Cluff, 2000).

Segundo Benjamin (1993, citado por Cox & Ory 2000), a presença, cada vez maior, de população idosa e dependente, o aumento generalizado de doenças crónicas associadas ao envelhecimento e a impossibilidade de recuperação de muitas destas doenças, comprometem, naturalmente, a capacidade de resposta das estruturas hospitalares, apresentando-se o SAD, actualmente, como algo mais do que apenas um serviço secundário.

Basicamente, o SAD apresenta uma dimensão de reabilitação e uma de compensação das incapacidades diagnosticadas (Kane, 1999a), também referenciada por Cox & Ory (2000) como *Medical Postacute Services* e *Social Supportive Services*.

Estas duas tipologias podem resultar de contextos diferenciados. Em primeiro lugar, existe um grupo de indivíduos, portador de doenças crónicas e que necessita de cuidados que se podem denominar de Cuidados Crónicos (*Long-Term Care)* (Cox & Ory, 2000; Evashwick, 2005). Este conceito inclui serviços médicos, serviços de enfermagem, serviços sociais e cuidados pessoais, solicitados por indivíduos portadores de doença crónica ou incapacidade física, prestados por um período de tempo indeterminado (Osterweil *et al*., 2000). Em segundo lugar, aparece o grupo, constituído por indivíduos que, por razões

diversas, necessitam pontualmente de apoio. Nestes casos trata-se, normalmente, de episódios de doença, quedas, internamentos hospitalares provocados por doença ou outra causa, que determinam alteração da capacidade funcional, necessitando de apoio na recuperação do estado físico, que podemos designar de Cuidados Médicos Pós-agudos (*Medical Postacute Care)* (Cox & Ory, 2000). Esta diferenciação do contexto individual, resulta numa designação também diferenciada do tipo de cuidado associado, objectivos terapêuticos (*therapeutic goals*) e objectivos de compensação (*compensatory goals*) (Kane, 1999a).

Os cuidados associados a *objectivos terapêuticos* evidenciam os cuidados de saúde, visando melhoramentos mensuráveis, ou antecipação da deterioração das capacidades funcionais do indivíduo. Implica normalmente cuidados médicos e de enfermagem, educação para a saúde para o doente e para a família, bem como reabilitação, recorrendo, quando necessário, a tecnologia sofisticada. Em muitos casos pode apresentar-se como verdadeira alternativa ao internamento hospitalar.

Os cuidados associados a *objectivos de compensação* visam uma resposta que tenta compensar necessidades identificadas. Envolvem um esforço na ajuda aos utentes e às suas famílias na resolução das suas dificuldades. Evidenciam os cuidados pessoais em AVD's (P*ersonal Care),* resultando num modelo social de cuidado (Kane, 1999a; Cox & Ory, 2000).

A este propósito, Alkema *et al*. (2006), defendem a necessidade da emergência de um modelo de cuidados crónicos, para os doentes crónicos, sustentado por intervenção sistemática da saúde e serviços de suporte social. Este modelo segundo os autores, assenta no princípio de que os cuidados médicos, só por si, não respondem de forma eficaz à multiplicidade de necessidades que um indivíduo portador de doenças crónicas apresenta. Propõem, assim, que os cuidados comunitários sejam considerados como uma parte integral do plano de tratamento médico.

No seguimento do que tem vindo a ser referido, e na perspectiva de Brickner (1997), o SAD, poderá apresentar-se sob um modelo de suporte social (s*ocial-supportive model*) ou um modelo de saúde, normalmente utilizado no período após a alta hospitalar (m*edical-postacut model)*. Na perspectiva deste autor, os serviços de suporte social, *social-supportive model* são aqueles que são necessários à manutenção da pessoa no domicílio, centralizando a sua atenção na resposta às necessidades básicas do indivíduo ou ligadas às tarefas domésticas. Está normalmente associado a situações de idosos que padecem de doenças crónicas. Em muitos dos casos, este serviço está sustentado no apoio de cuidadores informais. Raramente obriga à utilização de tecnologia médica, sendo que os custos associados são assim relativamente baixos (Brickner, 1997).

Menos comum, mas mais intensivo, o m*edical-postacut model*, prevê a prestação de cuidados de saúde a idosos que apresentam problemas agudos e súbitos, com possibilidade de recuperação.

O estudo de Sabartés *et al*. (2004) defende que a avaliação da situação funcional, no momento da alta hospitalar, pode ser útil na detecção de grupos de risco de deterioração das capacidades funcionais, permitindo uma intervenção dirigida a evitar/recuperar a perda de autonomia e evitar a institucionalização precoce, bem como o recurso desnecessário a estruturas hospitalares.

Os serviços médicos *postacute* podem ser classificados como intermediários ou intensivos. Quando prescrito pelos médicos, os serviços têm normalmente uma duração, no tempo, relativamente curta. Os serviços intermediários estão dependentes de pessoal médico, sobretudo enfermeiros, podendo integrar outros profissionais. Os serviços intensivos exigem a utilização intensiva de pessoal médico, assim como de tecnologia sofisticada. Os serviços *postacute* estão normalmente bem definidos e os resultados do cuidado, designadamente a melhoria da capacidade funcional e a redução do número de vezes de recurso ao hospital, são visíveis (Cox e Ory, 2000).

O que se pretende é que o SAD, em termos de cuidados de saúde, ou em termos de cuidados de natureza pessoal, funcione de forma articulada, de modo a permitir que o utente melhore o seu estado de saúde e que a sua vida seja agradável e significativa (Kane, 1999b).

A satisfação das necessidades dos idosos, as quais podem ser de origem diferenciada, implica, actualmente, a integração destes dois serviços. A interacção entre as componentes médicas e sociais, permite, com maior facilidade, determinar quem precisa de cuidado, qual o tipo de cuidado, quem presta o cuidado, bem como o impacto destes factores nos resultados alcançados ou a alcançar (Cox e Ory 2000).

Brickner (1997) defende que nem o *Medical-postacute* nem o *Social-supportive Model* dão uma resposta adequada à natureza das necessidades diagnosticadas, oferecendo estabilidade às pessoas dependentes que se encontram em casa. O autor apresenta uma nova definição, por si designada de *Medical-Social-Supportive Model*. Trata-se de uma definição integrada, que sintetiza os cuidados domiciliários de excelência e que passam por: disponibilizar serviço de apoio domiciliário para pessoas dependentes, que se encontram em casa, assente num modelo que inclua cuidados ao nível da saúde e sociais, com visitas regulares dos profissionais; facultar todos os serviços necessários, inclusivamente de cuidados para-profissionais; permitir que o utente beneficie de qualquer tipo de ocupação; integrar uma rede de suporte ao indivíduo; prevenir a doença; e assegurar segurança no domicílio. Nesta definição, e segundo o autor, o

tempo e o custo do serviço não devem constituir obstáculo. Os profissionais envolvidos devem considerar o utente como a prioridade da sua intervenção, adequando a sua actividade aos interesses manifestados.

O estudo realizado por Lim *et al*. (2003), desenvolvido na Austrália acerca da influência do programa PAC (*Post-Acute Care*) que possibilita a integração de serviços terapêuticos (por exemplo ao nível da reabilitação) e de serviços de suporte (*supportive services*), traduzidos nos cuidados pessoais e refeições, administrados logo após a alta hospitalar, permitiu concluir que no mês seguinte se verifica uma melhoria na qualidade de vida do utente, bem como uma redução nos dias de utilização de camas hospitalares nos 6 meses pós alta hospitalar. Neste tipo de programa os coordenadores são treinados no sentido de identificar e encontrar respostas na comunidade que correspondam às necessidades do doente. Segundo os autores, esta coordenação assente na capacidade de resposta dos serviços da comunidade, desenvolvidos por profissionais qualificados, permite que a passagem do hospital para casa se efectue com benefício para o idoso.

Também Grönroos & Perälä (2005), defendem que o sucesso da alta hospitalar resulta de um processo que requer a co-operação entre os serviços de saúde e sociais.

Segundo Leutz (2005), a dificuldade na integração entre os serviços de saúde e sociais, prende-se, essencialmente, com diferenças no sistema de financiamento, administração, orientação clínica, acesso e benefícios, entre outras. Algumas das dificuldades enunciadas na integração dos serviços, prendem-se com o défice de experiência na gestão de organizações em rede e na direcção de projectos por parte dos responsáveis pelas instituições, com dificuldades de financiamento destes novos projectos e fragmentação na provisão de serviços, assim como com a falta de uma autoridade superior que estimule e incentive os intervenientes a participar num modelo de atenção partilhada. Há que avaliar a eficiência e eficácia partilhada e não apenas a de cada uma das instituições envolvidas de forma individualizada (Segura, 2002). Neste contexto, a Inglaterra apresenta-se actualmente como um dos países em que se tem verificado um esforço no sentido de integrar os sistemas sociais e da saúde (Leutz, 2005).

O estudo desenvolvido por Bernabei *et al*. (1998), demonstra que um programa de cuidado comunitário integrado, incluindo um gestor de casos, permite reduzir o número de hospitalizações e internamentos em lares. A utilização de serviços de suporte permite, assim, verificar um menor declínio no estado físico e funcional, permitindo uma redução nos custos de saúde per capita. Segundo os autores, estes resultados devem-se em parte ao treino intensivo dos gestores de casos e à tecnologia de avaliação geriátrica.

Falar-se em cuidados integrados implica considerar os problemas dos idosos como complexos e estes como indivíduos com múltiplas necessidades a necessitar de cuidados a longo prazo. Deve ser exigido aos serviços especialização, de modo a que cubram os múltiplos domínios do indivíduo, assim como uma atitude, por parte dos cuidadores, que privilegie as preferências do utente, uma vez que podem estar perante uma diversidade de problemas, do domínio físico, mental ou social, e a sua detecção antecipada, o seu tratamento e cuidados podem reduzir as consequências negativas, ao nível da saúde e bem-estar geral. Permitir cuidados e serviços num tempo e espaço apropriado, contribui, com toda certeza, para a satisfação dos idosos, se bem que seja necessário ter em linha de conta os seus próprios interesses, dado que os idosos não são todos iguais.

Contudo, e em países como Espanha e Portugal, parece constituir um paradoxo que o grupo de utentes de um sistema público de protecção social, cujas características de alto risco o tornam mais vulnerável, não tenha garantida, de forma plena, a atenção ao nível da saúde (Serrano & Tena-Dávila, 2004).

Segundo a classificação que Kane (1999a), apresenta do SAD, esta está de acordo com os objectivos definidos para o utente, que podem ser: (i) convalescença, encarada como estabilização da situação clínica, limitação de complicações e re-hospitalizaçõoes, e rápida atenção às complicações (Kane, 1994); (ii) manutenção em casa, *ongoing care*, entendida como minimização das necessidades não cobertas; bem-estar psicológico e social, identificação rápida e atenção nas mudanças do estado de saúde; sentimento de segurança, satisfação do cliente, redução dos internamentos em lares; (iii) reabilitação, encarada como recuperação do estado funcional; (iv) cuidados terminais, *hospice care*, dirigidos a pessoas com doenças terminais, cujo objectivo é o controle de sintomas, promovendo bem-estar físico e psicológico; (v) serviço de alívio do cuidador, *respite care*, semelhante ao *ongoing care*, no entanto dirigido apenas para situações pontuais que possibilite algum alívio aos cuidadores.

De entre as tipologias apresentadas e finalidades do SAD, consideram-se as três últimas como as mais importantes, pelo que se irá proceder ao seu desenvolvimento.

2.3.1 Reabilitação

A reabilitação traduz-se numa intervenção interdisciplinar com o objectivo de melhorar a função de um indivíduo que, independentemente da idade, tenha perdido capacidades funcionais devido a acidentes, cirurgias, doenças, ou mesmo eventuais perdas de função associadas ao envelhecimento (Sheets & Rubino, 2005). Neste contexto, a maximização

da função, a promoção da independência e a manutenção ou melhoramento da qualidade de vida do indivíduo constituem prioridades (Kane, 1994). É reconhecido, no entanto, que nem sempre é possível a recuperação da totalidade da função afectada (Sheets & Rubino, 2005).

As áreas de intervenção da reabilitação são múltiplas. Podem passar pela medicina física, terapia física, terapia ocupacional, terapia da fala, suporte nutricional e serviços ao nível da saúde mental.

O programa de reabilitação estabelecido para o utente deverá ser individualizado, definir os objectivos a atingir e determinar o tipo e intensidade do tratamento a executar, sendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais consideradas determinantes para a reabilitação (Sheets & Rubino, 2005).

Não obstante, os aspectos relacionados com o estado cognitivo, designadamente défices cognitivos, parecem ter um efeito negativo no processo de reabilitação, limitando o sucesso do mesmo (Brummel-Smith, 2000).

O serviço de reabilitação desenvolvido no domicílio tem vindo a desenvolver-se consideravelmente (Wade, 1998). Paralelamente, o SAD tem vindo a integrá-lo nos serviços disponibilizados.

Um estudo longitudinal, realizado por Kane & Penrod (1993, citado por Kane, 1999a), refere que os idosos que utilizam serviços domiciliários de longa duração valorizam a reabilitação das funções perdidas, considerando como heróis os profissionais ligados à reabilitação.

A reabilitação efectuada no próprio domicílio/ambiente natural do doente parece apresentar grandes benefícios (Cecchi *et al*., 2005; Sheets & Rubino, 2005), atendendo a que permite: (i) avaliar a capacidade do utente em se mover no próprio domicílio; (ii) determinar alterações a efectuar em termos de barreiras arquitectónicas; (iii) aconselhar sobre as ajudas técnicas mais ajustadas; (iv) evitar a deslocação, sobretudo quando as dificuldades de locomoção são elevadas. Em termos de benefícios da realização da reabilitação no próprio domicílio, Lafferty (1996, citado por Nolan, 2001), acrescenta ainda: (i) o desejo natural do idoso regressar a casa; (ii) a redução do tempo de hospitalização; (iii) os melhores resultados na reabilitação se forem desenvolvidos no domicílio; (iv) a diminuição dos custos.

O estudo de Cecchi *et al*. (2005), relativo a um modelo de reabilitação intensiva, *Post-acute Home Reabilitation*, e que se caracteriza como um serviço que procede à reabilitação do doente no próprio domicílio por um determinado período de tempo, implicando um envolvimento activo quer do doente quer da sua família, parece evidenciar resultados muito positivos no utente. Segundo os autores, este tipo de serviço

corresponde às necessidades de reabilitação no período pós-hospitalar, de forma imediata, eficiente e a baixo custos.

A reabilitação é muitas vezes dificultada pela própria atitude da pessoa idosa. Acontece, por vezes, que a pessoa idosa não executa as suas AVD's, com receio de deixar de beneficiar do apoio dos profissionais. Outros dizem que só executam as tarefas quando deixarem de beneficiar do apoio dos mesmos profissionais. Tal atitude e procedimentos, na perspectiva de Baker *et al*. (2001), são contraproducentes para uma reabilitação efectiva e eficiente.

A atitude das ajudantes familiares, também não facilita, muitas vezes a reabilitação, atendendo à tendência em substituir o idoso no desenvolvimento de tarefas, seja nos cuidados pessoais seja nas tarefas instrumentais (Baker *et al*., 2001).

O estudo de Baker *et al*. (2001) tenta descrever o desenvolvimento de um novo modelo de SAD que integre tratamentos médicos em condições agudas e reabilitação nas doenças crónicas incapacitantes que promovam a melhoria do estado funcional.

Segundo os mesmos autores, no modelo de SAD em funcionamento, existe um conjunto de obstáculos que impedem o alcance da independência funcional do idoso. Este conjunto de obstáculos pode localizar-se a diferentes níveis,

(i) Obstáculos de carácter *geral*, caracterizados por pouca clareza no estabelecimento dos objectivos do cuidado; pacientes muito doentes para serem cuidados com os recursos disponíveis e pouca experiência do pessoal para lidar com este tipo de doentes;

(ii) Obstáculos de carácter *localizado*, ao nível das ajudantes familiares domiciliárias, sentindo pouca autoridade no sentido de "obrigar" o idoso a tratar do seu auto-cuidado; receio de avaliações negativas por parte do idoso e dos coordenadores;

(iii) Obstáculos relativos ao *idoso e aos seus cuidadores*, resistência no uso de novas tecnologias de apoio às AVD's; pouca percepção da perigosidade do sedentarismo; papel da agência encarado como de uma empregada; pouca explicitação acerca dos objectivos do SAD; demora na disponibilização de equipamento técnico e de apoio;

(iv) Obstáculos relativos à *política organizacional*, tendo em conta a limitação do tempo disponível, já que as visitas a fazer normalmente excedem o tempo necessário à execução das tarefas (Baker *et al*., 2001).

As soluções para tornar este serviço eficiente em termos de recuperação da independência funcional, passam por vários domínios. É necessária uma definição conjunta do plano de cuidados com o idoso e os seus cuidadores, originando resultados

de optimização da capacidade funcional superiores às situações em que tal não se verifica. É importante manter hábitos no auto-cuidado, ao invés de alterar rotinas, considerando que tal é mais benéfico para o idoso. A intervenção das ajudantes deve apenas ser utilizada nas situações efectivamente necessárias, apesar deste modelo de intervenção nem sempre ser do agrado do idoso, se não forem efectivamente clarificados os seus objectivos.

A necessidade de desenvolver relações multidisciplinares na equipa que possibilite a passagem efectiva de comunicação e que os objectivos da reabilitação estejam clarificados para todas as partes, através da elaboração do registo de progresso do cuidado pessoal, torna-se imperiosa. Trata-se de um projecto que foi elaborado para comprometer os profissionais, sobretudo os médicos, na alteração da cultura do SAD, abandonando a ideia de tratar meramente a doença para se focar na independência funcional (Baker *et al*., 2001).

2.3.2 Cuidados Terminais - *Hospice Care*

Os cuidados terminais no domicílio constituem uma outra tipologia de serviços disponíveis através do SAD.

Várias vezes referido, o domicílio e a proximidade dos familiares, constitui o espaço de permanência de eleição da generalidade dos indivíduos (Emlet *et al*., 1996; Cox & Ory, 2000). Na fase final da vida, este desejo será com toda a certeza ainda mais privilegiado. Para os doentes terminais, os serviços domiciliários significam poder manter-se no seu meio, junto dos familiares e amigos (Osterweil *et al*., 2000; Wacker *et al*., 2002).

Os programas de cuidados paliativos têm por objectivo ajudar os indivíduos, portadores de doenças terminais, a viver o tempo que lhes resta com dignidade. Basicamente ajudam a família, ou outro cuidador, a possibilitar que o doente esteja o mais cómodo possível. Por princípio, funcionam 24 horas por dia, sete dias na semana (Emlet *et al*., 1996; More & McCollough, 2000). Em Portugal, uma das mais conhecidas equipas em funcionamento num programa deste tipo é a Equipa do Centro de Saúde de Odivelas, a funcionar em condições semelhantes.

Segundo Kane (1994), o objectivo principal do serviço centra-se no controle da dor, bem-estar psicológico do doente e da sua família, para lhe proporcionar um fim de vida com qualidade.

Estes cuidados são de todo apropriados sempre que a pessoa já não pode beneficiar de tratamentos curativos, quando os cuidados não exigem a utilização de tecnologia de

intervenção hospitalar e a esperança de vida não ultrapasse mais que os seis meses (Emlet *et al*., 1996; More & McCollough, 2000).

O conceito de hospício, mais do que um conceito de lugar, trata-se de um conceito de cuidado, uma vez que os cuidados normalmente são prestados na casa do doente, apesar da existência de unidades específicas para o efeito.

Segundo Wacker *et al.* (2002), nos Estados Unidos, os utilizadores deste tipo de programa são, na sua maioria doentes portadores de doenças como neoplasias diversas, doenças cardíacas e doença pulmonar obstrutiva crónica. Ainda segundo o mesmo autor, 77% destes doentes morrem em casa, e apenas 19% morrem em instituições como hospitais ou lares.

A equipa de profissionais envolvidos neste tipo de cuidados inclui normalmente pessoal ligado à saúde, designadamente médicos, enfermeiros e terapeutas, para além de outros elementos, como as ajudantes de saúde, assistentes sociais, assistentes espirituais e voluntários (Emlet *et al*., 1996; More & McCollough, 2000; Osterweil *et al*., 2000). Juntos tentam aliviar os sintomas da doença, apoiando social, emocional e espiritualmente quer o doente quer os seus cuidadores, acompanhando a família, mesmo após o falecimento do doente (Emlet *et al*., 1996).

Nestes casos, e para que possa beneficiar deste apoio do serviço, os serviços médicos têm de certificar o estado do doente como "terminal" (Osterweil *et al*., 2000).

Neste tipo de utentes, o controle da dor e o possibilitar de bem-estar geral constitui prioridade. Os estudos realizados relativamente à satisfação com este tipo de serviço demonstram resultados muito positivos quanto ao controle da dor logo após as 72 horas de intervenção (Connor & Miller, 2005).

Actualmente, é colocado um desafio ao desenvolvimento deste tipo de serviço, uma vez que se a maioria dos prestadores de cuidados terminais conta com a colaboração das família na prestação dos cuidados, os indivíduos que vivem sós, não podem usufruir dos serviços nos moldes em que funcionam, tornando-se premente disponibilizar outras soluções. Na perspectiva de Wacker *et al*. (2002), torna-se imperioso desenvolver outras estruturas de apoio, designadamente programas de voluntariado e legislação adequada, de modo a possibilitar a prestação desta tipologia de SAD a todos aqueles que, por razões diversas, não contam com a colaboração de cuidador principal.

2.3.3 Serviço de Alívio ao Cuidador - *Respite Care*

A tarefa de cuidar parece exercer no cuidador sensação de cansaço, falta de tempo para si próprio e isolamento social, devido à exigência que tal tarefa acarreta (Emlet *et al*., 1996; Sousa *et al*., 2004).

Estas experiências podem determinar a incapacidade de dar continuidade à prestação dos cuidados. Aliás, a falta de "pausa" é encarada, segundo alguns autores MaloneBeach *et al*. (1992, citado por Emlet, 1996) como uma das causas que originam a institucionalização dos idosos.

Os serviços de alívio do cuidador assentam basicamente na prestação dos cuidados ao doente que sofre de dependência ou doença crónica, por um período de tempo limitado, possibilitando, desta forma, que o cuidador principal possa beneficiar de um período de descanso (Osterweil *et al.*, 2000; Dunkle *et al*., 2001).

Kane (1994) refere que o objectivo deste serviço consiste em contribuir para o bem-estar físico, psicológico e social das famílias cuidadoras, em dar continuidade à prestação do papel da família, reduzindo, em último lugar, os internamentos em lares.

Os estudos de Colin *et al*., (1992, citados por Wacker *et al*., 2002) e de Kosloski & Montgomery (1993, citados por Wacker *et al*., 2002), defendem que este tipo de serviços reduzem substancialmente a sensação de sobrecarga, quer no idoso, quer no seu cuidador. Para além dos benefícios físicos e psicológicos, este tipo de serviços apresenta também vantagens económicas, uma vez que permite que alguns cuidadores consigam conciliar a tarefa de cuidar com a manutenção do próprio emprego.

Segundo o estudo realizado por Montgomery (1992, citado por Wacker *et al*., 2002), o perfil tipo do utilizador deste serviço tem em média cerca de 80 anos. Cerca de 85% vivem com as suas famílias e são portadores de inúmeras incapacidades, sendo dependentes, na maior parte, das AVD's.

Dependendo das necessidades do cuidador, este tipo de serviço pode ocorrer de forma regular ou por períodos ocasionais, ou durante dias ou horas. O tipo de serviço prestado varia consoante as necessidades quer do utente quer do seu cuidador. Pode variar desde apoio nas AVD's até à simples companhia.

O local onde pode ser disponibilizado o serviço também pode variar, localizando-se no próprio domicílio do idoso, ou levando à utilização de centros de dia, ou lares.

Contudo, o serviço prestado no domicílio parece ser o que mais satisfaz seja os cuidadores seja o próprio idoso, já que permite que o idoso se mantenha no seu ambiente, não necessitando de fazer deslocações (Wacker *et al.*, 2002).

Verifica-se, no entanto, alguma relutância no recurso a este serviço (Dunkle *et al*., 2001). Tal atitude resulta de causas diversas. O sentimento de dever moral e/ou social de cuidar do seu familiar constitui, muita vezes, a causa principal para a não utilização deste tipo de serviço (Emlet *et al*., 1996; Wacker *et al*., 2002). É como que se verificasse um sentimento de culpabilidade por deixar a tarefa de cuidar à responsabilidade de outros. Tal sentimento agrava-se quando o idoso reage negativamente à presença de terceiros.

Algumas das desvantagens apresentadas por Emlet *et al.* (1996), dizem respeito ao custo associado a este serviço, uma vez que, sendo por um período longo, acaba por ser dispendioso. Regista-se, assim, uma tendência para que os cuidadores encarem os programas de alívio como solução extrema e não como um serviço preventivo (Wacker *et al*., 2002). A sensibilização dos cuidadores é, nesta perspectiva, uma área a investir, no sentido da promoção da qualidade de vida das duas partes envolvidas.

O acesso a estes serviços também não está muito generalizado e, quando disponível, é na sua generalidade sustentado apenas pelo cuidador. Inglaterra é um dos países que se destaca neste tipo de cuidados, incluindo os serviços de alívio dos cuidadores, contemplado no Plano Nacional de Saúde. Em Portugal, o CATEI (Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos), pode ser utilizado também como um sistema de alívio ao cuidado, mas trata-se de uma metodologia de internamento que não contempla os serviços de alívio previstos pelo SAD.

De um modo geral, trata-se de um serviço que não está ainda muito difundido, funcionando, na maior parte dos casos, como experiências piloto, sendo os resultados ainda pouco conhecidos (Montgomery, 1995).

2.4 Enquadramento Legal do SAD em Portugal

O SAD tem-se apresentado como a resposta social que maior desenvolvimento tem registado nas duas últimas décadas. São as instituições particulares de solidariedade social quem promove o seu funcionamento, apoiadas pelo estado através da celebração conjunta de acordos de cooperação.

2.4.1 Taxas de cobertura de utilização do SAD

É no início da década de 70 que em Portugal surgem as primeiras preocupações com o envelhecimento, e se começa a falar na necessidade de uma política para a velhice. A então Direcção Geral da Assistência realiza um estudo em 1969/70, através do qual é dada visibilidade ao grupo dos idosos, alertando para as precárias condições de vida, da sua grande maioria, já que um sistema de base universal de segurança social está ainda longe de ser implementado (Quaresma, 1999).

As transformações socio-políticas decorrentes da revolução de Abril de 74 vão resultar na garantia dos direitos sociais das pessoas mais idosas do nosso país. A partir de meados da década de 70, surgem respostas sociais diversificadas dirigidas a esta faixa etária. Destacam-se entre essas respostas, o aparecimento e expansão dos Centros de Dia, que sustentam como objectivo principal a satisfação de necessidades básicas dos idosos, permitindo a manutenção do idoso na sua comunidade. Não obstante, é no entanto nas duas últimas décadas que se tem assistido, no nosso país, a um crescimento gradual de diversos tipos de respostas sociais para os idosos. Trata-se de respostas desenvolvidas quase exclusivamente pelo sector não lucrativo, designadamente por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com implantação local.

As primeiras experiências de SAD no nosso país datam do início da década de 70. Trata-se, na maioria dos casos, de ajuda doméstica, desenvolvida por serviços ligados a projectos de voluntariado.

No entanto, o tempo necessário para se verificar a expansão do SAD leva cerca de uma década. Durante o seu início, este serviço esteve geralmente ligado aos Centros de Dia, e os seus utentes eram os seus frequentadores. Os Centros de Dia, como projecto inovador na altura da sua aparição, tiveram a sua importância, na medida em que responderam a muitas das necessidades das pessoas mais idosas. Contudo, a sua própria filosofia e organização não lhes permitia intervenção significativa noutras áreas, tais como a articulação com a saúde, ou a intervenção ao nível das habitações. Devido à limitação da sua capacidade de intervenção, o recurso à institucionalização acabava por constituir, muitas vezes, a resposta possível às necessidades apresentadas pelas pessoas idosas.

Na década de 90 assiste-se à verdadeira expansão do SAD, nos moldes hoje conhecidos. De qualquer modo, o fenómeno de desenvolvimento das respostas sociais para a população idosa não se deu só em Portugal. Este generalizou-se na maioria dos países desenvolvidos e que se debatem com o mesmo fenómeno do envelhecimento populacional. Nas últimas décadas assistiu-se a um crescimento considerável do SAD nos

Estados Unidos, justificado pelo envelhecimento da população e avanço tecnológico, o qual permite prestar apoio médico sofisticado na casa do doente. Também na Suécia a situação é semelhante. Entre 1980 e 1999, o número de ocupação das camas hospitalares desceu em cerca de 70% (Thomé *et al*., 2003).

Contudo e segundo Seutin (1999), os cuidados domiciliários, desenvolvidos na Europa dos 15, revelam níveis de desenvolvimento diferenciados. Coexistem países que dispõem de serviços bastante desenvolvidos em termos de qualidade e cobertura, designadamente países como a Suécia, Dinamarca, Finlândia, que disponibilizam serviços de enfermagem, colaboração de ajudantes familiares, refeições e serviços sociais, cobrindo as 24 horas do dia e que são coordenados pelas autoridades locais, com financiamento público. Países, como a Alemanha, Áustria, Itália, caracterizam-se como estando parcialmente desenvolvidos ou num estado de expansão; as características referidas anteriormente não estão completamente salvaguardadas, isto é, não se verifica uma cobertura nacional, sendo que alguns dos serviços estão entregues ao sector privado. Países como Portugal e Grécia estão referenciados como tendo serviços de SAD subdesenvolvidos, atendendo a que também têm uma taxa de cobertura reduzida, os serviços prestados têm pouca intervenção do sector da saúde. O cuidado é ainda encarado como uma tarefa quase que da exclusiva responsabilidade das famílias.

Os dados disponíveis revelam, contudo, que em termos de território nacional, o SAD, apresenta uma taxa de capacidade superior à taxa de utilização (UT/CAP=0,92). Relativamente ao Distrito de Aveiro, regista-se a mesma tendência, com valores muito semelhantes (UT/CAP=0,93). O Distrito que apresenta uma sobrelotação do SAD mais evidente é o de Castelo Branco (UT/CAP=1,14) (Martin *et al*., 2007).

2.4.2 Instituições Particulares de Solidariedade Social

Segundo a Direcção Geral de Acção Social, as IPSS distinguem-se quanto à origem, dimensão ou âmbito de intervenção. Assim, contextualizam-se as Associações de Solidariedade Social, as Fundações e as Misericórdias, sendo estas últimas as que apresentam uma tradição mais antiga na sociedade portuguesa, com mais de 500 anos de existência.

A legislação que as regulamenta, Decreto-Lei 119/83 de 25 de Fevereiro (Segurança Social, 2006), define-as como sendo constituídas por iniciativa de particulares e sem fins lucrativos, tendo por objectivo dar expressão organizada ao dever moral de

solidariedade e de justiça para com os indivíduo, não podendo ser administradas nem pelo Estado nem pelo poder autárquico.

A sua intervenção passa normalmente pelo apoio em segmentos da população considerada mais frágil, designadamente infância, terceira idade e deficientes, além de indivíduos/famílias em risco de exclusão. A promoção e protecção na saúde, (medicina preventiva, curativa e reabilitação), a educação e a formação profissional e, finalmente, algumas experiências ao nível da recuperação do parque habitacional de indivíduos/famílias carenciadas têm-se constituído como áreas de actuação prioritárias.

Desde o aparecimento dos primeiros lares, em meados do século passado, que se tem assistido, em Portugal, a um aumento substancial quer do número, quer do tipo de respostas sociais para os idosos. Na altura, as opções de resposta, muito limitadas para responder ao fenómeno do envelhecimento, encontravam-se localizadas sobretudo nas grandes cidades, passando, em regra, por internamentos em lares que, tratando-se em muitos casos de uma solução forçada, acabava por se tornar inevitável, atendendo à inexistência de respostas alternativas.

Após o 25 de Abril, assiste-se a um desenvolvimento muito acelerado das IPSS, resultado de um modelo que lhes exige o desenvolvimento de respostas de protecção social, mas garante-lhes também financiamento público através de acordos de cooperação para a prossecução das suas actividades.

A população idosa representa, segundo a Carta Social de 2003 (DGEEP, 2003) metade da população a quem se dirige a actividade das IPSS. Todos os concelhos do continente dispõem de algum equipamento dirigido a esta franja populacional. É, no entanto, nos concelhos das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, e nos que apresentam maior Índice de Envelhecimento a nível nacional, que se regista uma maior incidência deste tipo de equipamento (DGEEP, 2003).

Quanto às receitas destas IPSS's, estas resultam substancialmente de Protocolos estabelecidos com o Estado. Na área da protecção social são celebrados Acordos Típicos e Atípicos com o Ministério da Segurança Social. Mais recentemente surgem experiências ao nível da saúde, agora com uma maior visibilidade através da Rede de Cuidados Continuados.

O apoio financeiro do Estado às IPSS inclui ainda apoios directos e indirectos, incluindo comparticipação financeira para instalações e equipamentos, transferências através do Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza, actualmente desactivado, regalias e isenções tributárias, entre outros (Hespanha *et al.*, 2000).

Segundo o Despacho Normativo 75/92 de 20 de Maio, que define as Normas Reguladoras de Cooperação entre o Estado e as IPSS, os acordos só deveriam ser celebrados quando

estivessem garantidos a idoneidade, as competências técnicas e de gestão, bem como a capacidade económica e financeira das IPSS. Na celebração dos Acordos de Cooperação, regulamentada através do Despacho atrás referido, estão definidos os deveres de ambas as partes. As instituições obrigam-se a: (i) garantir o bom funcionamento dos equipamentos ou serviços, respeitando os requisitos técnicos e de acordo com as disposições estatutárias da instituição; (ii) proceder à admissão dos utentes de acordo com o estabelecido nos estatutos, dando prioridade a pessoas ou grupos económica ou socialmente desfavorecidos; (iii) assegurar condições de bem-estar dos utentes e promovendo a sua participação na vida quotidiana do equipamento; (iv) prestar serviços adequados e eficientes; (v) assegurar recursos humanos adequados ao bom funcionamento do serviço; (vi) fornecer dados necessários aos Centros Regionais de Segurança Social (CRSS) de forma a serem avaliados quantitativa e qualitativamente, as actividades desenvolvidas; (vii) respeitar as orientações técnicas dos CRSS.

Os CRSS obrigam-se a: (i) garantir apoio técnico necessário à promoção da qualidade dos serviços prestados; (ii) estimular a formação técnica e a reciclagem profissional do pessoal; (iii) pagar pontual e regularmente a comparticipação financeira acordada; (iv) avaliar os serviços prestados.

Segundo o que defende Hespanha *et al.* (2000), existe o incumprimento das obrigações por ambas as partes. Na perspectiva dos CRSS, as normas reguladoras dos Acordos de Cooperação entre o Governo e as Uniões são muito gerais, dando azo a interpretações diferenciadas e, consequentemente, ao não cumprimento dos normativos. Relativamente às IPSS, seja por falta de pessoal técnico, seja por possuírem direcções menos esclarecidas, nem sempre garantem a aplicação das orientações nas diferentes dimensões da prestação dos serviços.

Este incumprimento é normalmente denunciado ou pelos utentes ou pelos profissionais das instituições envolvidos e não por uma efectiva "fiscalização" dos serviços competentes, que se escudam na insuficiência de pessoal técnico para avaliação da qualidade dos serviços prestados (Queirós, 2006).

O exposto anteriormente justifica-se pela reduzida intervenção do Estado, quer em termos da assunção de responsabilidades com a protecção social dos cidadãos, quer por não acompanhar devidamente a qualidade dos serviços prestados pelas instituições, em quem delega a tarefa que lhe deveria pertencer.

2.4.3 Documento Regulador

Em Portugal, o SAD está regulamentado através do Despacho Normativo nº 62/99 de 29 de Setembro. Neste Despacho, estão definidos as normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do próprio SAD.

Segundo a legislação que regulamenta o SAD, constituem seus objectivos gerais: (i) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; (ii) prevenir situações de dependência e promover a autonomia; (iii) prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias de modo a contribuir para o seu bem-estar; (iv) assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas e apoio nas actividades de vida diária; (v) colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

Os serviços previstos, para colmatar necessidades identificadas, podem passar pela: (i) prestação de cuidados de higiene e conforto; (ii) colaboração na prestação dos cuidados de saúde, sob a supervisão do pessoal de saúde; (iii) arrumação e pequenas limpezas no domicílio; (iv) confecção, transporte e/ou distribuição de refeições; (v) acompanhamento das refeições; (vi) tratamento de roupas; (vii) disponibilização de informação que facilite o acesso a outros serviços da comunidade, no sentido da satisfação de outro tipo de necessidades. Não obstante, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente: (i) acompanhamento ao exterior; (ii) aquisição de bens e serviços; (iii) acompanhamento, recreação e convívio; (iv) pequenas reparações no domicílio; (v) contactos com o exterior; (vi) apoio em situações de emergência, designadamente serviço de telealarme.

Segundo o documento normativo, o SAD deve obedecer a um conjunto de orientações. Relativamente ao quadro de pessoal a afectar, os indicadores orientam para um director técnico, um técnico de serviço social por cada 60 utentes, um ajudante familiar por cada 6 utentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro por cada 30 utentes, um trabalhador auxiliar por cada 30 utentes, um motorista e um administrativo (Bonfim e Veiga, 1996).

Deve estar organizado de modo a que, progressivamente, proporcione apoio contínuo de 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados, bem como uma actuação de emergência sempre que se justifique.

Para cada utente deve ser elaborado um Plano de Cuidados individualizado, de acordo com as necessidades diagnosticadas, e em colaboração com a família e o utente. A construção do Plano de Cuidados é da responsabilidade do pessoal técnico e a prestação dos serviços deve ser assegurada por pessoal com formação adequada.

A orientação normativa prevê também que a prestação dos serviços de SAD deva ser assegurada, sempre que possível, pelos mesmos profissionais, de modo a garantir continuidade no relacionamento do profissional prestador de cuidados e o utente, facilitando as relações interpessoais.

No processo individual do utente, deve constar um conjunto de elementos, destacando-se entre eles: (i) identificação e residência; (ii) identificação, endereço e telefone do responsável a contactar em caso de necessidade; (iii) indicação do médico assistente e seu contacto; (iv) tipo de cuidados a prestar, bem como a sua periodicidade; (v) data de início da prestação dos cuidados; (vi) cópia do contrato celebrado.

Para além da informação atrás referida, o SAD deve ter, no domicílio do utente, outro tipo de informação sistematizada em processo individual para cada um, onde deve constar: i) plano de cuidados ou serviços a prestar, rubricado pelo responsável; ii) registo de cada serviço prestado, bem como a data respectiva, assinado pelo prestador do cuidado; iii) registo de avaliação periódica.

O Despacho Normativo prevê ainda algumas recomendações relacionadas com questões éticas. Entre elas salienta-se que os profissionais envolvidos no SAD devem considerar o domicílio do utilizador como um espaço inviolável, não sendo permitido fazer alterações nem eliminar bens e objectos sem a prévia autorização do utente. Considera-se ainda que, nos casos em que ao serviço tenha sido confiada a chave do domicílio do utilizador, esta deve ser guardada em local seguro ou entregue à responsabilidade do trabalhador encarregado da prestação de cuidados.

Importa ainda referir que compete a cada uma das instituições promotoras de SAD a elaboração do Regulamento Interno do serviço, prevendo as condições particulares de funcionamento, adequando às características do meio em que está inserido, sem contudo se desviar das orientações estipuladas no Despacho Normativo atrás mencionado (Despacho Normativo 62/99 de 29 de Setembro).

Da análise dos princípios do documento regulador do SAD, em vigor, ressalta o seu cariz marcadamente social. Porque está sob a coordenação de um organismo com responsabilidades ao nível social, está direccionado para dar resposta às necessidades mais básicas dos idosos ou dependentes, sem que seja feita uma abordagem ao idoso como um ser complexo, com necessidades de natureza diversa.

2.5 Perspectivas futuras

Independentemente do nível de desenvolvimento que apresenta, e segundo a Carta Social de 2003 (DGEEP, 2003), o SAD é das respostas sociais a que apresenta uma maior taxa de crescimento, cerca de 55,8%, entre 1998 e 2003. Este crescimento verifica-se quer ao nível da sua capacidade, quer ao nível do número de utentes.

De qualquer modo, em Portugal, a responsabilidade ao nível da protecção social é assumida maioritariamente pela solidariedade familiar. A família é quem assume, de um modo geral, a provisão do bem-estar social (Pimentel, 2000).

A questão que se coloca actualmente é a de avaliar a capacidade das famílias poderem continuar a assumir o papel que têm desempenhado em termos de protecção social, face às mudanças socio-económicas e demográficas a que têm sido sujeitas. Factores como o progressivo ingresso das mulheres no mercado de trabalho, a diminuição da taxa de fecundidade, aliada à consequente diminuição da dimensão das famílias, assim como o evidente envelhecimento da população determinam o repensar do estatuto da família a este nível. As famílias actuais, segundo Hespanha (2002), confrontam-se com uma dupla escassez de recursos, desde a insuficiência de apoio estatal e até à incapacidade de encontrar, no seu seio, respostas cabais às necessidades com que se deparam.

A nova forma de cuidar passa, nalguns casos, se bem que não em todos, por uma nova forma de cuidar, que se caracteriza pela mediação anónima entre gerações, através da criação de instituições e agentes que se querem treinados e especializados. O pacto tácito outrora existente nas sociedades tradicionais, no qual os pais contavam com os filhos para cuidarem deles quando necessitassem, passa agora a ter outra configuração, já que apesar de não desaparecer esse acordo, passa agora por um processo de "despersonalização", isto é, um financiamento indirecto feito pelas gerações mais novas, através de formas institucionalizadas de cuidar (Marques, 2002). A questão do cuidar dos mais idosos pelas famílias está, actualmente envolto em alguma complexidade, exigindo uma análise mais profunda.

Do exposto, e apesar do incremento considerável que se tem verificado nos cuidados à população idosa desde a década de 60, Sousa *et al*. (2004) defendem que, para além de escassos e sem tradição, os serviços de apoio aos idosos estão, normalmente, sob a coordenação de técnicos sem formação específica na área da geriatria/gerontologia.

A legislação nacional relativamente à terceira idade é reduzida. A Lei de Bases da Segurança Social também não é explícita relativamente à população idosa. Com um contexto como o atrás caracterizado, o grupo etário dos indivíduos idosos deveria

constituir um alvo que implicasse uma maior preocupação por parte dos nossos governantes, dado tratar-se, em geral, de um grupo mais dependente e vulnerável em diversos domínios, incidindo naturalmente no nível da saúde. Aliás, o envelhecimento da população está a exercer uma forte pressão sobre os sistemas de saúde e segurança social na generalidade dos países ocidentais. A recente publicação, em 2004, do *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, assenta em três pilares: (i) promoção de um envelhecimento activo ao longo de toda a vida; (ii) melhor adequação entre a prestação de cuidados de saúde e as necessidades específicas desta população; iii) promoção e desenvolvimento intersectorial que possibilite a autonomia e independência dos idosos (Programa Nacional de Saúde para Pessoas Idosas, 2004). Contudo, entende-se que os diversos serviços envolvidos, sejam da saúde, sociais, autárquicos, ou outros, não têm disponibilizado os meios necessários, sejam humanos, sejam materiais, para uma efectivação dos objectivos definidos.

Assim, desvinculada da idade da reforma, a velhice passa a estar quase que exclusivamente associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais que surgem em idades muito avançadas. São os "muito velhos" que cada vez mais utilizam os recursos humanos e materiais disponíveis. A "dependência" dos mais velhos transformou-se, nos últimos anos, no maior desafio para os sistemas sociais. São vários os agentes envolvidos nesta problemática, passando pelas famílias, pelas organizações privadas e, por último, pelo próprio estado, enquanto produtor de políticas e principal responsável pela resolução dos problemas sociais. Segundo Fernandes (2001), o incremento verificado nas respostas sociais desenvolvidas pelas IPSS's nos últimos anos e as reservas de solidariedades familiares e de vizinhança são recursos insuficientes, nalguns casos desadequados, atendendo às exigências e dimensão do problema do envelhecimento da população. Na perspectiva deste autor, há que avaliar custos, encargos e dividir responsabilidades entre as famílias e as políticas sociais, de modo a encontrar soluções que minimizem os encargos de todas as partes.

Neste seguimento, Pimentel (2000) defende uma nova tendência no apoio social ao idoso. Segundo a autora, a desinstitucionalização do idoso surge como a solução mais vantajosa, se bem que paralelamente deva ser criadas condições que facilitem a permanência do idoso no seu meio. A concretização deste objectivo implica a interligação de três grandes eixos, que passam pela revitalização das solidariedades informais, (apesar dos estudos demonstrarem que a família continua a ser o suporte principal do cuidados aos idosos), pela manutenção do idoso no seu meio, e pela promoção de dinâmicas locais, o que aliás está a ser uma realidade entre nós com a

crescente importância que está a ser dada ao estabelecimento de parcerias entre entidades de natureza diferenciada.

Capítulo II

Necessidades e respostas no Serviço de Apoio Domiciliário

1. As necessidades em SAD: dimensões de avaliação

A avaliação de necessidades refere-se à identificação do que é necessário para se adquirir um estado de bem-estar superior. Nesse caso é necessário proceder-se à clarificação de alguns conceitos, designadamente os conceitos de *necessidade*, *pedido*, *deficiência*, *handicap*, e *dependência funcional*, dada a sua pertinência na avaliação das necessidades da pessoa idosa, e associado a estes, o conceito de avaliação geriátrica.

Witkin & Altschuld (1995) definem *necessidade* como a discrepância ou falha entre o estado presente, e o que deveria ser, ou o que era desejável. Numa perspectiva mais operacional, Branch *et al*. (2005) definem necessidade como o resultado da avaliação de um profissional que conclui que um determinado serviço ou tratamento é necessário para a melhoria do estado de um indivíduo.

Independentemente da idade, composição genética ou nível socio-económico, o ser humano necessita de ver satisfeitas necessidades diversas, designadas de básicas, como sejam a água e a alimentação, a protecção, a actividade, o sono e o descanso, a segurança, o conforto e o alívio da dor (Leahy *et al*., 1999). Maslow agrupa as necessidades do indivíduo em três tipos, nomeadamente físicas, psicológicas e sociais, considerando que as mesmas estão sujeitas a hierarquia, ocupando lugar principal as necessidades físicas, seguida das psicológicas e, por último, as sociais (Leahy *et al*., 1999).

O conceito de *pedido* é entendido como a solicitação de um determinado serviço ou tratamento, com a presunção de que a sua prestação, trará benefícios a uma determinada situação de défice.

Necessidade e *pedido* nem sempre estão correlacionados. Por vezes o *pedido* não corresponde a uma necessidade real e, por seu lado, a *necessidade* nem sempre é reconhecida pelo indivíduo, devido à dificuldade em admitir a perda de independência ou de funcionalidade (Branch *et al*., 2005).

Define-se *deficiência* como perda ou anomalia de uma estrutura ou função anatómica, fisiológica ou psicológica, enquanto que *incapacidade* se refere à perda ou restrição da capacidade para realizar actividades, consideradas normais para o ser humano, e que resultam duma deficiência.

Por seu lado, o conceito de *handicap* e segundo a classificação ICIDH-1 (1980, citado por Botelho, 2000), traduz o desajustamento entre as limitações originadas pela deficiência ou incapacidade e os recursos a que o indivíduo pode ter acesso, ficando impossibilitado de desempenhar um papel social considerado normal (Wade, 1998).

Dependência funcional é entendida como consequência das noções anteriores, determinando o apoio de terceiros na execução das actividades. Associado ao conceito de dependência funcional aparece o conceito de avaliação geriátrica.

A pessoa idosa, utente de SAD apresenta, normalmente, défices em áreas diversas, provocadas pelo processo de envelhecimento, ou alteração brusca do estado funcional, que importa avaliar, visando uma resposta adequada às mesmas necessidades. Neste contexto, a avaliação geriátrica, e segundo Molino & López (1994, citado por Rodriguéz & Sánchez, 2000), consiste num processo estruturado de avaliação global ao idoso, realizada por uma equipa multidisciplinar, em que se detectam, descrevem e clarificam os múltiplos problemas físicos, funcionais, psicológicos e sócio-ambientais). Epstein, (citado por Ermida, 2006), define avaliação geriátrica compreensiva como sendo a avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário – físico, mental, funcional, social, ambiental – com o objectivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções capazes de responderem aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades.

Para os idosos que são portadores de doenças crónicas e deficits físicos, a avaliação geriátrica disponibiliza a informação do que é essencial nos problemas clínicos, bem como o Plano de Cuidados (PC) mais adaptado (Duarte & Diogo, 2000). Por outro lado, e comparativamente com a avaliação médica tradicional, a avaliação geriátrica permite avaliar, (i) a preferência da pessoa sobre qual o cuidado que pretende; (ii) as capacidades e incapacidades funcionais; (iii) a disponibilização dos recursos financeiros para a prestação do cuidado; (iv) se existem ou não membros da família, que estejam disponíveis para apoiar no domicílio; (v) as forças ou fraquezas do estado mental ou emocional que podem influenciar no estado de saúde ou capacidade funcional da pessoa (Elon *et al*., 2000).

O objectivo da avaliação geriátrica prende-se com a apresentação das dificuldades que uma pessoa apresenta na realização das tarefas do seu quotidiano, registando os recursos disponíveis, de forma a adequar um plano de cuidados às suas reais necessidades. Para Molino & López (1994, citado por Rodriguéz & Sánchez, 2000), os objectivos básicos da avaliação geriátrica consistem em, (i) melhorar a exactidão do diagnóstico e a identificação dos problemas; (ii) estabelecer objectivos, assegurando um plano de cuidados racional; (iii) conhecer a situação da pessoa, permitindo prever qual a sua evolução, podendo observar as mudanças no decurso do tempo; (iv) assegurar a utilização dos serviços de forma apropriada; (v) garantir qualidade de vida à pessoa, evitando a sua institucionalização.

Atendendo à diversidade das áreas que compõem a avaliação geriátrica, o correcto é que a mesma seja realizada por diferentes profissionais, consoante as áreas que estão a ser avaliadas. Contudo, e atendendo também a que em muitas das instituições promotoras do SAD a equipa de trabalho é muitas vezes reduzida, a avaliação tende a ser realizada por profissionais que, não sendo especializados, devem, no entanto, ser cautelosos e usar de profissionalismo naquilo que executam (Rodriguéz & Sánchez, 2000).
A avaliação médica tradicional, normalmente circunscrita apenas à própria doença, acaba por não valorizar o todo envolvente do indivíduo. Por exemplo, definir o potencial impacto do *deficit* na função pode ser mais importante do que o *deficit* em si (Elon *et al*., 2000).
A informação assim obtida, resultante da avaliação multidimensional, deve ser o suporte do PC, de forma a ir ao encontro das necessidades do utente e dos seus cuidadores, promovendo a melhoria da qualidade de vida, da satisfação com o cuidado prestado e promovendo resultados mais favoráveis ao nível da saúde (Boling & Abbey, 2000). Outro aspecto importante a ser considerado é o contexto de avaliação, que assume especial contorno na avaliação de necessidades em contexto de SAD.

1.1 Avaliação Funcional

A avaliação funcional constitui-se como uma componente fundamental da avaliação geriátrica. Permite melhorar o diagnóstico e prognóstico do idoso, adequar e optimizar o PC, tornando-se fundamental na decisão da resposta institucional adequada a cada situação em concreto.
A avaliação funcional geralmente é avaliada por escalas de AVD(B), AVD(I) ou mistas, que englobam itens de AVD(B) e AVD(I). Considera-se AVD(B) as tarefas imprescindíveis à sobrevivência do indivíduo, tais como deslocar-se, alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir à sanita, e continência fecal/vesical. É importante avaliar a capacidade do indivíduo para viver sozinho no seu próprio meio, e é imprescindível avaliar quais as actividades que consegue executar sem qualquer tipo de ajuda, quais as que necessita de alguma ajuda na sua execução, bem como as que não consegue executar, necessitando de terceiros para a sua execução e, em última análise, para a sua sobrevivência.
Para avaliar o grau de dependência do indivíduo, estão disponíveis diversas escalas frequentemente utilizadas, destacando-se o *Índice de Katz*, (como exemplo de escala de AVD(B)). Escalas como o *Índice de Katz* são escalas de fácil aplicação, já que não

exigem grande treino do entrevistador, permitindo ao mesmo tempo obter resultados claros, relativamente ao grau de dependência/independência do indivíduo. O *Índice de Katz* avalia, assim, o grau de dependência/independência da pessoa em função da capacidade de execução de seis actividades: tomar banho, vestir-se, ir à casa-de-banho, deslocar-se, alimentar-se e continência. Apresenta uma classificação hierárquica de *A*. a *G*., referindo-se o *A*. a uma pessoa independente em todas as actividades, enquanto o *G*. se refere a pessoa totalmente dependente nestas seis actividades. É também uma das poucas escalas que tem um modelo teórico subjacente à sua construção.

As escalas de AVD(I) permitem avaliar a capacidade do indivíduo em se integrar no seu meio ambiente. Estão normalmente aqui incluídas tarefas que, sendo necessárias, não são imprescindíveis à sua sobrevivência. Destas destacam-se as tarefas domésticas, o uso do telefone, fazer compras, tomar correctamente a medicação, lidar com dinheiro, usar transportes. A escala de AVD(I) de Lawton e Brody é a mais utilizada na avaliação deste tipo de incapacidade.

Há ainda autores que referem as designadas Actividades Avançadas de Vida Diária, AAVD's, *Advanced Activities of Daily Living* (AADL), nas quais se incluem as actividades de lazer, contactos sociais, actividade profissional, actividades desportivas, viagens, trabalho em colectividades, entre outras. Este tipo de avaliação normalmente não é utilizado na avaliação multidimensional (Botelho, 2000).

Importa a este propósito referir que a avaliação funcional da pessoa idosa, entendida assim como a capacidade para a realização de AVD(B) ou AVD(I), deve ser realizada no seu domicílio, atendendo a que a familiaridade com o ambiente habitual permite observar níveis de funcionalidade mais elevados do que os observados noutro contexto que não o habitual. Por outro lado, o próprio domicílio, como espaço onde o idoso se movimenta, só por si, pode constituir ameaça à sua integridade física, o qual não sendo avaliado por um profissional da área, pode colocar o idoso em situação de risco. A observação no local permite ao profissional avaliar todo o contexto envolvente do idoso, assim como a postura dos cuidadores, quando existentes, facilitando eventuais ensinamentos (Boling & Abbey, 2000).

1.2 Avaliação do estado cognitivo/mental

Conforme nos referem Ashla (2000) e Tirrito (1996), os deficits cognitivos, os distúrbios comportamentais, bem como alterações do humor são comuns entre a população mais idosa.

A avaliação do estado cognitivo/mental do idoso revela-se fundamental na elaboração de um PC efectivo, tendo em conta que a existência de distúrbios a este nível está normalmente associado a uma sobrecarga nos cuidadores, nomeadamente em termos de tempo utilizado na vigilância da pessoa idosa.

Um exame ao estado cognitivo/mental do idoso reveste-se de grande importância quando o mesmo apresenta sintomas de alarme, designadamente dificuldades de memória, alterações da personalidade, sintomatologia depressiva, entre outros (Ashla, 2000). A avaliação da performance cognitiva está assim orientada para áreas diferenciadas, das quais se destaca a orientação, o comportamento e humor, a actividade psicomotora, a atenção, a linguagem, a memória e a percepção (Ashla, 2000). Para a avaliação de eventual declínio intelectual, ou mesmo patologia grave (casos de Doença de Alzheimer muito comuns entre esta franja populacional), estão disponíveis escalas e testes diversos. Um dos mais utilizados, o *Mini Mental Status Questionnaire* de Folstein (MMSE) é constituído por duas partes. Na primeira, que exige respostas verbais, avalia a orientação, a memória e a atenção. Na segunda parte é avaliada a capacidade de construção de frases, a nomeação de objectos, a capacidade de resposta a ordens verbais e escritas, assim como desenhar uma figura complexa. Por outro lado, o *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer, é também um dos instrumentos de avaliação mais utilizados, que permite detectar e avaliar o estado cognitivo de um indivíduo idoso. Este teste é composto por 10 questões, que permitem avaliar a orientação, a história pessoal, a memória remota e o cálculo (Gallo *et al.,* 1988).

A presença de depressão ligeira entre a população idosa é também comum e normalmente surge associada a traços de personalidade, que desencadeiam vulnerabilidade na adaptação a determinadas situações. Estudos demonstram que a sua presença está muitas vezes associada ao declino funcional (Botelho, 2000), sendo de extrema importância o seu diagnóstico e eventual tratamento. Uma das escalas mais utilizadas na avaliação de sintomas de depressão para a população idosa é a *Geriatric Depression Scale de Yesavage* e a *Escala de Depressão de Hamilton* (Ashla, 2000).

Apesar da importância reconhecida destes testes, para a detecção e avaliação de sintomas de défice cognitivo ou demência, importa ressalvar a necessidade de recurso a

outras técnicas (avaliação clínica, exames complementares de diagnóstico, entre outros), para confirmação dos resultados obtidos.
A avaliação do estado cognitivo/mental no início da prestação do SAD é indispensável na medida em que permite, por um lado, avaliar se a resposta é a adequada às características do indivíduo e, por outro, permite também adequar o serviço às necessidades diagnosticadas, nomeadamente em termos de necessidades de serviços unicamente de vigilância, acompanhamento e de substituição de cuidados.

1.3 Avaliação da situação socio-económica

A integração da avaliação socio-económica no contexto da avaliação multidimensional constitui um imperativo, atendendo à correlação evidenciada entre bem-estar social e a saúde física e mental (Botelho, 2000). A classificação socio-económica do indivíduo, ou a classe social a que pertence, representa a sua distribuição por diferentes grupos, de acordo com determinadas características, designadamente o nível de escolaridade, as actividades profissionais desenvolvidas e os rendimentos auferidos.
A pertença a uma determinada classe social parece determinar estilos de vida, associados à duração média de vida e a certos factores de morbilidade e mortalidade (Botelho 2000). É consensual que uma parte significativa da população idosa está confrontada com graves problemas económicos, associados a baixos rendimentos e a elevadas despesas com saúde. Perante este cenário, torna-se também indispensável uma avaliação pormenorizada da situação socio-económica, sendo necessário avaliar os rendimentos auferidos e as despesas associadas de modo a perceber se o indivíduo dispõe dos requisitos necessários à sobrevivência em condições de dignidade. É comum encontrar-se idosos que não cumprem prescrições médicas e não utilizam ajudas técnicas adequadas, frequentemente por razões económicas (Gallo *et al.*, 1988). Nestes casos, e face à constatação de insuficiência económica, a situação deve ser encaminhada para os serviços competentes da Segurança Social, de modo a viabilizar-se apoio financeiro. Nalguns casos, é o desconhecimento dos próprios direitos que está na base da precariedade económica (Gallo *et al.*, 1988).

1.4 Avaliação das Condições Habitacionais

A falta de adequação entre o estado funcional do idoso e o meio físico envolvente pode dificultar o dia-a-dia do idoso. Algumas consequências podem manifestar-se na restrição do desenvolvimento de actividades, na sua independência, bem como na falta de integração no seu meio, o que poderá conduzir a um processo de institucionalização (Peréz & Fernández-Mayoralas, 2002).

Nalgumas situações, apesar da qualidade da habitação, esta pode não estar adaptada à situação da pessoa idosa, sobretudo se este for portador de algum tipo de incapacidade funcional (Bernardo, 1996).

A existência de uma habitação dotada de infra-estruturas e condições mínimas de habitabilidade constitui, assim, um requisito essencial para que seja possível a assistência domiciliária. Neste contexto, é importante avaliar todo o conjunto de elementos (que devem ser avaliados) do meio envolvente do indivíduo, os quais, muitas vezes, constituem um conjunto de barreiras arquitectónicas e perigos em termos de quedas.

Rodríguez & Sanchéz (2000) fazem referência a um instrumento desenvolvido por Rodriguéz para o IMSERSO, o qual avalia as condições, a acessibilidade e o meio envolvente da habitação. Segundo este instrumento, as condições da habitação são avaliadas tendo em conta um conjunto de aspectos, (i) o regime de propriedade, (ii) a acessibilidade, (iii) o aquecimento, (iv) a existência de telefone, (v) as condições de habitabilidade em termos de ventilação, humidades, (vi) a instalação eléctrica, (vii) a existência e condições da casa de banho, (viii) as condições do quarto, (ix) as condições da cozinha, (x) o piso, (xi) a iluminação.

As condições de acessibilidade da habitação são também fundamentais na avaliação da possibilidade ou não de permanência de um idoso no seu domicílio. Aspectos como a localização relativamente ao solo são de elevada importância. Caso se trate de uma habitação num andar superior, a existência ou não de elevador e a possibilidade ou não de o idoso sair à rua devem ser tidas em linha de conta na planificação dos cuidados. Aspectos mais gerais, como a localização da própria habitação no meio, designadamente, se fica num local isolado ou não, se fica próximo de serviços necessários, como seja do Centro de Saúde, da Igreja, etc., são também fundamentais no processo de avaliação e planificação do SAD (Rodríguez & Sanchéz, 2000).

1.5 Avaliação da Rede Social de Suporte

Considera-se rede de suporte social de um indivíduo os aspectos estruturais de integração social do mesmo (Rodriguéz & Sánchez, 2000). Trata-se, basicamente, de todo o conjunto de relações que o indivíduo mantém, bem como as características dessas mesmas relações Ell (1984, citado in Lubben & Gironda, 2000).

A rede social de um indivíduo apresenta-se normalmente como algo quantitativo. Isto quer dizer que pelo facto de um indivíduo ter uma família numerosa, não significa, necessariamente, que as relações existentes entre os diferentes elementos sejam as desejáveis. A frequência dos contactos entre o indivíduo e a sua rede de suporte é um dos indicadores quantitativos utilizados para medir a rede de suporte do mesmo. No caso da pessoa idosa, e se queremos avaliar o seu apoio social, aspectos como saber com quem é que o idoso pode efectivamente contar, quando necessita de ajuda ou quando necessita de desabafar questões particulares, pode ser um dos indicadores utilizado. Assim, necessariamente a diferença é entre saber quantos familiares ou amigos a pessoa idosa tem, ou quem efectivamente ajuda em termos emocionais ou instrumentais.

O suporte social refere-se aos recursos a que a rede social recorre quando se apresenta uma determinada necessidade. Assim, uma adequada rede social precede a existência de suporte social adequado. As teorias mais recentes defendem que a rede de suporte social de um indivíduo tem influência em várias dimensões da condição humana. Dessas dimensões, uma das mais defendidas é a da aparente relação entre o estado de saúde e a rede de suporte social Krause *et al*. (1992, citado in Lubben & Gironda 2000). Segundo estes autores, uma forte rede social parece contribuir para a redução das doenças associadas ao stress no indivíduo. Paralelamente, o isolamento social parece ter um efeito psicológico directo, acentuando a vulnerabilidade, a morbilidade e a mortalidade Berkman (1985, citado in Lubben & Gironda 2000). Uma outra teoria, relativa à rede de suporte, defende que a existência representa claras vantagens para o indivíduo quando este está doente, facilitando a adaptação à doença bem como a sua rápida recuperação Berkman (1986, citado in Lubben & Gironda 2000). Actualmente, muitos dos cuidados são prestados pelos cuidadores informais. A ideia que está aqui subjacente é a de que estas pessoas idosas, sem um suporte social efectivo, podem ser um factor de risco.

Avaliar a rede de suporte de um idoso, implica analisar um conjunto elevado de indicadores. Algumas tentativas de avaliar a rede de suporte através de indicadores isolados como por exemplo, viver só, ser casado ou solteiro, ou se o idoso tem a quem recorrer em situação de emergência, manifestaram-se geralmente insuficientes.

Das escalas mais utilizadas para avaliar a rede de suporte destacam-se a *Lubben Social Network Scale* (*LSNS-A)*, bem como a *Medical Outcomes Study Social Support Scale* (*MOS-SSS*).

A primeira, antes composta por dez itens, foi revista de modo a reduzir a sua extensão, pelo que agora comporta apenas seis, com nova designação: LSNS-6. Avalia genericamente duas dimensões que parecem constituir a rede de suporte do idoso: a família, por um lado e, por outro, os amigos e os vizinhos.

A *MOS-SSS* também apresenta uma versão mais reduzida, composta por três itens (SSS-A). A primeira destas escalas permite detectar o isolamento social, que de outra forma não seria diagnosticado. A segunda escala permite, por seu lado, detectar deficiências no suporte emocional do idoso, que poderiam não ser diagnosticadas com a utilização de outras escalas. Juntas, permitem uma avaliação real das necessidades do idoso, contribuindo para um cuidado comunitário mais completo.

Em resumo, a avaliação social de uma determinada pessoa idosa não se restringe apenas a si, em termos de avaliação da sua rede de suporte. Na mesma avaliação, a situação real dos cuidadores informais constitui também um elemento imprescindível numa avaliação que se pretende global. Neste caso, consideram-se como aspectos importantes: (i) a coordenação necessária entre o cuidado formal do SAD e a prestação de cuidados informais; (i) os programas de alívio dos cuidadores, *respite care*, constituírem uma intervenção importante neste sistema, uma vez que fortalecem a relação entre o cuidador e o idoso, permitindo aliviar a sobrecarga causada pela tarefa de cuidar.

A rede de suporte social do idoso, acaba por ser importante e parece, assim, constituir um elemento relevante, sobretudo se o mesmo apresentar um estado físico debilitado, uma vez que a associação entre a incapacidade física e a ausência de rede de suporte vai determinar o tipo de resposta a que o idoso deve recorrer, que não será necessariamente o SAD (Rodríguez & Sánchez, 2000).

2. A resposta do Serviço de Apoio Domiciliário: fases de desenvolvimento

Quando se pretende definir SAD, naturalmente toma particular importância a sua planificação, que visa a existência de quatro fases distintas, (i) diagnóstico, (ii) desenho da intervenção, (iii) execução do programa e, por último, (iv) avaliação (Rodriguéz & Sánchez, 2000) (Ver Figura 4 – Programação do Serviço de Apoio Domiciliário).

2.1 Diagnóstico

É na primeira fase, a do diagnóstico, que são detectadas as necessidades, identificados os recursos disponíveis para a resolução do caso em concreto (Rodriguéz & Sánchez, 2000).

A realização de um diagnóstico adequado é fundamental na planificação da futura intervenção. Esta fase inicia-se após a apresentação do pedido da prestação do serviço. Trata-se de uma fase que segundo Rodriguéz & Sánchez (2000) está dividida em três etapas que são a *entrevista no domicílio* (ver ponto 2.1.1), a *avaliação multidimensional* (ver ponto 2.2.2) e a *coordenação/optimização de recursos* (ver ponto 2.1.3).

2.1.1 Entrevista no domicílio

Depois de estabelecido o contacto com a pessoa que pretende o SAD, com um seu familiar ou com a pessoa responsável, normalmente é marcada uma entrevista no domicílio. Nesta entrevista inicial para além da pessoa que pretende a prestação do serviço, deverão estar presentes a família, designadamente o cuidador principal (se existir). O técnico que realiza normalmente a entrevista é um assistente social.

Importa referir que algumas regras devem ser cumpridas de imediato, nomeadamente em termos do espaço individual que é, por princípio, inviolável, pelo que medidas de respeito pela privacidade devem ser implementadas. No desenrolar da entrevista, devem ser verificados um conjunto de requisitos essenciais à recolha dos dados a obter. Entre esses requisitos destacam-se, (i) o técnico deverá iniciar a entrevista apresentando-se, anunciando o seu nome, profissão e a instituição que representa, (ii) no diálogo estabelecido deve ser utilizada uma linguagem adequada, num discurso claro e objectivo, numa atitude afável e respeitosa, estando os intervenientes confortáveis, preferencialmente sentados, num local iluminado e conversando de frente. Nesta fase é fundamental dar tempo ao idoso para que se possa exprimir (Rodriguéz & Sánchez, 2000).

Esta primeira entrevista visa, essencialmente, (i) obter informação acerca da pessoa idosa, designadamente se vive só, ou se vive com outros familiares, ou amigos; se vive com outros, caracterizar os elementos (sexo, idade, profissão, estado de saúde, horas de permanência em casa, possibilidades reais de ajuda), (ii) recolher informação acerca do estado de saúde, que será posteriormente complementado com informação clínica, (iii) avaliar, ainda que de forma elementar, o estado da saúde e bem-estar geral,

evidenciando as dificuldades que apresenta nas AVD's, (iv) conhecer os hábitos do idoso, bem como a sua rotina diária, (v) recolher informação relativa aos cuidadores informais, que problemas evidenciam, que desejam, (vi) avaliar as condições habitacionais e o risco de acidentes, (vii) avaliar o apoio social de que o idoso dispõe.
Finalizada esta fase, em princípio está recolhido um conjunto de informações básicas acerca das necessidades da pessoa idosa e/ou da família cuidadora, de modo a concluir da adequação do SAD ao quadro analisado.

2.1.2 Avaliação multidimensional

Após a entrevista inicial, com relativa facilidade o técnico pode fazer uma avaliação geral das condições da pessoa (Brickner *et al*., 1997). No entanto, segundo Salgado & Montalvo (1993, citado por Rodriguéz & Sánchez, 2000), é imperiosa a avaliação geriátrica, uma vez que o uso de instrumentos standards facilita a transmissão da informação, permite a recolha de dados e permite medir o progresso terapêutico.
Através da aplicação de protocolos standards, é possível avaliar de modo claro a pessoa a quem vai ser prestado o SAD e assim programar a prestação de cuidados adequados às suas reais necessidades. Basicamente, o que importa avaliar prende-se com o estado clínico (com incidência na capacidade funcional), estado cognitivo/mental, dimensionando o apoio social de que dispõe ou deverá dispor, avaliar as condições habitacionais, de modo a garantir segurança, contribuindo assim para a projecção de um Plano de Cuidados coordenado (Rodriguéz & Sánchez, 2000).

2.1.3 Coordenação e optimização de recursos

Ainda na fase do diagnóstico, importa coordenar os recursos da instituição promotora do SAD, da rede de suporte social do indivíduo e, inclusivamente, dos recursos da própria comunidade envolvente. Integram-se aqui também as instituições de voluntariado, que eventualmente desenvolvam trabalho significativo sobretudo ao nível de apoio psicossocial.

2.2 Planificação da Intervenção

Nesta fase, são definidos objectivos concretos, tendo em vista a resolução das necessidades detectadas na fase do diagnóstico, elaborando o PC, documento que é individualizado e flexível, em concordância com as circunstâncias do utente (Leahy *et al*., 1999).

No estudo realizado por Sabartés *et al*. (2004), a elaboração do PC baseia-se nos seguintes requisitos, (i) grau de dependência funcional (sustentado através do Índice de Barthel), (ii) grau de suporte familiar (existência de cuidador principal, grau de implicação, disponibilidade), (iii) e, por último, necessidade de utilizar outro recurso social e/ou de saúde.

No PC, que se pretende que responda às necessidades do idoso e que podem ser de natureza física, psicossocial, social e/ou cognitiva, Thomé *et al*. (2003) defendem que devem estar identificadas as tarefas a desenvolver, bem como a periodicidade das mesmas. O tipo de tarefas varia, assim, consoante as necessidades diagnosticadas. As tarefas de cuidados pessoais estão associadas às AVD's e incluem aspectos como a higiene pessoal, alimentação, vestir, ou levantar. As tarefas domésticas incluem naturalmente todo o tipo de tarefas associadas à manutenção da pessoa na habitação. Os cuidados especiais destinam-se, preferencialmente, aos utentes portadores de graus de dependência mais elevados. Incluem-se aqui tarefas como mobilizações, transferências, mudança de colectores, higiene de pessoas imobilizadas, alimentação especial, entre outras. As tarefas de apoio na vida social e relacional visam promover ou manter a integração na vida social. Destacam-se as saídas ao exterior, a companhia, entre outras. São ainda identificados os profissionais que executam as tarefas referidas.

Em Portugal, e segundo a legislação em vigor (Despacho Normativo nº 62/99, de 29 de Setembro), a resposta às necessidades que a pessoa idosa apresenta pode ser tipificada do seguinte modo, (i) prestação de cuidados médicos e de enfermagem, (ii) prestação de cuidados de higiene e conforto, (iii) preparação e/ou fornecimento de refeições, (iv) prestação de cuidados de higiene e arranjo da habitação, incluindo pequenas reparações, (v) actividades de informação, animação e ocupação, (vi) apoio aos prestadores informais de cuidados – família, vizinhos, amigos e voluntários (Bernardo, 1996)

O PC deverá ser, desde logo, acordado entre todas as partes envolvidas, designadamente o receptor de cuidados, o cuidador principal, quando existente, e o responsável pelo SAD, ou outros, resultando num contrato escrito (Rodríguez & Sánchez, 2000). Esta participação dos envolvidos facilita em grande medida o sucesso do PC, atendendo a que todos ficam vinculados à sua execução. Neste contexto, importa

sublinhar a importância da participação activa do receptor de cuidados no desenvolvimento do PC, sobretudo nos casos que incluem processos de reabilitação física (Baker *et al*., 2001).

O PC que resultou do documento elaborado, em traços gerais, e não obstante vários modelos encontrados na literatura consultada, divide-se em quatro partes distintas: a parte inicial identifica o utente; na segunda, segue-se a definição dos objectivos da intervenção; posteriormente, são descriminadas as tarefas a realizar a níveis diferenciados, consoante as necessidades diagnosticadas, assim como a periodicidade das mesmas e qual o profissional responsável pela execução das tarefas; e, por último, deve ainda prever, numa parte final, itens relativos à avaliação de resultados no utente (Leahy *et al*., 1999; Rodríguez & Sánchez 2000; Anderson *et al*., 2001).

2.3 Execução do Plano de Cuidados

Trata-se da concretização efectiva do estabelecido no plano. Cabe a cada um dos profissionais envolvidos a execução das tarefas definidas, sendo conveniente que as tarefas executadas sejam registadas em modelo próprio para o efeito. Importa aqui ressalvar a importância do gestor no sentido de avaliar a execução efectiva do plano delineado.

A continuidade do *staff* na prestação dos cuidados parece ser uma vantagem (Rodriguéz & Sánchez, 2000). Se por um lado, o utente valoriza a continuidade dos profissionais na prestação do cuidado, pela relação que se vai manter, por outro lado, a manutenção dos mesmos profissionais na prestação do cuidado, permite detectar, mais facilmente, alterações no utente ou necessidades não observadas na fase do diagnóstico que, por sua vez, deverão dar origem a novas intervenções. Não obstante, a rotação do staff, parece ser também uma medida de gestão no sentido de redução de problemas entre a pessoa idosa e os prestadores de cuidados.

2.4 Avaliação do Programa SAD

No momento da definição dos objectivos, devem estar previstos quais os indicadores a utilizar que permitam avaliar o cumprimento ou não desses mesmos objectivos. Na fase da avaliação do programa SAD, importa avaliar: (i) se o diagnóstico foi bem feito; (ii) se a

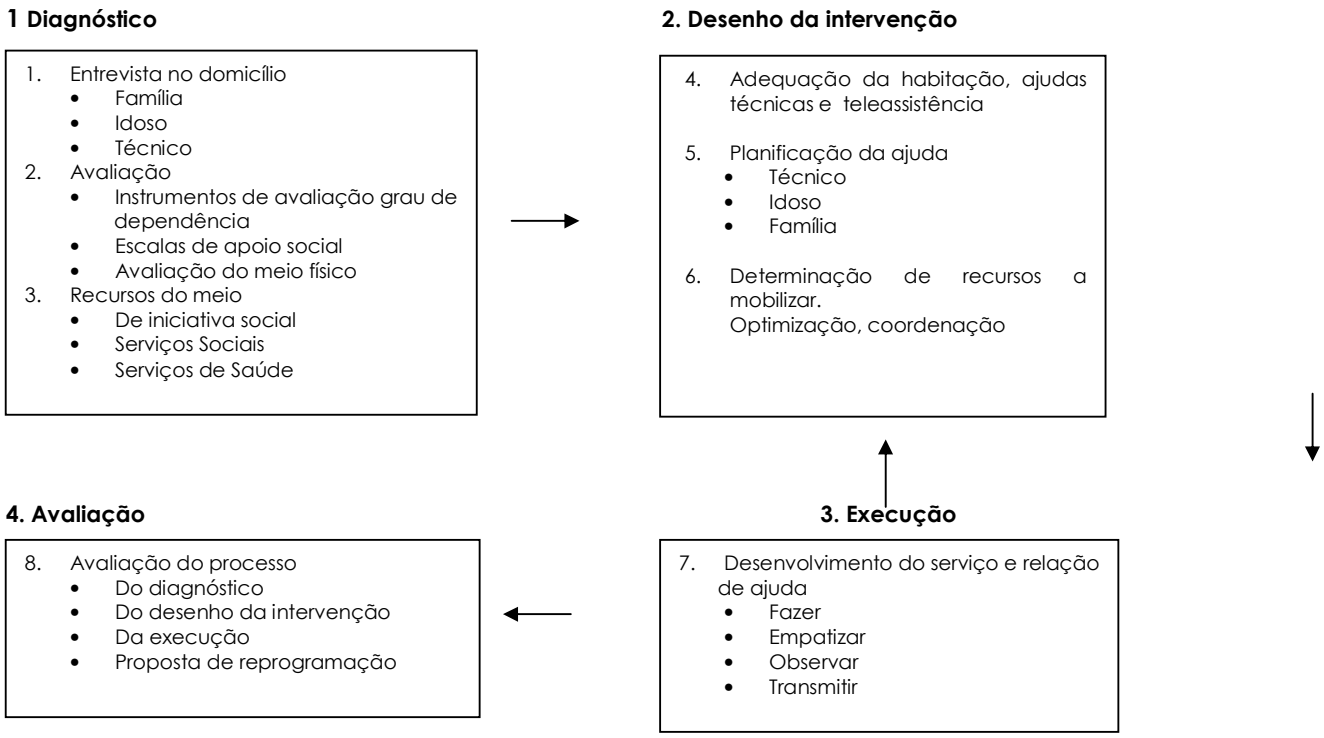
planificação inicial corresponde às necessidades diagnosticadas; (iii) e por último, se a execução foi eficiente, de modo a cumprir os objectivos traçados (Rodríguez & Sánchez, 2000).

Atendendo a que o objectivo da avaliação é detectar eventuais falhas, deve constituir seu objectivo uma avaliação e reprogramação permanentes, pelo que se afirma que o serviço SAD representa uma resposta flexível e em permanente adequação a contextos que se podem alterar permanentemente (Rodríguez & Sánchez, 2000).

A *Figura 4* sintetiza as várias fases da programação do SAD.

Fig. 4 - Programação do SAD

Avaliação e reprogramação permanente



Adaptado de (Rodriguéz & Sánchez, 2000).

2.4.1 Standards e critérios de qualidade do SAD

Verifica-se alguma dificuldade na operacionalização do conceito de qualidade no SAD. Segundo Swedish Standardization Comission, o termo *Qualidade* define-se como o conjunto de características de um produto ou serviço que contribuem de modo a satisfazer as necessidades, sejam elas implícitas ou não (Samuelsson & Wister, 2000). Nos programas desenvolvidos para a população idosa, é importante introduzir o conceito de qualidade no planeamento, execução e avaliação das mesmas respostas (Sampaio, 1999).

Tornero (2000) defende algumas dimensões subjacentes à avaliação das respostas sociais, destacando, (i) disponibilidade do apoio; (ii) capacidade de reacção; (iii) pontualidade; (iv) profissionalismo; (v) satisfação global.

Em Espanha, foi desenvolvido pelo IMSERSO (1988) um modelo de avaliação de qualidade do SAD em função do tempo dispendido, tendo em conta duas variáveis: (i) autonomia pessoal; (ii) e situação sócio/familiar. Na realidade espanhola, a população atendida pelo SAD é constituída por pessoas de alto risco social, idosos frágeis, dependentes nas AVD(B) e AIVD(I), com uma percepção muito negativa da sua saúde. Neste contexto, o SAD não deve ser avaliado apenas pela sua extensão, mas também pela sua intensidade. O cálculo do tempo de atenção necessário para a prestação de um serviço adequado e suficiente para cada caso é, em Espanha e em Portugal, tarefa da competência do gestor de programa de SAD, geralmente um assistente social. Para tal, elabora-se um PC, em função das necessidades diagnosticadas, dos recursos existentes, sobretudo ao nível do apoio informal disponível e de outros recursos da comunidade (IMSERSO, 1998). Como se trata de uma tarefa que suporta algum nível de subjectividade, em Espanha, o IMSERSO elaborou uma tabela onde definiu um conjunto de critérios para o cálculo do tempo de atenção diária, no sentido de salvaguardar o princípio de igualdade de tratamento para todos os beneficiários. Os parâmetros identificados para calcular as horas de atenção necessárias são os que constam da Tabela seguinte (Ver Tabela 1 – Parâmetros de avaliação para o cálculo de tempo de atenção diário).

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação para cálculo de tempo de atenção diário

A) Autonomia Pessoal	**(50 Pontos Máximo)**
A.1. Limitações ligeiras	2/20P.
A.2. Limitações severas	21/30P
A3. Grande dependência	31/50P.
B) Situação Sócio-Familiar	**(30 Pontos Máximo)**
B1. Recebe atenção continuada	5/10P.
B.2 Recebe atenção esporádica	15/20P.
B3. Recebe atenção mínima ou nula	25/30P.

Adaptado de IMSERSO (1998).

Face aos factores apresentados, qualquer um dos factores A pode combinar-se com o factor B, ou vice-versa, dando origem a possíveis situações, como as apresentadas na Tabela seguinte (Ver Tabela 2 – Cálculo do tempo diário dispendido em função da situação familiar e autonomia pessoal).

Tabela 2 – Cálculo do tempo diário dispendido em função da situação familiar e autonomia pessoal

B Situação Sócio/Familiar / **A Autonomia Pessoal**	B3 Sem Atenção (30 p.) Atenção Insuficiente (25 p.)	B2 Atenção Esporádica Insuficiente (20 p.) Atenção Periódica Insufic. (15 p.)	B1 Atenção Continuada Insuficiente (10p) Atenção Continuada (Casos Esp. deficiência) (5 p.)
A3 Grande Dependência (31/50 pontos)	A3+B3 **(52/31 horas mês)**	A3+B2 **(46/28 horas/mês)**	A3+B1 **(40/24 horas/mês)**
A2 Com limitações severas (1/30 pontos)	A2+B3 **(42/25 horas/mês)**	A2+B2 **(36/22 horas/mês)**	A2+B1 **(30/18 horas/mês)**
A1 Com limitações ligeiras (2/20 pontos)	A1+B3 **(32/19 horas/mês)**	A1+B2 **(26/16 horas/mês)**	A1+B1 **(20/12 horas/mês)**

Adaptado de *IMSERSO* (1998).

Perante cada caso, que poderá integrar-se em qualquer um das situações apresentadas, será determinado qual o número mínimo e máximo de atenção a disponibilizar. Com esta tabela, pretende-se que cada utente em função da sua situação de dependência e sócio/familiar disponha das horas efectivamente necessárias à prestação dos cuidados. Permite também que o profissional, por vezes excessivamente zeloso, não absorva horas de atenção desnecessárias, em prejuízo de outros que poderiam beneficiar delas. Os técnicos, por seu lado, dispõem de uma ferramenta que lhes permite um trato homogéneo para com os utentes. Finalmente, outro dos benefícios assinalados na aplicação desta tabela é o que permite a técnicos e decisores políticos a elaboração de estudos de custos em função da população atendida.

Em termos de avaliação e intervenção em qualidade, a estratégia utilizada, passa geralmente pela recolha de indicadores de qualidade que permitam operacionalizar regras e procedimentos, assim como indicadores de resultado.

Recentemente, foi publicado em Portugal um documento que estabelece um conjunto de critérios que avaliam a qualidade da resposta social SAD, que está a ser prestada pelas organizações. Trata-se do documento editado em 2006 pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), intitulado *Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais* (Segurança Social, 2006).

Na base da elaboração deste modelo estão objectivos como, (i) auto-avaliação da resposta social, permitindo periodicamente avaliar o seu desempenho; (ii) apoiar o desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade, com todas as características inerentes; (iii) agregar num referencial normativo todos os requisitos aplicáveis à resposta social. Este modelo baseia-se em oito critérios, quatro dos quais são relativos aos meios e os quatro restantes aos resultados, encarados como efeito dos meios. Assim, os meios, entendidos como aquilo que a organização faz, resumem-se a, (i) liderança, planeamento e estratégia; (ii) gestão das pessoas; (iii) recursos e parcerias; (iv) processos. Os resultados, encarados como aquilo que a organização alcança, traduzem-se na, (i) satisfação dos clientes; (ii) satisfação das pessoas; (iii) impacto na sociedade; (iv) resultados de desempenho (Claro, 2006).

Em concreto, o modelo que avalia o SAD está direccionado para três áreas diferenciadas, através de três instrumentos de avaliação distintos: (i) questionário de avaliação do grau de satisfação dos clientes; (ii) questionário de avaliação do grau de satisfação dos colaboradores; (iii) questionário de avaliação do grau de satisfação dos parceiros.

Tendo em conta o modelo actual de funcionamento das organizações promotoras de SAD em Portugal, a implementação deste novo modelo de avaliação da qualidade vai exigir uma reorganização interna, com algum grau de complexidade, das mesmas organizações, seja em termos de recursos afectos, seja dos procedimentos instituídos.

2.4.2 Satisfação do Utente

A satisfação do utente com o serviço prestado constitui um outro mecanismo de avaliação do programa SAD. Nesta perspectiva, reveste-se de enorme importância avaliar, também, as expectativas quer do utente quer do cuidador principal, quando existente. Já referido anteriormente, foi recentemente publicado em Portugal pelo ISS. I.P. (2006), um documento que pretende avaliar a qualidade do SAD, onde está previsto também um questionário de satisfação do utente com os serviços prestados, avaliando áreas diferenciadas.

Sjöbeck (1992, citado por Samuelsson & Wister 2000) desenvolveu um estudo através do qual concluiu que a qualidade no SAD é uma matéria muito subjectiva e variável, dependendo do tipo de utentes. Assim, este autor definiu quatro tipos de utentes, (i) *Inviting* (sedutor)*;* (ii) *Purchaser* (objectivo)*;* (iii) *Recipient* (receptor)*;* (iv) *Keeper* (em companhia). O utente tipo *Inviting*, traduzido como sedutor, convidativo, representa o tipo de utente que valoriza as relações pessoais entre os prestadores de cuidados e o utente. O utente tipo *Purchaser* valoriza a orientação do prestador para a realização das tarefas, mais que as relações pessoais. Já o utente tipo *Recipient* valoriza a realização das tarefas, assumindo o utente neste caso, um papel de passividade. O utente tipo *Keepers,* porque se sente só, mais que a realização de tarefas, o que pretende é companhia, valorizando a continuidade do staff. Este autor defende assim que quer na planificação dos cuidados quer na sua execução, há que ter em conta as necessidades específicas e aspirações de cada tipo de utentes, já que existe relação entre o tipo de utentes e a satisfação dos mesmos.

Variáveis diversas podem influenciar a forma como os utentes perspectivam a qualidade dos serviços que recebem através do SAD. Os estudos realizados acerca do que os utentes consideram ser um serviço de qualidade, Kane *et al*. (1999, citado por Patmore, 2001); Colhoun, (1988, citado por Patmore, 2001); Langan *et al*, (1996, citado por Patmore, 2001) concluem que as diferenças individuais, relativamente a valores, circunstâncias e aspirações, determinam uma variação assinalável.

Geron (1997, citado por Kane, 2000) desenvolveu um trabalho onde se pretendia avaliar a satisfação dos utentes com o SAD, *Home Care Satisfaction Measures* (HCRI). As dimensões avaliadas diziam respeito à, (i) competência dos prestadores; (ii) adequação dos sistemas; (iii) itens interpessoais positivos; (iv) itens interpessoais negativos.

A recolha da informação relativa à satisfação com a qualidade do SAD varia entre o contacto directo para a auscultação das opiniões, através de visitas domiciliárias, e a aplicação de questionários. Num estudo de Francis & Netten (2003), realizado na Inglaterra, e em que foram questionados os utentes e os promotores sobre as características mais valorizadas em termos de SAD, verificou-se que as características mais referidas foram, (i) continuidade (Edebalk *et al*., 1995); (ii) confiança (Qureshi *et al*., 1998); (iii) flexibilidade (Henwood *et al*., 1998); (iv) comunicação (Raynes *et al*., 2001); (v) atitude dos profissionais (Sinclair & Gibbs, 2000; Qureshi & Henwood, 2000); (vi) conhecimento (Raynes *et al*., 2001). Os resultados demonstram que a confiança, a atitude dos profissionais, designadamente amizade e compreensão, e a continuidade são as características mais salientadas no que consideram ser um serviço de qualidade. Outras características como a flexibilidade, o tempo de visita também são valorizadas pelos inquiridos.

A satisfação do utente com a prestação do serviço apresenta-se como um indicador da qualidade do mesmo. Contudo, quando questionados acerca da qualidade referem com maior frequência factos relacionados com conveniência, confiança, preferências particulares, do que factos ligados à qualidade técnica da prestação dos cuidados (Kane, 1999b).

Vários exemplos, apresentados em estudos, demonstram que a qualidade dos serviços pode residir na identificação a nível pessoal das prioridades, conseguindo corresponder às mesmas. O estudo de Struyk *et al*. (2006) revela valores de satisfação com a prestação do SAD muito elevados. Tal resultado está relacionado, na perspectiva dos autores, com a "novidade" do fenómeno num país como a Rússia, onde não existia qualquer resposta a este nível para esta população, com condições de vida muito precárias, seja em termos económicos seja em condições ambientais. Assim, o simples facto de passarem a ter atenção "regular", parecerá muito benéfico para os idosos.

Os resultados de Samuelsson & Wister (2000) revelam resultados de satisfação com os serviços de SAD também muito elevados. Na opinião dos autores, tal resultado pode estar relacionado com o conceito de *deprivation social* apresentado por Rosenmary's (1979), que defende que a interiorização das desvantagens socio-económicas potencia a aceitação de baixos níveis de expectativa e como que extingue maiores aspirações. Considera-se no entanto que, no futuro, os indivíduos criados na actual sociedade de

bem-estar vão ter um grau de exigência mais elevado. Em Espanha, o IMSERSO desenvolveu um estudo que em boa medida poderia representar a realidade do nosso país, se esta fosse sujeita a um estudo semelhante. O referido estudo concluiu que, em termos de qualidade, os serviços prestados pelo SAD assumem valores de "suficiência". Esta qualificação significa que quer os promotores do serviço quer os prestadores dos serviços (essencialmente auxiliares) estão, de um modo geral, satisfeitos com os resultados alcançados. Esta avaliação tem por base os recursos disponibilizados para a execução do serviço. Nesta base a avaliação é "boa" se for tido em conta de "que se dá tudo o que se tem" (IMSERSO, 1998).

Na perspectiva dos utentes, a avaliação é também positiva, uma vez que o apoio que recebem melhora a sua situação anterior ("É melhor que nada", como afirmam muitos). Esta atitude "conformista" assumida pelos intervenientes é sustentada por algumas debilidades do sistema, designadamente ao nível, (i) da cobertura que se apresenta com valores bastante baixos, relativamente à população a abranger, assim como em termos de intensidade do serviço; (ii) do acompanhamento dos casos, que se manifesta verdadeiramente insuficiente, por parte dos gestores, planificadores e trabalhadores sociais; (iii) dos próprios utentes que, conformados com a falta de recursos, não apresentam, muitas vezes, qualquer tipo de reclamação, perante a possibilidade de criar qualquer tipo de constrangimento que possa implicar a suspensão do serviço.

Se o propósito dos serviços é promover a qualidade de vida dos idosos, há que ter em conta também a satisfação dos profissionais com o trabalho que desenvolvem. Aliás, verifica-se uma tendência generalizada em não valorizar o trabalho dos profissionais que desenvolvem trabalho nesta área. Nolan (1997) defende a existência de seis *sense* (dimensões) que, na sua opinião, sendo dirigidas ao staff, melhoram o cuidado recebido pelos idosos. O termo *sense* (traduzido como sentido) foi escolhido, segundo o autor, atendendo à subjectividade que está envolvida na interacção estabelecida na relação de cuidar. Os sentidos defendidos por Nolan (1997) são então: (i) sentido de segurança; (ii) sentido de continuidade; (iii) sentido de pertença; (iv) sentido de propósito; (v) sentido de realização; (vi) e por último, sentido de significância.

Em termos de conclusão, relativamente à satisfação dos receptores de cuidados com o SAD pode-se referir que: (i) a satisfação estará mais relacionada com elementos subjectivos, como as expectativas dos utentes e das suas famílias, que com dimensões objectivas do serviço de SAD; (II) os altos índices de satisfação relativamente ao SAD, podem estar relacionados com o anterior elemento e neste sentido, seria perigoso avaliar unicamente a qualidade do serviço pela satisfação constatada entre os utentes e familiares.

3. Serviço de Apoio Domiciliário e o Cuidado Informal

Segundo Penrod *et al.* (1994, citado por Porter *et al*., 2004), o cuidado formal traduz-se pelo serviço prestado por uma empregada privada ou por uma instituição/agência, o qual é pago pelo idoso, pela família, pelo Estado, ou pela combinação de todos estes elementos.

O cuidado informal é entendido, na perspectiva de Close *et al*. (2001, citado por Porter *et al*., 2004), como o cuidado prestado pela família ou amigos, sem qualquer tipo de compensação económica.

Emlet *et al.* (1996) afirmam que cerca de 80% dos idosos, ou seja, a grande maioria, são apoiados nas suas casas, através das suas famílias. O cuidado aparece, assim, principalmente, como responsabilidade da família. Para Levine (1999), o conceito de responsabilidade familiar é um conceito amorfo, com interpretações diversas. Tal atitude deve-se ao facto da maiorias das famílias o quererem, ou pelo menos o assumirem como sua responsabilidade. Este sentimento tem por base causas diversas, entre elas, as tradições culturais, as orientações religiosas, os laços afectivos e a gratidão por acontecimentos do passado, entre outras.

Habitualmente é à mulher que cabe a tarefa de cuidar (Sousa *et al*., 2004). Em muitos casos identifica-se com uma mulher já idosa, constituindo um núcleo familiar pequeno, reduzido a dois elementos, o que beneficia do cuidado e aquele que cuida.

Na generalidade, as sociedades contemporâneas apresentem elas maior ou menor nível de desenvolvimento, os cuidados levados a efeito no domicílio, são prestados, quase exclusivamente, pelos cuidadores informais, muitas vezes sem qualquer apoio, seja monetário ou mesmo de outro tipo por parte dos serviços públicos (Otero & Zunzunegui, 2001). Há que ter, no entanto, a consciência das alterações verificadas no seio das famílias actuais e a dificuldade com que estas se deparam, actualmente, para continuar a cuidar dos seus idosos. A família e a estrutura das comunidades alteraram-se significativamente. As famílias, mais reduzidas e geograficamente dispersas, não têm capacidade para prestar cuidados aos mais idosos. As mulheres, tradicionalmente cuidadoras (se bem que esta tendência ainda se mantenha actualmente), vêm progressivamente a integrar o mercado de trabalho, reduzindo assim o número de "cuidadores naturais" dos idosos.

Neste contexto, parece ter-se chegado ao século XXI sem políticas familiares coerentes, consistentes e compreensivas, que se relacionem com a prestação de cuidados a longo prazo, para dependentes. É importante estabelecer os limites da responsabilidade

familiar, já que se trata de uma tarefa complexa. Algumas famílias não aceitam essa responsabilidade, outras entendem que a tarefa deve ser partilhada, outras ainda reconhecem os seus próprios limites. Assim, e segundo Levine (1999), a impossibilidade de dar continuidade ao cuidado não deve ser entendida como uma falha, nem por parte da família nem dos serviços sociais e de saúde, nem da própria sociedade. Trata-se de um conjunto de responsabilidades repartidas, cuja conjugação é fundamental.

3.1 Mecanismos de interacção entre o cuidado formal e o informal

Se a família é considerada como elemento fundamental para manter o idoso na sua própria casa, actualmente, a sociedade é ambivalente no sentimento que apresenta pelo cuidado informal. Se considera este cuidado como pré-requisito, ou mesmo como um factor determinante, no estabelecimento de elegibilidade para beneficiar do serviço, por outro lado, esse apoio como que é "descontado", quando é determinada a necessidade de cuidado formal. Assim, e segundo Kane (1999a), quanto maior o cuidado informal, menor a prestação de cuidado formal.

A incapacidade parece constituir a maior causa de recurso aos cuidados, sejam formais sejam informais Freedman *et al.* (2004, citado por Li, 2005). Assim, o aumento da incapacidade aumenta a diferença entre ambos que, segundo Li (2005), pode estar relacionado com a necessidade dos cuidadores de idosos muito dependentes recorrerem a serviços para aliviar a prestação do cuidado (*respite care*).

As investigações não têm sido muito conclusivas acerca da relação entre o cuidado formal e o informal. Martin (2003) aponta três hipóteses conceptuais que poderão explicar a natureza dessa relação, (i) hipótese compensatória; (ii) hipótese de tarefas específicas; (iii) hipótese de substituição.

3.1.1 Hipótese compensatória

Parece constituir evidência, aliás reforçada pela teoria do *Modelo Hierárquico* de Cantor (1975), que, preferencialmente, os indivíduos preferem ser tratados pelas suas famílias e só recorrem ao cuidado formal quando se esgotam todas as alternativas.

Contudo, e nas situações em que é necessário o recurso ao cuidado formal, o que, por vezes, acontece é uma relação de complementaridade entre ambos na resolução das necessidades dos idosos. Este modelo complementar defende a junção de outros dois

modelos, isto é, o modelo de compensação, no qual o cuidado formal compensa o cuidado informal, preferindo-o, e o modelo suplementar no qual o cuidado formal é um adjunto do cuidado informal Denton (1997, citado por Porter *et al*., 2004).

3.1.2 Hipótese das tarefas específicas

Liwark (1995, citado por Martin, 2003), defende que a natureza das tarefas a executar vai desencadear a utilização ou não do cuidado formal. Segundo esta teoria, tarefas que não exigem conhecimentos técnicos podem e devem ser executadas pelos cuidadores informais. Contudo, tarefas programadas e estruturadas, para as quais existem profissionais credenciados, devem ser executadas pelo cuidado formal, ou tarefas para as quais alguns cuidadores se sentem menos à vontade (exemplo da higiene intima entre pais e filhos de sexo diferente).

3.1.3 Hipótese da substituição

Segundo Wacker (1997), o modelo de substituição defende que a rede informal constitui a base do cuidado, no entanto, o recurso ao cuidado formal surge quando os recursos do cuidado informal são insuficientes. Berry *et al*. (1991, citado por Martin, 2003), defendem que os serviços do cuidado formal podem assumir-se como complementares, suplementares ou substitutos do apoio informal. Alguns estudos demonstraram uma correlação negativa entre ambos Weissert *et al*. (1988, citado por Li, 2005), argumentam que a teoria da substituição defende que sempre que se verifica uma tendência para o aumento do cuidado formal, existe uma relação directa na redução do cuidado informal.

A investigação de Li (2005) revela que o cuidado informal tende a desaparecer no primeiro ano após o início da prestação do cuidado formal, verificando-se uma tendência a estabilizar. Aliás, o cuidado informal varia entre 18 a 25 horas semanais, o que significa que o cuidador informal mantém as suas tarefas de cuidar. Conclui-se que os cuidadores informais cuidam dos seus familiares e que o cuidado formal lhes permite algum alívio, mas não os substitui.

3.2 Desafios

A realidade actual da relação entre o cuidado formal e informal exige medidas concertadas, de forma a minimizar o seu desgaste. Estas medidas, e no caso particular do SAD, devem ter em conta, entre outras, as condições físicas, psicológicas, económicas e ambientais que estes cuidadores apresentam, no sentido de avaliar a sua capacidade para a prestação do cuidado. Assim, a caracterização destes cuidadores deverá também constituir objectivo do próprio SAD, de modo a planificar globalmente o apoio ao idoso. Noutra perspectiva, pretende-se que os cuidadores assumam um papel activo na prestação do cuidado, contudo, devem assumir-se como objecto do próprio cuidado, tendo em conta as suas próprias características. Assim, a implicação da rede social de suporte do idoso na tarefa de cuidar constitui, de um modo geral, mas particularmente neste tipo de respostas sociais, uma peça fundamental para o seu êxito (Duarte & Diogo, 2000).

Um dos objectivos que se revela crucial para o futuro do SAD prende-se com o reconhecimento e resposta adequada às diversidades de situações e realidades. Esta diversidade prende-se com estruturas familiares diversas, necessidade de cuidados diferenciados, condições comportamentais e sociais, duração e intensidade do cuidado, viabilidade de recursos formais e informais (Levine, 1999). Os profissionais de saúde apresentam alguma relutância nos cuidados domiciliários. Os modelos de cuidado devem implicar profissionais de saúde suficientemente treinados e que sejam também capazes de treinar e formar os familiares, encarando-os como professores e alunos (Levine, 1999).

Para algumas famílias, uma boa noite de sono, para outras, melhor comunicação com os profissionais (ter alguém a quem telefonar em caso de dúvida); mais ajuda por parte de outros familiares; maior segurança e assistência dos cuidados formais do SAD; mais um quarto no domicílio; alguns não querem nada e para outros, nenhuma destas medidas se adequa. O importante é ouvir e respeitar as famílias (Levine, 1999).

Tennsdet, Crawford, & Mckinlay (1993, citado por Binstock & Cluff, 2000), defendem que o cuidado das famílias tende a não diminuir, quando passam a beneficiar de cuidados formais, antes sim se complementam.

Em países como a Espanha, apesar da disponibilidade massiva da família em cuidar dos seus idosos, o número de idosos que não recebem qualquer tipo de apoio é muito alto, e as famílias que assumem sozinhas a tarefa de cuidar dão sinais de esgotamento perante a ausência de respostas sociais suficientes para acompanhar o envelhecimento

populacional. A acrescentar verifica-se um desconhecimento dos serviços existentes e pouco recurso aos mesmos, sendo a alternativa da institucionalização a resposta mais procurada para situações insustentáveis (Otero *et al*., 2001).

A coordenação entre o apoio formal e o informal apresenta-se cada vez mais como uma exigência, tendo por base o princípio da permissão da melhor qualidade de vida possível. Os avanços da tecnologia na medicina, designadamente ventilação assistida, monitorização cardíaca, terapia intravenosa, entre outras, são cada vez mais utilizadas no domicílio e irão proliferar no futuro. A utilização destas tecnologias vai implicar, necessariamente, responsabilidades nos familiares que cuidam 24 horas por dia deste tipo de idosos doentes, já que a maior parte do tempo elas vão ser utilizadas não pelos médicos ou outro pessoal especializado, mas sim pelo próprio doente ou pelos familiares que cuidam dele. Assim, estes cuidadores informais não só necessitam de conhecimento, mas de treino permanente na utilização correcta desta tecnologia.

Tem-se assistido a discursos moralistas e idealistas de alguns responsáveis políticos, apelando a um maior envolvimento e comprometimento das famílias na prestação dos cuidados aos mais idosos, justificados pelos seus baixos custos, flexibilidade e eficiência. No entanto, e apesar deste tipo de discursos, os estudos continuam a demonstrar que a família continua a ser pilar principal no cuidado directo aos idosos.

A este propósito importa referir que, no entanto, é necessário reequacionar o papel das famílias nesta prestação dos cuidados, já que, nos moldes em que muitas vezes é desenvolvido, acarreta consequências não desejáveis para nenhumas das partes envolvidas.

CAPÍTULO III

Objectivos do Estudo

Metodologia

Introdução

Neste terceiro capítulo procede-se à apresentação dos objectivos do estudo empírico assim como à metodologia utilizada. Relativamente à metodologia, é descrito a opção feita para a constituição da amostra, os diferentes instrumentos utilizados na recolha de dados e, por último, os procedimentos adoptados em todo o processo.

1 Objectivos do Estudo

Sendo certo que tem sido atribuída crescente preponderância ao SAD em Portugal, é também verdade que desde a década de 90, se tem assistido a um crescente investimento por parte do Estado no apoio a uma maior oferta desta resposta social, comparativamente com outras (DGEEP, 2003).

Tal investimento justifica-se em função da valorização que a população idosa atribui ao SAD, uma vez que permite a sua manutenção no ambiente habitual. Estão também presentes factores ligados à eficiência do sistema de cuidados. As políticas de saúde começam também a valorizar o SAD através de algumas experiências de cuidados de saúde domiciliários dirigidos a grandes dependentes, se bem que extremamente incipientes. Contudo, a valorização mais acentuada será a atribuída pelos mais idosos, que o encaram como uma verdadeira alternativa à institucionalização, atendendo a que possibilita a prestação de cuidados necessários sem que a pessoa idosa tenha de sair do seu meio habitual.

A investigação relativa à caracterização e funcionamento do SAD em Portugal tem sido relativamente reduzida, o que se tornou determinante no interesse de aprofundamento desta temática.

Neste contexto, os objectivos gerais deste estudo, são os que a seguir se descriminam:

1. Descrever as dimensões pré-disposicionais ligadas à utilização do SAD, nomeadamente: (i) as características do receptor de cuidados (em termos de características sócio-demográficas, rede social, condições habitacionais, e socio-

económicas), assim como (ii) as características do cuidador principal (especificamente características sócio-demográficas e socio-económicas) e (iii) a dinâmica entre cuidado informal e pessoa idosa (operacionalizada pela relação entre ambos, em termos de grau de parentesco, proximidade habitacional, e proximidade de convivência, bem como pela caracterização e impacto do cuidado, em termos de cuidados prestados, intensidade temporal de cuidado e a presença de sintomatologia depressiva).

2. Analisar o tipo de cuidados prestados pelo SAD (prestação apenas de refeições, e outros serviços, com/sem alimentação) e forma de utilização temporal (operacionalizada em termos de duração do SAD e tempo de utilização por utente e serviço), em função de variáveis como o contexto demográfico, o contexto institucional, as características sócio-demográficas e funcionais (actuais e no inicio da prestação do SAD), assim como a rede social do receptor de cuidados.

3. Avaliar do grau de satisfação dos receptores de cuidados de SAD operacionalizado através de dimensões como (i) os serviços associados às AVD(B) e AVD(I); (ii) as características funcionais do SAD; (iii) a actuação das ajudantes familiares domiciliárias; (iv) a actuação do coordenador técnico, (v) e, em último, a satisfação global, com recurso a duas metodologias diferentes. A primeira, através da identificação das dimensões que obtiveram pontuações mais/menos elevadas nas escalas de satisfação. A segunda, identificando que variáveis podem estar a mediar na avaliação da satisfação que os utentes fazem do SAD, como o contexto demográfico ou institucional, as características sócio-demográficas, as características funcionais (actuais e no inicio da prestação do SAD), assim como a rede social do receptor de cuidados, a que estão associadas uma maior/menor valorização do SAD.

Finalmente, espera-se que através da análise aos resultados obtidos, se possa contribuir para uma perspectivação e planificação do SAD, mais de acordo com as necessidades dos receptores de cuidados e cuidadores informais.

1. Metodologia

1.1 Constituição da Amostra

A população desta investigação é constituída pelo conjunto de todos os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário do Distrito de Aveiro. Foi realizada uma amostragem aleatória por quotas, considerando duas variáveis critério, (i) contexto urbano e rural; (ii) dimensão das instituições, em termos de capacidade.

A opção pela amostragem por quotas deriva da necessidade de controlar as variáveis critério que se considera que explicam o funcionamento do próprio SAD. Em termos de contexto, as características do próprio idoso podem ser diferentes, sobretudo ao nível da rede social, assim como a natureza das próprias instituições, atendendo a que, em contexto rural, é mais comum a existência de instituições de dimensão mais reduzida, designadamente Centros Paroquiais. Em termos de dimensão, a própria gestão do SAD é influenciada por esta. Há relações que se estabelecem quando se trata de uma instituição de maior dimensão. Assim quando uma instituição tem um elevado número de utentes na resposta SAD, ou tem em simultâneo várias respostas sociais a funcionar, obviamente que os recursos disponíveis são maiores, comparativamente com instituições que têm a funcionar apenas o SAD e nalguns casos com um número reduzido de utentes.

A metodologia utilizada para a constituição da amostra em termos de contexto demográfico recorreu à tipologia apresentada pelo INE, em termos de caracterização das freguesias de contexto urbano e rural. Contudo, a classificação do INE em termos de nomenclaturas territoriais, apresenta-se a três níveis diferenciados, (i) áreas predominantemente urbanas; (ii) áreas medianamente urbanas; (iii) áreas predominantemente rurais. As *APU* – áreas predominantemente urbanas – integram as freguesias nas seguintes situações, (i) freguesias urbanas – freguesias que possuem uma densidade populacional superior a 500 habitantes/Km2 ou que integram um lugar com população residente superior ou igual a 5000 habitantes; (ii) freguesias semiurbanas – freguesias contíguas às freguesias urbanas, incluídas na área urbana segundo orientações e critérios de funcionalidade e planeamento, que possuem densidade populacional superior a 100 habitantes/Km2 e inferior ou igual a 500 habitantes/Km2, ou que integram um lugar com população residente superior ou igual a 2000 habitantes e inferior a 5000 habitantes, e freguesias que, só por si, revestem a natureza de predominantemente urbanas, de acordo com orientações e critérios de funcionalidade e planeamento; (iii) freguesias sedes de concelho, com população residente superior a

5000 habitantes. As *AMU* – áreas mediamente urbanas - integram as freguesias semiurbanas e as freguesias sedes de concelho, não incluídas nas áreas predominantemente urbanas. As *APR* – áreas predominantemente rurais – integram as restantes freguesias (INE, 2006).

Na investigação, optou-se por agrupar as áreas medianamente urbanas nas predominantemente urbanas, para assim constituir dois grupos de análise, derivado do facto de ter que limitar o número de categorias para a criação de quotas.

A outra variável que serviu para subdividir a amostra teve por base o número médio de utentes por instituição. Através da Carta Social de 2004, foi calculada a mediana de utentes da valência SAD, por instituição, no distrito de Aveiro, cujo número é de 25 utentes. A amostra foi novamente subdividida em: i) instituições com capacidade superior a 25 utentes, designadas de grande dimensão; ii) instituições com capacidade inferior a 25 utentes, neste caso designadas de pequena dimensão.

Em termos gerais, a amostra foi assim dividida em quatro cotas, (i) *grupo I*, instituições de contexto urbano e de grande dimensão; (ii) *grupo II*, instituições de contexto urbano de pequena dimensão; (iii) *grupo III*, instituições de contexto rural de grande dimensão; (iv) *grupo IV*, instituições de contexto rural de pequena dimensão.

Posteriormente, a partir deste universo de organizações, foram escolhidas, aleatoriamente duas instituições para cada grupo. O número de instituições elegido (dois) foi consequência da inexistência no Distrito de mais do que duas instituições de grande dimensão em contexto rural.

Finalmente, a cada uma das instituições seleccionadas foi aplicado, de forma também aleatória simples, o protocolo a seis utentes de SAD.

Tabela 3 - Constituição da amostra

	Distrito de Aveiro n	Amostragem aleatória por quotas	Amostragem aleatória simples
Pequena /Urbano	65	2	6+6
Pequena/Rural	7	2	6+6
Grande/Urbano	52	2	6+6
Grande Rural	2	2	6+6
Total	**126**	**8**	**48**

O protocolo foi assim aplicado a doze sujeitos em contexto urbano e utentes de instituições de grande dimensão, a doze sujeitos em contexto urbano e utentes de instituições de pequena dimensão, a doze sujeitos em contexto rural e utentes de instituições de grande dimensão e, finalmente, a doze sujeitos em contexto rural e utentes de instituições de pequena dimensão. Em conclusão, foi aplicado o protocolo a um total de quarenta e oito sujeitos.

1.2 Instrumentos

1.2.1 ProSAD v.1

Para a recolha da informação foi construído um protocolo extenso com um conjunto de questionários e escalas de natureza psicométrica - **ProSAD v.1** (Oliveira, Cunha & Martin, 2006). Este instrumento avalia o contexto, a natureza e o impacto do SAD, especificamente em termos de ligação entre a rede social informal e o SAD.

De um modo geral avalia quatro grandes dimensões,

(i) Avaliação multidimensional do utente, (i) *caracterização sócio-demográfica* do utente em termos de sexo, idade, estado civil, escolaridade, residência; (ii) *saúde física*, em termos de identificação dos principais problemas de saúde; (iii) *nível de actividade*, entendida como actividades que ainda é capaz de realizar; (iv) *rede social de suporte*, com a caracterização do agregado, dos familiares, ou elementos mais próximos; (v) *situação económica*, identificando a profissão enquanto activo, origem e valor de rendimentos mensais; (vi) *situação habitacional*, em termos de caracterização da habitação em termos gerais, das infra-estruturas disponíveis, caracterização do quarto e especificamente da cama e da casa de banho;

(ii) Caracterização do Serviço de Apoio Domiciliário, (i) *dados gerais* relativamente ao serviço; (ii) *tarefas prestadas ao nível das actividades básicas de vida diária, identificação da sua periodicidade e tempo diário dispendido* na sua execução; (iii*) tarefas prestadas ao nível das actividades instrumentais de vida diária, periodicidade e tempo diário dispendido* na sua execução; (iv) *caracterização dos serviços de saúde* prestados, em termos médicos e de enfermagem; (v) *caracterização de outros serviços prestados*, designadamente telealarme, adaptação habitacional, formação para cuidadores informais e disponibilização de ajudas técnicas;

(iii) Avaliação do grau de satisfação dos utentes com o SAD, (i) *serviços prestados*, designadamente alimentação, cuidados de higiene, mobilizações, tratamento de roupas, serviços de limpeza habitacional; (ii) *características funcionais do SAD*, ao nível da pontualidade, adequação do serviço às necessidades do utente, tempo utilizado, custo, capacidade de resposta do serviço a novas necessidades e número de funcionários afecto; (iii) *actuação/desempenho dos profissionais* envolvidos na prestação do SAD, nomeadamente ajudantes familiares domiciliárias, coordenador técnico, enfermeiros e médicos em áreas como o trato, capacidade técnica, entre outras; (iv) *avaliação global do SAD*, fazendo referência a eventuais vantagens pela utilização do serviço e proposta de áreas a intervir de modo a contribuir para melhoria da qualidade de vida do idoso.

Em todos os níveis de análise do grau de satisfação, foi utilizada uma escala tipo Lickert, a qual permite o recurso a um amplo leque de respostas, evitando a rigidez e as limitações das alternativas "concordo/discordo" (Pardal & Correia, 1995), variando entre Muito Bom e Muito Mau. Relativamente à fiabilidade das escalas de satisfação, todas elas apresentam resultados positivos, nomeadamente as escalas de *Satisfação com as Características Funcionais do SAD*, o a de Cronbach é de 0,76, considerado razoável, segundo Pestana e Gageiro (2003), a escala de *Satisfação com a Actuação das Ajudantes Familiares Domiciliárias,* o a de Cronbach é de 0,84, considerado bom, e a escala de *Satisfação com a Actuação do Coordenador Técnico* é de 0,75, avaliado como razoável. Na *Avaliação Global do SAD*, as respostas foram abertas, pelo que a sua análise foi feita a partir da análise de conteúdo e, posteriormente, codificadas.

(iv) Caracterização do cuidador principal, (i) *dados biográficos*, em termos de sexo, idade, estado civil, escolaridade; (ii) *situação sócio/económica*, em termos de situação laboral, valor de rendimentos, composição do agregado familiar; (iii) *caracterização do cuidado*, ao nível número de pessoas que cuida, tipo de cuidados prestados, periodicidade do cuidado; (iv) *relação idoso/cuidador*, entendido como a relação em termos de parentesco, proximidade habitacional, proximidade de convivência (Ver Anexo 1).

1.2.2 EASYcare (Elderly Assessment System /Sistema de Avaliação de Idosos)

Outra das escalas utilizadas foi a versão portuguesa do EASYcare (Elderly Assessment System /Sistema de Avaliação de Idosos), desenvolvida por Sousa & Figueiredo (2000).

Em Portugal não existe nenhuma escala próxima que avalie de modo tão global a pessoa idosa.

Trata-se de uma escala que pretende caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 ou mais anos. Tal como refere (Sousa *et al*., 2003), trata-se de um instrumento de avaliação multi-dimensional, cujo objectivo é avaliar as necessidades dos idosos ao nível social e de saúde; avalia também a percepção dos idosos em relação às suas capacidades. Tal como é referido pelas autoras, a inovação deste instrumento de avaliação reside no facto de acumular, numa só escala, itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar do idoso.

A avaliação efectuada foi feita por áreas diferenciadas: i) *incapacidade física*; ii) *qualidade de vida percebida pelo sujeito*; iii) *área funcional*; iv) *mobilidade*; v) *cuidados pessoais*; vi) *controlo esfincteriano*; vii) *estado emocional*. O valor do a de Cronbach para a escala global é de 0,92 (Sousa *et al*., 2002).

1.2.3 CES-D (Centre for Epidemiologic Studies-Depression)

A escala CES-D, (Centre for Epidemiologic Studies-Depression), na versão portuguesa, desenvolvida por Barreto (Brito, 2002), foi também uma das escalas utilizadas. Tem como objectivo avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva na população em geral. Trata-se de uma escala constituída por vinte itens, aos quais o sujeito responde numa escala tipo Likert, com quatro opções, correspondentes à avaliação do sujeito da frequência de sintomas na última semana (Gonçalves & Fagulha, 2004). A escala é constituída por quatro factores estruturantes, correspondentes ao Factor I, Afectos Depressivos; Factor II, Afectos Positivos; Factor III, Somático Vegetativo; Factor IV, Interpessoal. O ponto de corte utilizado foi de 20, valor a partir do qual se considera que o indivíduo apresenta sintomas depressivos (Gonçalves & Fagulha, 2004). Segundo os autores, este valor, relativamente baixo, possibilita a ocorrência de "falsos positivos", mas que será menos prejudicial que a ocorrência de "falsos negativos".

1.2.4 Escala de Classificação do Estado da Doença de Rosser's

Trata-se de uma escala desenvolvida por Rosser & Kind (1978), que classifica o estado doença de um indivíduo a partir do seu estado físico.

A escala é constituída por 8 níveis. No nível I incluem-se os indivíduos não possuem qualquer tipo de incapacidade. No nível II, os indivíduos apresentam uma ligeira incapacidade social. Os indivíduos que apresentam uma severa incapacidade social, sendo capazes no entanto de realizar todo o trabalho doméstico fazem parte do nível III. No nível IV, incluem-se os indivíduos que já não apresentam performance adequada ao desempenho de uma profissão, conseguindo realizar pequenas tarefas domésticas, mas capazes para fazer compras no exterior. Os indivíduos que se incluem no nível V são os que já estão confinados ao domicílio, conseguindo executar tarefas muito simples e dar pequenos passeios. No nível VI, estão incluídos os indivíduos que estão confinados à cadeira ou sofá e que só conseguem caminhar com o apoio de terceiros. No nível VII, os indivíduos estão confinados à cama, e finalmente, fazem parte do nível VIII, os indivíduos que se encontram no estado de inconsciência (Wade, 1998).

1.3 Procedimentos

Para a recolha dos dados da investigação, e depois de seleccionadas as instituições, optou-se por proceder a um primeiro contacto escrito, através de cartas dirigidas aos Presidentes ou Provedores das organizações. Na carta enviada foi apresentada a investigação, quais os seus objectivos e a importância de que se revestia a recolha da informação, para que a análise dos dados obtidos permitisse uma melhor planificação do Serviço de Apoio Domiciliário.

Posteriormente, foi feito um contacto telefónico, tendo em vista o agendar de uma reunião para apresentação e explicação do instrumento de recolha de dados.

Importa referir que todas as instituições seleccionadas, depois explicados os objectivos e ter sido apresentado o instrumento de recolha de dados, aceitaram, de imediato, colaborar na investigação, pelo que a taxa de recusa foi de zero.

A recolha de dados foi realizada no domicílio das pessoas. Nalguns casos, os responsáveis pelo SAD informaram previamente da visita do entrevistador.

Foram dados a conhecer aos utentes de SAD, de forma clara, os objectivos da recolha de dados e apresentadas, de forma geral, as áreas a ser avaliadas (Ghiglione & Matalon, 2001).

Em todos os casos registou-se consentimento informado de forma verbal dos utentes para colaborar na recolha de dados. Apenas um dos casos recusou participar.

Também os profissionais envolvidos, ajudantes familiares domiciliárias e directores técnicos, todos acederam na recolha de dados.

Desde o início do processo foi garantida a confidencialidade da informação recolhida, seja em relação aos utentes, seja em relação à instituição em análise, assim como a disponibilização dos resultados.

Capítulo IV

Apresentação dos Resultados

Introdução

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados em função de três vectores de análise.
O primeiro diz respeito à análise descritiva relativa ao SAD, no qual são caracterizados os receptores de cuidados, o cuidador principal, as ajudantes familiares domiciliárias e os serviços prestados.
O segundo, mais específico, cruza os serviços disponibilizados, o tempo dispensado e a duração do SAD com variáveis relativas ao contexto de cuidados e características funcionais e de rede social dos receptores de cuidados.
No terceiro vector procede-se à análise da satisfação dos receptores de cuidados com áreas diferenciadas, designadamente com as características funcionais do SAD, a actuação das ajudantes familiares domiciliárias, do coordenador técnico e a avaliação global.

1. Estudos descritivos relativos ao Serviço de Apoio Domiciliário

Neste primeiro ponto é feita uma caracterização do receptor de cuidados, do cuidador informal, quando existente, descrição dos programas e serviços do SAD e, finalmente, a caracterização das ajudantes familiares domiciliárias.

1.1 Caracterização e condições do receptor de cuidados

Procede-se de seguida à caracterização e condições do receptor de cuidados em áreas diferenciadas, designadamente às suas características sócio-demográficas, rede social, condições habitacionais e situação socio-económica.

1.1.1. Caracterização sócio-demográfica

Os dados obtidos na caracterização sócio-demográfica da amostra foram analisados tendo por base a presença ou ausência de cuidador. Esta tomada de decisão deriva do

facto de se conseguir identificar mais facilmente dinâmicas de complementaridade/substituição entre o serviço formal do SAD e o cuidado informal.

Na amostra em análise (Ver *Tabela 4*), constatou-se que é maior a frequência de homens receptores de cuidado (n=33; %=68,8), do que a correspondente para as mulheres (n=15; %=31,3). Relativamente à presença/ausência de cuidador regista-se maior presença de mulheres entre os receptores de cuidados que não têm cuidador (n=9; %=60,0).

A média de idades é relativamente elevada (X=78,8; DP=9,8), tendência que se mantém igualmente elevada, seja na presença ou na ausência de cuidador, embora na presença de cuidador, os valores sejam os mais baixos relativamente à média (X=76,7; DP=8,2).

Quanto ao estado civil, verifica-se uma prevalência dos casados e viúvos nos receptores de cuidado (37,5% e 35,4%, respectivamente). A mesma tendência mantém-se, seja na presença/ausência de cuidador.

Tabela 4 - Caracterização sócio-demográfica dos receptores de cuidados (n=48)

Variáveis sócio-demográficas	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Homens	33	68,8%	19	57,6%	14	42,4%
Mulheres	15	31,3%	6	40,0%	9	60,0%
Idade X (DP)	78,8 (9,8)		80,6 (10,6)		76,7 (8,2)	
Estado Civil						
Solteiro(a)	8	16,7%	4	50,0%	4	50,0%
Casado(a)	18	37,5%	10	55,6%	8	44,4%
Viúvo(a)	17	35,4%	9	52,9%	8	47,1%
Separado(a)	5	10,4%	2	40,0%	3	60,0%
Nível de Escolaridade						
Não Ens. Primário	30	62,5%	16	53,3%	14	46,7%
Ens. Primário	15	31,3%	7	46,7%	8	53,3%
Ens. Preparatório	1	2,1%	1	100%	0	0,0%
Ens. Profissional	1	2,1%	0	0,0%	1	100%
Ens. Universitário	1	2,1%	1	100%	0	0,0%
Mobilidade Geográfica [1]						
Naturalidade = Residência	40	83,3	20	50,0%	20	50,0%
Naturalidade ≠ Residência	8	16,7	5	62,5%	3	37,5%

[1] Nesta variável cruzou-se o local de naturalidade com o local de residência, se igual ou se diferente.

No que diz respeito aos níveis de escolaridade, a amostra apresenta níveis muito baixos, sendo que 62,5% não completou o ensino primário e 31,3% possui um nível de escolaridade correspondente ao ensino primário. Nesta variável também não se verificam diferenças significativas relativamente à presença/ausência de cuidador.

Optou-se por analisar a residência comparativamente com a naturalidade, com vista a perspectivar a mobilidade geográfica. Maioritariamente, a residência identifica-se com o local de naturalidade (n=40; %=83,3), verificando-se a mesma tendência na presença/ausência de cuidador.

Em termos gerais trata-se de uma amostra composta maioritariamente por homens, com uma média de idades considerada elevada, de estado civil diversificado, mas com maior incidência de casados e viúvos, de muito baixa escolaridade e com pouca mobilidade geográfica.

1.1.2. Caracterização da Rede Social

A análise da rede social (Ver *Tabela 5*) foi realizada com base no Modelo de Substituição ou Modelo Hierárquico Compensatório (Cantor, 1972). De acordo com este modelo, os receptores de cuidado apresentam uma ordem de preferência na relação com os seus cuidadores: (i) a figura do cônjuge surge como primeira preferência; (ii) filhos; (iii) outros familiares, que não esposas ou filhos; (iv) outras pessoas, como amigos e vizinhos; (v) sistema formal. Neste sentido, agrupou-se as categorias da rede social na seguinte sequência; (i) presença exclusiva do cônjuge; (ii) familiares directos, considerando os parentes em 1° grau; (iii) outros familiares, que não incluam nem cônjuge nem familiares directos; (iv) outras pessoas, designadamente amigos, vizinhos; (v) sem qualquer tipo de apoio de rede social.

Na amostra em análise, a rede social de suporte é essencialmente constituída pelo cônjuge, (n=19; %=39,6), seguido dos familiares directos (n=18; %=37,5). Os restantes têm como rede social de suporte outros familiares, importando referir que estes receptores de cuidados têm maioritariamente cuidador principal (n=7; %=63,6).

A presença de filhos revela-se significativa (n=36; %=75), o que é natural, atendendo ao estado civil da amostra, não se verificando contudo diferenças na presença/ausência de cuidador.

Importa também referir que a presença dos filhos do sexo feminino é maioritária (n=29; %=60,4), não se registando efeitos significativos desta maioria na presença ou ausência de cuidador.

A localização da residência dos filhos é heterogénea, no entanto, a maioria dos elementos da amostra tem filhos a residir na mesma freguesia (n=24; %=66,7), o que não parece repercutir-se na distribuição presença/ausência de cuidador.

Tabela 5 - Rede de suporte social dos receptores de cuidados (n=48)

Variáveis da rede social (% Sim)	Total		Presença de Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Constituição da rede de suporte (tipo de elementos)						
Presença de Cônjuge	19	39,6%	10	52,6%	9	47,4%
Familiares Directos (sem cônjuge) [1]	18	37,5%	8	44,4%	10	55,6%
Outros familiares (sem cônjuge e sem familiares directos)	11	22,9%	7	63,6%	4	36,4%
Outras pessoas (sem família)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sem rede	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Existência de filhos	36	75%	18	50,0%	18	50,0%
Idosos c/ filhos sexo feminino	29	60,4%	15	51,7%	14	48,3%
Residência dos filhos (n=36)						
Filhos residentes mesma freguesia	24	66,7%	12	50,0%	12	50,0%
Filhos residentes no mesmo concelho	18	50,0%	9	50,0%	9	50,0%
Filhos residentes no mesmo distrito	15	41,7%	4	26,7%	11	73,3%
Filhos residentes noutro distrito	10	27,8%	5	50,0%	5	50,0%
Filhos residentes no estrangeiro	14	38,9%	6	46,2%	8	53,8%
Idade dos Filhos (n=36)						
Inferior a 30 anos	2	5,6%	1	50,0%	1	50,0%
Entre 30 a 39 anos	18	50,0%	8	44,4%	10	55,6%
De 40 a 49 anos	20	55,6%	10	50,0%	10	50,0%
De 50 a 59 anos	13	36,1%	4	30,8%	9	69,2%
Mais de 60 anos	7	19,4%	5	71,4%	2	28,6%
Presença de filhos – Mulheres X (DP)	2,12 (1,82)		2,47 (2,07)		1,72 (1,49)	
Presença de filhos – Com netos X (DP)	3,36 (1,92)		3,44 (2,40)		3,28 (1,32)	
Presença de filhos – Trabalhadores X (DP)	3,12 (2,41)		3,28 (3,03)		2,89 (1,60)	
Constituição do agregado familiar						
Isolado	13	27,1%	3	23,1%	10	76,9%
Só c/ cônjuge	18	37,5%	9	50,0%	9	50,0%
Com outros familiares (cônjuge, filhos, outros parentes)	16	33,3%	12	75,0%	4	25,0%
Com outras pessoas	1	2,1%	1	100%	0	0,0%
Recurso em caso de necessidade						
Só ao cônjuge	8	16,7%	6	75,0%	2	25,0%
Só aos filhos	24	50,0%	11	45,8%	13	54,2%
Outros familiares	10	20,8%	4	40,0%	6	60,0%
Outras pessoas	4	8,3%	3	75,0%	1	25,0%
Sistema formal	2	4,2%	1	50,0%	1	50,0%

[1] Parentes em 1º Grau.

No que diz respeito à idade dos filhos, situa-se maioritariamente entre os 30 e os 59 anos. Os poucos elementos que têm filhos com mais de 60 anos (n=7; %=19,4) têm em maioria presença de cuidador principal (n=5; %=71,4), que julgamos estar associado a idades mais avançadas.

A média verificada relativamente ao número de filhos do sexo feminino (X=2,12; DP=1,82) é relativamente mais elevada na presença de cuidador (x=2,47; DP=2,07), do que na ausência (X=1,72; DP=1,49). Relativamente à presença de filhos com netos (X=3,36; DP=1,92), não se registam diferenças significativas relativamente à presença/ausência de cuidador.

A presença de filhos trabalhadores (X=3,12; DP=2,41) parece ser relativamente mais alta na presença de cuidador do que na sua ausência.

Da análise da constituição do agregado familiar, ressalta o número de elementos que vivem isolados (n=13; %=27,1) ou só com o cônjuge (n=18; %=37,5).

Maioritariamente, estes elementos não têm cuidador principal, o que poderá estar associado à sua possível autonomia. A presença de cuidador mais significativa parece verificar-se no grupo de elementos que vivem num agregado familiar mais alargado (n=12; %=75).

A quem é solicitado apoio, em caso de necessidade, os resultados indicam que se verifica o acentuar do recurso aos filhos (n=24; %=50), embora também possa ser significativo o recurso ao cônjuge e a outros familiares, respectivamente (n=8; %=16,7) e (n=10; %=20,8). Não parecem significativas as variações registadas na presença/ausência de cuidador.

Em resumo, trata-se de uma amostra caracterizada por apresentar uma rede de suporte social considerada satisfatória, atendendo à diversidade de elementos referidos. Mais de metade dos receptores de cuidados têm filhos, a residir próximo, e a quem recorrem em caso de necessidade. Os restantes, sem filhos, contam com o apoio de outros elementos da família.

1.1.3. Caracterização das condições habitacionais

No que diz respeito às condições habitacionais (Ver *Tabela* 6), a quase totalidade dos indivíduos reside em vivendas (n=47; %=97,9).

Quanto à propriedade, mais de metade das habitações pertencem aos receptores de cuidado (n=27; %=57,4), seguido da pertença a filhos/familiares (n=11; %=23,4). Nos casos

em que a habitação pertence aos filhos/familiares, verifica-se uma forte presença de cuidador (n=8; %=72,7), o que em parte poderá ser justificado pela mudança de residência para casa dos familiares.

Mais de metade das habitações tem mais de 50 anos (n=28; %=59,6). De um modo geral, trata-se de casas de grande dimensão, já que metade tem mais de 5 divisões (n=24; %=50).

Tabela 6. Condições habitacionais dos receptores de cuidados (n=48)

Variáveis Habitacionais	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Habitação (n=47)						
Vivenda	47	97,9%	24	51,1%	23	48,9%
Apartamento	1	2,1%	1	100%	0	0,0%
Regime de Propriedade (n=47)						
Própria	27	57,4%	14	51,9%	13	48,1%
Arrendada	7	14,9%	1	14,3%	6	85,7%
Dos filhos/familiares	11	23,4%	8	72,7%	3	27,3%
Cedida	2	4,3%	1	50,0%	1	50,0%
Ano de Construção de Habitação (n=47)			12			
Entre 1900 – 1950	28	59,6%	11	42,9%	16	57,1%
Entre 1951 – 2000	18	38,3%	1	61,1%	7	38,9%
Pós 2000	1	2,1 %		100%	0	0,0%
Nº de divisões						
Até 2 divisões	4	8,3%	0	0,0%	4	100%
Entre 2 e 5 divisões	20	41,7%	12	60,0%	8	40,0%
Mais de 5 divisões	24	50,0%	13	54,2%	11	45,8%
Infra-estruturas do Imóvel.						
Electricidade (% Sim)	48	100%	25	100%	23	100%
Água canalizada (%Sim)	39	81,3%	24	61,5%	15	38,5%
Água quente	32	66,7%	21	65,6%	11	34,4%
Aquecimento	35	72,9%	18	51,4%	17	48,6%
Em todas as divisões	1	2,9%	1	100%	0	0,0%
Restrito a uma divisão	34	97,1%	17	50,0%	17	50,0%
Infra-estruturas móveis						
Frigorífico	43	89,6	24	55,8%	19	44,2%
Fogão	44	91,7	24	54,5%	20	45,5%
Televisor	41	85,4	23	56,1%	18	43,9%
Máquina lavar roupa	28	58,3	18	64,3%	10	35,7%
Telefone	31	64,6	18	58,1%	13	41,9%

Todas as habitações têm electricidade (n=48; %=100), mas já em relação a água canalizada, nem todas as habitações a têm disponível (n=39; %=81,3). Maioritariamente, são os elementos que têm cuidador que dispõe de água canalizada (n=24; %=61,5). Quando se trata de disponibilização de água quente, os valores são relativamente baixos, já que apenas 66,7% dos inquiridos dispõem de água quente. É nos elementos que possuem cuidador que os valores são mais elevados (n=21; %=65,6).

O aquecimento, quando disponível nas habitações (n=35; %=72,9), é constituído basicamente pela existência de lareira ou aquecedor e, como tal, apenas está disponível numa das divisões (n=34; %=97,1).

Relativamente a infra-estruturas móveis, os elementos considerados básicos estão disponíveis nomeadamente, frigorífico (n=43; %=89,6), fogão (n=44; %=91,7), televisor (n=41; %=85,4). Já outros bens, mesmo que não sendo considerados como essenciais, apresentam valores mais baixos, mesmo os casos de máquina de lavar roupa (n=28; %=58,3) e telefone (n=31; %= 64,6). De um modo geral, é na presença de cuidador que parece que se registam valores mais elevados de disponibilização dos bens atrás referidos.

Da análise às condições do quarto, que é utilizado pelos inquiridos (Ver *Tabela 6.1*), ressalta que a grande maioria dispõem de cama individual (n=37; %=77,1) e adaptada ao seu estado físico (n=42; %=87,5).

De referir que relativamente aos receptores de cuidados que se encontram acamados (n=11), que apenas 36,4% (n=4) dispõem de colchão anti-escaras.

Importa também dizer que da análise às condições habitacionais, os valores parecem não apresentar variação em função da presença/ausência de cuidador, com excepção do último (presença do colchão anti-escaras nos idosos acamados), onde a ausência de cuidador condiz com a ausência de colchão anti-escaras.

Evidencia-se também que nem todos os elementos da amostra dispõem de casa de banho, uma vez que alguns apenas possuem retrete (n=10; %=20,8). De referir também que quem dispõe de casa de banho, não possui todas as condições, uma vez que apenas 87,2% das habitações têm água canalizada (n=34), e no que respeita à existência de água quente, os valores são ainda mais baixos (n=30; %=76,9).

No seguimento da análise aos valores obtidos, verifica-se que alguns elementos da amostra tomam ainda banho em bacias (n=10; %=20,8), atendendo à falta de condições. Da análise das características da casa de banho, parece existir uma tendência para melhores condições nos receptores que têm cuidador.

Tabela 6.1 Condições habitacionais dos receptores de cuidados (cont.) (n=48)

Variáveis Habitacionais	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Quarto						
Partilha do quarto	12	25,0%	6	50,0%	6	50,0%
Dispõe de cama individual	37	77,1%	20	54,1%	17	45,9%
Adaptação cama ao estado físico [1]	42	87,5%	19	45,2%	23	54,8%
Idosos acamados (n=11) que têm colchão anti-escaras	4	36,4%	4	100%	0	0,0%
Casa de banho						
Casa de banho	36	75,0%	22	61,1%	14	38,9%
Retrete	10	20,8%	3	30,0%	7	70,0%
Banheira	20	51,3%	13	65,0%	7	35,0%
Base de chuveiro	19	48,7%	11	57,9%	8	42,1%
Chuveiro flexível	31	79,5%	18	58,1%	13	41,9%
Água canalizada	34	87,2%	21	61,8%	13	38,2%
Água quente	30	76,9%	20	66,7%	10	33,3%
Local onde costuma tomar banho						
Casa de banho	27	56,3%	14	51,9%	13	48,1%
Cama	10	20,8%	10	100%	0	0,0%
Bacia	10	20,8%	1	10,0%	9	90,0%
Instituição	1	2,1%	0	0,0%	1	100%

[1] Consideramos cama adaptada ao estado físico, a localização adequada de forma a permitir circular em seu redor, possuir articulação e colchão anti-escaras, quando dependentes.

Em conclusão, e relativamente às condições habitacionais, importa salientar que, de um modo geral, as condições de habitação da amostra são fracas e que os resultados parecem evidenciar melhores condições nos receptores de cuidados que têm cuidador principal, uma vez que estes, na maior parte dos casos, passaram a residir em casa dos filhos. As infra-estruturas consideradas básicas não se encontram na totalidade das habitações, especificamente casa de banho, água canalizada e água quente, o que dificultará certamente a prestação do SAD.

1.1.4 Caracterização socio/económica

Da leitura da *Tabela 7*, constata-se que das profissões dos elementos da amostra enquanto activos, mais de metade foram trabalhadores não qualificados (n=26; %=54,2),

seguidos de operários industriais (n=12; %=25). Os trabalhadores qualificados representam uma minoria (n=1; %=2,1).

Tabela 7. Profissão dos receptores de cuidados enquanto activos (n=47)

Variáveis Profissionais	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Profissão						
Trabalhadores Qualificados	1	2,1	1	100%	0	0,0%
Trabalhadores não Qualificados (Sector 1º, 2º e 3º)	26	54,2	10	38,5%	16	61,5%
Operários industriais	12	25,0	6	50,0%	6	50,0%
Domésticas	6	12,5	6	100%	0	0,0%
Sem profissão	2	4,2	1	50,0%	1	50,0%

De um modo geral, pode afirmar-se que estamos perante uma amostra com qualificações profissionais muito baixas.

O valor dos rendimentos mensais da amostra (Ver *Tabela 8*) está naturalmente associado à qualificação profissional enquanto activos. Desta associação resulta rendimentos mensais baixos. Os receptores de cuidados que apenas possuem pensão própria apresentam uma média de rendimentos baixa (Mdn= 262 euros; Rango=440). A mesma tendência verifica-se nos que recebem apenas pensão de sobrevivência, apresentando um rendimento mensal ainda mais baixo (Mdn=208; Rango=15). Quando os receptores acumulam pensão própria e de sobrevivência, os valores são, naturalmente, mais elevados (Mdn=412; Rango=255).

Tabela 8. Tipo e valor dos rendimentos mensais (em euros)

	Total	
	Mdn	Min-Max
Pensão Própria (n=31)	220	(160-600)
Pensão de sobrevivência (n=2)	207,5	(200-215)
Pensão própria + pensão sobrevivência (n=9)	400	(300-555)
Sem rendimentos (n=2)	30	(30-30)

Trata-se de uma amostra que apresenta uma situação socio-económica considerada baixa, atendendo quer ao baixo nível profissional enquanto activos quer aos baixos rendimentos auferidos.

1.2 Caracterização do cuidador principal e das condições do cuidado informal

Relativamente ao cuidador informal é também efectuada a sua caracterização ao nível das características sócio-demográficas, da relação entre o cuidador e receptor de cuidados, assim como o impacto do próprio cuidado informal.

1.2.1 Características sócio-demográficas

O cuidador principal da amostra (Ver *Tabela* 9) é maioritariamente feminino (n=11; %=57,9), com uma média de idade bastante elevada (M=64,38; DP=13,59).
Na generalidade, o cuidador principal é casado (n=11; %=57,9), seguido do solteiro (n=5; %=26,3).
Relativamente ao nível de escolaridade, constata-se ser bastante baixo, apresentando mais de metade da amostra o correspondente ao ensino primário (n=11; %=57,9), a que se segue o grupo dos que não completaram o ensino primário (n=6; %=31,6), o que é compreensível atendendo à elevada média de idades.
A situação laboral dos cuidadores integrados na amostra varia entre trabalhador no activo, doméstica, desempregado e reformado. Os cuidadores reformados são os que estão mais representados (n=9; %=47,4), seguidos dos trabalhadores no activo (n=7; %=36,8).
Nos cuidadores que ainda desenvolvem actividade laboral, a qualificação profissional varia entre trabalhadores não qualificados (n=3; %=37,5), trabalhadores qualificados/operários industriais com o mesmo resultado (n=2; %=25).
Da análise da composição do agregado familiar destes cuidadores, resulta uma diversidade relativamente acentuada, embora ressalte a classe dos que vivem só com o cônjuge (n=7; %=36,8).

Tabela 9. Caracterização do cuidador principal (n=19)

Variáveis sócio-demográficas	Total	
	n	%
Caracterização sócio-demográfica		
Sexo		
Feminino	11	57,9
Masculino	8	42,1
Idade X (DP)	64,38 (13,59)	
Estado Civil		
Solteiro(a)	5	26,3
Casado(a)	11	57,9
Viúvo(a)	2	10,5
Separado/divorciado(a)	1	5,3
Nível de Escolaridade		
Sem Ens. Primário ou Incompleto	6	31,6
Ens. Primário Completo	11	57,9
Ens. Preparatório	0	0
Ens Profissional	0	0
Ens. Universitário	2	10,5
Caracterização socio-económica		
Situação laboral		
Trabalhador(a) no Activo	7	36,8%
Doméstica	2	10,5%
Desempregado(a)	1	5,3%
Reformado	9	47,4%
Profissão (de quem está no activo) (n=8)		
Trabalhadores qualificados	2	25,0%
Empregados administrativos	1	12,5%
Trabalhadores n/ qualificados (Sector 1º 2º e 3º)	3	37,5%
Operários industriais	2	25,0%
Composição do Agregado Familiar		
Só Cônjuge	7	36,8%
Filhos	2	10,5%
Cônjuge + filhos	1	5,3%
Cônjuge+filhos+ outros familiares	2	10,5%
Filhos + outros familiares	2	10,5%
Outros familiares	4	21,1%
Isolado	1	5,3%

1.2.2 Relação cuidador/utente

A relação que se estabelece entre o cuidador e o utente está naturalmente relacionada com o grau de parentesco. Constata-se, através da *Tabela 10*, que a grande maioria dos cuidadores vive permanentemente com o receptor de cuidados (n=14; %=73,7), que está

em relação próxima com a representatividade de familiares com grau de parentesco próximo, cônjuge/companheiro (n=5; %=26,3) e filho(a) (n=6; %=31,6).

Tabela 10. Relação cuidador/utente (n=19)

	Total	
	n	%
Grau de Parentesco		
Cônjuge/Companheiro	5	26,3%
Filho/a	6	31,6%
Outros familiares	2	10,5%
Outros	6	31,6%
Proximidade Habitacional		
Vivem permanentemente	14	73,7%
O idoso vive temporariamente na casa cuidador	2	10,5%
O cuidador vive temporariamente na casa do idoso	0	0%
Vivem no mesmo lugar	1	5,3%
Vivem no mesmo concelho mas noutro lugar	2	10,5%
Vive noutro concelho	0	0%
Proximidade da convivência		
Permanente (viviam na mesma casa)	13	68,4%
Muito frequente	5	26,3%
Rara	1	5,3%

Contudo, esta proximidade habitacional e familiar traduz uma proximidade de convivência previamente existente. A maioria dos cuidadores já vivia junto antes do início da prestação dos cuidados (n=13; %=68,4). Os restantes mantinham, na sua maioria (n=5; %=26,3), uma convivência muito frequente.

1.2.3 Caracterização e impacto do cuidado

Através da análise da *Tabela 11*, verifica-se que a generalidade dos cuidadores (n=14; %=73,7) despende mais de 5 horas diárias na prestação dos cuidados e assume sozinho, de forma permanente, a prestação dos mesmos (n=13; %=68,4).

O tipo de cuidados prestados é bastante alargado, sendo de referir que a grande parte dos cuidadores assume a generalidade dos mesmos, AVD(B)+AVD(I)+Actividades de carácter social (n=14; %=73,7).

Tabela 11. Caracterização e impacto do cuidado

	Total	
	n	%
Tempo diário dispendido (n=19)		
Menos de 1 hora	2	10,5%
De 1 a 2 horas	3	15,8%
Mais de 5 horas	14	73,7%
Frequência do cuidado (n=19)		
Permanente	13	68,4%
Em alguns momentos ou períodos	4	21,1%
Por turnos entre diferentes familiares	2	10,5%
Cuidados prestados (n=19)		
AVD(B)[1]	0	0%
AVD(I) [2]	0	0%
Actividades carácter social[3]	4	21,1%
AVD(B)+AVD(I)	0	0%
AVD(I)+ actividades carácter social	1	5,2%
AVD(B)+AVD(I)+ actividades carácter social	14	73,7%
CES-D (n=15)		
< 20 (Não Depressão)	14	93,3%
≥ 20 (Risco Depressão)	1	6,7%
Vantagens pela utilização do SAD (n=11)		
Alívio do cuidador	7	63,6%
Melhoria da qualidade de vida do idoso	4	36,4%

[1]Alimentação, apoio na alimentação e higiene.
[2] Limpeza habitação, tratamento roupas, apoio na medicação e aquisição de bens.
[3]Companhia, saídas ao exterior e acompanhamento a consulta.

Cada cuidador da amostra cuida, em média, de mais do que uma pessoa (X=1,32; SD=0,58), sendo o mínimo de 1 e máximo de 3.

Quando questionados sobre as vantagens pela utilização do SAD, as respostas variam entre alívio do cuidador, que apresenta valores mais elevados (n=7; %=63,6), seguida da melhoria da qualidade de vida do idoso (n=4; %=36,4).

1.3 Descrição do programa de serviços do Serviço de Apoio Domiciliário

Neste ponto é efectuada uma caracterização sumária do tempo de vinculação dos receptores de cuidados ao SAD, as razões subjacentes aos pedidos do serviço, assim

como a descrição e caracterização dos serviços disponibilizados através do SAD, periodicidade e tempo diário dispendido.

1.3.1 Características Gerais

Procedeu-se à análise do tempo de vinculação ao SAD em meses (Ver *Tabela 12*). Desta análise, resulta uma média de permanência relativamente elevada (X=41,32; DP=37,39). De referir que o tempo mínimo de vinculação é de 3 meses e o máximo de 180 meses. A tendência observada na presença/ausência de cuidador parecem muito próximas, se bem que na presença de cuidador seja ligeiramente mais elevada (X=44,6; DP=40,0).

Tabela 12. Tempo de vinculação ao SAD (n=48)

	Total	Presença Cuidador	Ausência de Cuidador
	X (DP)	X (DP)	X (DP)
Variável de tempo de vinculação ao SAD	41,32 (37,39)	44,6 (40,0)	37,4 (34,50)

Através da análise da *Tabela 13*, constata-se que mais de metade dos elementos da amostra apresentam a incapacidade física/dependência como razão principal para o pedido do serviço (n=23; %=52,3). Este factor acentua-se sobretudo nos receptores de cuidados onde se verifica a presença de cuidador (n=17; %=73,9).
Dificuldades na confecção da alimentação constituem também uma das principais razões que justificam o pedido do serviço (n=12; %=27,3). Verifica-se, contudo, que este factor predomina nos receptores que não têm presença de cuidador (n=10; %=83,3).

Tabela 13. Razões para o pedido de SAD (n=39)

	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Razões que justificaram o pedido de SAD						
Incapacidade física/dependência	23	52,3%	17	73,9%	6	26,1%
Dificuldades na confecção alimentação	12	27,3%	2	16,7%	10	83,3%
Perda ou ausência /insuficiência de retaguarda familiar	4	9,1%	2	50,0%	2	50,0%
Precariedade socio-económica	3	6,8%	1	33,3%	2	66,7%
Alcoolismo	2	4,5%	0	0,0%	2	100%

1.3.2 Caracterização dos Serviços Prestados

Dos resultados obtidos, optou-se por agrupar os serviços disponíveis em termos de AVD(B) (Actividades Básicas de Vida Diária), conforme se apresenta na *Tabela 14*. Da análise dos dados, ressalta que uma elevada percentagem dos utentes apenas beneficia do serviço de alimentação (n=21; %=43,8), com maior incidência nos receptores de cuidados que não têm cuidador (n=14; %=66,7). Estes valores confirmam os apresentados anteriormente na *Tabela 10*, onde se constata que as dificuldades na confecção da alimentação eram a principal razão justificativa do pedido do SAD, entre os receptores que não têm cuidador principal.

O serviço de alimentação, associado ao serviço de higiene, é também dos mais representativos (n=10; %=20,8).

Os serviços que incluem higiene sem alimentação estão associados a receptores de cuidados que têm cuidador, higiene + vestir (n=3; %=100); higiene + levantar/mudar de posição (n=4; %=100). Deduz-se destes resultados, tratar-se de idosos com maior grau de dependência.

Da leitura da *Tabela 11*, importa referir que existem receptores de cuidados que não beneficiam de nenhum serviço em termos de AVD(B) (n=6; %=12,5).

Tabela 14. Caracterização dos serviços prestados – AVD(B)

Serviços Prestados em termos de AVD(B) (n=48)	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Alimentação (com/sem acompanhamento)	21	43,8%	7	33,3%	14	66,7%
Higiene + Vestir	3	6,3%	3	100%	0	0,0%
Alimentação + Higiene (seja vestir ou não)	10	20,8%	4	40,0%	6	60,0%
Higiene (com/sem vestir) + Levantar/mudar de posição	4	8,3%	4	100%	0	0,0%
Alimentação + Higiene (com/sem vestir) + Levantar/mudar de posição	4	8,3%	4	100%	0	0,0%
Sem serviços	6	12,5%	3	50,0%	3	50,0%

Optou-se por agrupar os serviços prestados em termos de AVD(I), por: (i) *tarefas executadas no interior da casa* (limpeza habitacional, tratamento de roupas e apoio na medicação), (ii) *tarefas no exterior da casa* (aquisição de bens, pequenos recados e outras tarefas), (iii) *tarefas de desenvolvimento* (animação e ginástica). Pode ainda verificar-se, nalguns casos, a associação de diferentes grupos de serviços conforme consta na *Tabela 15*.

Pela análise da tabela, vê-se que o grupo mais representativo é o dos receptores que não beneficiam de nenhuma tarefa associada às actividades instrumentais de vida diária (n=17; %=35,4). Nos que beneficiam de apoio em termos de AVD(I), as *tarefas no interior da casa* são as mais solicitadas (n=10; %= 20,8). A análise dos resultados em função da presença/ausência de cuidador não parece apresentar diferenças significativas. As diferenças registadas residem numa maior incidência das *tarefas no exterior da casa* (n=4; %=66,7), e *tarefas no interior + exterior* (n=2; %=66,7) na presença de cuidador. Relativamente aos serviços prestados em termos de AVD(I) na ausência de cuidador, a maior frequência verifica-se nas *tarefas no interior + desenvolvimento* (n=4; %=66,7) e *tarefas no exterior + desenvolvimento* (n=2; %= 100).

Tabela 15. Caracterização dos serviços prestados – AVD(I)

Serviços Prestados em termos de AVD(I)	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Tarefas no Interior da casa [1]	10	20,8%	6	60,0%	4	40,0%
Tarefas no Exterior da casa [2]	6	12,5%	4	66,7%	2	33,3%
Tarefas de Desenvolvimento [3]	4	8,3%	2	50,0%	2	50,0%
Tarefas no Interior + Exterior	3	6,3%	2	66,7%	1	33,3%
Tarefas no Interior + Desenvolvimento	6	12,5%	2	33,3%	4	66,7%
Tarefas no Exterior + Desenvolvimento	2	4,2%	0	0,0%	2	100%
Sem AVD(I)	17	35,4%	9	52,9%	8	47,1%

[1] Limpeza habitacional, tratamento de roupas e apoio na medicação.
[2] Aquisição de bens, pequenos recados e outras tarefas.
[3] Animação e ginástica.

Para realizar a análise da periodicidade da prestação de serviços para cada utente, identificou-se unicamente a frequência mais elevada da periodicidade encontrada para cada tipo de serviço prestado.

Da análise da *Tabela 16*, relativa à periodicidade dos serviços em termos de AVD(B), ressalta o serviço de alimentação, acompanhamento das refeições e mobilizações, que registou uma média de frequência diária. Os serviços de higiene íntima, levantar e vestir, registou uma média de frequência de segunda-feira a sábado. O banho completo, em média apenas é dado uma vez por semana.

Relativamente à análise em função da presença/ausência de cuidador, não se observam diferenças significativas, com excepção do levantar e mobilizações, onde naturalmente se observa uma maior frequência nos receptores de cuidados que têm cuidador.

Tabela 16. Periodicidade dos serviços/AVD(B)

	Periodicidade mais Frequente		
Serviços prestados em termos de AVD(B)	Total	Presença Cuidador	Ausência de Cuidador
Alimentação	Diária	Diária	Diária
Acompanhamento das refeições	Diária	Diária	Diária
Banho Completo	1 dia na semana	1 dia na semana	1 dia na semana
Higiene Intima	Segunda a Sáb.	Diária	Segunda a Sáb./1dia na semana
Levantar	Segunda a Sáb.	Segunda a Sáb.	_____
Mobilizações	Diária	Diária	_____
Vestir	Segunda a Sáb.	Segunda a Sáb.	Segunda a Sáb.

Da análise da *Tabela 17*, resulta que, em termos de AVD(I), os serviços de limpeza da habitação, tratamento de roupas e apoio na medicação apresentam uma periodicidade muito frequente, com uma média que varia entre diária e segunda-feira a sábado. Os serviços de aquisição de bens no exterior e pequenos recados apresentam uma periodicidade menos frequente, registando uma média que varia entre 1 dia na semana, ou sempre que necessário. Constata-se que a periodicidade das actividades de animação acaba por se revelar apenas pontual.

Relativamente à presença/ausência de cuidador, os resultados não parecem evidenciar diferenças significativas, com excepção do serviço de limpeza da habitação que regista uma periodicidade mais elevada na presença de cuidador (segunda-feira a sábado). Este resultado poderá ser justificado pela capacidade de realização das mesmas tarefas pelos utentes que não têm cuidador.

Tabela 17. Periodicidade dos serviços/AVD(I)

Serviços prestados em termos de AVD(I)	Periodicidade mais frequente		
	Total	Presença Cuidador	Ausência de Cuidador
Limpeza da Habitação	Segunda a Sáb.	Segunda a Sáb.	1 dia na semana
Tratamento de Roupas	1 dia na semana	1 dia na semana	1 dia na semana
Apoio na medicação	Diária	Diária	Diária
Aquisição bens no exterior	1 dia na semana/ sempre que necessário	1dia na semana/	1dia na semana/
Pequenos recados	1 dia na semana	Sempre que necessário	Sempre necessário 1 dia na semana
Actividades de animação	Pontualmente	Pontualmente	Pontualmente
Outras tarefas	Sempre que necessário	Sempre que necessário	Sempre que necessário

Da análise do tempo dispendido em termos de AVD(B) (Ver *Tabela 18*), verifica-se uma utilização de tempo (em minutos), relativamente reduzida. São as tarefas associadas à higiene pessoal do utente que implicam uma maior utilização de tempo, designadamente o banho completo (X= 15,10; DP=23,10) e a higiene íntima (X=4,17; DP=8,01).

A distribuição da alimentação utiliza também um tempo curto (X=4,27; DP=3,57), sendo que o acompanhamento das refeições é ainda mais reduzido (X=0,63; DP=2,45).

Da análise dos resultados em função da presença/ausência de cuidador, constata-se a mesma tendência que os resultados globais, se bem que pareça verificar-se algumas diferenças entre ambos. O banho completo continua a ser a tarefa que utiliza mais tempo, sobretudo nos receptores de cuidados que têm cuidador (X=21,60; DP=26,95), seguido da higiene íntima (X=7,40; DP=9,70).

Tabela 18. Tempo Dispendido nas AVD(B)

Tempo Dispendido nas AVD(B) (em minutos)	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	X	(DP)	X	(DP)	X	(DP)
Alimentação	4,27	(3,57)	3,80	(3,89)	4,78	(3,19)
Acompanhamento das refeições	0,63	(2,45)	1,20	(3,32)	0,00	(0,00)
Banho Completo	15,10	(23,10)	21,60	(26,95)	8,04	(15,72)
Higiene Intima	4,17	(8,01)	7,40	(9,70)	0,65	(3,13)
Levantar	0,10	(0,72)	0,20	(1,00)	0,00	(0,00)
Mobilizações	0,73	(2,73)	1,40	(3,69)	0,00	(0,00)
Vestir	1,46	(2,30)	2,60	(2,55)	0,22	(1,04)

Relativamente ao tempo dispendido nas AVD(I), não se procedeu ao seu cálculo atendendo ao carácter pontual de que se reveste a prestação de serviços a este nível.

1.4 Caracterização das ajudantes familiares domiciliárias

Através da análise da *Tabela 19*, conclui-se que a totalidade das ajudantes familiares domiciliárias da amostra é do sexo feminino (n=15; %=100) e que a média de idades se situa nos 39,9 anos.

A grande maioria destas profissionais possui apenas a escolaridade obrigatória, que associada à sua média de idades corresponde ao Ensino Preparatório (n=11; %=73,3). O nível de escolaridade correspondente ao Ensino Secundário (n=3; %=20) é o que surge com representação subsequente. Verifica-se que a generalidade das ajudantes familiares domiciliárias frequentou formação profissional ligada à sua prática profissional (n=12; %=80).

Tabela 19. Caracterização sócio-demográfica das ajudantes familiares domiciliárias (n=15)

Caracterização das Ajudantes Familiares Domiciliárias	Total	
	n	%
Características Sócio-demográficas		
Sexo		
Feminino	15	100%
Idade M (DP)	39,9	
Nível de Escolaridade		
Ens. Primário	1	6,7%
Ens. Preparatório	11	73,3%
Ens. Secundário	3	20,0%
Ens. Profissional	0	0,0%
Ens. Universitário	0	0,0%
Caracterização profissional		
Frequência de formação profissional (% Sim)	12	80,0%
Frequência na prestação do cuidado		
Permanente	3	37,5%
Rotatividade programada	4	50,0%
Rotatividade aleatória	1	12,5%
Periodicidade da rotatividade programada (n=4)		
Mensal	3	75%
Semestral	1	25%

Regista-se uma diversidade na frequência da prestação dos cuidados nas instituições que compõe a amostra, que varia entre frequência permanente, rotatividade programada e rotatividade aleatória. Contudo, o valor mais elevado regista-se na rotatividade programada (n=4; %=50). Em três instituições a frequência é permanente e apenas numa se regista uma rotatividade aleatória. Dentro da rotatividade programada, a maioria apresenta uma rotatividade mensal na frequência da prestação dos cuidados (n=3; %=75).

2 Estudos referentes à caracterização do programa do SAD

No segundo ponto procede-se à caracterização do SAD, especificamente dos serviços prestados, se apenas serviço de alimentação ou outros serviços, tempo dispensado e duração do SAD, cruzados com variáveis como o contexto demográfico e institucional, características sócio-demográficas e funcionais dos sujeitos, assim como da rede social.

2.1 Análise relativa à tipologia dos serviços prestados

Nesta secção analisou-se o tipo de variáveis que podem estar associadas, ou não, aos diferentes tipos de serviços do SAD. A classificação de SAD relativamente a dois grupos, serviço só alimentação e serviços para além da alimentação deve-se ao facto de serem serviços que parecem estar dirigidos a tipologias de utentes diferentes, como pode encontrar-se nos dados relativos à caracterização dos serviços prestados nas AVD(B) (ver *Tabela 14*). Através da sua análise, pode constatar-se uma frequência superior nos utentes com ausência de cuidador, nos casos em que só beneficia do serviço de alimentação, com ou sem acompanhamento, assim como no tempo dispensado nas AVD(B) (ver *Tabela 18*), em que o tempo dispensado na ausência de cuidador parece ser maior do que nos casos de presença de cuidador, dinâmica não observada nos outros serviços. Nesse sentido, desenvolveu-se uma estratégia de análise não-paramétrica, identificando as variáveis do tipo de cuidado (prestação única de refeições/outros serviços) como variáveis dependentes. Os dados apontam para uma distribuição diferencial das frequências do tipo de SAD relativamente ao contexto demográfico (X^2 =4,1; $p<0,05$).

A análise da distribuição aponta para o facto dos serviços que inclui só alimentação estarem associados ao contexto rural, enquanto no contexto urbano se verifica uma maior frequência do SAD associado a outros serviços.

Tabela 20. Relação entre o tipo de cuidados (prestação única de refeições/outros serviços) e as variáveis do contexto de cuidado

	Só alimentação n (% Tipo Serv.)	Outros Cuidados (c/ ou s/ alimentação) n (% Tipo Serv.)	X^2	P
Contexto demográfico				
Urbano	7(33,3%)	17(63,0%)		
Rural	14(66,7%)	10(37,0%)	4,1	0,04*
Contexto Institucional				
Grande	10(47,6%)	14(51,9%)		
Pequena	11(52,4%)	13(48,1%)	0,09	0,77
Caract. Sócio-demográficas				
Sexo				
Masculino	7(33,3%)	8(29,6%)		
Feminino	14(66,7%)	19(70,4%)	0,08	0,78
Idade				
<74 Anos	4(19,0%)	14(51,9%)		
75>84 Anos	12(57,1%)	6(22,2%)		
+85 Anos	5(23,8%)	7(25,9%)	7,25	0,03*
Estado civil				
Sem parceiro	11(52,4%)	19(70,4%)		
Com parceiro	10(47,6%)	8(29,6%)	1,63	0,20
Nível de Escolaridade				
Ensino primário ou inferior	20(95,2%)	25(92,6%)		
Superior a ensino primário	1(4,8%)	2(7,4%)	0,14	0,71
Rendimento económico				
Até 250 €	13(68,4%)	16(61,5%)		
Mais 250 €	6(31,6%)	10(38,5%)	0,23	0,63

*p < 0,05 / ** p<0,01

Constata-se também uma relação significativa relativamente aos serviços prestados e a idade dos receptores de cuidados. Assim, a prestação de serviços para além do serviço de alimentação é mais representativa nos receptores de cuidados que apresentam idades inferiores (<74 anos=51,9%).

Através da análise da *Tabela 21*, os resultados apontam para uma relação diferencial entre o tipo de cuidados prestados e algumas variáveis observadas a partir do EASYcare, nomeadamente a mobilidade do receptor de cuidados (X^2=10,24; p<0,05), os cuidados pessoais (X^2= 11,52; p<0,05) e a incapacidade total (X^2=10,24; p<0,05).

Tabela 21. Relação entre o tipo de cuidados (prestação única de refeições/outros serviços) e as variáveis funcionais e de rede social

	Só alimentação n(%Tipo Serv.)	Não Só Alimentação n (%Tipo Serv.)	X^2	P
Características funcionais				
Escala de Rosser's				
I+II+III+IV	8(38,1%)	7(25,9%)		
V	8(38,1%)	5(18,5%)		
VI+VII+VIII	5(23,8%)	15(55,6%)	5,09	0,79
EASYcare				
Incapacidade física [1]				
Nível 1	7(33,3%)	13(48,1%)		
Nível 2	14(66,7%)	14(51,9%)	1,07	0,38
Área funcional [2]				
Nível 1	15(71,4%)	12(44,4%)		
Nível 2	6(28,6%)	15(55,6%)	3,50	0,08
Mobilidade [3]				
Nível 1	16(76,2%)	8(29,6%)		
Nível 2	5(23,8%)	19(70,4%)	10,24	0,003*
Cuidados pessoais [4]				
Nível 1	18(85,7%)	10(37,0%)		
Nível 2	3(14,3%)	17(63,0%)	11,52	0,001*
Controle esfincteriano [5]				
Nível 1	16(76,2%)	13(48,1%)		
Nível 2	5(23,8%)	14(51,9%)	3,88	0,08
Incapacidade total [6]				
Nível 1	16(76,2%)	8(29,6%)		
Nível 2	5(23,8%)	19(70,4%)	10,24	0,003*
Escala geriátrica depressão [7]				
Nível 1	12(57,1%)	14(51,9%)		
Nível 2	9(42,9%)	13(48,1%)	0,13	0,78
Qualidade de vida percebida pelo sujeito [8]				
Nível 1	13(61,9%)	13(48,1%)	0,90	0,39
Nível	8(38,1%)	14(51,9%)		
Características da rede social				
Vivência só				
Sim	6(28,6%)	7(25,9%)		
Não	15(71,4%)	20(74,1%)	0,04	0,84
Presença cuidador principal				
Sim	7(33,3%)	18(66,7%)		
Não	14(66,7%)	9(33,3%)	5,25	0,02*
Presença cuidador secundário				
Sim	1(25,0%)	11(73,3%)		
Não	3(75,0%)	4(26,7%)	3,17	0,08

* $p < 0,05$ / ** $p<0,01$

[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1 ; [2]Nível 1 <10; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2 > 0; [6] Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8] Nível 1 <10; Nível 2≥10

Os resultados parecem também indicar que os serviços que incluem apenas a alimentação estão associados à ausência de cuidador principal, e o serviço que inclui mais tarefas que não só alimentação parece estar associado a receptores de cuidados que contam com a presença de cuidador principal.

2.2 Análise relativa ao tempo dispensado do SAD

Através da análise da *Tabela 22*, relativa ao tempo dispensado, parecem existir diferenças significativas em termos de tempo dedicado relativamente ao contexto institucional (U=190,5; p<0,05). Assim, parece que as instituições de maior dimensão dispensam mais tempo de SAD aos utentes.

Tabela 22. Relação entre o tempo dispensado e as variáveis do contexto de cuidado

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U- Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Contexto demográfico							
Urbano	24	5,0(0,0-55,0)	21,67	520,0			
Rural	24	5,0(5,0-125,0)	27,33	656,0	220,0		0,14
Contexto Institucional							
Grande	24	32,5(5,0-125,0)	28,56	685,50			
Pequena	24	5,0(0,0-100,0)	20,44	490,50	190,5		0,04*
Caract. Sócio-demográficas							
Sexo							
Masculino	15	5,0(0,0-65,0)	22,37	335,5			
Feminino	33	5,0(0,0-125,0)	25,47	840,5	215,5		0,46
Idade							
<74 Anos	18	12,5(0,0-90,0)	22,58				
75>84 Anos	18	5,0(0,0-65,0)	21,75				
+85 Anos	12	42,5(5.0-125,0)	31,50			4,37	0,11
Estado civil							
Sem parceiro	30	5,0(0,0125,0)	24,67	740,0			
Com parceiro	18	5,0(0,0-85,0)	24,22	436,0	265,0		0,91
Rendimento económico							
Até 250 €	29	5,0(0,0-100,0)	21,24	616,0			
Mais 250 €	16	27,5(0,0-125,0)	26,19	419,0	181,0		0,21

* p< 0,05 / ** p<0,01

Analisada a relação entre o tempo dispensado e as variáveis funcionais e de rede social (Ver *Tabela 23*), a relação entre o tempo dispensado e a escala de Rosser's conduz a resultados que permitem defender a relação entre as duas variáveis (K-W=12,79; p<0,05). Os utentes que apresentam níveis de maior dependência (VI; VII; VIII), parecem despender mais tempo de SAD do que os utentes mais autónomos (níveis I a V).

A quase totalidade dos itens do EASYcare avaliados revela uma relação diferencial com a variável tempo dispensado, nomeadamente na área funcional, na mobilidade, nos cuidados pessoais, no controle esfincteriano e na incapacidade total.
Relativamente à área funcional, os resultados parecem evidenciar uma relação entre ambos (U=166,5; p<0,05). Quanto maior a dependência a nível funcional, mais tempo de cuidados é despendido (*nível 2*). A mesma tendência é registada na mobilidade do receptor de cuidados (U=89,0; p<0,001). Aos utentes integrados no *nível 2*, que apresentam um grau de mobilidade inferior, é dispensado mais tempo de cuidados. As actividades associadas aos cuidados pessoais também apresentam resultados significativos (U= 120,0; p <0,001). Ao grupo de receptores de cuidados que apresenta mais dificuldade na realização de actividades associadas aos cuidados pessoais (*nível 2*) é dispensado mais tempo de cuidados. Relativamente ao controle esfincteriano, verifica-se a mesma tendência, parecendo registar-se uma relação diferencial entre esta variável e o tempo dispensado (U=143,5; p<0,05). Ao grupo de receptores de cuidados que apresentam maior dependência no controle esfincteriano (*nível 2*) é dispensado maior tempo de cuidados. Em termos de incapacidade total, também se verifica uma relação diferencial entre os níveis associados a esta variável e o tempo de cuidados dispensado (U=125,5; p<0,001). Assim, parece que quanto maior for a incapacidade total do receptor de cuidados, maior o tempo de cuidados dispensado.
Em relação às características da rede social, apenas na relação entre o tempo dispensado e a presença ou ausência de cuidador principal se verifica resultados estatisticamente significativos (U=17,5; p<0,05). Ao receptor de cuidados que tem cuidador principal, é dispensado mais tempo de SAD.

Tabela 23. Relação entre o tempo dispensado e as variáveis funcionais e de rede social

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U – Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Características funcionais							
Escala de Rosser's							
I+II+III+IV	15	5,0(0,0-65,0)	16,33				
V	13	5,0(0,0-55,0)	21,88				
VI+VII+VIII	20	45,0(0,0-125,0)	32,33			12,79	0,002*
EASYcare							
Incapacidade física [1]							
Nível 1	28	5,0(0,0-75,0)	21,82	611,0			
Nível 2	20	20,0(0,0-125,0)	28,25	565,0	205,0		0,10
Área funcional [2]							
Nível 1	27	5,0(0,0-65,0)	20,17	544,5			
Nível 2	21	45,0(0,0-125,0)	30,07	631,5	166,5		0,01*
Mobilidade [3]							
Nível 1	24	5,0(0,0-65,0)	16,21	389,0			
Nível 2	24	45,0(0,0-125,0)	32,79	787,0	89,0		0,00**
Cuidados pessoais [4]							
Nível 1	28	5,0(0,0-75,0)	18,79	526,0			
Nível 2	20	45,0(0,0-125,0)	32,50	650,0	120,0		0,00**
Controle esfincteriano[5]							
Nível 1	29	5,0(0,0-75,0)	19,64	569,5			
Nível 2	18	45,0(0,0-125,0)	31,92	606,5	134,5		0,002*
Incapacidade total [6]							
Nível 1	24	5,0(0,0-65,0)	17,73	425,5			
Nível 2	24	45,0(0,0-125,0)	31,27	750,5	125,5		0,00**
Escala geriátrica depressão [7]							
Nível 1	26	5,0(0,0-125,0)	24,88	647,0			
Nível 2	22	5,0(0,0-90,0)	24,05	529,0	276,0		0,83
Qualidade de vida percebida pelo sujeito[8]							
Nível 1	26	5,0(0,0-125,0)	26,10	678,5			
Nível 2	22	5,0(0,0-90,0)	22,61	497,5	244,5		0,37
Características da rede social							
Vivência só							
Sim	13	5,0(0,0-65,0)	24,85	323,0			
Não	35	5,0(0,0-125,0)	24,37	853,0	223,0		0,91
Presença cuid. principal							
Sim	25	35,0(0,0-125,0)	29,00	725,0			
Não	23	5,0(0,0-65,0)	19,61	451,0	175,0		0,02*
Presença cuidador secundário							
Sim	12	47,5(0,0-100)	10,04	120,5			
Não	7	35,0(5,0-125,0)	9,93	69,5	41,5		0,97

* p< 0,05 / ** p<0,01
[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1; [2]Nível 1 <10; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2> 0; [6]Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1

2.3 Análise relativa à duração da prestação do SAD

Quanto à relação entre a duração do SAD em meses e as variáveis do contexto de cuidado (Ver *Tabela 24*), o contexto demográfico evidencia uma relação significativa (U= 136,0; p<0,05). A duração do SAD parece ser maior em contexto urbano, do que em contexto rural.

Tabela 24. Relação entre a duração do SAD (em meses) e as variáveis do contexto de cuidado

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U –Mann-Whitney	Kruskal – Wallis	p
Contexto demográfico							
Urbano	23	48,0(6,0-180,0)		623,0			
Rural	21	24,0(3,0-96,0)	27,09	367,0	136,0		0,01*
Contexto Institucional							
Grande	23	30,0(3,0-96,0)	21,48	494,0			
Pequena	21	36,0(6,0-36,0)	23,62	496,0	218,0		0,58
Caract. Sócio-demográficas							
Sexo							
Masculino	12	15,0(6,0-108,0)	17,21	206,5			
Feminino	32	42,0(3,0-180,0)	24,48	783,5	128,5		0,09
Idade							
<74 Anos	18	36,0(3,0-108,0)	24,83				
75>84 Anos	15	18,0(6,0-108,0)	20,23				
+85 Anos	11	30,0(3,0-180,0)	21,77			1,11	0,57
Estado civil							
Sem parceiro	29	48,0(3,0-180,0)	25,09	727,5			
Com parceiro	15	18,0(6,0-108,0)	17,50	262,5	142,5		0,06
Rendimento económico							
Até 250 €	28	36,0(3,0-108,0)	22,64	634,0			
Mais de 250 €	15	24,0(3,0-180,0)	20,80	312,0	192,0		0,65

p < 0,05 / ** p<0,01

Analisada a relação entre a duração do SAD e as características funcionais dos receptores de cuidados e de rede social conclui-se que é apenas ao nível da área da mobilidade que estas estão correlacionadas (U=156,5; p<0,05). Os receptores de cuidados que na área da mobilidade são mais dependentes (*nível 2*) parecem usufruir do SAD há mais tempo.

Relativamente às outras variáveis não se registaram resultados significativos.

Tabela 25. Relação entre a duração do SAD (em meses) e as variáveis funcionais e de rede social

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordm	U –Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Características funcionais							
Escala de Rosser's							
I+II+III+IV	13	60,0(3,0-108,0)	26,81				
V	12	27,0(6,0-96,0)	21,54				
VI+VII+VIII	19	24,0(3,0-180,0)	20,16			2,19	0,34
EASYcare							
Incapacidade física [1]							
Nível 1	25	36,0(3,0-108,0)	24,14	603,5			
Nível 2	19	24,0(3,0-180,0)	20,34	386,5	196,5		0,33
Área funcional [2]							
Nível 1	24	36,0(3,0-108,0)	23,31	559,5			
Nível 2	20	27,0(3,0-180,0)	21,53	430,5	220,5		0,64
Mobilidade [3]							
Nível 1	21	60,0(3,0-108,0)	26,55	557,5			
Nível 2	23	24,0(3,0-180,0)	18,80	432,5	156,5		0,05*
Cuidados pessoais [4]							
Nível 1	26	42,0(3,0-108,0)	23,92	622,0			
Nível 2	18	24,0(3,0-180,0)	20,44	368,0	197,0		0,37
Controle esfincteriano [5]							
Nível 1	26	42,0(3,0-108,0)	24,37	633,5			
Nível 2	18	27,0(3,0-180,0)	19,81	356,5	185,5		0,24
Incapacidade total [6]							
Nível 1	21	36,0(3,0-108,0)	24,05	505,0			
Nível 2	23	24,0(3,0-80,0)	21,09	485,0	209,0		0,44
Escala geriátrica depressão [7]							
Nível 1	25	24,0(3,0-108,0)	20,74	518,5			
Nível 2	19	36,0(6,0-180,0)	24,82	471,5	193,5		0,29
Qualidade de vida percebida pelo sujeito[8]							
Nível 1	24	24,0(3,0-108,0)	20,69	496,5			
Nível 2	20	36,0(6,0-180,0)	24,68	493,5	196,5		0,30
Características da rede social							
Vivência só							
Sim	12	54,0(3,0-180,0)	27,17	326,0			
Não	32	24,0(3,0-108,0)	20,75	664,0	136,0		0,14
Presença cuid. principal							
Sim	24	36,0(3,0-180,0)	23,83	572,0			
Não	20	18,0(3,0-108,0)	20,90	418,0	208,0		0,45
Presença cuidador secundário							
Sim	12	36,0(6,0-108,0)	10,42	125,0			
Não	7	30,0(3,0-84,0)	9,29	65,0	37,0		0,67

* p < 0,05 / ** p<0,01

[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1; [2]Nível 1 <10; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2> 0; [6]Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8]Nível 1 <10; Nível 2≥10

3 Estudos acerca da Satisfação face ao Serviço de Apoio Domiciliário

O terceiro ponto relativo à satisfação com o SAD, analisa numa primeira fase de forma descritiva a satisfação com os serviços associados às AVD(B) e AVD(I), as características funcionais do SAD, a actuação das ajudantes familiares domiciliárias, a actuação do coordenador técnico, e uma avaliação global do SAD. Numa segunda fase cruza a satisfação com as características funcionais do SAD, actuação das ajudantes familiares domiciliárias, actuação do coordenador técnico e avalização global do SAD, com variáveis associadas ao contexto demográfico e institucional, características sócio-demográficas e funcionais dos sujeitos, assim como da rede de suporte social.

3.1 Análise descritiva do grau de satisfação do SAD

Da análise da *Tabela 26*, relativa à satisfação com os serviços associados às AVD(B) e AVD(I), ressalta o elevado grau de satisfação com os serviços prestados, apresentando a satisfação com os cuidados de higiene o valor mais significativo (X=1,43; DP=1,0). O valor associado ao menor grau de satisfação, ainda que elevado, é relativo ao serviço de alimentação (X=1,85; DP=0,56).

As referências ao grau de satisfação Nem Bom/Nem Mau (Nível 3), apenas são atribuídas à alimentação com uma frequência de 3, e frequência de 1 em relação à satisfação com os cuidados de higiene e também relativamente à limpeza da habitação.

Não se registaram referências de satisfação com nível 4 ou 5, associadas ao Mau ou Muito Mau.

Tabela 26. Satisfação com os serviços associados às AVD(B) e AVD(I)

Variáveis de Satisfação com as AVD(B) e AVD(I)	Total		Frequências				
	X	(DP)	1	2	3	4	5
Com a Alimentação (n=34)	1,85	(0,56)	8	**23**	3	0	0
Com Cuidados de Higiene (n=21)	1,43	(1,0)	**13**	7	1	0	0
Com Mobilizações (n=8)	1,63	(0,51)	3	**5**	0	0	0
Com Tratamento de Roupas (n=17)	1,76	(0,44)	4	**13**	0	0	0
Com Limpeza Habitação (n=17)	1,82	(0,53)	4	**12**	1	0	0

Frequências 1 = Muito Bom; 2 = Bom; 3= Nem Bom/Nem Mau; 4= Mau; 5= Muito Mau

Da leitura da *Tabela 27*, verifica-se que se mantém um elevado grau de satisfação com as características funcionais do SAD. Os valores médios são todos muito próximos, registando-se o melhor grau de satisfação no tempo utilizado na prestação dos cuidados (X=1,80; DP=0,41). A satisfação com a pontualidade do serviço é a que regista valores menos aceitáveis, apesar de muito positivo (X=1,94; DP=0,60). É de salientar ainda que se regista, relativamente ao custo do serviço, uma frequência de 5 no grau de satisfação Nem Bom/Nem Mau. Os mesmos resultados são visíveis no que respeita a capacidade do serviço se adaptar a novas necessidades do utente.

Tabela 27. Satisfação com as características funcionais do SAD

Variáveis de Satisfação com as características funcionais do SAD	Total		Frequências				
	X	(DP)	1	2	3	4	5
Com a pontualidade do serviço (n=47)	1,94	(0,60)	8	**36**	1	2	0
Com a adequação do serviço ás necessidades do utente (n=41)	1,85	(0,48)	8	**31**	2	0	0
Com o tempo utilizado na prestação dos cuidados (n=45)	1,80	(0,41)	9	**36**	0	0	0
Com o custo do serviço (n=44)	1,82	(0,72)	15	**23**	5	1	0
Com a capacidade de resposta do serviço a novas necessidades do utente (n=43)	1,91	(0,57)	9	**29**	5	0	0
Com o nº de funcionários (n= 45)	1,84	(0,90)	12	**32**	1	0	0

Frequências 1 = Muito Bom; 2 = Bom; 3= Nem Bom/Nem Mau; 4= Mau; 5= Muito Mau

Analisadas as variáveis de satisfação relativamente à actuação das Ajudantes Familiares Domiciliárias (Ver *Tabela 28*), ao nível do seu desempenho, iniciativa/capacidade de resolução de problemas, trato e imagem/apresentação, mantêm-se valores indicadores de um grau de satisfação elevado.

O trato apresenta os valores de satisfação avaliado como mais positivo (X=1,61; DP=0,54).

Tabela 28. Satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias

Variáveis de satisfação Ajudantes Familiares Domiciliárias	Total		Frequências				
	X	(DP)	1	2	3	4	5
Desempenho (n=46)	1,72	(0,46)	13	**33**	0	0	0
Iniciativa/Capacidade de resolução problemas (n=45)	1,76	(0,44)	11	**34**	0	0	0
Trato (n=46)	1,61	(0,54)	19	**26**	1	0	0
Imagem/apresentação (n=46)	1,65	(0,48)	16	**30**	0	0	0

Frequências 1 = Muito Bom; 2 = Bom; 3= Nem Bom/Nem Mau; 4= Mau; 5= Muito Mau

Foi analisado o grau de satisfação com a actuação do Coordenador Técnico do SAD nas variáveis: (i) planificação inicial do serviço; (ii) número de visitas; (iii) postura relativamente a sugestões, reclamações e dúvidas (Ver *Tabela 29*).

O grau de satisfação mantém-se elevado em todas as variáveis, salientando-se apenas como ligeiramente mais baixo (X=2; SD=0,47), a satisfação com o número de visitas. Tal resultado justifica-se pela sobrecarga de trabalho a que, normalmente, os coordenadores estão sujeitos, dado acumularem a coordenação de várias valências, o que dificulta a realização frequente de visitas domiciliárias.

Tabela 29. Satisfação com a actuação do Coordenador Técnico

Variáveis de Satisfação com a actuação do Coordenador Técnico	Total		Frequências				
	X	(DP)	1	2	3	4	5
Satisfação c/ planificação inicial do plano de cuidados (n=46)	1,67	(0,47)	15	**31**	0	0	0
Satisfação c/ nº de visitas (n=46)	2	(0,60)	8	**30**	8	0	0
Satisfação c/ a postura (sugestões, reclamações e dúvidas) (n=45)	1,67	(0,48)	15	**30**	0	0	0

Frequências 1 = Muito Bom; 2 = Bom; 3= Nem Bom/Nem Mau; 4= Mau; 5= Muito Mau

Na continuidade dos valores anteriormente obtidos, a satisfação global com o SAD (Ver *Tabela* 30), situa-se em níveis muito elevados (X=1,72; SD=0,45)

Tabela 30. Satisfação global com o SAD (n=47)

Variável de satisfação global com o SAD	Total		Frequências				
	X	DP	1	2	3	4	5
Avaliação Global	1,72	0,45	13	**34**	0	0	0

Frequências 1 = Muito Bom; 2 = Bom; 3= Nem Bom/Nem Mau; 4= Mau; 5= Muito Mau

As respostas obtidas relativamente às vantagens pela utilização do serviço foram agrupadas nas categorias apresentadas na *Tabela 31*.

Da sua análise, constata-se que metade dos receptores de cuidados referem como vantagem, pela utilização do SAD, a melhoria da sua qualidade de vida (n=20; %=50), isto quer tenham ou não cuidador. A melhoria na alimentação foi outra das vantagens mais referidas (n=12; %=30), assim como um maior alívio do cuidador (n=3; %=7,5). Companhia e benefícios financeiros são também outras das vantagens referidas. Uma das respostas obtidas refere não ter beneficiado com a prestação do SAD (n=1; %=2,5).

Tabela 31. Vantagens por usufruir do SAD (n=40)

Vantagens/melhorias pela utilização do SAD	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Melhoria na alimentação	12	30%	5	41,7%	7	58,3%
Aumento da qualidade de vida	20	50%	10	50,0%	10	50,0%
Companhia	2	5%	1	50,0%	1	50,0%
Maior alívio para o cuidador	3	7,5%	3	100%	0	0,0%
Benefícios financeiros	2	5%	1	50,0%	1	50,0%
Sem vantagens	1	2,5%	1	100%	0	0,0%

Da análise da *Tabela 32*, ressalta que a grande maioria dos receptores de cuidados não refere nenhum aspecto relacionado com a prestação do serviço a necessitar de ser reajustado (n=27; %=75), seja nos receptores de cuidados com presença de cuidador seja na ausência de cuidador. Há apenas a registar algumas referências à necessidade de alargamento do horário de funcionamento (n=7; %=19,4) e melhor qualidade na alimentação (n=2; %=5,6), não se verificando grandes diferenças em função da presença/ausência de cuidador.

Tabela 32. Aspectos a melhorar no SAD (n=36)

Aspectos a melhorar na prestação SAD	Total		Presença Cuidador		Ausência de Cuidador	
	n	%	n	%	n	%
Maior qualidade da alimentação	2	5,6%	1	50,0%	1	50,0%
Alargamento do horário de funcionamento	7	19,4%	4	57,1%	3	42,9%
Nenhuma referência	27	75%	13	48,1%	14	51,9%

3.2 Análise relativa à satisfação com as características funcionais do Serviço de Apoio Domiciliário

A relação entre a satisfação com as características funcionais do SAD e as variáveis do contexto de cuidado revela alguns resultados significativos, em termos de distribuição pelos diferentes sub-grupos (Ver *Tabela 33*). Parece existir diferenças significativas na satisfação com as características funcionais e o contexto demográfico de cuidado ($U=109,5$; $p<0,05$). Assim, parece verificar-se uma maior satisfação com as características funcionais do SAD no contexto urbano.

Tabela 33. Relação entre o grau de satisfação com as características funcionais do SAD e as variáveis do contexto de cuidado

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U – Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Contexto demográfico							
Urbano	20	1,92(1,0-2,0)	15,98	319,5			
Rural	18	2,0(1,67-2,83)	23,42	421,5	109,5		0,03*
Contexto Institucional							
Grande	18	1,92(1,0-2,33)	16,03	288,5			
Pequena	20	2,0(1,0-2,83)	22,63	452,5	117,5		0,05*
Caract. Sócio-demográficas							
Sexo							
Masculino	15	2,0(1,0-2,8)	21,27	319,0			
Feminino	23	2,0(1,0-2,5)	18,35	422,0	146,0		0,41
Idade							
<74 Anos	17	1,83(1,0-2,0)	15,65				
75>84 Anos	12	2,0(1,67-2,83)	26,75				
+85 Anos	9	2,0(1,0-2,17)	17,11			8,35	0,02*
Estado civil							
Sem parceiro	22	2,0(1,0-2,0)	17,86	393,0			
Com parceiro	16	2,0(1,0-2,83)	21,75	348,0	140,0		0,26
Rendimento económico							
Até 250 €	26	2,0(1,0-2,5)	18,62	484,0			
Mais de 250 €	10	2,0(1,0-2,83)	18,20	182,0	127,0		0,91

* p < 0,05 / ** p<0,01

Relativamente ao contexto institucional, também se registam diferenças significativas quanto ao grau de satisfação com o SAD (U=117,5; p<0,05). Regista-se uma maior *satisfação com as características funcionais* do SAD nas instituições de maior dimensão.
No que diz respeito à idade, verifica-se uma relação entre esta variável e a satisfação com as características funcionais do SAD (K-W= 8,35; p<0,05). Parece que é no grupo que possui idade inferior a 74 anos que se verifica uma maior *satisfação com as características funcionais* do SAD.

Relativamente à relação entre o grau de satisfação com as características funcionais do SAD e as características funcionais do receptores de cuidados e de rede social (Ver *Tabela 34*), verifica-se unicamente diferenças nos diversos subgrupos em termos de incapacidade total (U=94,5; p<0,05). Os receptores de cuidados com um nível de incapacidade mais elevado (*nível 2*) parecem estar mais satisfeitos com as características funcionais do SAD.

Tabela 34. Relação entre o grau de satisfação com as características funcionais do SAD e as variáveis funcionais e de rede social

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U –Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Características funcionais							
Escala de Rosser's							
I+II+III+IV							
V	13	2,0(1,83-2,83)	22,54				
VI+VII+VIII	10	2,0(1,0-2,17)	19,30			1,91	0,38
EASYcare	15	1,8(1,0-2,5)	17,00				
Incapacidade física [1]							
Nível 1	27	2,0(1,0-2,83)	18,74	506,0			
Nível 2	11	2,0(1,17-2,50)	21,36	235,0	128,0		0,49
Área funcional [2]							
Nível 1	22	2,0(1,0-2,83)	21,14	465,0			
Nível 2	16	1,92(1,0-2,50)	17,25	276,0	140,0		0,26
Mobilidade [3]							
Nível 1	21	2,0(1,17-2,83)	21,90	460,0			
Nível 2	17	1,83(1,0-2,50)	16,53	281,0	128,0		0,12
Cuidados pessoais [4]							
Nível 1	23	2,0(1,0-2,83)	21,37	491,5			
Nível 2	15	1,83(1,0-2,50)	16,63	249,5	129,5		0,18
Controle esfincteriano [5]							
Nível 1	26	2,0(1,0-2,83)	20,15	524,0			
Nível 2	12	1,92(1,0-2,50)	18,08	217,0	139,0		0,56
Incapacidade total [6]							
Nível 1	20	2,0(1,67-2,83)	23,78	475,5			
Nível 2	18	1,75(1,0-2,50)	14,75	265,5	94,5		0,01*
Escala geriátrica depressão [7]							
Nível 1	22	1,92(1,0-2,33)	17,50	385,0			
Nível 2	16	2,0(1,0-2,83)	22,25	356,0	132,0		0,17
Qualidade de vida percebida pelo sujeito [8]							
Nível 1	20	2,0(1,0-2,33)	19,63	392,5			
Nível 2	18	2,0(1,0-2,83)	19,63	348,5	177,5		0,94
Características da rede social							
Vivência só							
Sim	12	1,92(1,0-2,0)	16,38	196,5			
Não	26	2,0(1,0-2,8)	20,94	544,5	118,5		0,22
Presença cuid. principal							
Sim	18	1,92(1,0-2,5)	16,94	305,0			
Não	20	2,0(1,0-2,83)	21,80	436,0	134,0		0,16
Presença cuidador secundário							
Sim	10	1,91(1,0-2,0)	8,15	81,5			
Não	4	1,5(1,0-2,0)	5,88	23,5	13,5		0,34

* $p < 0,05$ / ** $p<0,01$
[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1; [2]Nível 1 <10; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2 > 0; [6]Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8]Nível 1 <10; Nível 2≥10

3.3 Análise relativa à satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias

Relativamente à satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias e as variáveis do contexto de cuidado não se registaram relações significativas (Ver *Tabela 35*).

Tabela 35. Relação entre a satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias e as variáveis do contexto de cuidado

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U – Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Contexto demográfico							
Urbano	21	2,0(1,0-2,0)	21,24	446,0			
Rural	24	1,75(1,0-2,0)	24,54	589,0	215,0		0,37
Contexto Institucional							
Grande	23	1,75(1,0-2,0)	20,83	479,0			
Pequena	22	2,0(1,0-2,0)	25,27	556,0	203,0		0,22
Caract. sócio-demográficas							
Sexo							
Masculino	14	1,75(1,0-2,0)	20,61	288,5			
Feminino	31	2,0(1,0-2,0)	24,08	746,5	183,5		0,38
Idade							
<74 Anos	18	1,88(1,0-2,0)	23,67				
75>84 Anos	15	1,75(1,0-2,0)	20,57				
+85 Anos	12	2,0(1,0-2,0)	25,04			0,98	0,61
Estado civil							
Sem parceiro	29	2,0(1,0-2,0)	24,47	709,5			
Com parceiro	16	1,75(1,0-2,0)	20,34	325,5	189,5		0,28
Rendimento económico							
Até 250 €	29	2,0(1,0-2,0)	22,43	650,5			
Mais de 250 €	14	1,75(1,0-2,0)	21,11	295,5	190,5		0,73

* p < 0,05 / ** p<0,01

Verificam-se diferenças na satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias e algumas das variáveis relacionadas com as características funcionais dos receptores de cuidados e de rede social (Ver *Tabela 36*).

A análise da relação entre a satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias e a escala de Rosser's apresenta diferenças significativas (K-W=7,03; p<0,05). Os dados parecem revelar uma maior satisfação com a actuação das ajudantes familiares no grupo de receptores de cuidados que apresentavam um grau de dependência mais elevado, aquando do início da prestação de cuidados (Grupos VI; VII e VIII).

Tabela 36. Relação entre a satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias e as variáveis funcionais e de rede social

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U – Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Características funcionais							
Escala de Rosser's							
I+II+III+IV	14	2,0(1,25-2,0)	27,43				
V	13	2,0(1,0-2,0)	26,42				
VI+VII+VIII	18	1,5(1,0-2,0)	17,08			7,03	0,03*
Easy-care							
Incapacidade física [1]							
Nível 1	27	2,0(1,0-2,0)	23,61	637,5			
Nível 2	18	1,75(1,0-2,0)	22,08	397,5	226,5		0,68
Área funcional [2]							
Nível 1	26	2,0(1,0-2,0)	24,35	633,0			
Nível 2	19	1,75(1,0-2,0)	21,16	402,0	212,0		0,39
Mobilidade [3]							
Nível 1	23	2,0(1,0-2,0)	26,93	619,5			
Nível 2	22	1,50(1,0-2,0)	18,89	415,5	162,5		0,03*
Cuidados pessoais [4]							
Nível 1	27	2,0(1,0-2,0)	25,83	697,5			
Nível 2	18	1,50(1,0-2,0)	18,75	337,5	166,5		0,06
Controle esfincteriano [5]							
Nível 1	28	2,0(1,0-2,0)	25,93	726,0			
Nível 2	17	1,50(1,0-2,0)	18,18	309,0	156,0		0,04*
Incapacidade total [6]							
Nível 1	23	2,0(1,0-2,0)	28,24	649,5			
Nível 2	22	1,5(1,0-2,0)	17,52	385,5	132,5		0,003*
Escala geriátrica depressão[7]							
Nível 1	26	1,88(1,0-2,0)	23,44	609,5			
Nível 2	19	1,75(1,0-2,0)	22,39	425,5	235,5		0,78
Qualidade de vida percebida pelo sujeito [8]							
Nível 1	26	2,0(1,0-2,0)	23,31	606,0			
Nível 2	19	1,75(1,0-2,0)	22,58	429,0	239,0		0,85
Características da rede social							
Vivência só							
Sim							
Não	13	2,0(1,0-2,0)	24,12	313,5			
Presença cuid. principal	32	1,75(1,0-2,0)	22,55	721,5	193,5		0,70
Sim							
Não	23	1,75(1,0-2,0)	20,22	465,0			
Presença cuidador secundário	22	2,0(1,0-2,0)	25,91	570,0	189,0		0,12
Sim	11	1,75(1,0-2,0)	9,95	109,5			
Não	7	1,75(1,0-2,0)	8,79	61,5	33,5		0,63

* p < 0,05 / ** p<0,01
[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1; [2]Nível 1 <10; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2 > 0; [6]Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8]Nível 1 <10; Nível 2≥10

Da análise da relação entre as áreas de avaliação do EASYcare e a satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias, parece também existir diferenças em várias das áreas avaliadas, nomeadamente em termos de mobilidade, cuidados pessoais, controle esfincteriano e incapacidade total. Relativamente à mobilidade, ($U=162,5$; $p<0,05$), parece que é o grupo dos receptores de cuidados mais dependentes nesta área (*nível 2*) que apresenta um grau de satisfação mais elevado com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias.

Na área do controle esfincterino, também se registam diferenças entre os sub-grupos ($U=156,0$; $p<0,05$). O grupo dos utentes que apresenta uma maior dependência a este nível *(nível 2)*, parece apresentar maior satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias.

A mesma tendência é registada relativamente à incapacidade total ($U=132,5$; $p< 0,01$). O grupo que é portador de incapacidade total mais elevado *(nível 2)*, parece também estar mais satisfeito com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias.

3.4 Análise relativa à satisfação face à actuação do coordenador técnico

Através da análise estatística conseguiu-se identificar a presença de diferenças significativas em termos de satisfação com a actuação do coordenador técnico e as variáveis do contexto de cuidado, no respeitante ao contexto institucional ($U= 166$; $p< 0,05$). Parece que se verifica uma maior satisfação com a actuação do coordenador técnico nas instituições de maior dimensão (Ver *Tabela 37*).

Tabela 37. Relação entre a satisfação com a actuação do coordenador técnico e as variáveis do contexto de cuidado

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U –Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Contexto demográfico							
Urbano	21	2,0(1,0-2,3)	21,88	459,5			
Rural	24	2,0(1,0-2,0)	23,98	575,5	228,5		0,57
Contexto Institucional							
Grande	23	2,0(1,0-2,0)	19,22	442,0			
Pequena	22	2,0(1,0-2,33)	26,95	593,0	166,0		0,04*
Caract. Sócio-demográficas							
Sexo	14	2,0(1,0-2,3)	22,86	320,0			
Masculino	31	2,0(1,0-2,3)	23,06	715,0	215,0		0,96
Feminino							
Idade							
<74 Anos	18	2,0(1,0-2,3)	24,86				
75>84 Anos	15	2,0(1,0-2,0)	21,63				
+85 Anos	12	2,0(1,0-2,0)	21,92			0,69	0,71
Estado civil							
Sem parceiro	29	2,0(1,0-2,33)	23,97	695,0			
Com parceiro	16	2,0(1,0-2,33)	21,25	340,0	204,0		0,48
Nível de Escolaridade							
Ensino primário ou inferior	42	2,0(1,0-2,33)					
Superior a ensino primário	3	2,0(1,67-2,0)					
Rendimento económico							
Até 250 €	29	2,0(1,0-2,33)	22,79	661,0			
Mais de 250 €	14	2,0(1,0-2,0)	20,36	285,0	180,0		0,52

* $p < 0,05$ / ** $p<0,01$

A relação entre a satisfação com a actuação do coordenador técnico e as características funcionais dos receptores de cuidados e de rede social (Ver *Tabela 38*), parece apresentar a mesma tendência verificada nas análises anteriores em termos de satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias.

Da análise da escala de Rosser's, parece existir diferenças em diferentes sub-grupos relativamente à satisfação com a actuação do coordenador técnico (K-W=8,75; $p<0,05$). Assim, parece que quanto maior for o grau de dependência funcional no início da prestação do cuidado, maior é o grau de satisfação com a actuação do coordenador técnico.

Tabela 38. Relação entre a satisfação com a actuação do coordenador técnico e as variáveis funcionais e de rede social

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U –Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Características funcionais							
Escala de Rosser's							
I+II+III+IV	14	2,0(1,67-2,33)	29,21				
V	13	2,0(1,0-2,33)	25,08				
VI+VII+VIII	18	1,67(1,0-2,0)	16,67			8,75	0,01*
EASYcare							
Incapacidade física [1]							
Nível 1	27	2,0(1,0-2,33)	23,65	638,5			
Nível 2	18	2,0(1,0-2,0)	22,03	396,5	225,5		0,67
Área funcional [2]							
Nível 1	26	2,0(1,0-2,33)	25,08	652,0			
Nível 2	19	2,0(1,0-2,33)	20,16	383,0	193,0		0,18
Mobilidade [3]							
Nível 1	23	2,0(1,0-2,33)	27,93	642,5			
Nível 2	22	1,67(1,0-2,0)	17,84	392,5	139,5		0,01*
Cuidados pessoais [4]							
Nível 1	27	2,0(1,0-2,33)	25,78	696,0			
Nível 2	18	1,67(1,0-2,33)	18,83	339,0	168,0		0,06
Controle esfincteriano [5]							
Nível 1	28	2,0(1,0-2,33)	25,80	722,5			
Nível 2	17	1,67(1,0-2,0)	18,38	312,5	159,5		0,05
Incapacidade total [6]							
Nível 1	23	2,0(1,0-2,33)	28,22	649,0			
Nível 2	22	1,67(1,0-2,33)	17,55	386,0	133,0		0,004*
Escala geriátrica depressão [7]							
Nível 1	26	2,0(1,0-2,33)	22,00	572,0			
Nível 2	19	2,0(1,0-2,33)	24,37	463,0	221,0		0,52
Qualidade de vida percebida pelo sujeito [8]							
Nível 1	26	2,0(1,0-2,33)	22,12	575,0			
Nível 2	19	2,0(1,0-2,33)	24,21	460,0	224,0		0,57
Características da rede social							
Vivência só							
Sim	13	2,0(1,0-2,33)	22,85	297,0			
Não	32	2,0(1,0-2,33)	23,06	738,0	206,0		0,96
Presença cuid. principal							
Sim	23	2,0(1,0-2,33)	20,87	480,0			
Não	22	2,0(1,0-2,33)	25,23	555,0	204,0		0,23
Presença cuidador secundário							
Sim	11	1,67(1,0-2,33)	9,45	104,0			
Não	7	2,0(1,0-2,0)	9,57	67,0	38,0		0,96

* $p < 0,05$ / ** $p<0,01$

[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1; [2]Nível 1 <10; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2 > 0; [6]Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8]Nível 1 <10; Nível 2≥10

Relativamente á análise das várias áreas do EASYcare também se verifica algumas diferenças entre os diversos sub-grupos. Na área da mobilidade (U=139,5; p<0,05), os resultados parecem evidenciar que, quanto mais dependente, em termos de mobilidade, o receptor de cuidados se apresenta (*nível* 2), maior é o grau de satisfação com a actuação do coordenador técnico.

Também na área do controle esfincteriano se regista esta tendência (U=159,5; p<0,05). Os dados obtidos parecem mostrar resultados que indicam maior satisfação com actuação do coordenador técnico entre os receptores de cuidados mais dependentes em termos de controlo esfincteriano (*nível* 2). Em termos de incapacidade total, verifica-se a mesma situação (U=133,0; p<0,05). Os receptores de cuidados com maior incapacidade total (*nível* 2) parecem estar mais satisfeitos com a actuação do coordenador técnico.

3.5 Análise relativa à avaliação global do Serviço de Apoio Domiciliário

Relativamente à avaliação global do SAD, apenas se regista uma relação significativa entre esta variável e o contexto institucional (U=167,0; p<0,05). Assim, julga-se que os receptores de cuidados das instituições de maior dimensão, parecem estar mais satisfeitos em termos de avaliação global com o SAD (Ver *Tabela 39*).

Tabela 39. Relação entre a avaliação global do SAD e as variáveis do contexto de cuidado

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U – Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Contexto demográfico							
Urbano	23	2,0(1-2)	22,33	513,5			
Rural	24	2,0(1-2)	25,60	614,5	237,5		0,29
Contexto Institucional							
Grande	23	2,0(1-2)	19,26	443,0			
Pequena	24	2,0(1-2)	28,54	685,0	167,0		0,003*
Caract. sócio-demográficas							
Sexo	15	2,0(1-2)	24,23	363,5			
Masculino	32	2,0(1-2)	23,89	764,5	236,5		0,92
Feminino							
Idade							
<74 Anos	18	2,0(1-2)	20,06				
75>84 Anos	17	2,0(1-2)	27,74				
+85 Anos	12	2,0(1-2)	24,63			4,62	0,10
Estado civil							
Sem parceiro	30	2,0(1-2)	23,45	703,5			
Com parceiro	17	2,0(1-2)	24,97	424,5	238,5		0,64
Rendimento económico							
Até 250 €	29	2,0(1-2)	24,07	698,0			
Mais de 250 €	16	2,0(1-2)	21,06	337,0	201,0		0,35

* p < 0,05 / ** p<0,01

Relativamente à avaliação global do SAD e as características funcionais dos receptores de cuidados e de rede social (Ver *Tabela 40*), apenas se regista relação significativa entre esta variável e a incapacidade total dos receptores de cuidados (U=190,5; p<0,05). Assim, parece que os receptores de cuidados que apresentam uma incapacidade total mais elevada (*nível 2*), fazem uma avaliação global do SAD mais positiva.

Tabela 40. Relação entre a avaliação global do SAD e as variáveis funcionais e de rede social

	n	Mediana (Min-Max)	Media Ordem	Soma Ordem	U _Mann-Whitney	Kruskal - Wallis	p
Características funcionais							
Escala de Rosser's							
I+II+III+IV	15	2,0(1-2)	25,80				
V	13	2,0(1-2)	26,88				
VI+VII+VIII	19	2,0(1-2)	20,61			3,33	0,19
EASYcare							
Incapacidade física [1]							
Nível 1	28	2,0(1-2)	25,46	713,0			
Nível 2	19	2,0(1-2)	21,84	415,0	225,0		0,25
Área funcional [2]							
Nível 1	27	2,0(1-2)	26,15	706,0			
Nível 2	20	2,0(1-2)	21,10	422,0	212,0		0,11
Mobilidade [3]							
Nível 1	24	2,0(1-2)	26,58	638,0			
Nível 2	23	2,0(1-2)	21,30	490,0	214,0		0,09
Cuidados pessoais [4]							
Nível 1	28	2,0(1-2)	25,46	713,0			
Nível 2	19	2,0(1-2)	21,84	415,0	225,0		0,25
Controle esfincteriano [5]							
Nível 1	29	2,0(1-2)	24,83	720,0			
Nível 2	18	2,0(1-2)	22,67	408,0	237,0		0,50
Incapacidade total [6]							
Nível 1	24	2,0(1-2)	27,56	661,5			
Nível 2	23	2,0(1-2)	20,28	466,5	190,5		0,02*
Escala geriátrica depressão [7]							
Nível 1	26	2,0(1-2)	22,37	581,5			
Nível 2	21	2,0(1-2)	26,02	546,5	230,5		0,24
Qualidade de vida percebida pelo sujeito [8]							
Nível 1	26	2,0(1-2)	25,08	652,0			
Nível 2	21	2,0(1-2)	22,67	476,0	245,0		0,44
Características da rede social							
Vivência só							
Sim	13	2,0(1-2)	23,27	302,5			
Não	34	2,0(1-2)	24,28	825,5	211,5		0,77
Presença cuid. principal							
Sim	24	2,0(1-2)	21,69	520,5			
Não	23	2,0(1-2)	26,41	607,5	220,5		0,12
Presença cuidador secundário							
Sim	12	2,0(1-2)	10,83	130,0			
Não	7	1,0(1-2)	8,57	60,0	32,0		0,32

* p < 0,05 / ** p<0,01

[1]Nível 1 <1; Nível 2 ≥ 1; [2]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 10; [3]Nível 1 <9; Nível 2 ≥ 9; [4]Nível 1 <5; Nível 2≥ 5; [5]Nível 1 ≤ 0; Nível 2> 0; [6]Nível 1 <25,5; Nível 2 ≥25,5; [7]Nível 1 <1; Nível 2 ≥1; [8]Nível 1 <10; Nível 2≥10

Capítulo V
Discussão de Resultados

Introdução

Neste capítulo pretende-se apresentar as conclusões mais relevantes do estudo empírico realizado. A presente investigação poderá contribuir para um melhor conhecimento do funcionamento do SAD em Portugal e impulsionar novas investigações, já que se trata de uma área muito pouco ou quase nada explorada, nomeadamente na explicação da sua dinâmica entre necessidades e respostas.

1. Elementos relevantes de caracterização do SAD

Neste primeiro ponto são apresentados alguns elementos que foram considerados relevantes. Dentre esses elementos destaca-se a caracterização das condições habitacionais dos receptores de cuidados, o tempo disponibilizado pelo SAD, assim como o tipo de serviços a que os utentes podem ou não aceder, seja de apoio nas AVD(B) ou AVD(I) seja noutras áreas, que apesar de não essenciais, desempenham, contudo, um papel fundamental na qualidade de vida da população idosa.

1.1 Condições habitacionais

Relativamente às condições habitacionais, pode-se concluir, da análise dos resultados obtidos, que as habitações apresentam, de um modo geral, condições de habitabilidade consideradas fracas. As infra-estruturas das habitações, em grande parte dos casos, acabam por não facilitar o próprio trabalho dos profissionais envolvidos. Nem todos os utentes possuem água canalizada em casa, já que apenas 81,3% a têm disponível, sendo necessário, nos restantes casos, recorrer a locais externos à habitação, por isso, transportar a água para o interior da habitação, acaba por ser tarefa desempenhada pelas ajudantes familiares domiciliárias.

Relativamente à disponibilização de água quente, a situação é ainda mais precária, atendendo a que esta apenas está disponível em 66,7% das habitações da amostra. Foi possível constatar casos, em que as profissionais do SAD transportam a água quente da própria instituição para poder prestar os cuidados de higiene.

Relativamente à casa de banho, apenas 75% da amostra dispõe desta infra-estrutura, o que, de certa forma, reforça a evidência da precariedade das condições habitacionais de muitos dos utentes.

Dos resultados obtidos, constata-se que estas debilidades ao nível habitacional incidem, com maior frequência, nos utentes que não possuem cuidador e que a prestação dos serviços de SAD pelas ajudantes familiares domiciliárias sai dificultada pela falta de condições da habitação do utente.

1.2 Tempo disponibilizado

Parece existir uma certa unanimidade quanto ao facto de que o tempo dispendido varia consoante o contexto em que o utente está envolvido, seja ele físico, mental, social ou familiar (Adams *et al*., 2000; Fortinsky & Madigan, 2000).

O pouco tempo disponibilizado pelo SAD a cada utente é outro aspecto constatado, quando comparado com o tempo dispendido noutros países como a Inglaterra (Netten et al., 2004) ou até mesmo a Espanha (IMSERSO, 1998). Este diferencial resulta, essencialmente, da própria natureza do SAD. Noutros países, a componente da área da saúde está muito presente nos serviços disponibilizados (Kane, 1999a), especificamente a reabilitação (Cox & Ory, 2000), o que não se verifica na realidade agora estudada, a qual privilegia o SAD numa vertente preferencialmente social (Despacho Normativo nº 62/99 de 29 de Setembro).

Quando comparada com a realidade espanhola, verificou-se que o tempo médio dispendido com cada utente/semana pelo SAD espanhol é de cerca de 16,4 horas mês (Libro Blanco Sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, 2004), ou seja, bastante superior ao que em média se disponibiliza aos utentes envolvidos neste estudo, considerado ainda insuficiente pelos autores do relatório.

Os resultados obtidos indicam uma afectação de tempo diário reduzida, atendendo aos poucos serviços prestados, incidindo estes nas AVD(B) (alimentação e higiene pessoal), às quais se atribui um tempo limitado. O banho completo é a tarefa à qual se afecta mais tempo (X= 15,10 min.), apesar da sua periodicidade média ser de um dia por semana, seguida da alimentação, que na maior parte dos casos apenas se limita à sua distribuição diária (X=4,27 min.), procedida pela higiene íntima (X=4,17 min.). Pelo exposto, facilmente se conclui que o SAD em Portugal possivelmente dedica ao utente um tempo inferior ao que é disponibilizado em Espanha.

Os utentes mais dependentes, e que dispõem de cuidador principal, são os que utilizam mais tempo de SAD. A utilização de tempo de SAD, com estes receptores de cuidados, incide sobretudo nas tarefas associadas às AVD(B), especificamente no acompanhamento das refeições (X= 1,20 min.), no banho completo (X=21,60 min.) e na higiene intima (X=7,40 min.). Tal resultado pode ser facilmente justificado pela maior necessidade de recurso aos serviços, dado que se tratam de utentes que estão mais dependentes, apesar de contarem com a presença do cuidador principal. Nestes casos está implícito um modelo de utilização de SAD em termos de complementaridade (Martin, 2003), na qual se defende que, apesar do utente poder contar com a colaboração do cuidador principal porque está dependente, o SAD surge, como um complemento na prestação dos cuidados ao cuidador principal e não como seu substituto.

O cálculo do tempo a ser utilizado para cada utente deve ter por base critérios objectivos, designadamente com base no estado funcional e na rede de suporte social do utente (IMSERSO, 1998). Os dados agora obtidos indicam que não existe critério objectivo para a realização do cálculo referido, cabendo a cada responsável da instituição promotora de SAD, a avaliação da situação concreta e a planificação da intervenção, sem recurso a nenhum critério previamente estabelecido.

Importa ainda referir que é nas instituições de maior dimensão que é disponibilizado mais tempo por cada utente, (Mdn= 32,5), justificado pela maior abrangência de serviços prestados nestas instituições e/ou porque apoiam utentes mais dependentes.

Ainda relativamente ao tempo afectado, é importante destacar o horário de funcionamento do SAD, isto é, o tempo de cobertura diário disponibilizado. Verifica-se que nenhuma das instituições disponibiliza a prestação do serviço para além das 19 horas, não assegurando, deste modo, qualquer apoio nocturno, apesar de se ter registado um elevado número de utentes a residir só (n=13; %=27,1%) ou apenas com o cônjuge, também idoso (n=18; %=37,5). Foi também possível concluir que nem todas as instituições disponibilizam os seus serviços durante os sete dias da semana. O horário de funcionamento do SAD poderá, assim, constituir também um dos factores determinantes para o pouco tempo disponibilizado, uma vez que, e de acordo com a literatura consultada, a abrangência de horário de funcionamento do SAD durante as 24 horas, sobretudo nos EUA e alguns europeus, é uma necessidade e geralmente utilizada em combinação com serviços de Telealarme, que em nenhum dos casos da amostra.

1.3 Serviços disponibilizados

Na perspectiva dos utentes, e segundo as opiniões recolhidas, o SAD corresponde às suas necessidades. Cerca de 75% dos utentes da amostra considera que o SAD não necessita de ser melhorado, opinião que é partilhada quer pelos utentes que têm cuidador e quer pelos que não têm. Contudo, perto de um quinto dos utentes (19,4%) consideram necessário o alargamento do horário de prestação dos serviços, justificado pela não cobertura do serviço as 24 horas e, nalguns casos, pelo não funcionamento durante os sete dias da semana.

Se os serviços de alimentação são normalmente prestados diariamente, outros serviços, em termos de AVD(B) não estão disponíveis com a mesma periodicidade. Serviços como o banho completo, higiene íntima e vestir, em muitos casos, não funcionam ao domingo.

Em termos de AVD(I) a frequência na prestação dos cuidados é ainda mais limitada. A limpeza da habitação é assegurada quotidianamente; contudo, o tratamento de roupas apenas é efectuado um dia por semana.

No que se refere ao serviço de alimentação, apesar de estar garantida a sua distribuição diária, na hora do almoço, aos utentes que dela necessitam, constata-se uma maior preocupação em assegurar apenas uma refeição principal – a do almoço. Somente uma das instituições da amostra distribui refeição na hora de jantar. As restantes distribuem a refeição principal (almoço), com reforço para o jantar.

A disponibilização do serviço de higiene distribui-se pela higiene íntima, realizada na maior parte dos casos de segunda-feira a sábado e o banho completo com uma frequência de um dia na semana. O recurso exclusivo a este serviço revelou-se muito limitado (6,3%), estando na maior parte dos casos associado a outros serviços, especificamente ao serviço de alimentação (20,8%). Trata-se de um serviço, que também não está disponível, em todas as instituições, os sete dias da semana, e o tempo afecto pode ser considerado como baixo.

Segundo o Normativo (nº 62/99 de 29 de Setembro), que regulamenta o funcionamento do SAD, e o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), a intervenção do SAD deveria alargar-se a outras áreas, designadamente cuidados de saúde, adaptação ambiental, formação para cuidadores, serviço de Telealarme e disponibilização de ajudas técnicas.

No que diz respeito a cuidados de saúde, nenhuma das instituições disponibiliza cuidados de saúde integrados no SAD. Contudo, duas das instituições celebraram um protocolo com os Centros de Saúde locais, através do Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, no âmbito de Apoio Domiciliário Integrado (A.D.I.), com forte incidência nos cuidados de enfermagem, mas

que apoiam, preferencialmente, os utentes acamados e necessitados de cuidados de enfermagem inadiáveis.

Em termos de reabilitação funcional dos receptores de cuidados, constata-se que nenhuma das instituições analisadas tem este serviço disponível, apesar do elevado grau de dependência de muitos dos receptores de cuidados que apoiam.

Face à constatação da precariedade das condições de habitabilidade de algumas das residências, justificava-se também a intervenção do SAD, ao nível da melhoria das mesmas, o que acaba por não se verificar. Nenhuma das instituições dispõe de qualquer projecto no âmbito da intervenção ambiental.

O serviço de telealarme, aconselhado a pessoas que vivem sós por facilitar a ajuda em caso de emergência, seria vantajoso, atendendo ao número de utentes a residir isoladamente (n=13; %=27,1), para além dos que vivem apenas com o cônjuge (n=18; %=37,5). Da análise realizada infere-se que nenhuma das instituições disponibiliza o serviço referido.

A inexistência de ajudas técnicas dificulta a prestação de serviços de SAD, atendendo a que alguns utentes não dispõem de cama adaptada ao seu estado físico (cama articulada) nem de colchões anti-escaras, mesmo quando se encontram acamados. Verificou-se que apenas 36,4% dos utentes acamados dispõem deste equipamento fundamental para o seu bem-estar. Considera-se, por isso, que o SAD deveria ter um papel mais activo ao nível da disponibilização de ajudas técnicas.

Também não foi referida qualquer intervenção ao nível de formação dirigida aos cuidadores. A natureza dos cuidados prestados pelos cuidadores, cuja abrangência passa pela execução de AVD(B) e AVD(I) que excedem mais de cinco horas diárias, atendendo o estado geral dos receptores de cuidados, já justificaria algum apoio ao nível da sua formação, tendo em conta o elevado número de cuidadores envolvidos.

Em termos de higiene dos utentes, foi possível observar, durante o período da entrevista, o aspecto pouco cuidado de alguns dos utentes, pese embora, e segundo testemunho das ajudantes familiares domiciliárias, ser o próprio utente que, por vezes, não colabora na prestação dos cuidados de higiene. Verifica-se, contudo, que a falta de tempo disponível dificulta a frequência do próprio cuidado, dificultando também o trabalho de sensibilização do próprio utente para a necessidade de cuidar da sua própria imagem. Importa referir que esta falta de cuidado e zelo com a imagem e aspecto físico acaba por ser mais frequente nos utentes que não têm cuidador.

2. Associação entre o contexto e o tipo de serviço

Parece verificar-se que o SAD, quando em contexto rural, se associa à prestação única do serviço de alimentação (66,7%), enquanto que no contexto urbano, o SAD estará associado à disponibilização de outros serviços, para além do serviço de alimentação (63,0%).

A oferta de serviços de SAD, por instituições de grandes dimensões em contexto rural, acaba por se revelar diminuta. Esta realidade pode ser justificada pela reduzida densidade populacional dessas zonas, ou ainda pela dispersão das populações por lugares.

Neste contexto, a menor densidade populacional nas zonas rurais parece determinar a inexistência de instituições de grandes dimensões e, por outro lado, a dispersão das populações implica, necessariamente, grandes deslocações para a prestação dos cuidados, o que pode tornar-se incomportável financeiramente, em termos de gestão do SAD. A este propósito, é conveniente referir que a amostra foi limitada a duas instituições de grande dimensão em contexto rural, exactamente pela inexistência de um número superior.

A prestação de cuidados que exigem frequência elevada (mais que uma vez ao dia), designadamente serviço de mobilizações ou higiene, está com certeza dificultada quando as instituições se situam em contexto rural e os utentes residem em lugares que distam da instituição 30 minutos ou mais em tempo de viagem. Esta situação pode obrigar a recorrer a outras soluções, nomeadamente à presença permanente do cuidador principal, e não apenas ao apoio do SAD. Nalguns casos foi possível constatar que, apesar de se justificar, o serviço de higiene íntima não é prestado diariamente, sendo apenas disponibilizado o banho semanal.

No contexto urbano a realidade é normalmente diversa da referida para o contexto rural. Verifica-se ser frequente existir mais que um utente na mesma rua, ou então muito próximos, o que permite rentabilizar o tempo disponível.

Estas diferenças demográficas acabam por se revelar de extrema importância na capacidade de gestão de recursos de cada uma das instituições.

3. Congruência/relação entre as necessidades do utente, a prestação de serviços de SAD e a presença de cuidador informal

Se a literatura consultada refere que o pedido inicial de SAD está normalmente associado à incapacidade funcional do indivíduo (Bracco, 1999; Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory, 2000), também os resultados obtidos apontam nesse sentido. As razões subjacentes aos pedidos de SAD centram-se maioritariamente na incapacidade física/dependência dos utentes (52,3%), seguida de dificuldades na confecção das refeições (27,3%), que regista maior incidência nos indivíduos de sexo masculino, derivadas, sobretudo, à falta de competências a esse nível.

A justificação pela incapacidade física/dependência para o pedido de SAD centra-se, maioritariamente, nos utentes que têm cuidador principal (73,9%), enquanto que as dificuldades na confecção da alimentação estão mais localizadas nos sujeitos que não têm cuidador (83,3%), o que em certa medida pode ser justificado por não apresentarem níveis de dependência tão elevados.

Constata-se a disponibilização dos serviços considerados mínimos ao nível das AVD (B), designadamente a distribuição da alimentação, sendo este o serviço mais representado (43,8%), com maior incidência nos utentes que não têm cuidador principal (66,7%), seguido do serviço que combina a alimentação com cuidados de higiene (20,8%).

A prestação exclusiva do serviço de alimentação parece estar associada a utentes que apresentam menor grau de dependência (ausência de cuidador principal) e, curiosamente, a utentes com idades mais avançadas. Neste último caso, julga-se que o SAD está a apoiar utentes que, naturalmente, vão perdendo algumas das suas capacidades funcionais, o que é inerente ao próprio processo de envelhecimento, e não pelo facto de ter havido uma alteração brusca do seu estado de saúde. No caso de uma pessoa manifestar problemas decorrentes do próprio processo de envelhecimento, tarefas como o cozinhar são das primeiras que podem estar dificultadas, recorrendo, normalmente, ao apoio formal do SAD. Trata-se de situações em que tarefas como a gestão de dinheiro já estão entregues a outras pessoas. Nestes casos, o apoio de que necessitam é pontual, beneficiando da ajuda de terceiros. Quando as necessidades implicam ajuda diária, recorrem, geralmente, ao apoio de serviços formais, como é o caso de distribuição das refeições através do SAD.

As situações em que os utentes têm cuidador principal e beneficiam apenas do serviço de alimentação (33,3%) relacionam-se, habitualmente, com casos em que: (i) o cuidador é o cônjuge, na maior parte dos casos do sexo masculino, já idoso, e que não sabe cozinhar; (ii) ou o cuidador é o filho, que ainda exerce actividade profissional

remunerada, o que o impede de fornecer as refeições a horas. Nestes casos, a justificação para a diminuição da capacidade do cuidador diz respeito, normalmente, à fragilidade do parceiro ou com o assumir de outros papéis por parte do cuidador, sobretudo quando este cuidador é o filho. Contudo, nestes casos, o utente não apresenta um grau de dependência muito elevado.

Os serviços associados às AVD(B), que não sejam exclusivamente o serviço de alimentação, como a higiene, vestir e mobilizações, apenas são disponibilizados a idosos que têm cuidador. A justificação para tal resultado poderá assentar no facto dos idosos mais dependentes serem apoiados pela sua rede de suporte social, como aliás é referido por outros autores (Emlet *et al*., 1996), ainda que continuem a manter o apoio do SAD. Esta rede de suporte é constituída maioritariamente pelo cônjuge e pelos filhos, 39,6% e 37,5% respectivamente, o que em certa medida está de acordo com a teoria hierárquica referida por Cantor (1972). Relativamente a este aspecto importa igualmente referir que 75% dos elementos da amostra têm filhos, sendo que destes, cerca de dois terços, têm filhos a residir na mesma freguesia.

De acordo com a literatura consultada relativa ao cuidado informal (Mendes, 1998), também os resultados obtidos indicam, que a figura do cuidador principal presta cuidados bastante abrangentes, destacando-se os cuidados instrumentais, associados às AVD(B) e AVD(I), os cuidados associados ao suporte emocional, assim como os cuidados ao nível da integração social do idoso. Numa representação que se considera elevada (73,7%), o cuidador presta apoio a diversos níveis, como nas AVD(B) e AVD(I). Presta também apoio nas actividades de carácter social, designadamente, companhia, saídas ao exterior e acompanhamento a consultas, justificado pela existência de uma rede social com capacidade de cuidado , constituída pelo parceiro e de filhos (a residir em zonas muito próximas). Em função da análise efectuada, podemos falar do SAD numa perspectiva de complementaridade, isto é, paralelamente à prestação do SAD, o cuidador informal continua a facultar cuidados abrangentes.

Um resultado que nos parece singular é que mais de metade dos utentes que beneficiam de outros serviços, para além do serviço de alimentação, têm idade inferior a 74 anos (51,9%), o que quer dizer que existe um maior apoio em termos de SAD a idosos jovens (idade inferior a 74 anos). Considera-se que estes resultados podem derivar de alterações bruscas no estado de saúde, as quais determinaram alterações significativas do estado funcional.

Em termos de AVD(I) verifica-se que cerca de um terço (35,4%) não beneficia de apoio ao nível da execução destas actividades. O facto pode ser justificado pela falta de necessidade do utente, atendendo ao seu estado funcional (destes, 47,1% não tem

cuidador), pelo assumir dessas actividades pelo cuidador principal, ou até pela sua rede de suporte social.
No que respeita ao apoio nas AVD(I), é sobretudo ao nível das tarefas no interior da casa (limpeza, tratamento de roupas e apoio na medicação) que se verifica uma maior incidência de apoio do SAD, ainda que reduzida (20,8%).

4. Análise da satisfação dos utentes

Da análise aos resultados obtidos, relativa à satisfação dos utentes com o SAD, verifica-se uma tendência geral muito positiva.
Considera-se que os elevados níveis de satisfação registados poderão estar associados à história de vida dos utentes. À semelhança dos resultados obtidos por Samuelsson & Wister (2000), as histórias de vida dos utentes justificam os elevados níveis de satisfação com o SAD. Trata-se de utentes que, na maior parte dos casos, apresentam histórias de vida nada fáceis, em resultado da conjuntura socio-económica em que viveram (período do Estado Novo). Neste contexto, a reduzida ou mesmo ausência de expectativas relativamente ao Estado de Bem-estar, faz com que a disponibilização de serviços seja encarada como uma dádiva e não como um direito. Considera-se que esta percepção poderá assim justificar os elevados níveis de satisfação. Neste caso, a hipótese que se coloca é que a satisfação dos utentes resulta mais das características dos mesmos do que das características do próprio serviço.

Os elevados níveis de satisfação com o SAD registam-se na totalidade dos aspectos considerados, seja em termos de características funcionais, da actuação das ajudantes familiares domiciliárias, da actuação do coordenador técnico, e da avaliação global do próprio SAD.
No contexto urbano e nas instituições de maior dimensão é onde a satisfação com as características funcionais do SAD se revela mais elevada. Considera-se que este efeito pode estar associado ao facto de ser neste tipo de instituições (urbanas e de maior dimensão) que está disponível uma oferta de serviços mais abrangente, que não predominantemente a distribuição exclusiva de refeições. Outro factor que poderá estar associado é o de que nas instituições de apoio a idosos, sobretudo quando são de grande dimensão, funcionam, em muitos casos, várias valências em paralelo. Os serviços do SAD estão frequentemente acoplados às valências lar de idosos, centros de dia ou

até a ambas. Esta dinâmica poderá determinar a necessidade de uma maior/melhor organização interna das próprias instituições, o que poderá resultar num serviço que corresponda melhor às expectativas dos utentes.
Outro dos resultados obtidos é o de que são os utentes que apresentam uma maior incapacidade total os que revelam maior grau de satisfação com as características funcionais do SAD. Julga-se que os utentes portadores de graus de dependência física mais elevados, necessariamente, estão mais dependentes da prestação de mais cuidados, valorizando, nesta perspectiva, os serviços prestados, uma vez que ao beneficiarem dos serviços do SAD, estes contribuem para a minimização das necessidades que apresentam.

A relação estabelecida entre o utente e as ajudantes familiares domiciliárias parece ser muito valorizada pela generalidade dos utentes. A literatura tem demonstrado que a atitude dos profissionais, a continuidade do staff, a comunicação são características altamente valorizadas pelos utentes de SAD (Francis & Netten, 2003). À semelhança do estudo referido, e dos diversos itens avaliados, que revelam elevados níveis de satisfação com a actuação destas profissionais, parece ser no trato das ajudantes familiares que se regista um valor de satisfação mais elevado (X=1,61; DP=0,54).
As profissionais envolvidas, revelam frequência de formação profissional na área da geriatria, o que pode justificar parte do seu bom desempenho, quer em termos técnicos, quer nas relações interpessoais, bem como na capacidade na resolução dos problemas com que se deparam frequentemente.
Ao nível relação entre as variáveis do contexto de cuidado e a satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias, não se registaram resultados significativos. Já ao nível da relação entre a actuação das profissionais com as variáveis funcionais dos receptores de cuidados e rede social, verificou-se que é sobretudo ao nível dos idosos que apresentam um grau de dependência mais elevado que se registam resultados mais significativos na satisfação com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias. Estes resultados poderão ser justificados pela relação de proximidade que é estabelecida entre o utente e o profissional, atendendo ao seu estado de dependência, já que, nalguns casos, os utentes são visitados mais que duas vezes ao dia.
Apesar de, nas instituições analisadas, a frequência na prestação dos cuidados pelas ajudantes familiares domiciliárias poder variar entre permanente ou rotativa, podendo esta última ser programada ou aleatória, constata-se uma tendência para a manutenção do staff na prestação dos cuidados, já que apenas uma das instituições (12,5%) não garante a permanência dos profissionais, por um período previamente

definido. A continuidade do staff apresenta vantagens diversas, já que garante uma relação próxima do utente ao profissional, facilita o acompanhamento da evolução do seu estado e, sobretudo, porque é altamente valorizada pela população idosa.
Algumas apreciações proferidas pelos utentes inquiridos confirmam a constatação da satisfação dos utentes com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias, "É Deus que me entra pela porta dentro" (P. 34), ou "Estou sempre à espera que elas cheguem" (P. 31).

Analisada a satisfação com a actuação do coordenador técnico, que também é avaliada muito positivamente, salienta-se, apesar de tudo, a referência ao pouco acompanhamento em termos de visitas. Constatou-se, na totalidade de todas as instituições analisadas, que estes profissionais acumulam tarefas de coordenação de outras valências, nomeadamente lar de idosos, centros de dia e, inclusivamente, outras ligadas à infância, sendo referido, e compreensivelmente, o pouco tempo disponível para o acompanhamento dos utentes.
A maior satisfação com a actuação do coordenador técnico registou-se nas instituições de grande dimensão ($U=166,0$; $p<0,05$), nos utentes com um grau mais elevado de dependência, aquando do início da prestação do SAD e depois de aplicada a *Escala de Rosser's*, e naqueles que após a aplicação do *EASYcare* apresentam níveis de dependência maiores.
Considera-se que a justificação para os resultados obtidos em termos de satisfação dos utentes, poderá centrar-se numa eventual melhor organização das instituições de maior dimensão analisadas, como já anteriormente referido. Outra razão poderá associar-se ao facto dos receptores de cuidados apresentarem níveis de dependência mais elevados aquando do início da prestação do SAD, exigindo, à partida, um plano de cuidados mais minucioso, o que obriga, naturalmente, a um maior acompanhamento dos mesmos.

A satisfação global com o SAD mantém-se, também, muito positiva. Os dados obtidos revelam uma relação entre o contexto do cuidado em termos demográficos e essa satisfação, uma vez que são os utentes das instituições de grande dimensão que estão mais satisfeitos.
Do mesmo modo, verifica-se que os utentes que apresentam incapacidade total mais elevada, depois de aplicado o EASYcare, são os que fazem uma avaliação global mais positiva do SAD.
A título de exemplo, transcreve-se uma das referências positivas pronunciadas: "Passava muito mal…, foi uma alegria, não podia ser melhor" (P. 20).

5. Impacto do cuidado

A prevalência de depressão nos cuidadores informais de idosos parece constituir uma evidência (Reifler & Cox, 2001). Este facto advém, na maior parte dos casos, da "sobrecarga" (*burden*) a que os cuidadores estão sujeitos, podendo a mesma apresentar-se numa dimensão objectiva, associada a factores como a exigência concreta dos cuidados face à situação do idoso, entre outros, ou subjectiva, relacionada, por sua vez, com a auto-percepção da tarefa pelo cuidador.

A este nível pretendeu-se analisar a relação entre a prestação do SAD e a saúde mental dos prestadores informais de cuidados. Contrariamente a estudos diversos, que evidenciam a relação entre a prestação de cuidados e a presença de sintomas de depressão, da análise aos resultados após a aplicação da escala CES-D, e apesar da abrangência dos cuidados prestados pelo cuidador principal, não se registaram indicadores da presença de sinais de depressão, com excepção de um dos cuidadores (Risco de depressão = 6,7%). No entanto, convém salientar que a escala não foi aplicada a todos os cuidadores principais, dado não se encontrarem no domicílio durante o processo de recolha dos dados.

A ausência de resultados que evidenciem risco de depressão pode ser interpretada à luz de duas hipóteses: (i) as famílias cuidadoras que recorrem ao SAD apresentam características que as "protegem" de eventuais desgaste, recorrendo, por exemplo, ao SAD para alívio da tarefa de cuidar; (ii) por outro lado o SAD pode assumir-se como um verdadeiro complemento na prestação de cuidados, resultando no alívio efectivo dos cuidadores principais.

6. Considerações finais

A realização deste trabalho possibilitou a delineação de possíveis linhas orientadoras de intervenção, seja a nível da prática, seja de futuras investigações.

Considera-se que é de primordial importância a avaliação holística dos utentes de SAD. Dos resultados analisados, permite que se constate a inexistência de uma avaliação global das necessidades da pessoa idosa, de que resulta uma intervenção que nem sempre corresponderá às necessidades da pessoa que utiliza o serviço. Inclusivamente, pode parecer que nalguns casos será o utente a adaptar-se às características do serviço e não o serviço às necessidades do utente. Directamente relacionada com a questão anterior, a existência de uma equipa multidisciplinar na prestação dos serviços de SAD

surge como uma exigência. A avaliação de necessidades, a planificação de um plano de cuidados global e a intervenção adequada determina o trabalho concertado de profissionais de áreas diferenciadas, evidência não compatível com a nossa realidade, com equipas constituídas maioritariamente por ajudantes familiares domiciliárias e técnicos de serviço social.

Noutra perspectiva, considera-se que o sistema de financiamento do SAD estará desajustado. A diferenciação positiva dos serviços impõe-se. Serviços de SAD com características de funcionamento diversificadas beneficiam, actualmente, de financiamento semelhante. A este nível, urge uma política de financiamento compatível com os serviços disponibilizados ao utente.

Em termos de investigação futura, salienta-se a necessidade de criação de um sistema de monitorização do modelo de funcionamento do SAD.

Considera-se também importante a investigação através de grupos com características específicas, designadamente patologias físicas como por exemplo AVC's, problemas de foro mental, como doentes de Alzheimer, e utentes com problemas sociais, associados ao isolamento por exemplo, de forma a analisar a relação/adequação do serviço a estes grupos, exemplificativos de algumas das problemáticas mais comuns, associadas ao envelhecimento.

A realização de estudos transversais dirigidos aos utentes beneficiários do SAD constitui também uma área de investigação a privilegiar, designadamente ao nível da efectiva intervenção do serviço, em termos de: (i) apoio aos cuidadores informais; (ii) apoio adequados aos utentes, isto é, se são ou não institucionalizados, e, em caso afirmativo, a identificação dos factores determinantes.

O investimento em áreas tão diversas como as referidas, constituirá sem dúvida um excelente contributo para uma melhor compreensão do actual modelo de funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário no nosso país, perspectivando novos domínios de intervenção, já que se trata, afinal, do serviço comunitário mais valorizado pela população idosa.

Ideias - Chave

- O serviço de Apoio Domiciliário (SAD) enquadra-se nos serviços comunitários para a população idosa.
- O SAD apresenta-se como uma verdadeira alternativa à institucionalização.
- O SAD comporta objectivos de natureza individual, direccionados para áreas diferenciadas, consoante as necessidades do indivíduo a quem se destinam os serviços. De entre essas áreas destacam-se a da saúde física (educação para a saúde, saúde curativa, reabilitação física, entre outras), a emocional e a social. Em suma, pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo.
- O SAD comporta objectivos de natureza social. A este nível releva-se a importância da garantia de acesso ao serviço por parte de toda a população idosa que dele necessite, em termos de abrangência territorial, assim como a todo o tipo de população, que não exclusivamente a idosa; garantia da qualidade do serviço; integração dos serviços (formais/informais; sociais/saúde, etc.); fortalecimento das solidariedades informais.
- A tendência para alargar o conceito de SAD a todas as idades e a diagnósticos diferenciados.
- O domicílio constitui o espaço de intervenção privilegiado, assumindo-se como marco diferencial das outras respostas sociais.
- A população idosa prefere beneficiar de apoio formal no domicílio a ser institucionalizada.
- O contexto habitacional interfere com o processo de cuidar, pelo que resulta a elevada importância a atribuir à adaptação ambiental para a prestação de cuidados domiciliários de qualidade.
- O Modelo de Gestão de Casos é um dos modelos utilizados no acompanhamento ao utente de SAD, no qual a figura do gestor de casos assume um papel relevante no acompanhamento do utente.
- O modelo de funcionamento do SAD com Equipa Multidisciplinar, prevê que todos os profissionais envolvidos (da área da medicina, da enfermagem, do serviço social, da psicologia, entre outros) assumam papel igualitário no acompanhamento, dentro da sua área específica de intervenção.
- Os critérios de elegibilidade para ser beneficiário do SAD incluem, normalmente, as limitações físicas que dificultam ou impedem a realização de AVD's, sejam (AVD(B) ou AVD(I); cuidados de saúde; isolamento social; ausência ou deficiência de rede social de suporte.

- O SAD pode assumir uma vertente mais social, modelo de suporte social.
- O SAD pode assumir uma vertente terapêutica, numa perspectiva de reabilitação.
- A importância da coordenação entre as duas vertentes anteriores.
- O SAD pressupõe a elaboração de um programa individualizado, que corresponda às necessidades diagnosticadas, sendo, portanto, abrangente e flexível, de modo a adequar-se às eventuais alterações do quadro de referência.
- As tipologias diferenciadas do SAD podem incluir programa de reabilitação, convalescença, cuidados terminais, alívio do cuidador.
- O programa de reabilitação do SAD deve promover a prevenção da perda das capacidades funcionais do indivíduo assim como a sua recuperação.
- A reabilitação física desenvolvida no domicilio apresenta maiores vantagens do que noutro contexto, devido à familiaridade com o meio ambiente.
- Os cuidados terminais prestados no domicílio são muito valorizados pelos utentes.
- Os serviços de alívio do cuidador apresentam grande vantagem para os cuidadores, sendo mais valorizados se forem prestados no domicílio.
- A visita domiciliária e a sua frequência constitui uma das unidades de medição mais utilizada pelo SAD. A intensidade de utilização do SAD varia obviamente em função das características do utente e dos cuidados prestados.
- Os custos associados ao SAD revelam ser mais vantajosos que outras respostas, especificamente as associadas à institucionalização, seja em lares de idosos seja em estruturas hospitalares.
- A expansão do SAD em Portugal verifica-se na década de 90, impulsionada pelas IPSS's, e apoiada financeiramente pela Segurança Social, daí advindo do seu cariz marcadamente social. As experiências de integração com os serviços de Saúde (ADI/ Equipas de Cuidados Paliativos, entre outros) são extremamente limitadas.
- A elevada importância da avaliação geriátrica no diagnóstico das necessidades da pessoa idosa.
- A avaliação global do utente, especificamente de áreas como o estado funcional, o estado cognitivo/mental, a situação social e económica, as condições habitacionais e a rede social de suporte é fundamental na elaboração de um plano de cuidados adequado.
- A definição do plano de cuidados e a programação do SAD pressupõem a fase de diagnóstico, de planificação da intervenção, de execução e avaliação do mesmo.
- A avaliação do programa de SAD pode resultar da definição de standards/critérios de qualidade e da avaliação do seu cumprimento/incumprimento, ou ainda da análise da satisfação do utente.

- A relação do SAD com o cuidado informal varia em função de modelos diferenciados: hipótese compensatória, tarefas específicas, hipótese de substituição.
- O SAD disponibiliza pouco tempo aos utentes, quer no tempo afectado à execução de cada uma das tarefas quer no tempo de cobertura, uma vez que não funciona para além das 19 horas e não garante a prestação de serviços nos sete dias da semana.
- O SAD disponibiliza, preferencialmente, apoio na execução das AVB(B), especificamente na distribuição das refeições, higiene intima/banho semanal, não garantindo, contudo, a disponibilização destes serviços durante os sete dias da semana.
- O SAD, nas AVD(I), privilegia o tratamento de roupas e limpeza da habitação.
- O SAD, em contexto rural, parece estar associado à prestação exclusiva do serviço de distribuição de refeições.
- O SAD, em contexto urbano, parece estar associado à prestação de outros serviços que não só a distribuição de refeições.
- O SAD não disponibiliza apoio em áreas como saúde, adaptação ambiental, ajudas técnicas e formação para cuidadores.
- O SAD presta apoio nas AVD(B), especificamente na higiene pessoal e mobilizações/transferências, quando o receptor de cuidados de SAD conta com a presença de cuidador principal.
- O cuidador principal presta cuidados muito abrangentes, dedicando mais de 5 horas de atenção, por dia, ao utente.
- O cuidador principal não revela sinais de depressão relacionados com a tarefa de cuidar.
- O grau de satisfação com o SAD em áreas diferenciadas (características funcionais, actuação das ajudantes familiares domiciliárias, coordenador técnico) é elevado.
- Os receptores de cuidados das instituições de grande dimensão, de contexto urbano e que apresentam um grau de dependência mais elevado, são os que estão mais satisfeitos com as características funcionais do SAD.
- Os utentes que apresentam um grau de dependência mais elevado são os que estão mais satisfeitos com a actuação das ajudantes familiares domiciliárias.
- Os receptores de cuidados mais dependentes e utentes das instituições de maior dimensão são os que estão mais satisfeitos com a actuação do coordenador técnico do SAD.

- Os utentes das instituições de maior dimensão e que apresentam um grau de dependência mais elevado são os que fazem uma avaliação global do SAD mais positiva.
- O desenvolvimento do trabalho deu origem a uma nova versão do Protocolo - ProtSADv2.

Bibliografia

Bibliografia

Adams, C; Defrates, D.; Travis, K. (2000). Intensity of Care by Discipline for Selected Home Health Diagnoses. *Home Care Provider*, 5(6), 208-212.

Alkema, G., Reyes, J., Wilber, K. (2006). Characteristics Associated With Home-and-Community-Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. *The Gerontologist*, 46(2), 173-182.

Alvarenga, A. (2000). *Os Envelhecimentos da População e as suas Consequências na Zona Euro 11*. Lisboa: Departamento de Prospectiva, Ministério da Educação.

Anderson, R.; Breuninger, C.; Harold, C.; Poole, L. (2001). *Pocket Guide to Home Care Standards: Complete Guidelines for Clinical Practice, Documentation, and Reimbursement*. USA: Springhouse Home Care.

Ashla, M. (2000). Cognitive Function Mood, and Behavior Assessments. In D. Osterweil, K. Brummel-Smith, J.C Beck (Eds.), *Comprehensive Geriatric Assessmen*t (pp. 67-119). New York: McGraw-Hill Companies.

Baker, D; Gottschalk, M.; Eng, C.; Weber, S.; Tinetti, M. (2001). The Design and Implementation of restorative Care Model for Home Care. *The Gerontologist*, 41 (2), 257-263.

Bengtson, V.; Lowenstein, A.; Putney, N.; Gans, D. (2003). Global Aging and the Challenge to Families. In V.L.Bengtson & A. Lowenstein (Eds.), *Global Aging and Changes to Families* (pp.1-24). New York: Walter de Gruyter.

Benjamin, A. (1999). A Normative Analysis of Home Care Goals. *Journal of Aging and Health,* 11(3), 445-468.

Bernabei, R.; Landi, F.; Gambassi, G.; Sgadari, A.; Mor, V.; Rubenstein, L.; Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ,* 316, 1348-1351.

Bernardo, M. (1996). Algumas Considerações sobre a Acção Social e Assistência Domiciliária. In *População Idosa, Análise e Perspectivas. A Problemática dos Cuidadores Intrafamiliares* (pp 7-13). Lisboa: Direcção Geral de Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Binstock, R.; Cluff, L. (2000). Issues and Challenges in Home Care. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.) *Home Care Advance,* (pp. 3-34). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

Bishop, C. (1999). Efficiency of Home Care. *Journal of Aging and Health*. 11(3), 277-298.

Boling, P; Abbey, L. (2000). In-Home Assessment. In Osterweil, D; Brummel-Smith, K.; Beck, J.C (Eds). *Comprehensive Geriatric Assessmen*t (pp. 203-222). New York: McGraw-Hill Companies.

Bonfim, C.; Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia. Condições de localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

Bonfim, C.; Teles, M; Saraiva, M.; Cadete, M.; Quaresma, M.; Veiga, S. (1996) *População Idosa, Análise e Perspectivas. A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

Bonfim, C.; Veiga, S. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos – Caracterização Multidimensional em Idosos Utentes de um Centro de Saúde Urbano*. Porto: Bial.

Branch, L.; Evashwick, C.; Kwak, J. (2005). Clients of Continuum. In Evashwick, C. (Ed.) *The Continuum of Long-Term Care* (pp. 15-27). U.S.A.: Thomson Delmar Learning.

Brickner, P. (1997). Long-Term Home Health Care For The Frail Aged. In P. Brickner; F. Kellog; A. Lechich; R. Lipsman; L. Scharer (Eds.), *Geriatric Home Health Care* (pp 1-18). New Cork: Springer Publishing Company.

Brickner, P.; Duque, S.; Quirke, E.; Stahl, I. (1997). The Physician, The Nurse, The Social Worker. In P. Brickner; F. Kellog; A. Lechich; R. Lipsman; L. Scharer (Eds.), *Geriatric Home Health Care* (pp. 19-40). Springer Publishing Company, New Cork.

Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brummel-Smith, K. (2000). Assessment in Reabilitation. In Osterweil, D; Brummel-Smith, K.; Beck, J.C (Eds). *Comprehensive Geriatric Assessmen*t (pp. 139-156). New York: McGraw-Hill Companies.

Cabete, D. (2003). Cuidados continuados: uma experiência do Hospital em casa. In *Geriatria*, Vol. XV (150), 10-16.

Cabrita, M. (2003). Envelhecimento e os Cuidados Continuados. *Servir*, 52 (1), 11-18.

Cantera, R. (2001). Asistencia geriátrica sectorizada. In *Revista Espanõla de Geriatria y Gerontología*. 36 (5) 20-24.

Challis, D.; Darton, R.; Hughes, J.; Stewart, K.; Weiner, K. (2001) Intensive care-management at home: an alternative to institutional care? *Age and Ageing*, 30, 409-413.

Cecchi, F.; Converti, M.; Guidomei, M.; Chiti, M.; Enock, E.; Sanquerin, A.; Ferretti, F.; Debolini, P. (2005). Assistenza Domiciliare Riabilitiva Intensiva: presentazione di un protocollo operativo e risultati preliminari. *G Gerontol*, III, 622-632.

Claro, M. (2006). Instituto da Segurança Social, I.P. desenvolve Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais. In *Pretextos*, 21, 6-7.

Cluff, L; Brennan, P. (2000). The Use of Tecnhology in Home Care. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.) *Home Care Advances* (pp. 59-77). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

CNIS (2006). Protocolo de Cooperação de 2006 celebrado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade. URL: www.solidariedade.pt/sartigo/index. [25.11.2006]

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.

Connor, S.; Miller, G. (2005). Hospice. In Evashwick, C. (Eds.) *The Continuum of Long-Term Care* (pp. 113-127). USA: Thomsom Delmar Learning.

Cox, D.; Ory, M. (2000). The Changing Health and Social Environments of Home Care. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.), *Home Care Advances* (pp. 35-55). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

Dane, B. (1990). Services to families of the Elderly. In Monk, A. *Handbook of Gerontological Services.* New York: Colombia University Press.

Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. DR 138/98 Série II.

Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade. DR 265/99 Série I – B.

Direcção Geral de Estudos Estatísticas e Planeamento, DGEEP (2003). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2003. Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança.
URL: www.dgeep.mtss.gov.pt/estudos/cartasocial/csocial2003.pdf. [7.01.2006]

Duarte, Y.; Diogo, M. (2000). Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico. In Duarte, Y (Ed.) *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico* (pp. 3-17). S. Paulo: Editora Atheneu. Dunkle et al. (2001)

Elon, R.; Phillips ,C; Loome, J.; Denman, S; Woods, A. (2000). General Issues and Comprehensive Approach to Assesment of Elders. In Osterweil, D; Brummel-Smith, K.; Beck, J.C (Eds). *Comprehensive Geriatric Assessmen*t (pp. 1-39). New York: McGraw-Hill Companies.

Emlet, C. (1996). The Informal Caregiver. In *In-Home Assessment of Older Adults. An InterdisciplinarY Approach* (pp. 209-233). Maryland: An Aspen Publication.

Emlet, C.; Crabtree, J. (1996). Introduction to In-Home Assessment of Older Adults. In *In-Home Assessment of Older Adults. An InterdisciplinarY Approach* (pp. 1-16). Maryland: An Aspen Publication.

Ermida, J. (2006). Avaliação Multidimensional do Idoso. Material de Apoio da Disciplina Avaliação do Idoso.
URL: www2.cs.ua.pt/ficheiros/Disciplinas/Avaliação/M1/avm_idoso.pdf [05.05.2006]

Estes, C. (2000). The Uncertain Future of Home Care. In Robert, Binstock; Leighton, Cluff (Eds.) *Home Care Advances* (239-256). New York: Springer Publishing Company.

Evashwick, C. (2005). Definition of the Continuum of Care. In Evashwick, C. *The Continuum of Long-Term Care* (pp. 3-13). U.S.A.: Thomson Delmar Learning.

Fernandes A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, 36, 39-52.

Fortinsky R. & Madigan E. (2000). Issues in Understanding Resource Consuption in Publicy Funded Home Care. In R. Binstock e L. Cluff (Eds). *Home Care Advances* (pp. 137-162). New Cork: Springer Publishing Company.

Francis, J.; Netten, A. (2003). Quality in home care: client and provider views. PSSRU Personal Social Services Research Unit.
URL: www.PSSRU.ac.uk.

Gallo, J.; Reichel, W.; Andersen, L. (1988). *Handbook of Geriatric Assessment*. USA: An Aspen Publication.

Gonçalves, B.; Fagulha, T. (2004). *European Journal of Psychological Assessment,* 20(4), 339–348.

Giglione, R.; Matallon, B. (2001). *O Inquérito*. Oeiras: Celta Editora.

Grönroos, E.; Perälä, M. (2005). Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scand J Caring Sci* 19, 288–295.

Hérbert, R.; Durand, P.; Dubuc, N. ; Tourigny, A. (2003) PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care,* 3 (18), 1-8.

Hespanha, P.; Monteiro, A.; Ferreira, A.; Rodrigues, F.; Nunes, M; España, M.; Madeira, R.; Hoven, R.; Portugal, S. (2000). *Entre o Estado e o Mercado – As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.

Hespanha, P; Portugal, S. (2002). *Transformação da Familia e a Regressão da Sociedade-Providência.* Ministério das Cidades, Ordenamento do Territorio e Ambiente – Comissão de Coordenação da Região Norte, Porto.

Hutson, R. (2000). Home Care as a Business. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.) *Home Care Advances* (pp. 117-133). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

IDS – Departamento de Envelhecimento e Dependência (2000) Programa de Apoio Integrado a Idosos – PAII. In *Pretextos*, Nº 2, pp. 12-13.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) (1998). *Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas.* Documento preparado pelo Serviços de Estudos da População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. Lisboa: INE.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2004). *Projecções de População Residente, Portugal e NUTS II 2000-2050*.
URL: www.ine.pt/prodserv/destaque/2004/d040331-2/d040331-2.pdf. [15.04.2006]

INE – Instituto Nacional de Estatística (2006). Página Oficial do Instituto Nacional de Estatística.
URL: www.INE.pt [01.12.2006].

Kane, R. (1994). Perspectives on Home Care Quality. *Health Care Financing Review*, 16, (1), 69-89.

Kane, R. (1999a). Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Esther, or Both? *Jornal of Aging and Health*. Vol. 11(3), 299-321.

Kane, R. (1999b) Examining the Efficiency of Home Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 322-340.

Knight, S.; Tjassing, H. (1994). Health care moves to the home. *World Health*, 4, 413-444.

Leahy, W.; Jetta Fuzy, MS; Julie Grafe, RN (1999). *Providing Home Care*. New Mexico: Hartman Publishing, Inc.

Lemaire, G. (1999). Services D'Aides à Domicile dans le contexte d'evolution des politiques du vieillissement. In *Seminário Europeu – Apoio Domiciliário* (pp. 13-17). Lisboa : Direcção Geral de Acção Social.

Leutz, W. (2005). Reflections on Integrating Medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5).

Levine C, (1999). Home Sweet Hospital. *Jornal of Aging and Health*, 11(3), 341-359.

Li, L. (2005). Longitudinal Changes in the Amount of Informal Care Among Publicly Paid Home Care Recipients. *The Gerontologist*, 45(4), 465-473.

Lim, W.; Lambert, S.; Gray, L. (2003). Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *MJA,* 178, 262-266.

Libro Blanco de la Dependencia - Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (2004). Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad.

Marques, C. (2002). *II* Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento. In *Pretextos*, 10, 7-8.

Marrelli, T. (2001). *Handbook of home health standards and documentation guidelines for reimbursement*. USA.

Martin, I; Gonçalves, D.; Paúl, C.; Pinto, F. (2006). Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal. In R. Osório (Ed.) *Pessoas Idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Edições Piaget.

Martin, I.; Neves, R.; Pires, c.; Portugal, J. (2007.) *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade – 2006*. Porto, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI).

Mendes, P. (1998). Cuidadores: Heróis anónimos do quotidiano. In Karsch, M. (Eds.). *Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores* (pp.147-170). S. Paulo: Educ.

Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Despacho Ministerial de 08/06/2003: Direcção Geral de Saúde.

Montgomery, R. (1995). Examining Respite Care – Promises and Limitations. In Kane, R. & Penrod (Eds.), *Family Caregiving in an Aging Society – Policy Perspectives* (pp.29-45). USA: Sage Publications.

Montgomery, R.; Holley, L.; Deichert, J.; Kosloski, K. (2005). A Profile of Home Care Workers from 2000 Census: How it Chenges What We Know. *The Gerontologist*, 45 (5), 593-600.

Moore, P; McCollough, R. (2000). Hospice: End-of-Life Care at Home. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.) *Home Care Advances* (pp. 101-116). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

Nolan, J. (2001). Community Care. In Nolan, M; Davies, S; Grant, G. (Eds.), *Working with older people and their families*, (pp. 53-74). London: Open University Press.

Nolan, M; Davies, S; Grant, G. (2001). Quality of life, quality of care. In Nolan, M; Davies, S; Grant, G. (Eds.), *Working with older people and their families* (pp. 4-18). London: Open University Press.

Osterweil, D; Brummel-Smith, K.; Beck, J. (2000). *Comprehensive Geriatric Assessmen*t. New York: McGraw-Hill Companies.

Otero, A.; Zunzunegui, M. (2001). La importância de identificar las necesidades de servicios sanitários y sociales de las personas mayores. *Revista Espanõla de Geriatria y Gerontología*, 36, (3), 41-42.

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

Pastor- Sánchez (2003). Grandezas y miserias de la Atención a Domicilio. *Semergen,* 29(08), 397-398.

Patmore, C. (2001). Improving Home Care Quality: An Individual-Centred Approach. *Quality in Ageing*, 2, (3), 15-24.

Paúl, C. (2005). Os Idosos no Futuro. In *Pretextos – Demografia e Desenvolvimento*. Instituto da Segurança Social, 20, 16-17.

Pestana, M; Gageiro, J. (2003). *A Análise de dados para ciências sociais.* Lisboa: Sílabo.

Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G. (2002). *Envejecer en Casa – La Satisfacción Residencial de los Mayores en Madrid como Indicador de su Calidad de Vida*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid: CSIC.

Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatria*, Vol. 13 (125), 13-18.

Pimentel, L. (2002). *A Protecção Social às Pessoas Idosas: Da Proclamação à Efectivação dos Direitos*. Coimbra.

Porter, E.; Ganong, L.; Drew, N.; Lanes, T. (2004). A new Typology of Home-Care Helpers. *The Gerontologist*, 44 (6), 750-759.

Quaresma, L. (1999). Os Direitos das Pessoas Idosas – da ajuda doméstica domiciliária à intervenção integrada. In *Seminário Europeu – Apoio Domiciliário* (pp. 18-23). Lisboa : Direcção Geral de Acção Social.

Queirós, A. (2006). *As Tecnologias de Informação e Comunicação e os Novos Paradigmas do Apoio Domiciliário a Idosos.* Aveiro: Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

Reifler, B.; Cox, N. (2001). Caring and Mental Ilness. In Cluff, L; Binstock, R (Eds.) *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. pp. 55-74.

Revilla, L.; Almendro, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria.* Vol. 31 (9) 587-591.

Rodríguez, P.; Sánchez, C. (2000). *El Servicio de Ayuda a Domicilio – Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares.* Madrid: Editorial Paraamericana.

Sabartés, O.; Galí, N.; Gónzález, P.; Román, A.; González, V. (2004). Análisis descriptivo de la implantación de un servicio de ayuda al domicilio en el momento del alta de una unidad de media estancia. *Rev Mult Gerontol*, 14(1), 9-15.

Sampaio, R. (1999). Planeamento e Programação de Serviços de Apoio Domiciliário. In *Seminário Europeu – Apoio Domiciliário,* (pp. 51-56). Lisboa : Direcção Geral de Acção Social.

Samuelsson, G.; Wister, A. (2000). Client Expectactions and Satisfaction of Quality In Home Care Services. A Consumer Perspective. *Home Care Provider*, 5(6), 223- 230.

Santos, B. (1993). O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semi-periferia: o caso português. In *Portugal: Um Retrato Singular*. Porto: Afrontamento.

Segura, J. (2002). La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Sociedad Española de Medicina da Familia y Comunitaria*, 29 (08), 502-506.

Segurança Social (2006). Site da Segurança Social.
URL: www.seg-social.pt. [08.04.2006]

Serrano, P.; Tena-Dávila, MC. (2004). Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda social a domicilio. *Revista Española de Geriatría y Gerontologia*, 39 (1), 9-18.

Seutin, R. (1999). Planificacion et Programmation des Services D'Aide à Domicile. In *Seminário Europeu – Apoio Domiciliário*, (pp. 44-50). Lisboa : Direcção Geral de Acção Social.

Sheets, D.; Rubino, L. (2005). Reabilitation. In Evashwick, C. (Eds.). *The Continuum of Long-Term Care* (pp. 391- 409). U.S.A.: Thomson Delmar Learning.

Simões, J. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho – Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Aveiro: Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências de Saúde.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira. M. (2004). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. (2002). EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 1º Quadrimestre, 87-102.

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, 37(3), pp. 364-71.

Stone, R. (2001). Home and Community –Based Care. Toward a Caring Paradigm. In Cluff, L.; Binstock, R. (Eds.) *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society* (pp.155- 176). USA: The Johns Hopkins University Press.

Stone, R. (2004). The Direct Care Worker: The Third Rail of Home Care Policy. *Annu. Rev. Public Health,* 25, 521-537.

Struyk, R.; Alexandrova, A.; Belyakov, I.; Chagin, K. (2006). Client Satisfaction with Home Care Services in Rural Russia. *Journal of Aging & Social Policy*, 18 (1), 87-105.

Thomé, B., Dykes, A.; Hallberg, I. (2003). Home Care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 860-872.

Tirrito, T; Nathanson, I.; Langer, N. (1996). Elder Practice – *A Multidisciplinary Approach to Working with Older Adults in the Community*. USA: University of South Carolina Press.

Wacker, R.; Roberto, K.; Piper, L. (2002*). Community Resources for Older Adults – Programs and Services in an Era of Change*. U.S.A.: Sage Publications Inc.

Wade, D. (1998). *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Great Britain: Oxford University Press.

Witkin, B.; Altschuld, J. (1995). *Planning and Conducting Needs Assessments* – A Pratical Guide. U.S.A: Sage Publications, Inc.

Zimerman, G. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Anexos

Protocolo de Avaliação dos Utentes/Serviços Prestados

Nome _____

Data ____/_____/_____

A. Avaliação Multidimensional do utente

A1 Dados Sócio/Demográficos

A1.1 Sexo

Feminino ☐ **Masculino** ☐

A1.2 Idade: _____

A1.3 Estado Civil

Solteiro (a) ☐ **Casado (a)** ☐ **Viúvo (a)** ☐ **Separ/Divorc** ☐ **União de Facto** ☐

A1.4 Nível de Escolaridade

Nunca frequentou a escola ☐ **Não completou o Ensino Primário** ☐

Ensino Primário ☐ **Ensino Preparatório** ☐

Ensino Secundário ☐ **Ensino Profissional** ☐

Ensino Universitário ☐

A1.5 Naturalidade _____

A1.6 Residência _____

A2 Estado Físico/Emocional
A2.1 Incapacidade Física

A2.1.1 Vê bem? (Se usar óculos, com eles colocados)

Sim ……☐

Com dificuldade……☐

Não consegue ver nada ……☐

A2.1.2 Ouve bem? (Se usar "aparelho" auditivo, com ele colocado)

Sim ……☐

Com dificuldade ……☐

Não consegue ouvir nada ……☐

A2.1.3 Tem dificuldade em mastigar a comida? (Se usar dentadura, com ela colocada)

Sem dificuldade ……☐

Com alguma dificuldade ……☐

Incapaz de mastigar ……☐

A2.1.4 Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo/a, devido a problemas que tem com a fala/linguagem?

Sem dificuldade ……☐

Dificuldade com algumas pessoas ……☐

Dificuldade considerável com toda a gente ……☐

A2.2 Qualidade de vida percebida pelo sujeito

A2.2.1 Considera que a sua saúde é

Excelente…… ……☐

Muito Boa…… ……☐

Boa ……☐

Razoável……☐

Fraca ……☐

A2.2.2 Sente-se sozinho?

Nunca ……☐

Raramente ……☐

Algumas vezes ……☐

Frequentemente ……☐

Sempre ……☐

A2.2.3 Em geral, diria que a sua habitação é:

Excelente ..... ☐

Muito Boa ..... ☐

Boa ..... ☐

Razoável ..... ☐

Fraca ..... ☐

A2.3 Área Funcional

A2.3.1 Consegue fazer o seu trabalho doméstico?

Sem ajuda (limpar o chão, etc.) ..... ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) ..... ☐

Completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico..... ☐

A2.3.2 Consegue preparar as suas próprias refeições?

Sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) ..... ☐

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de cozinhar refeições completas) ..... ☐

Completamente incapaz de preparar as refeições ..... ☐

A2.3.3 Consegue ir às compras?

Sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) ..... ☐

Com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) ..... ☐

Completamente incapaz de fazer qualquer compra ..... ☐

A2.3.4 Consegue administrar o seu próprio dinheiro? (ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)

Sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) ..... ☐

Com alguma ajuda ..... ☐

Ou é completamente incapaz de administrar o seu dinheiro ..... ☐

A2.3.5 Consegue usar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar ..... ☐

Com alguma ajuda ..... ☐

Completamente incapaz de usar o telefone ..... ☐

A2.3.6 Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) ..... ☐

Com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar Para si ou o/a lembrar de os tomar) ..... ☐

Completamente incapaz de tomar os seus medicamentos ..... ☐

A2.4 Mobilidade

A2.4.1 Consegue usar a banheira ou o chuveiro/polivan?

Sem ajuda ……..…… ☐

Necessita de alguma ajuda para utilizar a banheira/polivan ou o chuveiro …… ☐

A2.4.2 Consegue utilizar a sanita (ou cadeira sanitária)?

Sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira sanitária, despir o necessário, lavar-se e ir embora) ☐

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) …….…….. ☐

Completamente incapaz de usar a sanita ou cadeira sanitária ……..…….. ☐

A2.4.3 Consegue sair de casa e caminhar na rua?

Sem ajuda …….…… ☐

Com alguma ajuda ……....…… ☐

Acamado …… ☐

A2.4.4 Consegue movimentar-se dentro de casa?

Sem ajuda …… ☐

Numa cadeira de rodas sem ajuda …….…… ☐

Com alguma ajuda ……...…….. ☐

Acamado …… . ☐

A2.4.5 Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (e sem qualquer apoio, por exemplo corrimão) …… ☐

Com alguma ajuda …….…….. ☐

Incapaz de subir ou descer escadas ……...……...…… ☐

A2.4.6 Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?

Sem ajuda …….…… ☐

Com alguma ajuda ……..…….. ☐

Completamente incapaz de se deslocar da cama para a cadeira …….…..…….. ☐

A2.5 Cuidados Pessoais

A2.5.1 Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se)
Sem ajuda…… ☐
Com ajuda …… ☐
A2.5.2 Consegue vestir-se?
Sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc)…….. ☐
Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) ……..…….. ☐
Completamente incapaz de se vestir ……..…… ☐
A2.5.3 Consegue alimentar-se?
Sem ajuda …… ☐
Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar a manteiga, etc.) …… ☐
Completamente incapaz de alimentar-se …… ☐

A2.6 Controlo Esfincteriano

A2.6.1 Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga? (incontinência urinária)
Sem problemas ……..……..…… ☐
Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) ……..……☐
Tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de ajuda …....……☐
A2.6.2 Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos? (incontinência fecal)
Sem problemas ……..……..……☐
Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por semana) ……..……..……☐
Tem frequentemente problemas ……..……..…… ☐

A2.7 Estado Emocional

A2.7.1 Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? ……..…….....SIM	☐	NÃO ☐
A2.7.2 Sente que a sua vida é vazia? ……..……...SIM	☐	NÃO ☐
A2.7.3 Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? …… ….. SIM	☐	NÃO ☐
A2.7.4 Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? …… SIM	☐	NÃO ☐

A2.8 Saúde Física

A2.8.1 Quantas vezes foi ao médico para tratar um problema de saúde durante o último ano?

_____

A2.8.2 Quantos medicamentos está a tomar actualmente?

_____

A2.8.3 Quantos dias permaneceu na cama por motivo de doença no último ano?

_____

A2.8.4 Quantos dias permaneceu hospitalizado no último ano?

_____

A2.8.5 Dos seguintes problemas, refira de quais sofre actualmente:

Respiratórios ☐ **Cardiovasculares** ☐ **Digestivos** ☐

Endócrinos ☐ **Urinários** ☐ **Incontinência urinária** ☐

Incontinência fecal ☐ **Outros Problemas** (Especifique _____) ☐

A2.9 Nível de actividade

Por favor, indique as actividades que realizou na semana passada:

1. Ver televisão ☐
2. Ouvir música ☐
3. Ler um jornal ou livro ☐
4. Escrever (cartas, poemas) ☐
5. Coser ou bordar ☐
6. Jogar cartas, xadrez, damas, dominó☐
7. Jogar bilhar, bingo ou similares ☐
8. Desenhar ou pintar ☐
9. Algum trabalho de artesanato ☐
10. Jardinagem ou horticultura ☐
11. Visitar amigos ☐
12. Sair à rua ☐
13. Dar um passeio ☐

A3. Caracterização Sócio/Económica do Idoso
A3.1 Rede Social

A3.1.1 Refira os seus familiares mais directos

Cônjuge ☐ Nº____ **Filhos** ☐ Nº____ **Netos** ☐ Nº____ **Irmãos** ☐ Nº____ **Sobrinhos** ☐ Nº____

Outros (Especificar _____) ☐ Nº____ (Especificar _____) ☐ Nº____

A3.1.2 Se tem filhos

A3.1.2.1 Residência

Na mesma freguesia ☐ Nº____ **No mesmo concelho** ☐ Nº____ **No mesmo distrito** ☐ Nº____

Noutro distrito ☐ Nº____ **No estrangeiro** ☐ Nº____

A3.1.2.2 Idades dos filhos

Menos de 30 anos ☐ Nº____ **30 -39** ☐ Nº____

40 -49 ☐ Nº____ **50 – 59** ☐ Nº____ **Mais de 60 anos**

A3.1.2.3 Género dos Filhos:

Feminino ☐ Nº____

Masculino ☐ Nº____

A3.1.2.4 Os Filhos também têm filhos? **Sim** ☐ Nº _____ **Não** ☐

A3.1.2.5 Número de filhos com profissão activa e remunerada **Sim** ☐ Nº _____ **Não** ☐

A3.1.3 Com quem vive actualmente?

Vive só ☐
Cônjuge ☐
Filhos ☐
Genros/Noras ☐
Netos ☐

Irmãos ☐
Sobrinhos/parentes próximos ☐
Vizinhos/amigos ☐
Outros ☐ (Especificar _____
_____)

A3.1.4 Quantas pessoas vivem na mesma casa? _____

A3.1.5 Na mesma casa existe outro elemento com algum tipo de deficiência?

Sim ☐ (Especificar _____) **Não** ☐

A3.1.6 No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?

_____

A3.2 Situação Económica

A3.2.1 Qual foi a sua profissão?

> **Forças armadas** ☐

> **Membros de corpos legislativos, quadros dirigentes da função pública, directores e quadros dirigentes de empresas** ☐

> **Profissões intelectuais e científica** ☐

> **Profissões técnicas intermédias** ☐

> **Empregados administrativos** ☐

> **Pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos** ☐

> **Trabalhadores da agricultura e da pesca** ☐

> **Trabalhadores da produção industrial e artesãos** ☐

> **Operadores de instalações industriais e máquinas fixas, condutores e montadores** ☐

> **Trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviço** ☐

A3.2.2 Origem dos Rendimentos

		Valor Aproximado €
Pensão de reforma	☐	_____
Pensão de Sobrevivência	☐	_____
Rendimentos Próprios	☐	_____
Trabalho	☐	_____
Seguro	☐	_____
Outro (Especificar _____)	☐	_____

A3.2.3 Rendimento Mensal per capita

Até 180 euros ☐ **Entre 181 e 250 euros** ☐ **Entre 251 e 500 euro** ☐

Entre 501 e 1000 euros ☐ **Mais de 1000 euros** ☐

A3.3 Situação Habitacional

A3.3.1 Localização

Localizada na Povoação ☐ **Isolada** ☐

A3.3.2 Tipo de Habitação

Vivenda ☐ **Andar/Apartamento** ☐ **Barraca** ☐ **Quarto** ☐ **Ilha** ☐

Outro ☐ (especificar _____)

A3.3.3 Regime de Propriedade

Própria ☐ **Arrendada** ☐ **Dos filhos ou familiares** ☐ **Cedida** ☐

Outro ☐ (especificar _____)

A3.3.4 Ano de construção

Antes de 1901 ☐ **1901 a 1950** ☐ **1951 a 1980** ☐ **1980 a 2000** ☐

Depois de 2001 ☐

A3.3.5 Número de divisões

Até 2 divisões ☐ **3 divisões** ☐ **4 divisões** ☐ **5 divisões** ☐

Mais de 5 divisões ☐

A3.3.6 Superfície habitável (sem garagens ou lojas)

Até 50 m2 ☐ **51 até 100 m2** ☐ **101 a 150 m2** ☐ **Mais de 150 m2**

A3.3.7 Infra-estruturas

Electricidade	**Sim** ☐	**Não** ☐	**Ar condicionado**	**Sim** ☐	**Não** ☐
Instalação de gás	**Sim** ☐	**Não** ☐	**Frigorífico**	**Sim** ☐	**Não** ☐
Água canalizada	**Sim** ☐	**Não** ☐	**Fogão**	**Sim** ☐	**Não** ☐
Água quente	**Sim** ☐	**Não** ☐	**Televisor**	**Sim** ☐	**Não** ☐
Aquecimento	**Sim** ☐	**Não** ☐	**Máquina de lava roupa**	**Sim** ☐	**Não** ☐
Se SIM, refira qual o tipo			**Telefone**	**Sim** ☐	**Não** ☐
_____					

A3.3.8 Quarto

A3.3.8.1 Partilha o quarto com mais alguém? **Sim** ☐ **Não** ☐

Se SIM, com quem? _____

A3.3.8.2 Dispõem de cama individual? **Sim** ☐ **Não** ☐

A3.3.8.3 Que tipo de cama dispõe?

Cama de solteiro ☐ **Cama de casal** ☐ **Cama articulada** ☐

A3.3.8.4 A cama é adaptada ao seu estado físico? **Sim** ☐ **Não** ☐

Se Não, refira qual o motivo? _____

A3.3.8.5 Caso se trate de um estado acamado, dispõe de colchão anti-escaras?

Sim ☐ **Não** ☐

A3.3.8.6 Circula-se facilmente em redor da cama? **Sim** ☐ **Não** ☐

Se Não, refira qual o motivo? _____

A3.3.9 Casa de Banho	
A3.3.9.1 A casa dispõe de casa de banho?	**Sim** ☐ **Não** ☐
Se NÃO, dispõe de retrete? _____	
A3.3.9.2 Dispõe de banheira?	**Sim** ☐ **Não** ☐
A3.3.9.3 Dispõe de base de chuveiro?	**Sim** ☐ **Não** ☐
A3.3.9.4 A casa de banho tem chuveiro flexível?	**Sim** ☐ **Não** ☐
A3.3.9.5 O chuveiro tem suporte?	**Sim** ☐ **Não** ☐
A3.3.9.6 Tem água canalizada na casa de banho?	**Sim** ☐ **Não** ☐
A3.3.9.7 Tem água quente na casa de banho?	**Sim** ☐ **Não** ☐

A3.3.10 Onde costuma tomar banho?

Na casa de banho ☐ **Na cama** ☐ **Centro de Dia** ☐ **No Lar de Idosos**

A3.3.11 Condições de Habitabilidade

Aspectos da Habitação	Grau de Satisfação				
	Muito Bom	**Bom**	**N/Bom N/Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
> Tamanho da casa					
> Isolamento (calor/frio)					
> Luminosidade/Ventilação					
> Qualidade da construção					
> Comodidade da cozinha					
> Comodidade da casa de banho					
> Localização					
> Condições de Higiene					

B - Serviço de Apoio Domiciliário

B1. Dados Gerais

B1.1 Há quanto tempo é utente do SAD?

B1.2O que o levou a pedir o SAD?

B1.3 Quem o ajudou a decidir pelo serviço desta instituição?

B2. Tarefas Prestadas/Periodicidade/Tempo diário dispendido na execução das tarefas

B2.1 Actividades Básicas de Vida Diária – A. V. D's

	Periodicidade							
Tarefas	**Diária**	**Segunda a sábado**	**Segunda/sexta-feira**	**4 dias**	**3 dias**	**2 dias**	**1 Dia na p/ semana**	**Tempo diário Dispendido**
> Alimentação								
> Acompanhamento das refeições								
> Banho Completo								
> Higiene intima								
> Levantar								
> Mudança de posição/Mobilizações								
> Vestir								
> Movimentar-se na casa								
> Outra tarefa (especificar_____)								
> Outra tarefa (especificar_____)								

B2.2 Actividades Instrumentais de Vida Diária - A. V.D. I's

	Periodicidade								
Tarefas	**Diária**	**Segunda a sábado**	**Segunda/sexta-feira**	**4 dias**	**3 dias**	**2 dias**	**1 Dia na p/ semana**	**Outra periodicidade**	**Tempo diário Dispendido**
> Limpeza da habitação									
> Tratamento de roupas									
> Apoio na medicação									
> Aquisição de bens no exterior									
> Pequenos recados									
> Actividades de animação									
> Outra tarefa (especificar_____)									
> Outra tarefa (especificar_____)									
> Outra tarefa (especificar_____)									

B2.3 Serviços de Saúde

B2.3.1 Dispõe de acompanhamento médico através do SAD? **Sim** ☐ **Não** ☐

B2.3.1.1 Se SIM, que tipo de serviços:

Consultas ☐ **Receitas médicas** ☐

B2.3.2 Serviços de enfermagem? **Sim** ☐ **Não** ☐

B2.3.2.1. Se SIM, que tipo de serviços:

Curativos ☐ **Controle de tensão arterial** ☐ **Controle de glicemias** ☐ **Injectáveis** ☐

Colocação de sondas naso-gástricas ☐ **Colocação de algálias** ☐ **Oxigeno terapia** ☐

Outros serviços ☐ (especificar _____)

B2.4 Outros Serviços

B2.4.1 Serviço de Telealarme **Sim** ☐ **Não** ☐

B2.4.1.1 Se SIM, o pagamento é suportado pelo:

Idoso ☐ **Instituição** ☐ **Outra entidade** ☐ (especificar _____)

B2.4.2 Adaptação das habitações **Sim** ☐ **Não** ☐

B2.4.2.1 Se SIM, quem realiza as obras?

Instituição ☐ **Autarquia** ☐ **Outra Entidade** ☐ (especificar _____)

B2.4.2.2 Se SIM, onde foram realizadas as obras?

Corredores ☐ **Casas de banho** ☐ **Quarto** ☐ **Outros** ☐ (especificar _____)

B2.4.3 É programada formação para os cuidadores informais dos idosos? **Sim** ☐ **Não** ☐

B2.4.3.1 Se SIM, quem organiza?

Instituição ☐ **Centro de Saúde local** ☐ **Hospital Central de abrangência** ☐

Outra entidade ☐ (especificar _____)

B2.4.4 O SAD, disponibiliza algum tipo de ajudas técnicas? **Sim** ☐ **Não** ☐

B2.4.4.1 Se SIM, de que tipo?

Cadeiras de rodas ☐ **Andarilhos** ☐ **Canadianas** ☐ **Camas articuladas** ☐

Colchões anti-escaras ☐ **Outras** ☐ (especificar _____)

B2.4.5 Para além dos serviços referidos, a Instituição presta outro tipo de serviço?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

C - Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes

Utilize a escala (Muito Bom, Bom, Nem Bom Nem Mau, Mau e Muito Mau) para graduar cada uma das situações:

C1. Serviços Prestados/Grau de Satisfação

Serviços Prestados	Grau de Satisfação				
> A alimentação está adaptada ao seu estado de saúde	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> Os cuidados de higiene prestados são os adequados	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> As mobilizações e o apoio na movimentação dentro de casa são adaptados ao seu estado de saúde.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O tratamento das suas roupas está adequado	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O serviço de limpeza da sua habitação é adequado	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C2 Características Funcionais do SAD/Grau de Satisfação

Características Funcionais do SAD	Grau de Satisfação				
> O serviço é pontual.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O serviço responde a todas as suas necessidades do utente.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O tempo utilizado na prestação dos cuidados é suficiente.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O custo está adequado ao serviço que lhe é prestado.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O serviço responde facilmente a novas necessidades apresentadas.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O número de funcionários está adequado ao serviço que é prestado.	Muito Bom	Bom	Nem Bom Nem Mau	Mau	Muito Mau
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C3.Actuação/Desempenho dos Profissionais da Equipa do SAD

C3.1 Actuação de Ajudantes Familiares Domiciliárias/Grau de Satisfação

Actuação das Ajudantes Familiares Domiciliárias	Grau de Satisfação				
> As ajudantes familiares domiciliárias sabem desempenhar bem as suas funções.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> As ajudantes familiares resolvem facilmente problemas que surgem.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O trato dado pelas ajudantes familiares domiciliárias **é bom.**	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> Os uniformes das ajudantes familiares domiciliárias apresentam aspecto limpo.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C3.2. Actuação do Coordenador Técnico/Grau de Satisfação

Actuação do Coordenador Técnico	Grau de Satisfação				
> A planificação inicial do serviço estava adaptada às suas necessidades.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> As vezes que é visitado pelo coordenador, são suficientes.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O coordenador é acessível e ouve com atenção as dúvidas, sugestões e reclamações.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C3.3. Actuação do Enfermeiro/Grau de Satisfação

Intervenção do Serviço de Enfermagem	Grau de Satisfação				
> O serviço de enfermagem faz número de visitas adequado ás necessidades.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O enfermeiro revela conhecimentos adequados às funções que desempenha.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O trato oferecido pelo enfermeiro é bom.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O serviço de enfermagem responde rapidamente a novas necessidades.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C3.4 Intervenção Médica/Grau de Satisfação

Intervenção Médica	Grau de Satisfação				
> O serviço médico faz número de visitas adequado ás suas necessidades.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O médico revela conhecimentos adequados às funções que desempenha.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O trato oferecido pelo médico é bom.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O serviço médico responde rapidamente a novas necessidades.	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C4. Avaliação Global

C4.1. Como considera de um modo global o SAD, de que é beneficiário:

Muito ☐ **Bom** ☐ **Bom** ☐ **Nem Bom /Nem Mau** ☐ **Mau** ☐ **Muito Mau** ☐

C4.2 Refira vantagens/melhorias por usufruir do Serviço de Apoio Domiciliário.

C4.3 Se pudesse melhorar o SAD em algum aspecto, o que melhoraria?

C5. A perspectiva das Ajudantes Familiares Domiciliárias

C5.1 Dados Sócio-Demográficos

C5.1.1 Sexo **Feminino** ☐ **Masculino** ☐

C5.1.2 Idade _____

C5.1.3 Habilitações Literárias

Não completou o ensino primário ☐ **Ensino primário** ☐ **Ensino preparatório** ☐

Ensino secundário ☐ **Ensino profissional** ☐ **Ensino universitário** ☐

C5.2 Caracterização Profissional

C5.2.1 Frequência de Formação Profissional **Sim** ☐ **Não** ☐

C5.2.1.1 Se SIM, indique o curso(s) frequentado(s)

_____

C5.3 Frequência na prestação do cuidado

C5.3.1 Tipo de Frequência na prestação do Cuidado

Permanente ☐

Rotatividade Programada ☐ (duração_____)

Duração ☐

Rotatividade Aleatória ☐

C5.4 A opinião das Ajudantes Familiares Domiciliárias

Características Funcionais do SAD	Avaliação				
> O serviço responde a todas as necessidades do idoso	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O tempo utilizado na prestação do cuidado é suficiente	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O serviço responde facilmente a novas necessidades do idoso	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> O número de funcionários está adequado ao serviço prestado	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					
> Os conhecimentos que possui são adequados às funções que desempenha	**Muito Bom**	**Bom**	**Nem Bom Nem Mau**	**Mau**	**Muito Mau**
Se referiu **Mau** ou **Muito Mau**, procure explicar a situação.					

C5.5 Se pudesse melhorar a prestação do SAD em qualquer aspecto, o que melhoraria?

Caracterização dos Cuidadores Informais/Cuidador Principal

D1 Dados Biográficos

D1.1 Sexo **Feminino** ☐ **Masculino** ☐

D1.2 Idade _____

D1.3 Estado Civil

Solteiro ☐ **Casado/a** ☐ **Viúvo/a** ☐

Divorciado/a ou separado/a ☐ **União de facto** ☐

D1.4 Grau de escolaridade

Não completou o ensino primário ☐ **Ensino primário** ☐ **Ensino preparatório** ☐

Ensino secundário ☐ **Ensino profissional** ☐ **Ensino universitário** ☐

D2 Situação Sócio/Económica

D2.1 Situação laboral actual

Trabalhador/a ☐ **Desempregado/a** ☐ **Doméstica** ☐ **Estudante** ☐

Reformado/a ☐ **Outra** ☐ **(especificar** _____ **)**

D2.2 Se está no activo, qual a profissão

> Forças armadas ☐

> Membros de corpos legislativos, quadros dirigentes da função pública, directores e quadros dirigentes de empresas ☐

> Profissões intelectuais e científica ☐

> Profissões técnicas intermédias ☐

> Empregados administrativos ☐

> Pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos ☐

> Trabalhadores da agricultura e da pesca ☐

> Trabalhadores da produção industrial e artesãos ☐

> Operadores de instalações industriais e máquinas fixas, condutores e montadores ☐

> Trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviço ☐

D2.3 Rendimentos mensais aproximados do seu agregado familiar

Menos de 250€ ☐ **Entre 250 e 500€** ☐ **Entre 1000 e 2500€** ☐ **Mais de 2500€** ☐

D2.4 Composição do seu agregado familiar

Cônjuge/companheiro ☐ **Filho/a** ☐ **Pai** ☐ **Mãe** ☐ **Irmãos** ☐

Nora/genro Avós ☐ **Tios** ☐ **Sobrinhos** ☐ **Outros** ☐

D3 Caracterização do Cuidado

D3.1 Nº de pessoas que cuida _____

D3.2 Quando cuida de mais de 1 pessoa fá-lo:

Ao mesmo tempo ☐ **Em momentos diferentes** ☐

D3.3 Tipo de cuidados prestados:

D3.3 Tipo de cuidados prestados:

Alimentação ☐
Apoio na alimentação ☐
Higiene Intima ☐
Banho completo ☐
Limpeza da habitação ☐
Tratamento de roupas ☐
Apoio na medicação ☐
Aquisição de bens no exterior ☐
Acompanhamento a consultas ☐
Companhia ☐
Saídas ao exterior ☐
Outros ☐ (especifique _____)

D3.4 Cuida da pessoa de forma:

Permanente ☐
Em alguns momentos ou períodos ☐
Por turnos entre diferentes familiares (por meses) ☐
De outra maneira ☐ **(especificar** _____ _____ **)**

D3.5 Conta com a colaboração de mais alguém na prestação do cuidado? **SIM** ☐ **NÃO** ☐

D3.6 Frequência de atenção diária

Menos de 1 hora ☐ **De 1 a 2 horas** ☐ **De 3 a 5 horas** ☐ **Mais de 5 horas** ☐

D4 Relação entre Cuidador Informal/Idoso

D4.1 Grau de parentesco relativamente à pessoa que presta cuidado

Cônjuge/companheiro ☐ **Filho/a** ☐ **Nora/genro** ☐ **Irmão/irmã** ☐ **Tio/a** ☐

Sobrinho/a ☐ **Amigo/a** ☐ **Outro** ☐ (especificar _____)

D4.2 Proximidade da habitacional

Vive permanentemente consigo ☐

Vive temporariamente consigo na sua casa ☐

Vive temporariamente consigo na casa dela ☐

Vive na mesma cidade/concelho, mas não no mesmo lugar ☐

Vive noutro concelho ☐

D4.3 Proximidade da convivência

Permanente, viviam na mesma casa ☐

Quase todos os dias ☐

Pelo menos 1 vez por semana ☐

Mais ou menos 1 vez por mês ☐

Mais ou menos 1 vez por ano ☐

Quase nunca ou nunca ☐

D5 Pedimos-lhe ainda, e finalmente, para nos indicar alguns benefícios que entenda que idoso tem, pelo facto de estar a usufruir do SAD.

Escala CES-D

Durante a Semana Passada	Nunca	Uma vez ou outra	Bastantes vezes	Quase sempre
	Quase Nunca	Pouco	Bastante	Muito
	Menos de 1 dia	1 a 2 dias	3 a 4 dias	5 a 7 dias
Incomodei-me com coisas que geralmente não me dão preocupação				
Estive sem vontade de comer, tive falta de apetite				
Sento que não podia livrar-me da tristeza, nem mesmo com ajuda de famílias ou amigos				
Senti que era uma pessoa tão boa como outra qualquer				
Tive que me esforçar muito para prestar atenção ao que estava a fazer				
Senti-me feliz e abatido				
Senti que tudo o que eu fazia era com grande esforço				
Senti muita esperança no futuro				
Senti que a minha vida tinha falhado				
Senti-me assustado				
Dormi mal				
Eu estava feliz e bem-disposto				
Eu andava a falar menos do que é meu costume				
Senti-me muito só				
As pessoas eram antipáticas para mim				
Andava com gosto pela vida				
Tive ataques de choro				
Senti-me triste				
Senti que as pessoas não gostavam de mim				
Fui incapaz de "arrancar" com as minhas tarefas				

Obrigada pela colaboração!