



**DESAFIOS DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO:
A Mudança de Paradigma**

Francisca Isabel Silva Mendes

Setembro 2024



DESAFIOS DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: A Mudança de Paradigma

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Rui Santos e do Professor Emanuel Margarido

Francisca Mendes

Setembro 2024

RESUMO

Nos últimos anos, a mudança de paradigma no envelhecimento tem sido um tópico de crescente relevância, impulsionado por alterações demográficas e pela necessidade de repensar as estratégias de cuidados a idosos. A pesquisa destaca como a mudança de foco de uma abordagem institucionalizada para uma baseada no apoio domiciliário afeta a prestação de serviços e a qualidade de vida dos idosos. Este estudo procura compreender os desafios do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para responder às atuais e novas necessidades das pessoas idosas.

Inicialmente, o estudo, através de revisão bibliográfica, explora as transformações demográficas e sociais que levaram ao envelhecimento populacional. A seguir, examina as práticas atuais do SAD, em Portugal e no contexto europeu.

A metodologia, de caráter qualitativo, inclui uma combinação de pesquisa documental com entrevistas e questionários efetuados a profissionais da área, beneficiários dos serviços e comunidade. Os dados recolhidos foram objeto de análise coerente segundo o método em que assentou o processo de amostragem. Os resultados fizeram emergir os pontos fortes, as debilidades, as potencialidades e os riscos/desafios, dos SAD objeto do estudo.

Dos resultados desta investigação, espera-se incitar à reflexão sobre a importância de uma redefinição da resposta, especialmente num contexto em que há sinais de estagnação face à diversidade das atuais necessidades da população idosa. A investigação revelou que os SAD mantêm um cariz marcadamente social, com ênfase na prestação de serviços relacionados às atividades da vida diária. Ainda assim, a maioria dos utentes demonstra satisfação com os serviços recebidos. No entanto, a análise das necessidades atuais aponta para a falta de respostas personalizadas e individualizadas.

Os modelos de intervenção adotados em vários países europeus refletem uma diversidade de práticas, mas evidenciam um denominador comum: a crescente procura e preferência pelos cuidados domiciliários. As estratégias identificadas para enfrentar os desafios atuais incluem a necessidade de inovação, a expansão do uso de tecnologia, uma melhor articulação entre entidades e uma reformulação das políticas públicas.

Em síntese, o estudo contribui para a compreensão da complexidade do envelhecimento no século XXI e oferece insights práticos, através da breve descrição de outros modelos, para aprimorar o SAD, promovendo um envelhecimento saudável e sustentável.

Palavras-Chave: Serviço de Apoio Domiciliário, pessoa idosa, desafios, necessidades, paradigma.

ABSTRACT

In recent years, the paradigm shift in ageing has been a topic of increasing relevance, driven by demographic changes and the need to rethink care strategies for the elderly. The research highlights how the change in focus from an institutionalized approach to one based on home support affects the provision of services and the quality of life of the elderly. This study seeks to understand the challenges of the Home Support Service (SAD) in responding to the current and new needs of older people.

Initially, the study explores the demographic and social transformations that have led to population ageing. It then examines current SAD practices in Portugal and in the European context.

The methodology, which is qualitative in nature, includes a combination of documentary research and interviews and questionnaires with, respectively, professionals in the field, beneficiaries of the services and the community. The data collected was analyzed coherently according to the sampling method. The results revealed the strengths, weaknesses, potential and risks of the SADs under study.

From the results of this research, it is hoped to encourage reflection on the importance of redefining the response, especially in a context where there are signs of stagnation in the face of the diversity and complexity of the needs of the elderly population. The research revealed that SADs have a markedly social nature, with an emphasis on providing services related to activities of daily living. Even so, the majority of users are satisfied with the services they receive. However, the analysis of current needs points to a lack of personalized and individualized responses.

The intervention models adopted in various European countries reflect a diversity of practices, but show a common denominator: the growing demand and preference for home care. The strategies identified to face the current challenges include the need for innovation, expanding the use of technology, better coordination between entities and a reformulation of public policies.

In summary, the study contributes to the understanding of the complexity of ageing in the 21st century and offers practical insights, through the brief description of other models, to improve the SAD, promoting healthy and sustainable ageing.

Key words: Home Support Service, elderly people, challenges, needs, paradigm.

Aos meus pais, as minhas raízes e pilares, com toda a minha gratidão por
tanto e por tudo.

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma etapa dura, marcada por momentos desafiantes, algum desânimo e cansaço. Contudo, tive sempre quem me apoiasse incondicionalmente. E este trabalho só foi possível graças ao apoio, à solicitude e à disponibilidade de todos/as quantos nele estiveram envolvidos. Aqui deixo uma referência especial às pessoas presentes nesta fase, deixando toda a minha gratidão pelo acompanhamento, incentivo, colaboração e pelo carinho com que me ajudaram a concretizar esta etapa. A saber:

- . Às Direções das Instituições alvo do estudo, na pessoa das Diretoras Técnicas/ Assistentes Sociais, pelo acolhimento, colaboração e total disponibilidade;
- . Ao Professor Doutor Rui Santos pela orientação, pela proximidade, pela partilha e pela disponibilidade infinita. Os seus saberes e dedicação foram fundamentais para que eu pudesse superar os desafios encontrados ao longo deste percurso. Foi e é fundamental na transmissão de experiências e saberes e nos meus pequenos sucessos;
- . Ao Professor Emanuel Margarido, coorientador deste trabalho, pelo apoio e dicas dadas ao longo do trabalho;
- . Aos meus pais, pelo exemplo diário de força e dedicação. Pelo incentivo, força e carinho com que me acompanham, aqui e em tudo. Por serem tudo e tanto;
- . À minha pessoa favorita, o Mateus, o meu sobrinho, que é a demonstração de amor incondicional, e, que sem saber ainda, foi muitas vezes a motivação e a leveza que precisava;
- . A todos/as que não mencionei, mas com a certeza que também foram importantes nesta fase, pelos contributos e encorajamento, o meu muito obrigada!

Obrigada!

Índice

RESUMO.....	5
ABSTRACT	6
AGRADECIMENTOS	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS	13
ÍNDICE DE TABELAS.....	14
ÍNDICE DE APÊNDICES.....	15
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	16
INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1. O envelhecimento: uma questão do presente e do futuro.....	22
1.1 Conceptualização de envelhecimento	25
1.2 Autonomia, Funcionalidade e Dependência	27
1.3 Qualidade de Vida	27
2. O <i>Ageing In Place</i> como estratégia para envelhecer no domicílio.....	28
3. O SAD: conceito, serviços e legislação de enquadramento	30
4. O Serviço de Apoio ao Domicílio – a realidade das Europas Sociais.....	35
CAPÍTULO II - METODOLOGIA E CAMPO EMPÍRICO	42
1. Objetivos do estudo	42
2. Paradigma epistemológico	43
3. Técnicas de recolha de dados.....	45
3.1 Pesquisa documental	45
3.2 Entrevista semiestruturada	45
3.3 Inquéritos por questionário	47
4. Campo de Estudo	47

5. Análise de dados	51
6. Procedimentos éticos e metodológicos	55
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
1. O caso Finlandês.....	70
2. O caso Espanhol	72
3. O caso Francês.....	74
4. O caso Inglês.....	77
5. O caso Dinamarquês.....	81
6. O caso da Hungria	82
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Populacional, EU-27, 1990 e 2050.....	23
Gráfico 2 - População dos 65 aos 79 anos.....	24
Gráfico 3 - Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente 2000-2022	33
Gráfico 4 - Idade média da população, 1990, 2019, 2050	35
Gráfico 5 - Taxa de dependência dos idosos, 1990, 2019 e 2050	36
Gráfico 6 - Despesa dos Estados-membros da União Europeia em proteção social, em percentagem do PIB (2016)	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterísticas dos modelos sociais.....	39
Tabela 2 - Campo de Estudo.....	48
Tabela 3 - Caraterização das Entrevistadas	49
Tabela 4 - Caraterização dos Inquiridos (n = 132)	50
Tabela 5 - Caraterização Sociodemográfica.....	50
Tabela 6 - Tempo de Frequência no serviço (n=68).....	50
Tabela 7 - Operacionalização de Conceitos	53
Tabela 8 - Capacidade/Lotação	59
Tabela 9 - Serviços e Atividades	66
Tabela 10 - Síntese.....	86

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1	102
APÊNDICE 2	103
APÊNDICE 3	107
APÊNDICE 4	111
APÊNDICE 5	113
APÊNDICE 6	114
APÊNDICE 7	124
APÊNDICE 8	134
APÊNDICE 9	143
APÊNDICE 10	154

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA	<i>Allocation personnalisée d'autonomie</i>
AS	Assistente Social
CASS	<i>Care and Support Statutory Guidance</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNSA	Caixa Nacional de Solidariedade para a Autonomia
DT	Diretora Técnica
IMSERSO	<i>Instituto de Mayores y Servicios Sociales</i>
INST1	Instituição 1
INST2	Instituição 2
INST3	Instituição 3
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MIG	<i>Minimum Income Guarantee</i>
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAAD	<i>Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</i> ¹
SAAD	<i>Services d'aide et d'accompagnement à domicile</i> ²
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SAP	<i>Annuaire des Organismes de Services à la Persona</i>
UE	União Europeia

¹ Caso Espanhol

² Caso Francês

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico em Portugal, e no Mundo, continua a acentuar-se de forma muito expressiva: “A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população” (Nações Unidas, 2019).

Os dados demográficos e a informação contida no Relatório Social Mundial 2023, divulgado pelo Departamento para Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, indicam que o número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deve dobrar, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão em 2050. Portugal acompanha a tendência e o envelhecimento demográfico continua a acentuar-se.

Este crescente envelhecimento pode, em muitos casos, conduzir ao aumento do número de idosos em situação de dependência. Por outro lado, é certo que a maioria destes prefere envelhecer nas suas casas. O conceito de *ageing in place* (António M. Fonseca), contrariando a visão convencional de assistência à população idosa por via das respostas institucionais de alojamento, vem valorizar a intervenção a partir do contexto onde a pessoa vive. Neste sentido, e para dar força a este conceito, procuram-se respostas articuladas através de uma integração progressivamente mais alargada de serviços (Fonseca, 2021). Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde vive para fazer face às suas necessidades, mas criar aí todas as condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas.

A seleção de um tema de pesquisa reflete muitas vezes a experiência pessoal do investigador, entrelaçando-se com a sua trajetória profissional e as questões que surgem ao longo desse mesmo percurso.

A escolha deste tema para esta tese é profundamente influenciada pela trajetória profissional da investigadora enquanto Assistente Social (AS), onde trabalha diretamente com a realidade do Serviço de Apoio Domiciliário. Diariamente, testemunha as necessidades dos/as idosos/as, o que tem despertado uma reflexão contínua. Esta experiência foi essencial para aprofundar esta área do saber e para a definição do trabalho de campo/pesquisa realizada nesta tese.

A prática profissional não só enriquece a perspectiva, como também fundamenta este compromisso em desenvolver uma pesquisa que possa contribuir para a reflexão, se assim o justificar, sobre as políticas e práticas do apoio domiciliário, com o intuito de, futuramente, oferecer uma resposta mais adequada às atuais demandas da comunidade.

A relevância deste tema para o Serviço Social é evidente devido às exigências crescentes que os assistentes sociais enfrentam numa sociedade que se apresenta cada vez mais complexa. As transformações sociais constantes colocam na agenda dos profissionais a necessidade e importância da reflexão crítica contínua sobre, e na, ação dos Assistentes Sociais. Estes profissionais exercem as suas funções num contexto que requer aprendizagens constantes, de maneira a adaptar-se às reconfigurações sociais.

Este estudo e investigação são considerados pertinentes, assim como outros na área do Serviço Social, pois demonstram a capacidade dos profissionais de analisar, refletir e enfrentar os desafios.

Dentro das políticas sociais, o Serviço de Apoio Domiciliário é a resposta que procura evitar em muito a institucionalização e apresenta-se como um serviço comunitário. O apoio ao domicílio é um instrumento de prestação de cuidados e também uma atividade de assistência social e, em alguns casos, de saúde, exercida junto do cliente, da família e da comunidade (Engenheiro, 2008). O seu objetivo é levar a cabo um conjunto de serviços que permitam manter a qualidade de vida dos seus beneficiários.

Porém, consequência do aumento da esperança média de vida e, principalmente, dos percursos formativos de hoje, os nossos idosos são pessoas cada vez mais esclarecidas e exigentes (com mais escolaridade, mais rendimentos, mais informação, mais expectativas e mais exigências) e os serviços que solicitam do serviço de apoio domiciliário têm que estar preparados para acompanhar a realidade. Este facto vem desafiar a intervenção nesta resposta social e, por conseguinte, a necessidade de novas abordagens.

Partindo do exposto, surge a presente dissertação: *Os desafios do Serviço de Apoio Domiciliário - a mudança de paradigma*, que visa compreender os desafios do Serviço

de Apoio Domiciliário para responder às atuais e novas necessidades das pessoas idosas. Este foi o objetivo que norteou toda a investigação, complementado com outros modelos de intervenção no âmbito do apoio ao domicílio, no contexto Europeu.

Esta escolha baseia-se, essencialmente, em três principais razões: o SAD é visto como a resposta social para pessoas idosas que mais garante satisfação e qualidade de vida; existe relativamente pouca pesquisa científica sobre esta resposta social em Portugal; e este trabalho poder ser um contributo para um melhor conhecimento do SAD em Portugal, apoiando assim o seu aperfeiçoamento quanto às práticas instaladas.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte – Enquadramento Teórico – visa apresentar uma revisão das linhas de orientação teóricas em quatro pontos. São descritos os conceitos de envelhecimento e realizada uma abordagem generalista do processo de envelhecimento, assim como uma descrição ao atual contexto sociodemográfico. Aborda-se o conceito de *ageing in place* enquanto conceito privilegiado nesta matéria. Por fim, realiza-se o enquadramento ao Serviço de Apoio Domiciliário, no caso português, seguindo-se uma apresentação de outros modelos de intervenção, desta vez, em contexto europeu.

A segunda parte – Metodologia e Campo Empírico – apresenta o estudo de campo, organizando-se em quatro pontos. Apresentam-se os objetivos e a opção metodológica adotados e é ainda realizada a apresentação dos instrumentos e técnicas de recolha de dados. Termina-se este capítulo com a descrição/caraterização do universo em estudo.

Na terceira parte procedeu-se à análise dos resultados da investigação a partir do discurso de três diretoras técnicas/assistentes sociais entrevistadas e dos inquéritos aplicados a 68 utentes de Serviço de Apoio Domiciliário e 64 membros da comunidade, num processo reflexivo sobre a resposta, enquanto seniores do futuro. Conclui-se com a discussão dos resultados.

Por último, termina-se esta dissertação com a conclusão do trabalho, com uma síntese integradora dos dados empíricos, resultados mais significativos, principais limitações e propostas para futuras linhas de investigação.

Nos apêndices constam partes integrantes e fundamentais da investigação, tais como o guião da entrevista semiestruturada, e as devidas transcrições e o inquérito por questionário.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste primeiro capítulo é exposto o suporte teórico do presente estudo. Desta forma, contextualiza-se o envelhecimento e a forma como transforma a política de cuidados domiciliários e, por isso, também, os desafios associados, que nos conduzem à questão de partida da presente investigação.

Nos últimos anos, a expansão dos cuidados domiciliários tornou-se numa alternativa aos cuidados residenciais, e, portanto, ao retardamento da institucionalização, representando ser um dos meios essenciais para melhorar a qualidade de vida dos seniores. São uma forma de manter a pessoa idosa por mais tempo no seu meio natural de vida, proporcionando-lhe autonomia e qualidade de vida.

As projeções da Comissão Europeia são para a progressão do envelhecimento (Engenheiro, 2008) e para o prolongamento da esperança média de vida, com a expansão do número de indivíduos com idade muito avançada, faz com que o envelhecimento seja um problema também do futuro.

Por isso, consideramos que se deve desenvolver uma abordagem reflexiva sobre o envelhecimento e uma revisão na resposta de Serviço de Apoio Domiciliário, de forma a ir ao encontro das necessidades da própria população e dos novos idosos, que trarão consigo, certamente, novas realidades (União das Misericórdias Portuguesas, 2022).

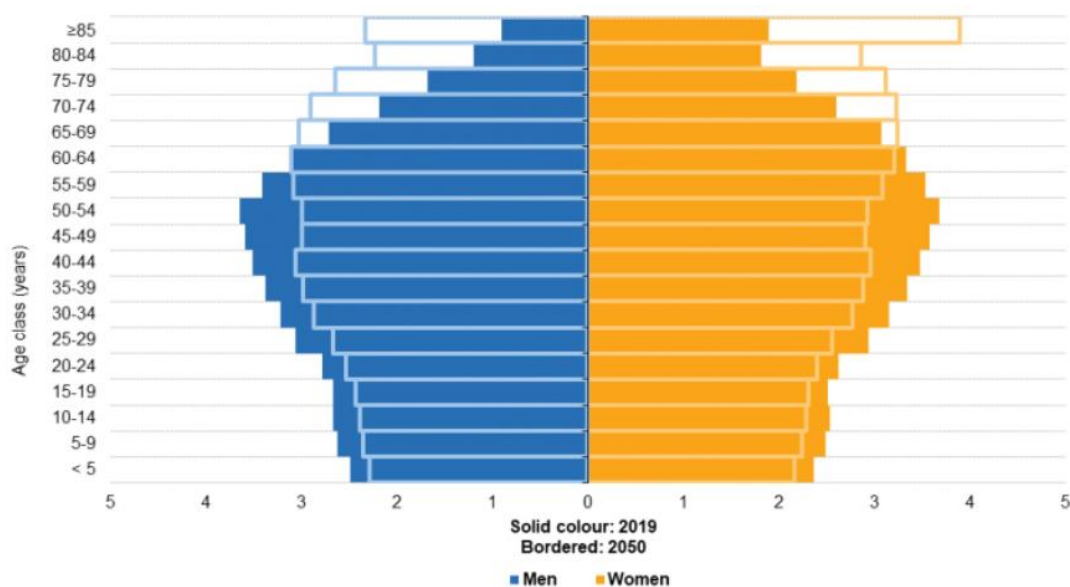
1. O envelhecimento: uma questão do presente e do futuro

O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade. Independentemente do desenvolvimento dos países, o envelhecimento da população é uma questão mundial.

Em todo o mundo, a população com 60 anos ou mais está a crescer mais rapidamente do que todos os grupos etários mais jovens. Estima-se, que em 2050, o número dessas pessoas na União Europeia representará cerca de dois terços da população total (Comissão das Comunidades Europeias, 2003), destacando-se o aumento do número de

pessoas idosas (até 75 anos) e muito idosas (com 85 ou mais anos). As projeções demográficas não indicam alterações iminentes no atual padrão de envelhecimento da população (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

Gráfico 1 - Pirâmide Populacional, EU-27, 1990 e 2050



Note: all data as of 1 January. 2019: estimates and provisional. 2050: population according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019).

Fonte: Eurostat

O gráfico 1 apresenta duas pirâmides sobrepostas que representam a União Europeia (UE)-27: as barras sólidas dizem respeito a 2019 e as barras sem preenchimento são uma projeção para 2050. Estas destacam a transição demográfica a ocorrer, ao longo destes anos, na UE. A pirâmide populacional para 2019 é relativamente estreita na base, justificando-se pelas baixas taxas de natalidade, promovendo assim um aumento do índice de envelhecimento. E um dos aspetos mais marcantes na pirâmide relativa a 2050 é o alongamento das barras para a faixa etária superior (comparativamente a 2019), o que indica um aumento da longevidade da população.

As sociedades atuais são sociedades envelhecidas, mas, simultaneamente, sociedades onde os indivíduos vivem mais tempo. É neste grupo de indivíduos que existe maior probabilidade de surgirem situações de dependência e necessidade de cuidados (Engenheiro, 2008).

[...] um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem

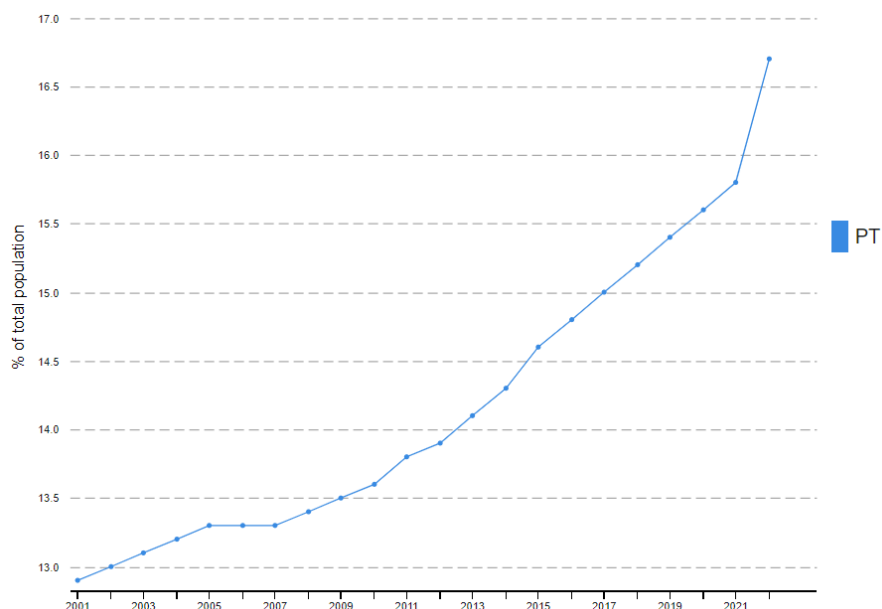
como de apoios sociais e familiares. (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013, p. 12)

A sociedade portuguesa acompanha o crescimento do índice de envelhecimento da população em níveis semelhantes aos restantes países da União Europeia. Segundo o Instituto Nacional de Estatística e os resultados obtidos nos censos de 2021: o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se de forma muito expressiva, salientando os desequilíbrios já evidenciados na década anterior. Note-se que e ainda de acordo com essa operação estatística:

- o índice de envelhecimento da população, indicador que compara a população com 65 e mais anos com a população dos 0 aos 14 anos, é de 182, ou seja, existem 182 idosos por cada 100 jovens. Este índice era de 128 em 2011 e 102 em 2001;

- o aumento do índice de envelhecimento é comum a todas as NUTS II (Nomenclatura das Unidades Territoriais), com as regiões do Centro e Alentejo a apresentarem os valores mais elevados em 2021, o que denota que este não é um processo homogéneo em matéria geográfica.

Gráfico 2 - População dos 65 aos 79 anos



Fonte: Eurostat

As causas que estão na origem deste envelhecimento justificam-se pela evolução das últimas décadas de modernização social e económica, da melhoria das condições de vida

e de acesso a cuidados de saúde, conjugados com fatores sociais e culturais, que alteraram os níveis de fecundidade e natalidade e melhoraram as probabilidades de sobrevivência dos indivíduos (Oliveira, 2007).

O envelhecimento é, em princípio, um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos (...) (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013, p. 11)

Não obstante, estas alterações registadas ao nível da estrutura e dinâmica populacional, em que o aumento da esperança média de vida é uma realidade, antevêm eventuais alterações nas sociedades futuras. Logo, o envelhecimento demográfico é uma realidade futura, mas também um desafio gerador de consequências na nossa sociedade (Ribeiro, 2020): “No entanto, não é possível ignorar aquilo a que se poderia chamar o paradoxo do envelhecimento.” (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013, p. 11).

Face a estas evidências, reitera-se a importância de se iniciar um processo reflexivo em torno das políticas sociais existentes.

1.1 Conceptualização de envelhecimento

A diversidade de abordagens enriqueceu o debate sobre envelhecimento, mas complexificou a sua compreensão conceptual. A sua categorização não é simples nem linear, pois trata-se de uma questão e de um processo interativo e complexo, condicionado por fatores intrínsecos de ordem genética e extrínsecos, em que o meio envolvente tem primordial importância. Por isto assumimos que o envelhecimento é um processo complexo, dinâmico e progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa, que ocorre durante todo o ciclo de vida (Estratégia Nacional para o Envelhecimento).

Isto é, ao longo da vida desenvolvemo-nos e, simultaneamente, envelhecemos. Isto significa que o envelhecimento não se limita ao que ocorre na chamada velhice, que é arbitrariamente considerada como tendo início aos 65 anos (critério da idade), mas que acompanha todo o processo evolutivo desde que nascemos (Sequeira, 2010).

Por outro lado, na prática sugere-se uma abordagem individual ao envelhecimento, de forma diferenciada e de acordo com a história e percurso de vida de cada um.

Assim sendo, o envelhecimento é um processo individual, o que significa que todos envelhecem de forma diferente consoante são afetados por diversos fatores, como por exemplo, o estilo de vida, a alimentação, o grau educacional, as doenças crónicas, mas que deve ser pensado numa perspetiva positiva e centrado na própria pessoa.

Paúl (2005) refere que este deve ainda ser encarado sob três perspetivas:

- a) a da psicologia, relacionada com as vivências de cada um e o significado do ato de envelhecer;
- b) a da saúde, tendo em conta a probabilidade de ocorrências de doenças, devido ao aumento do tempo de vida e a uma maior vulnerabilidade;
- c) a da prestação de cuidados, considerando as necessidades dos cuidados e da intervenção.

Contudo, verificam-se aspetos comuns no decorrer de todo o processo de envelhecimento: as capacidades vão diminuindo e as necessidades vão aumentando, tornando o ser humano cada vez mais sensível ao meio ambiente, limitando a sua integração e aumentando a sua dependência de terceiros.

Neste seguimento, mais uma vez, impera reforçar que o envelhecimento não pressupõe apenas a proteção e prestação de cuidados à pessoa idosa, mas também a promoção do seu *empowerment*, através do respeito pelo seu percurso de vida, autonomia, participação social e dignidade (Pinto, 2013).

Para além disso, também encontramos o processo de envelhecimento relacionado com o isolamento (dificuldade em ter contacto social), a solidão (sentir-se só, falta de atenção, impossibilidade de partilha e fraca participação social), a perda de autonomia (tanto a nível físico, económico como a própria capacidade de decisão), a necessidade de apoio social e de saúde.

1.2 Autonomia, Funcionalidade e Dependência

A autonomia está relacionada com a capacidade funcional e a participação social (vida em sociedade), ambos estritamente associados à definição das atividades da vida diária. A autonomia significa, segundo Vicente de Paula Faleiros (2013, p.36), “consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma interdependente”. Por outro lado, o conceito de funcionalidade remete-nos para a competência que cada indivíduo possui em relação à sua vida diária e satisfação das suas necessidades diárias (Sousa, 2016).

Ao invés, a dependência refere-se à incapacidade do indivíduo em adotar ações, sem ajuda de terceiros, que lhe permitam satisfazer as suas necessidades, comprometendo a sua qualidade de vida.

Neste sentido, e tendo em consideração as implicações pessoais e sociais da dependência, é imprescindível a existência de uma rede de suporte: terceira pessoa ou serviço.

1.3 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida reveste-se de grande subjetividade, multidimensionalidade e ambivalência, pois, segundo José Dias (1997) citado por Sílvia Engenheiro (2014), varia consoante a satisfação, os desejos, objetivos e ambições de cada indivíduo. Em suma, abrange o bem-estar físico, psíquico e social de cada um. Intrinsecamente ligado à percepção de qualidade de vida e ao bem-estar das pessoas está a saúde, pois é um dos indicadores associados à satisfação com a vida.

Por outro lado, os estados de solidão e isolamento são considerados por muitos autores como geradores de percepções negativas sobre a saúde e qualidade de vida. A participação social, convívio e lazer, antes possibilitados pelo trabalho, são muitas vezes substituídos pelo isolamento e pela ociosidade, marcando a velhice com sentimentos de inutilidade e isolamento (Manso, Comosako, & Lopes, 2018). Para enfrentar essas

mudanças é necessário criar novas alternativas de participação social, ocupação de tempos livres e lazer, entre o sujeito e o meio envolvente.

As estatísticas sobre a longevidade revelam que as pessoas tendem a viver mais tempo, contudo esse tempo é demarcado com a incidência de problemas de saúde, muitas vezes que colocam em causa a autonomia, funcionalidade e independência da pessoa, contribuindo assim para a sua visão da qualidade de vida.

Por todos os fatores mencionados é crucial repensar na qualidade de vida que este aumento da longevidade representa e o envelhecimento ativo tem sido um caminho apontado como resposta (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável 2017-2025). Em matéria de envelhecimento ativo e saudável, a tónica assenta na qualidade de vida que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que, por sua vez contribui para o bem-estar das pessoas idosas. Capacidade funcional considerada como resultado da interação das capacidades da pessoa (físicas e mentais) com o meio envolvente. (World Health Organization, 2015).

Para fazer do envelhecimento uma experiência positiva é fundamental que as pessoas tenham oportunidades que permitam a realização do seu potencial de bem-estar físico, social e mental, ao longo da vida, de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades.

2. O *Ageing In Place* como estratégia para envelhecer no domicílio

O *Ageing in Place* significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente (Fonseca, 2021). Com efeito, a maioria das pessoas idosas deseja permanecer num ambiente que lhe seja familiar e lhes proporcione sentimentos de segurança e familiaridade. Ora, é lícito depreender que a maioria das pessoas idosas mantém o desejo de controlar a maioria dos aspetos relacionados com a sua vida – rotinas, horários, cuidados pessoais e as demais atividades significativas para cada um.

(...) Ageing in place enquadra-se numa estratégia global que visa combater o declínio da capacidade funcional, declínio este que suscita

a necessidade de as pessoas idosas fazerem algumas modificações nas suas condições de vida para as ajustarem às suas reais capacidades. Assim, decidindo onde pretendem viver à medida que envelhecem, as pessoas farão opções baseadas nas vantagens que um meio já conhecido lhes garante, associando a autonomia à segurança e familiaridade que um local conhecido garante. (Fonseca, 2021, p. 22)

Este conceito é privilegiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que esta dá primazia a modelos de intervenção social que permitam o envelhecimento em casa e na comunidade, dando às pessoas a possibilidade de, desta forma, preservarem a sua identidade e assegurarem um sentido de continuidade no seu ciclo de vida.

Envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida, e onde se encontram as maiores referências do percurso de vida, constitui-se como uma vantagem, quer para a manutenção da independência, quer para a continuidade do desempenho de papéis sociais: “O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere”. (Fonseca, 2021, p. 31)

Oswald e Wahl (2005) citados por António M. Fonseca (2021), corroboram esta ideia, e dos seus contributos podemos destacar os principais aspetos do significado “casa” para as pessoas mais velhas:

- a) Os aspetos físicos da habitação (associados às características físicas há habitação e à comunidade onde se insere)
- b) Os aspetos sociais (ligados à inclusão social que aquela casa permite)
- c) Os aspetos pessoais (relacionados pelas vantagens de recompensa emocional que traz associadas)

Este processo de envelhecer em casa trata-se de um conceito contemporâneo, motivado pela responsabilidade social em proteger os idosos e reflete uma mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio aos idosos, considerando como prioridade sempre, em primeiro lugar, a vontade do indivíduo.

Contudo, e apesar dos muitos benefícios subjacentes, esta matéria representa, igualmente, um desafio, na medida em que, ao longo do processo de envelhecimento, as necessidades específicas para cada indivíduo se vão alterando e expressando de

diferentes formas de acordo com os recursos de cada um. Certo é que, este conceito evidencia também alguns riscos de isolamento social, particularmente em idosos mais frágeis e com menor retaguarda.

Por tudo isto, o conceito de *ageing in place* representa um desafio acrescido atendendo à diversidade das necessidades individuais, pois deparamo-nos com necessidades específicas para cada pessoa idosa consoante os seus recursos, as suas necessidades e as suas preferências, que variam ao longo do processo de envelhecimento. (Fonseca, 2021, p. 31)

O que é explicitamente preconizado em todas as definições de *ageing in place* é que envelhecer em casa é, por si só, insuficiente, havendo sempre a necessidade de algum suporte complementar – sejam familiares, terceiros e/ou serviços.

Neste sentido, e no que concerne ao apoio domiciliário, na linha do que sugere o *ageing in place*, esta resposta é a que melhor permite envelhecer no domicílio, auxiliando na prestação de cuidados aos indivíduos.

3. O SAD: conceito, serviços e legislação de enquadramento

No terceiro ponto deste capítulo focaliza-se a atenção no tema específico do Serviço de Apoio Domiciliário, enunciando a sua legislação de enquadramento, definindo os seus objetivos, apresentando as suas características mais relevantes, que o distinguem das outras respostas sociais dirigidas à população idosa, e por fim uma breve caracterização ao modelo de funcionamento deste serviço na realidade portuguesa.

O SAD tem-se apresentado como a resposta social que maior desenvolvimento tem registado nos últimos tempos. São as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), ou privados lucrativos, quem promove o seu funcionamento, apoiadas pelo Estado através da celebração conjunta de acordos de cooperação.

Em 1999 é publicado o Despacho Normativo n.º 62/99 que estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, mais tarde revogado pela Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro.

Segundo o sítio da *internet* da Segurança Social, o Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que consiste na

prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito (Instituto da Segurança Social, 2024).

O diploma prevê, um conjunto de cuidados individualizados no domicílio, nomeadamente: cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, fornecimento e apoio nas refeições e tratamento da roupa. Para além disto, pode ainda assegurar os seguintes serviços: “acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e outros artigos, acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações e contactos com o exterior” (Gil A. , 2009, p. 6).

Este serviço 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 (Oliveira, 2007). Os seus objetivos comportam duas dimensões: a esfera individual e a esfera social. Os objetivos de natureza individual são direcionados para o próprio utente, procurando garantir o seu bem-estar. Os objetivos 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.

Desta forma, na Portaria n.º 38/2013, encontram-se descritos os seguintes objetivos:

- a) Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- b) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- c) Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- d) Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- e) Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objetos de contratualização;
- f) Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- g) Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

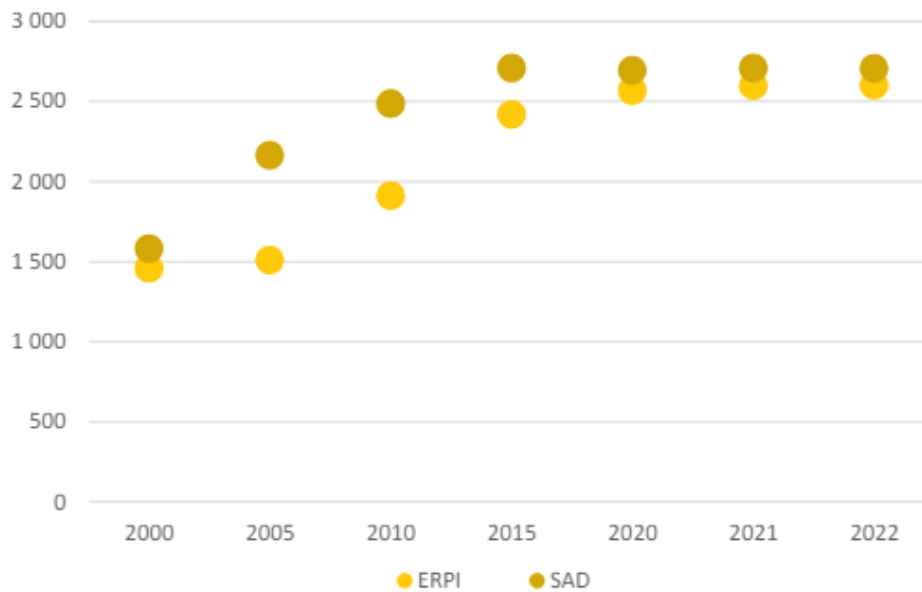
Esta resposta apresenta uma vertente preventiva e reabilitadora, porque com o serviço prestado e a intervenção dos profissionais pretende-se evitar a ocorrência de situações passíveis de criar dependência, a criação de hábitos de higiene e alimentação, prevenção de acidentes e recuperação de capacidades funcionais e competências (Moreira, 2022). Portanto, esta coordenação dos serviços permite em grande medida, prevenir, retardar ou até mesmo impedir a institucionalização do idoso.

Assim, o SAD caracteriza-se como uma resposta social vantajosa para ambas partes envolvidas, atendendo às suas características intrínsecas. A União das Misericórdias enumera algumas das vantagens do serviço, tais como:

- a) Prevenção da institucionalização;
- b) Combate ao isolamento social e à solidão;
- c) Resposta às necessidades individuais e efetivas dos utentes;
- d) Acompanhamento de proximidade;
- e) Possibilidade de resposta e apoio às famílias;
- f) Estimulação do envelhecimento ativo.

Dados da Carta Social – Relatório de 2022 – indicam-nos que a resposta de SAD foi a que apresentou um maior peso, correspondendo a uma das principais respostas para a população idosa (CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2022, 2024).

Gráfico 3 - Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente 2000-2022



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social

Em Portugal, a prestação de serviços de apoio domiciliário a pessoas idosas é diversificada. As equipas são habitualmente constituídas por profissionais (os ajudantes de ação direta) que asseguram a prestação de cuidados individualizados no domicílio dos idosos que acompanham.

Soares (2013) refere que o SAD é um serviço com elevadas vantagens, contudo refere que é fundamental uma melhoria dos serviços prestados sobretudo ao nível da diminuta variedade de serviços disponíveis, que geralmente se confina aos serviços mínimos estipulados pela Segurança Social (Soares, 2013).

A maioria dos serviços, que nos parece limitada no sentido em que se restringe muito aos serviços de higiene e alimentação, cinge-se também ao funcionamento do serviço em dias úteis e num horário reduzido.

Uma das respostas mais fortes em termos de resposta sociais no nosso país tem sido o serviço de apoio domiciliário. (...) No entanto, até ao momento, a oferta é bastante limitada e cinge-se sobretudo aos serviços de higiene e alimentação (Marques, 2016, pp. 152-153).

Sibila Marques (2016), refere um artigo de Ana Gil (2009) que apela à necessidade de se mudar o modelo vigente de SAD para uma alternativa que permita maior independência e escolha dos utentes. Na opinião da mesma autora, Ana Gil (2009), deveria haver um alargamento dos serviços acompanhada de uma alteração no modelo de financiamento.

No que concerne aos custos associados ao serviço, os cálculos são efetuados consoante os rendimentos dos agregados, tendo em consideração as despesas fixas do agregado, sendo as consideradas: valor de taxas e impostos; despesas ao nível da habitação, renda da casa ou prestação devida pela aquisição de habitação própria e permanente; despesas com transportes e, por fim, despesas com saúde e a aquisição de medicação de uso continuado em caso de doença crónica (Circular n.º 4 de 16 de dezembro de 2014). Logo, os custos associados à comparticipação deste serviço são suportados pelos rendimentos do agregado familiar e, uma outra parte, pela Segurança Social.

Independentemente destes aspetos, importa garantir a qualidade dos serviços, tornando-os mais adequados e personalizados às necessidades das pessoas idosas, às do presente e do futuro, e, procurar outras realidades de serviços de apoio domiciliário pode permitir identificar práticas inovadoras e área de melhoria.

4. O Serviço de Apoio ao Domicílio – a realidade das Europas Sociais

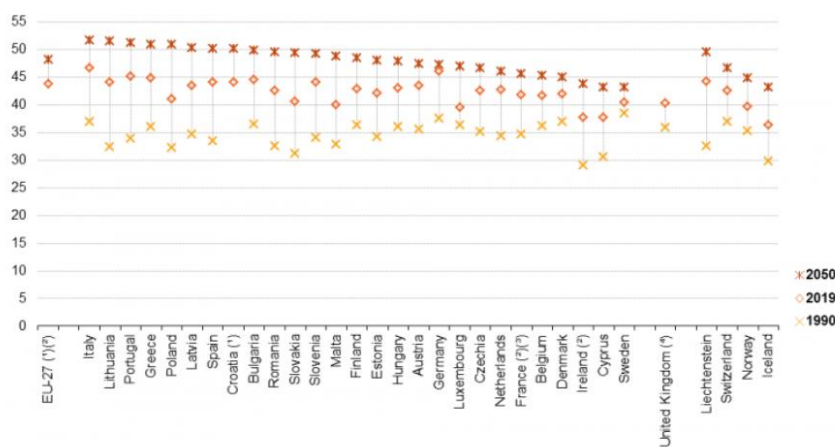
As estratégias de intervenção social são muito diversificadas. A definição e aplicação das políticas sociais tem por base a sua realidade cultural e social e também as transformações que vão decorrendo aos níveis económico e político. Não obstante, o objetivo primordial parece-nos comum: garantir melhor qualidade de vida a este segmento da população.

Desde logo que se tornou objetivo deste trabalho, compreender, ainda de que forma sumária, uma vez que se considera ainda existir pouca informação neste âmbito, também os modelos de intervenção no âmbito do SAD no contexto europeu. Estes modelos encontram-se alinhados com os respetivos sistemas de proteção de cada país, que, por inerência, acabam por refletir os diferentes modelos de Estados de Bem-Estar.

A fim de aprofundar a nossa compreensão sobre o envelhecimento e os modelos de intervenção do SAD examinaremos, em primeiro lugar, algumas das principais semelhanças e diferenças no panorama europeu.

Tal como demonstrado no capítulo anterior, e sendo a tónica deste estudo, o envelhecimento demográfico é um desafio futuro e transversal a todos os países. Ao observar os gráficos 4 e 5 constatamos, mais uma vez, e nos mais diversos países da Europa, que a idade média da população, e a taxa de dependência revelam, manifestamente, entre 1990, 2019 e 2050, uma tendência crescente.

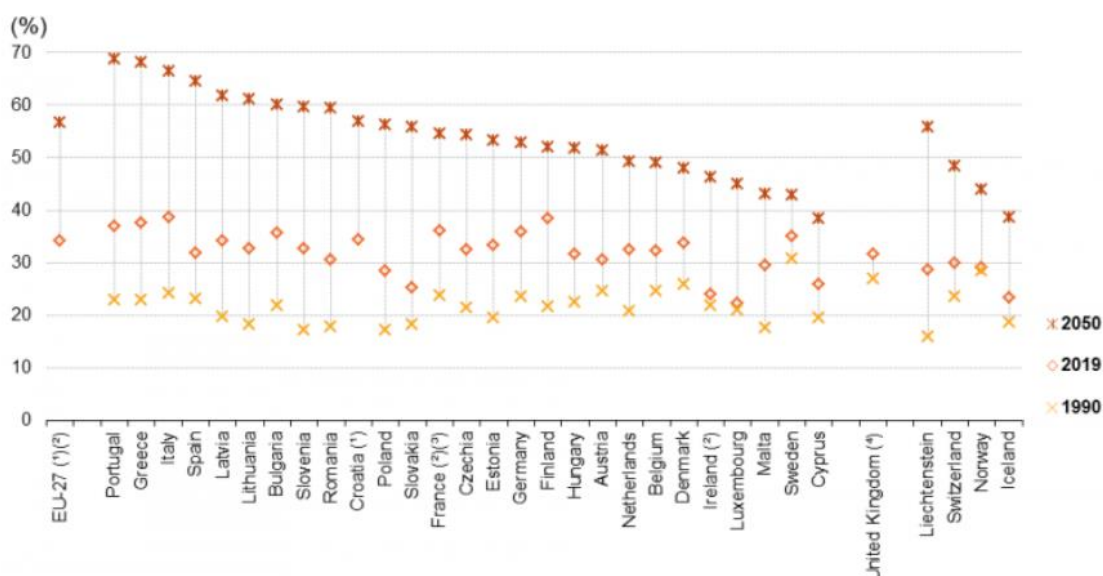
Gráfico 4 - Idade média da população, 1990, 2019, 2050



Note: 2050, population according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019).
(*) 1990: not available.
(*) 2019: estimates and/or provisional.
(*) 1990: excludes French overseas territories.
(*) 2050: not available.

Fonte: Eurostat

Gráfico 5 - Taxa de dependência dos idosos, 1990, 2019 e 2050



Note: the old-age dependency ratio is calculated as the number of people aged ≥65 years divided by the number of people aged 20-64 years, expressed as a percentage. 2050: population according to the 2019 projections, baseline variant (EUROPOP2019).

(*) 1990: not available.

(*) 2019: estimates and/or provisional.

(*) 1990: excludes French overseas territories.

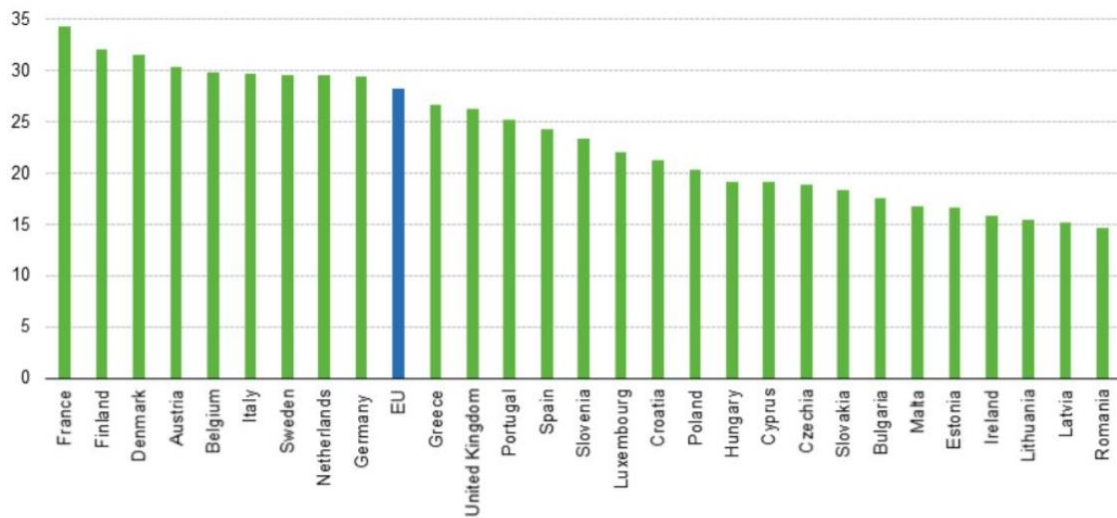
(*) 2050: not available.

Fonte: Eurostat

Os domínios-chave que correspondem diretamente a estas questões são a segurança social e os sistemas de saúde existentes nos seus países. Dados de 2016 da Eurostat (o serviço de estatística da União Europeia), indicam que as despesas com proteção social na União Europeia situaram-se em 28,2% do Produto Interno Bruto (PIB), ligeiramente abaixo aquando considerado o ano anterior.

A média da UE, conforme gráfico 6, continuou a mascarar grandes disparidades entre os Estados-Membros. Em 2016, as despesas com proteção social mais elevadas situaram-se em França (34%), Finlândia e Dinamarca (ambas 32%). Em contrapartida, as despesas com a proteção social situaram-se abaixo de 20% do PIB nos países de leste (Romênia, Letónia e Lituânia (todas com 15%).

Gráfico 6 - Despesa dos Estados-membros da União Europeia em proteção social, em percentagem do PIB (2016)



Fonte: Eurostat

Ainda assim, em média, na UE, as prestações de velhice constituíram grande parte das prestações de proteção social em quase todos os Estados-Membros (Eurostat, 2018).

Estes dados demonstram a uniformidade quanto aos indicadores demográficos, mas denotam também que as pessoas envelhecem de formas dispare.

Analisaremos esta diversidade sob uma visão geral dos diferentes sistemas de proteção social, agrupados pela literatura em cinco modelos provisórios (Social welfare systems across Europe, s.d.). Sendo eles:

- Continental
- Anglo-Saxónico
- Nórdico
- Mediterrâneo
- Europa Central e Oriental

A função destes modelos, independentemente das suas características diferenciadoras, é a de garantir a organização e o financiamento de cada um dos seus sistemas de proteção social. Já a responsabilidade da União Europeia passa por assegurar que as pessoas que

se deslocam entre países recebam proteção adequada, além de coordenar iniciativas para combater a pobreza e a exclusão social (Social welfare systems across Europe, s.d.).

O **modelo nórdico** tem como princípio base o igualitarismo. De acordo com este princípio, os benefícios sociais são distribuídos entre todos os membros da sociedade com base na igualdade (Popova & Kozhevnikova, 2013). Este combina uma economia de mercado livre com um Estado-providência. O Estado é o principal interveniente na proteção e promoção de bem-estar social, assente nos princípios da igualdade, solidariedade e da segurança, promotores da coesão social. Do Estado-providência escandinavo esperam-se excelentes serviços de saúde para todos, cumprindo com os princípios em que assentam (da igualdade e solidariedade). Os mecanismos de proteção social são de acesso universal.

Este é considerado por muitos como o melhor modelo de política social, contudo pode revelar-se difícil de implementar em países menos ricos (SensAge, s.d.).

O **anglo-saxónico**, também conhecido como “liberal”, pressupõe a concessão de prestações sociais a todos os cidadãos que necessitem através do sistema estatal de proteção social (Popova & Kozhevnikova, 2013). Este tem como principal característica a assistência social de último recurso. A maior parte dos fundos sociais, acumulados na sua maioria pelos próprios cidadãos, é utilizada para a população em idade ativa e não tanto para os pensionistas. O acesso às prestações é definido pela existência de um emprego anterior.

O modelo liberal, é popular e universal, e parece ser sustentável do ponto de vista económico.

O **modelo social de bem-estar continental** (ou europeu ou Bismarck), parte do princípio que o apoio social é dado àqueles que já estiveram representados no mercado de trabalho e depende totalmente da acumulação social dessa pessoa (SensAge, s.d.). Por isso, as prestações aumentam quanto maior forem o número de anos das contribuições.

Verifica-se um elevado nível de apoio público e é possível que os beneficiários de prestações mantenham o seu nível de rendimento. Em contrapartida, este mantém e reforça as clivagens sociais.

O **modelo mediterrânico** tem na família o pilar do suporte social, em apoiar os seus membros socialmente desprotegidos (Popova & Kozhevnikova, 2013). É semelhante ao modelo continental, com um sistema de coberturas misto (escalões contributivos). Os impostos estão cada vez mais a substituir as contribuições para financiar a saúde e os serviços sociais.

Por último, o **modelo da europa central e oriental** une os países da europa central e oriental com base na sua história comum e na governação política, no entanto verificam-se grande diferenças entre os países. De forma geral, há uma maior ênfase na redistribuição para prevenir a pobreza e também, à semelhança do anterior, um forte envolvimento e apoio da família. Dá primazia aos cuidados baseados nas comunidades, em vez dos cuidados institucionais, mas ainda assim detém percentagens muito elevadas de institucionalização. Os pontos fracos deste modelo indicam-nos: baixas despesas de proteção social, motivadas pela fraca cobrança de impostos; falta de bens de primeira necessidade; piores condições de habitação; elevado risco de pobreza.

A tabela 1 resume as principais características dos modelos, brevemente, apresentados acima:

Tabela 1 - Características dos modelos sociais

	Modelo Nórdico	Modelo Anglo-Saxónico	Modelo Continental	Modelo Mediterrânico	Modelo da Europa Central e Oriental
Despesas de apoio social	Elevada	Elevada	Elevada	Elevada	Baixa
Emprego	Elevado, com políticas estimuladas pelo governo	Elevado	Elevado	Baixo	Baixo
Principal fonte de financiamento	Principalmente via impostos gerais	Baseado em impostos gerais	Baseado em contribuições sociais dos empregadores e empregados	Contribuições sociais e impostos	Contribuições sociais e impostos
Nível de pobreza	Baixo	Moderado	Moderado	Elevado	Elevado
Redistribuição	Elevada	Elevada	Moderada	Baixa	Baixa

Exemplo de Países	Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia	Reino Unido, Irlanda	Alemanha, França, Bélgica, Países Baixos	Itália, Espanha, Grécia, Portugal	Polónia, República Checa, Hungria, Estónia
--------------------------	---------------------------------------	----------------------	--	-----------------------------------	--

Fonte: Adaptado de Popova & Kozhevnikova, 2013

Face aos modelos apresentados, e considerando as suas diferenças e história social, parece-nos evidente que também os próprios Serviços de Apoio Domiciliário repercutam estas diferenças e se encontrem em diferentes estágios de desenvolvimento. Esta mudança de paradigma que se afirma é ainda um conceito recente em muitos países da Europa, tal como em Portugal, começando a surgir recentemente novas abordagens às necessidades sentidas, com a investigação e novas práticas a ganhar amplitude (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

Assim sendo, o SAD desempenha um papel crucial nas diferentes Europas Sociais, e a sua configuração e financiamento variam conforme o modelo social vigente em cada região da Europa.

Nos **países nórdicos**, o SAD é altamente desenvolvido, fortemente financiado pelos governos, que tem como uma das suas prioridades o bem-estar dos seus cidadãos (estes países são tidos como os mais felizes do mundo) através de impostos gerais, garantindo um serviço acessível e de qualidade a toda a população. Este modelo visa a universalidade do acesso e é complementado por políticas sociais que promovem a equidade e a redistribuição de recursos.

No **modelo anglo-saxónico**, como no Reino Unido, o SAD tem uma abordagem mais mista, com uma maior participação do setor privado, embora o governo continue a ser um financiador significativo. Por vezes, os beneficiários têm que contribuir financeiramente, dependendo da sua condição económica.

Por outro lado, no **modelo continental** (como em França), o financiamento do SAD é amplamente baseado em contribuições sociais dos empregadores e trabalhadores. O setor privado também desempenha um papel importante na prestação dos serviços, embora o Estado mantenha uma posição reguladora.

Nos **países mediterrâneos** (Portugal, Espanha, etc), o SAD é muitas vezes mais limitado em termos de cobertura e recursos. A oferta de serviços é fragmentada e depende de uma combinação de contribuições sociais, apoio familiar e de organizações do terceiro setor. Os sistemas tendem a ser menos universais, e o papel da família como cuidadora ainda é bastante presente.

Por fim, nos **países da Europa Central e Oriental**, o SAD enfrenta desafios significativos em termos de financiamento e desenvolvimento. Estes países tendem a ter menos recursos para sustentar programas de apoio ao domicílio, resultando numa menor cobertura e qualidade dos serviços prestados. A rede de apoio familiar ainda é fortemente predominante e o acesso aos serviços é mais limitado.

O SAD é uma peça fundamental nas políticas sociais europeias, mas o seu funcionamento e acessibilidade variam, refletindo as diferentes prioridades, capacidades financeiras e histórias sociais de cada modelo europeu:

O equilíbrio da prestação de cuidados em cada país depende de uma mistura de fatores como a tradição, as responsabilidades legais, a política social e de saúde, os orçamentos nacionais e a riqueza nacional e, por último, mas não menos importante, as tendências demográficas relativas aos níveis de fertilidade e à esperança de vida, que afetam a disponibilidade de serviços familiares informais. (Mestheneos & Triantafillou, s.d., p. 7).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA E CAMPO EMPÍRICO

Este capítulo apresenta e justifica as opções metodológicas que estão na base do plano de investigação que orientou a pesquisa, com vista a atingir os objetivos estabelecidos. Relativamente à metodologia, é descrita a opção feita para a constituição da amostra e os diferentes instrumentos utilizados na recolha de dados.

Ainda neste capítulo, será apresentado e caracterizado o universo de estudo da amostra selecionada, com uma breve caracterização das instituições e respetivos Serviços de Apoio Domiciliário.

1. Objetivos do estudo

A dependência dos mais velhos transformou-se, nos últimos anos, num dos maiores desafios dos sistemas sociais. Vários são os agentes envolvidos nesta problemática, desde as famílias, às organizações de solidariedade social e, por último, o próprio Estado, enquanto produtor de políticas sociais integradas, capazes de solucionar problemas sociais.

O apoio social ao idoso, atualmente, passa cada vez mais pela desinstitucionalização, sendo esta apontada como a solução mais vantajosa. Paralelamente, para esta concretização devem ser criadas condições que facilitem a permanência do idoso no seu meio, garantindo a satisfação de todas as necessidades humanas – desde as fisiológicas às de realização pessoal (Maslow).

Face ao exposto, há a necessidade de (re)pensar o Serviço de Apoio Domiciliário, enquanto uma Resposta Social integrada e permanente, capaz de satisfazer todas as necessidades do idoso, com qualidade, e, simultaneamente, capaz de promover a sua participação social, constituindo-se assim um novo paradigma, capaz de assegurar um serviço que imprima mais qualidade de vida, dignidade e cidadania, assente na diversificação de serviços e com soluções de resposta a vários níveis, indo ao encontro das exigências identificadas.

Deste modo, assumindo a importância na construção e reinvenção dos cuidados domiciliários, definiu-se como objetivo geral para este estudo: **compreender os desafios do Serviço de Apoio Domiciliário para responder às atuais e novas necessidades das pessoas idosas.**

Partindo deste objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- I. Analisar os cuidados prestados pelos SAD em Portugal em função dos contextos demográfico e institucional;
- II. Perceber as atuais e novas necessidades das pessoas idosas no âmbito do envelhecimento no domicílio;
- III. Compreender os modelos de intervenção no âmbito do serviço de apoio ao domicílio no contexto Europeu;
- IV. Conhecer as atuais e novas estratégias a adotar pelo serviço de apoio ao domicílio.

Finalmente, espera-se que através da análise aos resultados obtidos, se possa contribuir para uma melhor perspetivação e melhor planificação do SAD, mais de acordo com as necessidades dos beneficiários dos cuidados de apoio ao domicílio.

2. Paradigma epistemológico

Os paradigmas de investigação constituem o sistema de pressupostos e valores que orientam a pesquisa, determinando as diversas opções que permitirão, durante o caminho da investigação, alcançar as respostas e conhecimentos desejados. Face aos objetivos definidos, este estudo de carácter também exploratório, seguiu o paradigma qualitativo. Pelas palavras de Crotty (1998), citado por Coutinho (2011, p.22), “os paradigmas são o referencial filosófico que informa a metodologia do investigador”.

Desta forma, este trabalho assenta numa base compreensiva, uma vez que procura analisar e compreender as características, opiniões e pontos de vista sobre o assunto em estudo:

A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo (Bogdan, 1994, p. 49).

Os estudos que seguem este método apresentam cinco características, partindo da visão de Bogdan e Biklen (1994, pp. 47-51):

- I. “[...] a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.” – ou seja, o investigador assume-se como observador participante em todo o processo investigativo, entendendo que as ações podem ser melhor compreendidas quando observadas no seu meio habitual;
- II. “A investigação qualitativa é descritiva” – isto é, os dados recolhidos são em forma de palavra ou imagem que são analisados no seu todo, respeitando, tanto quanto possível, a forma como foram registados;
- III. “[...] mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos”
- IV. “analisar os dados de forma indutiva” – assim dizendo, a direção do objetivo do estudo só se começa a estabelecer após a recolha de dados e não com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses;
- V. “O significado é de importância vital” – isto significa que os investigadores que fazem uso desta abordagem estão interessados na opinião de diferentes pessoas e no sentido que estas atribuem ao objeto de estudo.

De uma forma sintética este paradigma baseia-se e busca pelos conceitos de compreensão, significado e ação, já que a preocupação central é a de compreender e interpretar o sentido que os atores atribuem às suas ações.

Toda a prática investigadora ancorou-se nos métodos e técnicas de recolha de dados mencionados e descritos seguidamente.

3. Técnicas de recolha de dados

Partindo dos objetivos delineados para este trabalho de pesquisa delineou-se uma estratégia metodológica, estando subjacentes métodos e técnicas que ao serem utilizados permitirão uma recolha, análise e compreensão dos dados e respetiva informação. Assim, para este estudo, considera-se que as melhores técnicas de recolha de dados a utilizar são as seguintes: pesquisa documental, entrevista semiestruturada e inquérito por questionário. As técnicas identificadas foram utilizadas no contexto das organizações selecionadas e no domicílio dos/as idosos/as considerados no estudo.

3.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental, enquanto técnica qualitativa, foi considerada importante neste estudo, uma vez que auxilia no entendimento desta temática. Conforme refere Ludke e André (1986), com estas fontes de informação o investigador pretende analisar a documentação bibliográfica existente sobre o seu objeto de estudo, cujas contribuições são consideradas importantes para uma melhor compreensão da temática – “Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador” (LÜDKE & Marli E. D. A., 1986, p. 39)

Por meio da pesquisa documental podemos desenvolver o estudo, através da análise, investigação e/ou comparação de um ou vários documentos com a finalidade de extrair destas informações que são importantes para compreender o objeto em estudo (Júnior & Batista, 2023).

3.2 Entrevista semiestruturada

António Carlos Gil define a entrevista como a “técnica em que o investigador se apresenta em frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação (...) (Gil A. C., 1999, p. 117)”. Ora, portanto, a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas, funcionando como um

diálogo, em que uma das partes procura informação e a outra se apresenta como fonte dessa mesma informação. As entrevistas constituem uma porta de acesso às realidades sociais.

É também uma das técnicas mais utilizada no âmbito das ciências sociais para obter informação sobre o que “as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer (...) (Gil A. C., 1999, p. 117)”. Ao utilizar esta técnica, o investigador tem a possibilidade de se reajustar às características do entrevistado, reformular questões, esclarecer significados e até captar a expressão corporal e a ênfase dada nas respostas. Ou seja, a entrevista é tida como a mais flexível de todas as técnicas de recolha de dados.

A formulação desta entrevista seguiu as regras de uma entrevista semiestruturada, por se considerar que é importante dar liberdade e flexibilidade ao entrevistado para falar sobre o assunto e exprimir as suas opiniões (Bell, 1993). Através da entrevista pretendeu-se, que cada entrevistado, através de uma conversa informal, se sentisse confortável a partilhar e exprimir as suas perceções e interpretações, permitindo uma recolha de dados úteis e adequados ao objeto de estudo.

A entrevista semiestruturada exige, antes da sua aplicação, a elaboração, por parte do entrevistador, de um guião de entrevista, que oriente o processo de recolha de dados, facilitando posteriormente a análise dos dados, dada a sua estrutura organizativa: “a preparação cuidada de um esquema ou guia de entrevista ajudá-lo-á a registar as respostas sob determinadas linhas de orientação” (Bell, 1993, p. 124).

Ou seja, este guião, segundo Amado (2017, p. 216):

[...] resulta de uma preparação profunda para a entrevista, além de ser um instrumento que, na hora da realização da entrevista, ajuda a gerir questões e relações. Por isso, nele constam a formulação do problema, os objetivos que se pretendem alcançar, as questões fundamentais (orientadoras) numa ordem lógica ou prática, e as perguntas de recurso a utilizar apenas quando o entrevistado não avançar no desenvolvimento do tema proposto ou não atingir o grau de explicitação que pretendemos.

3.3 Inquéritos por questionário

Nas pesquisas sociais, os inquéritos são das técnicas mais utilizadas, e também das mais importantes, na obtenção de dados. Pode, portanto, e segundo António Carlos Gil (1999, p. 129), definir-se como a “técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas”, cujo objetivo, partindo do mesmo autor, é “o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc”.

Ghiglione e Matalon (2005) acrescentam que esta é uma técnica estandardizada, uma vez que para garantir a comparabilidade entre questões é indispensável a colocação das mesmas a cada pessoa da mesma forma e pela mesma ordem, sem lugar a adaptações. Por isto, torna-se evidente que as questões a colocar devam ser claras, sem qualquer ambiguidade.

Posto isto, convém mencionar que o questionário se encontrava direcionado a dois públicos-alvos distintos, de maneira a atingir os objetivos específicos deste estudo: para beneficiários de SAD e para a comunidade em geral, como forma de reflexão sobre o seu processo de envelhecimento futuro.

4. Campo de Estudo

Para compreender essencialmente os objetivos de estudo:

- I. Analisar os cuidados prestados pelos SAD em Portugal em função dos contextos demográficos e institucional;
- II. Perceber as atuais e novas necessidades das pessoas idosas no âmbito do envelhecimento no domicílio;
- III. Conhecer as atuais e novas estratégias a adotar pelo serviço de apoio ao domicílio.

A amostra sobre a qual incidiu a presente investigação, foi colhida em três instituições com valência de SAD, localizadas no distrito de Leiria. A opção pelo distrito de Leiria prende-se com razões de proximidade e a escolha das instituições em particular, deve-se sobretudo ao modo de funcionamento e abrangência nos serviços prestados. Dada a quantidade elevada de instituições com a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário seria impossível recolher dados em todas elas, devido ao tempo que se dispunha para a realização deste trabalho.

Assim, os equipamentos com SAD selecionados caracterizam-se da seguinte forma:

Tabela 2 - Campo de Estudo

Instituição	Espaço Territorial	Natureza Jurídica
Instituição A	Misto (Urbano e Rural)	Associação de Solidariedade
Instituição B	Rural	Centro Social e Paroquial
Instituição C	Urbano	Misericórdia

Fonte: Elaboração Própria

Uma vez que os dados sobre o modo de funcionamento/organização do serviço foram obtidos por meio da realização de entrevista aos três técnicos, porque se considera que só assim será possível alcançar informações úteis e um conhecimento mais próximo da realidade, na tabela 3, podemos ver uma caracterização das entrevistadas, sobretudo quanto à sua formação e quanto aos anos de atuação. Quivy e Campenhoudt, atestam o referido:

(...) as informações úteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto. Para conhecer o modo de funcionamento de uma empresa será necessário, na maior parte das vezes, interrogar os que dela fazem parte (...) (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 159).

Tabela 3 - Caracterização das Entrevistadas

	Género	Escolaridade	Cargo	Anos de atuação	Concelho
Instituição 1	Feminino	Licenciaturas em Recursos Humanos e em Serviço Social	Diretora Técnica	11 anos	Leiria
Instituição 2	Feminino	Licenciatura em Serviço Social e Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção	Assistente Social	6 anos	Ansião
Instituição 3	Feminino	Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações	Diretora Técnica	15 anos	Fátima

Fonte: Elaboração Própria

Ainda no que se refere ao apoio domiciliário destas instituições, foi também possível, através da aplicação de questionário, compreender as opiniões de utentes e não utentes. Esta técnica foi utilizada essencialmente para recolher informação sociodemográfica, contribuindo para contextualizar e caracterizar o serviço, quanto aos utentes, e antever desafios e novas necessidades, de não utentes, possibilitando, assim, uma análise mais clara e comparativa da totalidade dos dados recolhidos, indo ao encontro dos objetivos deste estudo.

A opção de inquirir não utentes deve-se também ao facto de se pretender recolher o máximo de informação possível e confrontar diferentes opiniões, motivo pelo qual as questões dirigidas a estes eram muitas vezes de resposta aberta, permitindo que expressassem as suas ideias. As respostas obtidas são de índole descritivo articulando-se com o paradigma compreensivo.

As tabelas 4 e 5 fazem-nos uma caracterização dos inquiridos, dizendo-nos que responderam ao inquérito 68 utentes do serviço e 64 não utentes.

Tabela 4 - Caracterização dos Inquiridos (n = 132)

	N	%
Utentes	68	51.5%
Não Utentes	64	48.5%

Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica

		N	%
Género	Feminino	92	69,7%
	Masculino	39	29,5%
	Prefiro não responder	1	0,80%
Faixa Etária	Dos 18 aos 30 anos	14	10,61%
	Dos 31 aos 50 anos	33	25%
	Dos 51 aos 64 anos	20	15,15%
	Acima dos 65 anos	65	49,24%
Escolaridade	Sem escolaridade	5	3,8%
	1.º Ciclo	44	33,3%
	2.º Ciclo	5	3,8%
	3.º Ciclo	6	4,5%
	Ensino Secundário	38	28,8%
	Ensino Superior	34	25,8%

Fonte: Elaboração Própria

Quando ao perfil dos utentes considerados, podemos ainda caracterizar o tempo em que os estes beneficiam do serviço. O quadro seguinte esclarece:

Tabela 6 - Tempo de Frequência no serviço (n=68)

		N	%
Frequência	1 a 6 meses	13	19,1%
	6 meses a 1 ano	8	11,8%
	1 ano a 3 anos	27	39,7%
	4 anos a 6 anos	11	16,2%
	Mais de 6 anos	9	13,2%

Fonte: Elaboração Própria

No âmbito da compreensão dos objetivos de estudo:

- I. Compreender os modelos de intervenção no âmbito do serviço de apoio ao domicílio no contexto Europeu;

- II. Conhecer as atuais e novas estratégias a adotar pelo serviço de apoio ao domicílio.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental de modo a realizar o exercício comparativo entre vários países do contexto europeu. No entanto, é importante destacar que não foi possível encontrar muita informação científica disponível sobre os objetivos propostos, especialmente no que diz respeito à análise comparativa das estratégias e modelos de intervenção entre diferentes países. A escassez de estudos empíricos e de dados atualizados sugere a necessidade de mais investigações futuras sobre o tema.

A informação que consta no presente trabalho teve por base os seguintes documentos, essenciais para a análise:

- Apoio Sociais a Idosos: Enquadramento Internacional;
- Serviços de Apoio Domiciliário – Oferta e Custos no Mercado Privado;
- Home Care Across Europe;
- Social Care: Paying for care home places and domiciliar care;
- Getting help at home;
- Care and Support Statutory Guidance;
- Paying for care and support at home;
- Sites governamentais.

5. Análise de dados

A análise de dados numa pesquisa qualitativa envolve um conjunto de procedimentos sistemáticos e reflexivos destinados a compreender e interpretar os significados das informações reunidas. Esses procedimentos são essenciais para garantir que os dados

obtidos sejam analisados de forma rigorosa, possibilitando a construção de uma compreensão profunda e contextualizada do fenómeno em estudo.

Após a recolha de dados foi então iniciado o processo de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é: “(...) um procedimento de pesquisa que se situa em um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem como ponto de partida a mensagem.” (Franco, 2005, p. 20)

Segundo Bardin (2005), a análise de conteúdo organiza-se em torno de três etapas, que acompanharam, igualmente, este trabalho:

1. Pré-Análise:

É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas, tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (...) Geralmente, esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objectivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. (Bardin, 1977, p. 95)

Nesta fase, e conforme Bardin sugere, efetuámos uma “*leitura flutuante*” que possibilitou uma primeira intuição sobre os discursos produzidos pelos participantes. Formularam-se hipóteses e objetivos, partindo da primeira análise das entrevistas, originando todo um processo inicial de organização dos conteúdos.

Foi ainda nesta fase que foram escolhidos os documentos a serem analisados (*a priori*) ou selecionados os documentos que foram reunidos para a análise (*a posteriori*), assim como constituído o *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 1977).

Realizou-se a transcrição do conteúdo das entrevistas, do registo de áudio para o registo escrito e nesta concretizou-se a codificação, para assegurar a confidencialidade e o anonimato foram criados códigos, que a seguir se explicam:

Para as instituições foram usadas: Inst1 (Instituição seguido de número de sequência), Inst2 e Inst3.

Para as profissionais entrevistadas foram usadas abreviaturas inerentes à sua categoria profissional: DT, para Diretora Técnica e AS, para Assistente Social.

2. Exploração do Material:

Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. (Bardin, 1977, p. 101)

Dentro desta fase, temos as etapas de codificação e categorização do material, construindo categorias temáticas adequadas à análise que será realizada. É a fase da descrição do material, orientado pelos objetivos que se procuram alcançar.

Os conceitos foram decompostos (Tabela 7), de forma a recolher informação útil e significativa para atribuir resposta ao objetivo deste estudo.

Tabela 7 - Operacionalização de Conceitos

GRELHA ANALÍTICA	
Dimensões	Indicadores
I - Caracterização do Entrevistado e Experiência Profissional	<ul style="list-style-type: none">• Formação Académica• Percurso Profissional enquanto responsável de SAD• Funções
II – Contexto de Intervenção	<ul style="list-style-type: none">• Funcionamento geral do SAD• Evolução/ mudanças alcançadas
III – Acompanhamento/ Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Posicionamento face às potencialidades e limitações
IV – Transformações	<ul style="list-style-type: none">• Perspetivas futuras• Modelo português vs. Modelos europeus

Fonte: Elaboração Própria

Neste contexto, foi realizada uma análise de conteúdo, organizando o material numa grelha, composta por diferentes categorias, que posteriormente foram associadas a subcategorias que se relacionavam com os objetivos específicos da investigação, complementadas com as unidades de registo (corresponde ao conteúdo a considerar) – apêndice 10.

Ao longo de todo o processo foram feitas várias anotações para esclarecer e definir minuciosamente as diferentes categorias, bem como atribuição de cores para definir os diferentes conteúdos a serem analisados – apêndice 5.

3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação:

Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. (Bardin, 1977, p. 101)

Nesta última fase, com as categorias formadas, o investigador concretiza o tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Esta pode ser feita por meio da **inferência**, que é um tipo de interpretação controlada. Para Bardin (1977, p.133), a inferência poderá “(...) apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o recetor, enquanto pólos de inferência propriamente ditos”.

Isto é, nesta parte, depois dos dados tratados, procurou atribuir-se sentido às mensagens do material recolhido, considerando e analisando todos os pólos de inferência, contruindo a narrativa do capítulo seguinte – Apresentação e Discussão dos Resultados.

6. Procedimentos éticos e metodológicos

O Serviço Social pode dar um relevante contributo para a construção de conhecimento científico ao manter-se próximo dos problemas que investiga. Mas é imprescindível que no decorrer de investigações qualitativas seja assegurado o cumprimento de questões éticas, tal como referido por Amado (2017).

No decorrer deste estudo, que segue, como já indicado, uma abordagem qualitativa, garantiu-se a confidencialidade, privacidade e o anonimato dos participantes. Assim, os nomes das entrevistadas e das suas instituições foram omitidos.

Às instituições que participaram na investigação, foi solicitada autorização institucional (Ver Apêndice 1 – Pedido de Autorização), através de um contacto via *email*, explicando o motivo do contacto, objetivos e diligências a efetuar, assim como as motivações da própria investigadora. Todas as técnicas, em representação da sua instituição, demonstraram interesse em colaborar e manifestaram uma postura muito colaborativa ao longo de todo o processo.

Toda a articulação ocorreu entre a investigadora e as Diretoras Técnicas e/ou Assistentes Sociais. As respetivas entrevistas desenvolveram-se nas próprias instituições e/ou em formato digital, em data e horário estabelecidos entre ambas as partes. Por outro lado, por questões de privacidade e anonimato dos/as utentes, os inquéritos por questionários foram facultados à Diretora Técnica e/ou Assistente Social que garantiram a sua aplicação junto dos/as utentes e comunidade de interessados (familiares de utentes, colaboradoras, voluntários, entre outros).

No dia da aplicação da entrevista, foi solicitada autorização para a gravação da mesma, garantindo-se a confidencialidade e anonimato das informações prestadas, usadas exclusivamente no âmbito deste trabalho. Para o efeito, e conforme indicado acima, foram atribuídos códigos às instituições e também ao respetivo entrevistado.

Deste modo, elaborou-se um guião de entrevista, dirigido aos técnicos da resposta de Serviço de Apoio Domiciliário de IPSS previamente selecionadas, com um total de 13 questões. A formulação das questões foi estruturada de acordo com o objetivo geral do

presente estudo e o guião da entrevista foi aplicado consoante o ritmo de cada entrevistada e o desenrolar de cada entrevista.

Deste modo, o objetivo da primeira parte da entrevista foi compreender o percurso de formação das entrevistadas, bem como o seu percurso profissional e conhecer o processo do seu contexto de SAD. Só num segundo momento foi introduzido o tema das potencialidades, limitações, que, nos conduziram aos desafios futuros.

Consideramos que a entrevista foi positivamente influenciada pela qualidade da interação entre as entrevistadas e a entrevistadora, constituindo-se um momento de partilha, mas sobretudo, reflexão sobre a temática em questão. A entrevista decorreu de forma flexível, não se traduzindo apenas na relação criada entre entrevistadora-entrevistada, mas também no que concerne à utilização do guião, o qual não foi escrupulosamente seguido.

Neste sentido, em todo este processo foi proporcionado às assistentes sociais e psicóloga a oportunidade de expressarem as suas opiniões e pontos de vistas, isto é, em todas as questões lançadas, garantiu-se liberdade para que construíssem os seus discursos e reflexões. É importante referir que as entrevistas realizadas foram entrevistas de estudo e que não visaram, de forma alguma, influenciar o comportamento dos interlocutores, tendo pouca influência sobre o comportamento dos mesmos.

Todas as entrevistadas demonstraram o seu gosto em partilhar a sua experiência e opinião durante a realização da entrevista. Foram realizadas gravações em áudio das entrevistas, cujo tempo médio foi de 35 minutos.

Quanto aos questionários, após a redação das questões e permissão das instituições, reuniram-se as condições para a sua aplicabilidade. Como mencionado, e numa primeira fase, o questionário foi aplicado nas 3 Instituições alvo de estudo e a clientes, atingindo um total de 68 respostas. Posteriormente, este foi também divulgado nas redes sociais para atingir um maior número de respostas. No seu total, este questionário foi aplicado a 132 indivíduos, sendo 68 beneficiários de SAD e 64 não beneficiários. A aplicação dos questionários decorreu, maioritariamente, entre março e maio.

Considera-se não ter existido conflito de interesses neste processo. Privilegiou-se o ponto de vista dos atores envolvidos, assim como a nossa interpretação sobre as suas percepções.

Tendo em conta o explanado, reunimos condições para afirmar que no decurso deste estudo foram cumpridos na íntegra todos os princípios éticos: i) não-maleficência; ii) beneficência; iii) justiça; iv) respeito pela autonomia/autodeterminação das pessoas; v) respeito pelas comunidades (Amado, 2017, pp. 408-410).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de concluídas as entrevistas e os questionários, com o intuito de dar resposta aos objetivos desenhados para a presente investigação, iremos, de seguida, apresentar, analisar e discutir os resultados, tendo por base o enquadramento teórico exposto no primeiro capítulo.

Neste capítulo final, são apresentados os resultados que visam destacar as principais conclusões obtidas a partir deste trabalho, organizadas de acordo com os objetivos estabelecidos.

I. Analisar os cuidados prestados pelos SAD em Portugal em função dos contextos demográficos e institucional

Os resultados revelam uma diversidade na prestação de serviços pelos SAD, influenciada significativamente pelos contextos demográficos e institucionais. Podemos destacar algumas variações no que respeita ao fornecimento deste serviço. A distribuição de recursos e a organização dos SAD, aparentemente, são condicionadas pelas características demográficas das regiões, como a densidade populacional e o envelhecimento da população.

Das três Instituições presentes na amostra, uma situa-se em espaço urbano (Inst3), outra em espaço rural (Inst2), e, por último, com um regime misto (com intervenção em meio rural e urbano), a Inst1 (Tabela 2). Quanto à natureza das instituições verifica-se uma heterogeneidade, pois uma tem natureza jurídica de Associação, outra é Centro Social e Paroquial e a terceira e última instituição, uma Santa Casa da Misericórdia. Todas as instituições-alvo têm estatuto de IPSS ou equiparadas.

Podemos ainda caracterizar estas Instituições quanto à sua capacidade/lotação, por forma a colocar em evidência a sobrelotação nestes estabelecimentos SAD.

Tabela 8 - Capacidade/Lotação

Instituição	Espaço Territorial	Natureza Jurídica	Capacidade (Acordo Cooperação)	Ocupação
Instituição 1	Misto (Rural e Urbano)	Associação de Solidariedade	55	63
Instituição 2	Rural	Centro Social e Paroquial	42	42
Instituição 3	Urbano	Misericórdia	18	25

Fonte: Elaboração Própria

Perante análise à Tabela 8, podemos concluir que esta resposta social indicia uma acentuada procura. Conclui-se, assim, que o SAD é a resposta de primeira linha dirigida às pessoas idosas, justificando, como refere Rosa (2012, p.49): “O serviço de apoio domiciliário constitui-se como uma modalidade de intervenção mais próxima e mais flexível relativamente ao idoso e suas necessidades”.

A incidência na procura justifica-se por ser considerada como a resposta que lhes permite envelhecer no seu meio natural de vida, dando resposta às necessidades e correspondendo às expectativas dos beneficiários da intervenção.

Verifica-se inexistência absoluta de disponibilização de cuidados 24/24 horas. Contudo, nas três instituições-alvo verifica-se a presença de serviço de teleassistência, ou equiparados (*telealarme* ou *helphone*, por exemplo), com funcionamento 24h.

Não obstante, existe diversidade na cobertura horária. Verifica-se alguma proximidade nos horários de início da prestação apoio e constata-se uma maior diversidade nas horas de cessação da cobertura. O serviço de SAD situar-se em meio rural ou urbano não é determinante na forma de cobertura. Prevalece a cobertura horária igual ou superior a 8 horas, diárias.

Apenas duas das Instituições (Inst1 e Inst3) funcionam de domingo a domingo, a Inst1 aplica horários de funcionamento distintos: nos dias úteis, das 7h30 às 20h e ao fim de

semana, das 9h às 18h30; por sua vez, a Inst3 aplica o mesmo horário de segunda a domingo, das 7h às 16h, tornando-se a instituição deste estudo que inicia e encerra o serviço mais cedo. Analisa-se também que em ambas, os serviços prestados ao fim de semana limitam-se exclusivamente à entrega de refeições e serviço de higiene pessoal.

Para além da cobertura semanal, a Inst2 possui serviços ao sábado, mas apenas no período da manhã, onde garante também o reforço alimentar para o dia seguinte. Aqui reforça-se a existência do prolongamento do horário, um serviço extra que permite fornecer ao utente apoio ao deitar e na refeição do jantar, iniciando às 18h e terminando às 21h, que, segundo a técnica entrevistada “(...) foi uma coisa que começou com um projeto. Estamos a tentar manter, não é muito fácil (...)”, derivado da dificuldade na contratação de recursos humanos disponíveis para um horário ligeiramente noturno (S. Ferreira, comunicação pessoal, 22 de maio, 2024).

Ainda assim, os inquiridos revelam encontrar-se manifestamente «muito satisfeitos» e «satisfeitos» com os horários aplicados pelas Instituições, afirmando que estes são compatíveis com a sua rotina diária.

Sob uma análise aos questionários aplicados aos beneficiários de SAD, podemos aferir o seguinte quanto a uma diversidade de serviços:

Serviços Básicos relacionados com as Atividades da Vida Diária

I. *Distribuição e apoio nas refeições* – Este serviço existe em todas as Instituições. A prática da distribuição das refeições diariamente ocorre com maior tendência nas Instituições com intervenção em meio urbano, a Inst1 e Inst3. Em espaço rural, a Inst2, entrega apenas até sábado, deixando nesse mesmo dia um reforço para o domingo. Dos inquéritos realizados aos utentes destas Instituições sabe-se que, diante da amostra, o serviço de fornecimento e apoio nas refeições é o que detém maior percentagens de beneficiários, com 89.7%, evidenciando desta maneira uma forte heterogeneidade no número de utentes com este serviço;

II. *Higiene Pessoal* – Um dos serviços mais requisitados, cuja utilidade está relacionada com o maior ou menor grau de dependência dos respetivos utentes, ou, por outro lado, poderá também estar relacionada com a retaguarda familiar ou outro cuidador informal com disponibilidade para auxiliar neste tipo de cuidado. Outro motivo de reserva na recetividade a este serviço poderá ser o pudor, sobretudo em situações de género diferente e/ou nacionalidade. Ainda assim, 51.5% dos beneficiários do serviço inquiridos usufruí deste serviço;

III. *Tratamento de Roupa* – Apesar de todas as Instituições disponibilizarem este serviço, verifica-se uma procura reduzido diante dos auscultados, onde apenas 17.6% usufruí do serviço. Em suma, existe grande homogeneidade na disponibilização deste serviço, mas uma heterogeneidade na procura;

IV. *Higiene Habitacional* – A análise indica, à semelhança do ponto anterior, uma homogeneidade na disponibilização, em dias úteis, do serviço pelas três Instituições, mas uma diversidade na procura. 23.5% da amostra indica beneficiar deste serviço;

Cuidados de Saúde

I. *Médico e/ou Serviço de Enfermagem* – A Inst1 divulga este como um dos serviços prestados e a Inst3 refere a possibilidade de efetuar o encaminhamento para esta tipologia de cuidados. Sabe-se também que a Inst2 faz, aquando solicitado, o acompanhamento a estes serviços. Verificam-se utentes a identificar este serviço como uma necessidade;

II. *Administração/ Gestão da Medicação* – Todos os SAD assumem esta atividade quando a situação da pessoa cuidada o justifica. Contudo, a não uniformidade na adesão a este serviço poderá justificar-se pela quantidade de utentes com diferentes graus de dependência ou, por outro lado, pela presença de família de retaguarda que possam assumir o controlo desta tarefa. Ainda assim, com o aumento de casos de demência prevê-se que os serviços no âmbito dos cuidados de saúde sejam dos mais requisitados.

III. Assistência na toma da medicação – Este também é um dos serviços elencados pelos inquiridos, e, portanto, um serviço prestado pelas três instituições, ainda que com procura reduzida.

IV. Fisioterapia e reabilitação – Considerando o universo da amostra, as Instituições Inst1 e Inst3 têm este serviço implementado e disponibilizado aos seus utentes, apesar dos inquiridos não o terem referido no inquérito. Além disto, sabe-se que a Inst3 dispõe de uma equipa móvel multidisciplinar para intervenções especializadas, contando, para o efeito, com uma técnica de reabilitação e fisioterapia. Este é um serviço extra que a Inst3 disponibiliza aos seus utentes.

Serviços Especializados

I. Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Serviço de Podologia, entre outros – Nenhuma das instituições alvo disponibiliza este tipo de serviços.

II. Apoio psicológico – Verifica-se a inexistência deste serviço. No entanto, todas as instituições oferecem apoio psicossocial.

III. Serviços religiosos – Nenhuma das instituições possui este serviço como resposta. Sabe-se, contudo, que este serviço pode ser diligenciado na comunidade, caso o utente manifeste esta vontade.

IV. Aconselhamento legal - Nenhuma das instituições alvo disponibiliza este tipo de serviços.

Apoio Instrumental

I. Cabeleireira e/ou outros serviços de cuidados pessoais/beleza – Apenas a Inst1 possui este serviço, como serviço próprio, realizado por uma das colaboradoras da instituição ou contratado com empresa/pessoa especializada, conforme referido pela gestora da resposta: “Nós cortamos cabelo aos clientes, fazemos depilação (buço, às

senhoras), as unhas... Portanto nós também fazemos esse serviço de estética” (L. Lisboa, comunicação pessoal, 20 de maio, 2024)

II. Acompanhamento ao exterior – Nas instituições Inst1 e Inst2 verifica-se uma resposta afirmativa quanto à presença deste serviço, seja para assistência para aquisição de bens e serviços e/ou acompanhamento a serviços e/ou acompanhamento coletivo a eventos sociais e culturais locais.

III. Animação Sociocultural – Verifica-se uma tendência para a existência de atividades de animação sociocultural em todas as instituições alvo do estudo. 50 dos 68 inquiridos referem dispor deste serviço.

Outros serviços complementares

I. Formação para cuidadores informais – Nenhuma das instituições visadas oferece esses serviços.

II. Serviço de Teleassistência – O serviço de teleassistência/*telealarme* existe, ainda que em formatos distintos, em todas as instituições estudadas. Na Inst2 e Inst3 o sistema utilizado é o do *Helphone* que funciona como uma central de assistência permanente e que dá resposta a qualquer tipo de situação de emergência, através do uso de uma pulseira. Por outro lado, a Inst1 tem uma linha telefónica, disponível 24h, para auxiliar os seus utentes em caso de necessidade e/ou emergência.

III. Banco de Ajudas Técnicas – Apenas a Inst1 referiu possuir este serviço (nomeadamente camas articuladas, andarilhos, canadianas, roupas diversas, entre outros).

IV. Orientação/ acompanhamento de pequenas alterações/ obras no domicílio – Nenhuma das instituições mencionadas disponibiliza esses serviços.

V. Substituição de cuidadores informais (com caráter temporário, em situações de emergência) - Nenhuma das instituições referidas presta esse tipo de serviços.

Após uma análise cuidada e abrangente pelos serviços, podemos constatar a predominância dos serviços básicos, como a distribuição de refeições e cuidados de higiene, que confirmam as necessidades imediatas dos idosos, e que sublinham a importância da satisfação das necessidades primárias para garantir a permanência dos idosos em casa. Assim, podemos afirmar que na perspectiva dos utentes, segundo as opiniões recolhidas, o SAD atual oferece serviços que satisfazem as suas necessidades.

No entanto, a menor utilização de serviços especializados, como fisioterapia, sugere uma lacuna no apoio integral ao idoso, ecoando as preocupações já apresentadas, por exemplo, pela União das Misericórdias Portuguesas (2021) sobre a necessidade de uma abordagem mais holística nos cuidados domiciliários:

Precisamos há muito tempo de um novo modelo porque o existente é desajustado e, em última instância, apenas reativo, sendo basilar um modelo preventivo, com respostas especializadas e integrado em todo o tempo, que seja por si só uma forma segura de viver o envelhecimento. (Portuguesas, 2021, p. 13)

Apesar de se constatar uma satisfação quase total, perante os serviços disponíveis, ficou ainda implícito existirem alguns serviços que os utentes gostariam de beneficiar, mas que não têm ao seu dispor, sendo eles, e por ordem de preferência: cuidados noturnos, serviços de acompanhamento ao exterior (consultas, serviços públicos, etc), participação em atividades comunitárias, serviços de saúde (médico e enfermeiro ao domicílio), cuidados ao final do dia/alargamento do período e, por último, formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados dos utentes. Destacamos os cuidados de saúde que são novamente mencionados aquando a questão «Se tivesse oportunidade o que mudaria no seu Serviço de Apoio Domiciliário?», reforçando assim a importância do serviço.

Mediante a informação contida ao longo deste documento, é possível de afirmar que os idosos manifestam cada vez mais vontade de envelhecer nas suas casas, sendo, por isso,

necessário reunir as condições necessárias para permitir que tal possa acontecer, sobretudo, ao nível dos cuidados de saúde. Deste modo, o trabalho em rede com o setor da Saúde é fundamental para garantir uma melhor prestação de cuidados à pessoa idosa, tal como estes desejam:

Em muitos países, foram levantadas preocupações sobre a falta de integração entre os cuidados de saúde ao domicílio e os cuidados sociais ao domicílio. Geralmente, esta falta de integração na prestação de serviços sociais e de saúde também está associada à falta de integração na avaliação das necessidades e na monitorização da qualidade dos serviços. (al., 2012, p. 101)

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 Telealarmeda e disponibilização de ajudas técnicas.

A tabela 9 sintetiza os serviços e atividades em cada uma das Instituições, onde parece verificar-se que o SAD em contexto rural se associa essencialmente à prestação de serviços básicos (alimentação e higiene pessoal), enquanto que em contexto urbano, o SAD estará também associado à disponibilização de outros serviços mais abrangentes. A razão desta realidade pode prender-se com o facto de densidade populacional destas zonas ser mais reduzida e/ou dispersa. No contexto urbano a realidade é normalmente distinta, sendo que estas diferenças demográficas acabam por traduzir serviços distintos, pois também têm implicações diretamente na gestão de cada uma das instituições.

Para além do referido anteriormente, acreditamos que o facto da Inst2 possuir mais respostas sociais no âmbito da terceira idade, nomeadamente uma Estrutura Residencial para Idosos, potencia a diversidade de serviços no SAD, pois as atividades e cuidados a prestar na resposta ERPI o justificam, para além do número de beneficiários ser superior. O resultado é o de que estando, portanto, o SAD acoplado a outras respostas, temos um serviço que corresponde melhor às necessidades e expectativas dos utentes.

Tabela 9 - Serviços e Atividades

Instituição	Espaço Territorial	Natureza Jurídica	Serviços/ Atividades				
			Serviços Básicos	Cuidados de Saúde	Serviços Especializados	Apoio Instrumental	Outros Serviços Complementares
Instituição 1	Misto (Urbano e Rural)	Associação de Solidariedade	X	X	X	X	X
Instituição 2	Rural	Centro Social e Paroquial	X			X	X
Instituição 3	Urbano	Misericórdia	X		X		X

II. Perceber as atuais e novas necessidades das pessoas idosas no âmbito do envelhecimento no domicílio

A análise das necessidades atuais demonstra que, embora as necessidades básicas continuem a ser prioritárias, há uma crescente demanda por outra tipologia de serviços que proporcionem maior conforto e segurança no domicílio e realização pessoal dos destinatários do serviço.

Estão a surgir clientes com mais escolaridade, mais rendimento, mais informação, mais expectativas e mais exigências. Esta nova realidade desafia a política de cuidados e a intervenção neste tipo de resposta social a construírem novas abordagens de acordo com o paradigma do envelhecimento bem-sucedido (Carvalho, 2012, citado por Andrade, 2018)

Para dar resposta a este segmento da investigação baseamo-nos nas respostas dadas pelos inquiridos, da comunidade em geral, que manifestaram a sua opinião sobre o serviço. Sendo estes possivelmente futuros beneficiários do apoio domiciliário, considera-se que as suas ambições se traduzem nas atuais e novas necessidades.

Ou seja, através da opinião destes, pretendia-se analisar quais os serviços e modos de funcionamento, que esta parte dos inquiridos, considera como mais importante para satisfazer as futuras necessidades. Tal como refere um estudo da União das Misericórdias Portuguesas (2021, p.13): “Porque o atual modelo não consegue fazer o reconhecimento efetivo da realidade dos idosos, desde as suas capacidades, diferenças, complexidades e necessidades nos vários escalões, tipologias e funcionalidades”.

Podemos afirmar que dos 64 participantes, aproximadamente 85%, preferem envelhecer em suas casas, recorrendo ao apoio ao domicílio como serviço de apoio. Contudo, destes, cerca de 58%, considera o horário convencional como insuficiente, apresentando as suas justificações, tais como: “há utentes que beneficiariam com um horário mais alargado ou flexível, pensado nas suas necessidades específicas”, “as necessidades sentidas pela população que necessita desde apoio não compreendem

apenas este horário” e “as pessoas cuidadas/dependentes requerem cuidados permanentes. O alargamento do horário permitiria que algumas pessoas não fossem institucionalizadas, por falta de resposta adequada”.

Inerente a este estudo, e como já pudemos também analisar pelos dados recolhidos aos utentes do serviço, também na perspetiva dos futuros utilizadores, que na sua maioria considera não existirem respostas suficientes para apoiar o processo de envelhecimento no domicílio na sua comunidade, existe ainda um conjunto de serviços não implementados, mas de extrema importância: serviços de saúde e reabilitação (81.3%); atividades de realização pessoal, sociais e de autoestima (68.8%); acompanhamento ao exterior (57.8%); cuidados ao final do dia e atividades de animação (ambos com 50%); cuidados noturnos (43.8%); acompanhamento psicológico (1.6%).

A validar a opinião destes futuros utilizadores temos Gil (2009, p.41):

Assim, apostar em serviços onde impere a diversidade da oferta e a liberdade de escolha de um pacote de serviços, que não se reduzam ao simples “banho ou à marmita”, mas coloquem à disposição, transporte, acompanhamento ao exterior, companhia, reparação de electrodomésticos e habitacionais, cabeleireiro, actividades ocupacionais e serviços de âmbito mais especificado, como os cuidados médicos, enfermagem e de reabilitação, parece-nos uma forma de ultrapassar o modelo vigente.

Tendo como base o ponto de vista destes e o explanado no decorrer deste estudo, podemos comprovar esta ideia de que no futuro, o SAD não passará apenas pela satisfação das necessidades mais básicas, sendo necessário um maior acompanhamento (Montanha, 2015), pois como referem os inquiridos verifica-se a “falta de respostas personalizadas/individualizadas de acordo com as necessidades dos cidadãos”, uma vez que “o apoio não cobre todas as necessidades”.

Genet et al. (2012) no seu estudo atestam o anteriormente dito mencionando que os serviços não estão disponíveis de «forma extensiva» e que são necessários esforços para reduzir as necessidades não satisfeitas.

Fica, portanto, claro, a avaliar pelas respostas obtidas quando lançada a questão das mudanças que fariam no serviço, que as maiores necessidades ditam a expansão dos serviços e horários de atendimento, cruciais para permitir que mais pessoas possam beneficiar de um cuidado contínuo e personalizado no seu ambiente natural de vida.

Também as entrevistadas, enquanto gestoras do serviço, reclamam estas mesmas necessidades suprarreferidas, detalhadamente a falta de um maior acompanhamento, coberto também por horários mais extensos, de serviços de saúde e reabilitação e atividades de realização pessoal e autoestima, como assinala a técnica da Inst2: “(...) garantir mais condições de bem-estar no envelhecimento e o mesmo nível de saúde e do acompanhamento (...)” e ainda “(...) acredito que no futuro conseguiremos ter um tipo de acompanhamento que atualmente hoje não temos... e que conseguimos ser mais acompanhados no domicílio, seja aos serviços da comunidade, seja às consultas, tudo isso através do SAD e de acordo com a nossa própria liberdade” (S. Ferreira, comunicação pessoal, 22 de maio, 2024).

Todavia, das necessidades indicadas, comuns a todos os participantes deste estudo, e através da auscultação às técnicas, emergem alguns obstáculos que impedem as Instituições de diversificarem os seus serviços, nomeadamente a dificuldade na contratação de recursos humanos e da baixa capacidade económico-financeira:

Uma grande preocupação no sector dos cuidados domiciliários em toda a Europa relaciona-se com o desafio de como lidar com a procura crescente numa época de restrições financeiras e escassez de recursos humanos profissionais (Genet et al., 2012, p. 108).

Assim, refletindo sobre o atual sistema de serviços de apoio domiciliário em Portugal, acredita-se que fortalecer um modelo de prestação de serviços baseado numa abordagem social, combinado com um foco em saúde e reabilitação, acolhendo as necessidades específicas e individuais de cada um, permitirá atender ao público-alvo de maneira mais eficiente (Gil A. , 2009).

III. Compreender os modelos de intervenção no âmbito do serviço de apoio ao domicílio no contexto Europeu

No âmbito deste objetivo compreendemos que os cuidados domiciliários possuem significados e finalidades diferentes entre países, variando desde uma rede de apoio para as pessoas que não têm familiares até um direito para todos os cidadãos (Genet et al., 2012). Os mesmos autores referem ainda que: “a escassez de informações atualizadas e comparativas sobre cuidados domiciliários na Europa contrasta com a crescente dimensão e importância do setor.”

Com base essencialmente no documento Apoios Sociais a Idosos: Enquadramento Internacional (2018) da Divisão de Informação Legislativa Parlamentar da Assembleia República, foi possível obter e esclarecer informação quanto ao funcionamento das políticas sociais no âmbito da resposta de Apoio Domiciliário em diferentes países. Para o efeito foram selecionados países pertencentes às várias europas sociais e ao longo deste capítulo encontrar-se-ão informações descritivas comparáveis sobre alguns aspetos da organização, financiamento e prestações de cuidados.

Estudos comparativos apontam para muitas diferenças no financiamento, na prestação e na governação dos cuidados domiciliários, ou nos sistemas abrangentes de cuidados de longo prazo ou de assistência social (Genet et al., 2012, p.15)

1. O caso Finlandês

Neste caso, a responsabilidade pela prestação dos serviços sociais às pessoas idosas recai sobre os municípios, sendo que estes, são por lei, obrigados a um conhecimento absoluto das necessidades dos seus idosos e da capacidade destes em viver de forma autónoma e independente na sua habitação. Para além disso, é da responsabilidade destes a elaboração de um Plano de Assistência a todos os cidadãos com 75 ou mais anos, redigido por um técnico da área social.

Quanto ao financiamento destes serviços sabe-se que, na sua maioria, são financiados pelo setor público, existindo apenas algumas taxas pagas pelos beneficiários, previstas na lei.

A prestação destes serviços pode acontecer das seguintes formas: prestados pelo município ou por prestadores de serviços privados. Contudo, o documento tido como base, refere ainda que a política governamental visa substituir os cuidados em instituições por cuidados no domicílio, que visem a permanência do idoso mais tempo na sua casa ou num ambiente familiar. Só em caso deste último não ser possível se recorre à institucionalização.

Sabe-se também que o apoio ao domicílio é disponibilizado de forma conjugada e complementada pelos seguintes serviços de apoio, como referido:

- a) Apoio e assistência em atividades da vida diária;
- b) Serviço de refeição, transporte e acompanhamento;
- c) Tecnologia de apoio;
- d) Enfermagem e serviços médicos no domicílio;
- e) Reabilitação domiciliária;
- f) Possibilidade de apoio e assistência de um hospital domiciliário em situações agudas.

Existe também uma forte preocupação ao apoio ao cuidador informal da pessoa idosa através da prestação de qualquer serviço ao idoso, de forma a apoiar, mas também a garantir folga do cuidador.

Outro formato do apoio ao domicílio consiste nos cuidados familiares, ou seja, nestes casos, o idoso vai viver com um cuidador familiar, cujo apoio poderá ser prestado na habitação do idoso. Para ser cuidador familiar é necessário realizar formação, por forma a avaliar a aptidão para o desempenho da tarefa. Cabe ao município decidir se o idoso em questão poderá beneficiar de cuidados familiares.

2. O caso Espanhol

A *Ley 39/2006* estabelece os critérios de permanência dos idosos nas respetivas habitações, que depende do seu grau de dependência:

- a) Grau I – Dependência moderada: define que a pessoa necessita de apoio para executar as tarefas da vida diária pelo menos uma vez ao dia;
- b) Grau II – Dependência Severa: esclarece que os cuidados devem ser realizados duas ou três vezes por dia, mas sem necessidade de um cuidador para prestar apoio permanente;
- c) Grau III – Forte Dependência: clarifica a necessidade de apoio para a realização das várias atividades diárias e devido à perda total de autonomia física, mental, intelectual ou sensorial verifica-se a necessidade de apoio contínuo de outra pessoa ou tem necessidades de apoio generalizado para a sua autonomia pessoal.

São as comunidades autónomas quem determina os organismos de avaliação da situação de dependência e esta acontece por meio de aplicação de um barómetro, que tem como referência a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Instituto de *Mayores y Servicios Sociales* (Imsero) é o órgão público encarregado das políticas relacionadas aos idosos. Este implementa políticas ligadas à criação e operação do sistema de proteção para pessoas em situação de dependência e desenvolve programas voltados ao envelhecimento ativo da população. Além disso, o Imsero administra os serviços sociais complementares ao sistema de Segurança Social e gere planos, programas e serviços de abrangência nacional destinados a idosos e pessoas com dependência.

Dados estatísticos, à data de 31 de dezembro de 2022, do Imsero, dizem-nos que o Serviço de Ajuda Domiciliária atende 534.321 idosos, ou seja, atinge 5,52% das pessoas com 65 anos ou mais, 68,9% têm mais de oitenta anos e 71,9% dos utentes são mulheres. Segundo a mesma fonte, o Imsero, o SAD tem registado um crescimento muito significativo nos últimos anos.

O SAD é um serviço municipal, enquanto prestação de serviços sociais básicos dos serviços sociais públicos e regulamentado no âmbito das administrações públicas regionais. Além disso, desde a inclusão da SAD no Catálogo de Serviços e Benefícios da SAAD (*Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*)³, contemplada na Lei 39/2006, a oferta aumentou nas Comunidades Autónomas. Em praticamente todas as comunidades autónomas coexistem os dois tipos de serviços, o municipal, geridos pelos próprios municípios, com recursos materiais e humanos próprios (a título exemplificativo como é o caso dos municípios do *Consell de Menorca*), e o de entidades privadas.

A prestação do apoio ao domicílio é reconhecida, como já referido, através do grau de dependência dos idosos que estipula as horas de serviços prestados. Em média, segundo dados de 2011 do Imserso, cada utente recebeu em média quase 20 horas de cuidados por mês, das quais 60%, 11,4 horas, são dedicadas maioritariamente aos cuidados pessoais e o restante às tarefas domésticas. Sabe-se ainda que o custo do serviço é determinado pela razão entre o número de horas de prestação de serviços e o valor de custo por cada hora de serviço. Através da análise ao relatório *Servicios Sociales Dirigidos a las Personas Mayores*⁴, relativo ao ano de 2022, verifica-se que o custo/hora médio é de 16,40€ e a intensidade horária é de 20,15 horas/mês/usuário do serviço. A participação do utente no custo do serviço de apoio domiciliário será determinada pelo município onde reside.

O governo central é responsável por determinar o nível mínimo de proteção que deve ser garantido a cada beneficiário, com base no grau de dependência de cada um. A distribuição desse para as comunidades autónomas será feita tendo em conta o número de beneficiários, o grau de dependência e o benefício recebido.

O financiamento desse nível mínimo de proteção é coberto pelo governo central, que define o valor anual dos recursos necessários na lei do orçamento. Assim, tanto o governo central quanto as comunidades autónomas precisam de incluir nos seus orçamentos anuais as verbas necessárias para financiar o sistema. Ambos definem as

³ Sistema de Autonomia e Cuidados com Dependências (SAAD)

⁴ Serviços Sociais direcionados Às Pessoas Idosas

obrigações que detém quanto ao financiamento dos serviços e das prestações do sistema. Além disso, a capacidade econômica dos beneficiários também será considerada ao determinar o valor dos benefícios financeiros.

Em resumo, as pessoas idosas, como pessoas dependentes, têm apoios «fora e dentro de casa» e são protegidas pelo Estado e pelas comunidades autónomas.

3. O caso Francês

Desde 2005, altura em que se tornou evidente que as necessidades dos idosos, e também das pessoas com deficiência, exigiam serviços de apoio diferenciados, que impunham um aumento de financiamento, que existe a Caixa Nacional de Solidariedade para a Autonomia (CNSA). Esta entidade assegura o financiamento aos serviços a pessoas que perderam a sua independência. É responsável pela prestação de cuidados e serviços de saúde, que podem ser prestados no domicílio ou em residências especializadas.

O APA (*allocation personnalisée d'autonomie*⁵) é um abono, do CNSA, que financia o apoio individualizado concedido a todas as pessoas com mais de 60 anos, com a finalidade de apoiar as despesas relacionadas com a perda de autonomia. A atribuição deste contempla todos os aspetos da situação da pessoa (grau de autonomia, enquadramento familiar e social), que determinam o nível de abono concedido. Existe em duas vertentes: APA ao domicílio e o APA institucional.

O APA ao domicílio ajuda a pagar as despesas necessárias para a pessoa se manter no seu domicílio. Essas despesas estão incluídas no plano de assistência e podem incluir: serviços de cuidados domiciliários, equipamentos (instalação de assistência telefónica, barras de apoio, equipamento de material adaptado, seja técnico, doméstico ou tecnológico, etc.), suplementos de higiene, a entrega de refeições, obras para a melhoria da habitação, uma casa temporária, despesas de transporte ou serviços prestados por

⁵ Abono Personalizado de Autonomia

uma família amiga. O plano uma vez aceite pelo beneficiário, o montante das ajudas ao afigurarem no plano vão servir de base ao cálculo do subsídio.

Após pedido da APA é realizada uma visita domiciliária, pela equipa médico-social, como referem os documentos de apoio, que avalia o nível de perda de autonomia e faz um balanço das necessidades e expectativas do requerente do apoio. Posteriormente, com base neste diagnóstico, e em caso de elegibilidade, é proposto um plano de auxílio, referindo, por exemplo, o número de horas de ajuda domiciliária concedidas, o montante total deste apoio e a taxa de participação financeira.

Ao nível do financiamento existem ainda outros apoios para os idosos que queiram continuar a viver em casa (*les ides des caisses de retraite* – assistência de fundos de pensão; *les ides fiscales pour l'aide à domicile* – assistência fiscal para ajuda domiciliária; *les ides au logement à domicile* – assistência habitacional).

O governo francês possui toda esta informação e outras informações relativa aos cuidados aos idosos (cuidados ao domicílio, institucionalização, apoios financeiros e cuidadores) concentrada no portal oficial *Pour les personnes âgées*.

O apoio ao domicílio em França (*services d'aide et d'accompagnement à domicile - SAAD*) configura-se em três formas possíveis, nomeadamente:

1. Empregar diretamente um trabalhador doméstico, isto é, o utente é o empregador do trabalhador doméstico. Segundo os sítios da *Internet* [portal net-particulier](http://portal.net-particulier) ou www.employeradomicile.fr, a *Assistance au Quotidien* ou *Assistante de Vie* prevê a realização dos seguintes serviços:

- **Ajuda e assistência:** o colaborador ajuda nas atividades essenciais do quotidiano (cuidados de higiene e imagem, realizar refeições, etc.) e/ou acompanha nas atividades de lazer, considerando a situação de dependência, permanente ou temporária;

- **Preparação e entrega de refeições ao domicílio:** o funcionário desloca-se à habitação do utente e prepara as suas refeições ou entrega-as já confeccionadas, mediante preferência;

- **Cuidados de beleza:** prestação de cuidados que contribuem para a sua higiene e beleza. Estes tratamentos podem incluir intervenções básicas de higiene do cabelo, mas excluem serviços de cabeleireiro;

- **Intérprete para pessoas surdas ou com deficiência auditiva:** acompanhamento de um intérprete de língua de sinais (língua gestual) em casa ou em ambiente diário, com exceção do local de trabalho;

- **Acompanhar ou conduzir veículo:** apoio nas viagens/deslocações diárias;

- **Cuidados e passeios de animais de estimação:** colaborador cuida e presta os cuidados necessários ao animal de estimação do cliente;

- **Assistência administrativa:** realização de procedimentos administrativos;

- **Assistência informática:** o colaborador ajuda o cliente a utilizar as suas ferramentas informáticas em casa;

- **Assistência remota:** o colaborador intervém através de um serviço de assistência remota e/ou de emergência para garantir o seu bom estado de saúde e/ou o seu bem-estar.

2. Recorrer a um prestador de serviços, tornando-se cliente desse mesmo serviço. Os dados de contacto dos prestadores de serviços SAAD estão listados no *l'annuaire du portail*, que através da introdução de dados específicos de localização fornece todos os serviços disponíveis para contratualização. O serviço é contratualizado com base no número de horas de intervenção definido aquando do início do serviço entre a entidade e o cliente. A intervenção (24 horas por dia, 7 dias por semana), pode contemplar os seguintes serviços:

- **Ajuda nas atividades da vida diária:** ajuda para se levantar, ajudar nos cuidados de higiene, preparar as refeições, apoio ao deitar, ajuda nas compras, preparação de refeições, cuidados noturnos;

- **Manutenção doméstica:** manutenção de habitação e cuidados de lavandaria;

- **Acompanhamento a serviço e atividades de lazer:** consultas médicas ou realização de pequenos passeios (por exemplo, caminhada em cadeira de rodas);

- Alguns SAAD podem ainda oferecer: assistência remota e entrega de refeições no domicílio.

3. Utilizar um serviço autorizado de ajuda e apoio ao domicílio, isto é, empregar um trabalhador através do *Annuaire des Organismes de Services À La Personne*⁶, que permite encontrar *online* o serviço mais próximo e adequado às necessidades e que liberta o empregador dos aspetos administrativos.

4. O caso Inglês

A partir de abril de 2015, após a implementação da Lei de Cuidados de 2014⁷, as regras sobre o pagamento da assistência social foram estabelecidas nas “Orientações Estatutárias de Cuidados e Apoio” (CASS⁸) publicadas pelo Departamento de Saúde e Assistência Social.

Os indivíduos que necessitam de apoio social são avaliados pelos serviços sociais da autoridade local para identificar as suas necessidades e determinar o tipo de assistência mais apropriado. As autoridades locais devem seguir as diretrizes estabelecidas no guia CASS. No mesmo estão definidos os critérios que estabelecem o padrão mínimo de apoio que deve ser fornecido tanto a adultos quanto a cuidadores, o qual as autoridades locais

⁶ Diretório de Organizações de Serviços Humanos

⁷ *Care Act 2014*

⁸ *Care and Support Statutory Guidance*

são obrigadas a garantir. Todas as autoridades locais devem cumprir este padrão mínimo nacional, mas podem escolher atender também a necessidades adicionais não contempladas por ele.

Em suma, as autoridades locais devem apurar:

- Se as necessidades resultam de uma doença ou deficiência, seja ela física ou mental;
- Se devido a essas necessidades a pessoa não consegue realizar duas ou mais tarefas da vida diária;
- Se a incapacidade de realizar essas tarefas causa, ou pode causar, um impacto significativo na vida da pessoa.

Após a avaliação, e estando reunidas as condições, a autoridade local determina a melhor forma de atender às necessidades da pessoa em causa. O conceito «atender às necessidades» é um conceito importante na lei (*Care Act 2014*):

O conceito de "satisfação das necessidades" pretende ser mais amplo do que a obrigação de prestar ou providenciar um determinado serviço. Uma vez que as necessidades de uma pessoa são específicas, há muitas formas de as satisfazer. A intenção subjacente à legislação é encorajar esta diversidade, em vez de apontar para um serviço ou solução que pode não ser o melhor ou o que a pessoa deseja. O objetivo do processo de planeamento de cuidados e apoio é chegar a acordo sobre a forma como as necessidades de uma pessoa devem ser satisfeitas e, por conseguinte, como a autoridade local irá cumprir o seu dever ou o seu poder de o fazer.⁹ (Department of Health & Social Care, 2024)

⁹ “The concept of ‘meeting needs’ is intended to be broader than a duty to provide or arrange a particular service. Because a person’s needs are specific to them, there are many ways in which their needs can be met. The intention behind the legislation is to encourage this diversity, rather than point to a service or solution that may be neither what is best nor what the person wants. The purpose of the care and support planning process is to agree how a person’s needs should be met, and therefore how the local authority will discharge its duty, or its power, to do so.” (Department of Health & Social Care, 2024)

O guia CASS reforça ainda a importância que o indivíduo tem na tomada de decisões, devendo as autarquias locais garantirem que o processo é centrado na pessoa, tendo em conta as suas preferências pessoais e apurar de que forma é possível satisfazer as suas necessidades (não tendo que ser exclusivamente pelos serviços proporcionados pela autarquia). Contudo, para além destes deveres, imputados à autarquia, cabe à mesma, assegurar que os fundos disponíveis são suficientes para garantir a satisfação das necessidades de toda a população local.

Em contrapartida, nos cuidados domiciliários, a autoridade local tem poder discricionário, podendo desenvolver as suas próprias políticas de cobrança (ainda que sujeitas às orientações do CASS) ao invés do estipulado, por exemplo, para os lares, justificando-se pelo seguinte:

As diferentes abordagens existem para reflectir que o modelo de prestação de lares de idosos é relativamente uniforme em todo o país e, portanto, é sensato fornecer um modelo único para efeitos de cobrança. No entanto, outros modelos de cuidados geralmente apresentam uma maior variedade de abordagens e inovações que desejamos continuar. (Jarrett, 2019, p. 5)

Após as autoridades locais avaliarem as necessidades de cuidados estabelecem, conjuntamente com as partes interessadas, um plano de cuidados. Seguidamente, determinam se a pessoa é elegível para apoio financeiro da autoridade local para cobrir os custos, que pode acontecer de duas formas distintas:

- a autoridade local providencia os serviços necessários, aplicando dessa forma a comparticipação a que teria direito em serviços;
- ou, por outro lado, por via de pagamento direto, em que a autoridade local atribui à pessoa o valor a que tem direito, para que esta o aplique da forma que considera melhor para fazer face às suas necessidades, mediante o estabelecido na avaliação de necessidades. (Getting help at home, 2022, p. 12;29)

Ainda assim, o guia CASS determina que a autoridade local tem de assegurar que a pessoa mantém uma certa quantia de dinheiro todas as semanas para gastos pessoais e com a habitação - Rendimento Mínimo Garantido (MIG)¹⁰:

o objetivo da garantia de rendimento mínimo tem por objetivo promover a independência e a inclusão social e assegurar que dispõem de fundos suficientes para satisfazer necessidades básicas como a compra de alimentação, serviços públicos ou seguros. Este rendimento deve ser calculado depois de deduzidas as despesas de habitação tais como a renda e o imposto municipal, excluindo quaisquer prestações concedidas para apoiar e após quaisquer despesas relacionadas com a deficiência. (Department of Health & Social Care, 2024, p. 49)¹¹

Os custos de cuidados domiciliários variam em função da autarquia local, do tipo de serviço, da quantidade de cuidados necessários e dos horários do dia e da semana em que necessita deles, sendo possível apurar que é paga uma taxa por hora por serviço (Personal care at home, 2024).

Existe uma vasta gama de serviços para apoiar o envelhecimento em casa (Paying for care and support at home, 2024):

- atendimento domiciliar e assistentes pessoais;
- refeições (*meals on wheels*): entrega de refeições na habitação pela autoridade local, a preços subsidiados;
- serviços de reabilitação;
- aconselhamento;
- serviços de informação e consultoria;

¹⁰ *Minimum Income Guarantee (MIG)*

¹¹ "The purpose of the minimum income guarantee is to promote independence and social inclusion and ensure that they have sufficient funds to meet basic needs such as purchasing food, utility costs or insurance. This must be after any housing costs such as rent and council tax net of any benefits provided to support these costs – and after any disability related expenditure" (Department of Health & Social Care, 2024)

- fornecimento de equipamentos e adaptação de infraestruturas
- apoio à distância (*telecare*), em especial alarmes em caso de queda, por exemplo.
- cuidados de saúde na habitação.

5. O caso Dinamarquês

Mais um caso em que a política social visa promover e prolongar a autonomia das pessoas idosas e o seu bem-estar de forma continuada. Através de programas de prevenção e aptidão, na Dinamarca, é providenciado a todos os cidadãos com necessidades deste foro, serviços de apoio domiciliário e de enfermagem, livres de encargos financeiros. São os municípios os responsáveis pela prestação e financiamento dos cuidados domiciliários às pessoas idosas.

De forma a promover respostas adequadas e integradas, considerando que todos estes serviços partem de uma avaliação inicial das necessidades de cada beneficiário, todos os municípios devem estabelecer Conselhos de Cidadãos Seniores, acima dos 60 anos, podem eleger ou ser eleitos. Assim, em qualquer assunto de interesse em matéria de envelhecimento, o município consulta o Conselho de Cidadãos Seniores.

Quanto aos cuidados domiciliários, existem duas categorias:

1. Ajudas Domésticas (limpeza e tratamento de roupa)
2. Cuidados Pessoais (cuidados de higiene e imagem pessoal)

Estes serviços são prestados de forma gratuita pelo município. Estes serviços podem ser acrescidos de um outro, os cuidados de enfermagem domiciliários, em caso de utentes temporariamente ou cronicamente doentes. Também há a possibilidade de beneficiarem do serviço de entrega de refeições, após uma avaliação das necessidades, contudo este já é um serviço que carece de pagamento do utente, cujo valor não pode ultrapassar o custo médio de cada refeição.

O princípio central dos cuidados domiciliares é promover a autossuficiência. Os serviços são prestados após uma avaliação detalhada das necessidades de cada indivíduo, com o

propósito de restaurar, melhorar e manter as capacidades físicas e mentais dos idosos. O objetivo é garantir que estes possam viver de forma independente e com qualidade nas suas próprias habitações.

O princípio da livre escolha reveste-se, aqui, de grande importância, motivo pelo qual o município deve providenciar a possibilidade de escolha entre os diversos prestadores de serviços, tendo as autoridades locais a obrigação de assegurar que existem pelo menos dois prestadores, um dos quais público.

Com um foco significativo na reabilitação, é obrigação legal dos municípios avaliar se a pessoa que precisa de cuidados em casa pode beneficiar de um programa de reabilitação, através de cuidados de fisioterapia, para recuperar as suas funções físicas e sociais, visando uma melhor qualidade de vida. Cada programa de reabilitação tem de ser limitado no tempo e adaptado às necessidades e capacidades individuais dos idosos. Para além disso, numa base anual, todas as pessoas que tenham completado 75 anos ou maiores de 80, ou as pessoas vulneráveis e socialmente expostas, beneficiam de uma visita domiciliária para identificação de necessidades de assistência e examinação de bem-estar.

Também referir que de dois em dois anos é efetuado um inquérito de satisfação e qualidade do serviço às pessoas com mais de 67 anos quer sejam beneficiários de apoio domiciliário ou estejam em casas de saúde (estruturas residenciais para idosos). Os participantes são também questionados sobre se têm conhecimento do seu direito de poder escolher entre diversos prestadores de serviços.

6. O caso da Hungria

Segundo a Lei III de 1993 sobre Governança Social e Benefícios Sociais (*Act III of 1993 on Social Governance and Social Benefits*), os serviços de apoio social são classificados em três categorias: serviços básicos, centros de dia e lares (incluindo apoio residencial de longa duração e repouso).

Os serviços básicos são onde se inclui o apoio domiciliário e fornecimento de refeições. Todas as autoridades locais estão obrigadas a prestar estes cuidados a todos os que deles careçam no seu dia-a-dia, por motivo de idade, deficiência ou doença.

O financiamento do apoio social provém de uma combinação de recursos do governo central, das autoridades locais e das contribuições dos próprios beneficiários. Os custos associados ao uso do apoio institucional podem ser cobertos integralmente pelo próprio utente ou por terceiros, caso o beneficiário não consiga arcar com a totalidade da despesa. O encargo pode chegar a até 80% do rendimento mensal da pessoa, ou a 60% no caso de assistência domiciliar temporária. Os custos para o beneficiário do apoio social variam conforme a autoridade local.

Desde 1 de janeiro de 2008, o apoio institucional é destinado apenas àqueles que necessitam de cuidados por mais de 4 horas diárias. Pessoas que precisam de assistência entre 2 e 4 horas por dia têm direito ao apoio domiciliário. Para necessidades inferiores a 2 horas diárias, não há financiamento público disponível. A determinação da necessidade de apoio é feita por meio de um processo de avaliação complexo, onde são avaliados em relação a 16 capacidades, agrupadas em 8 critérios: autonomia nas atividades diárias, autossuficiência, andar, funções mentais, visão e audição, necessidade de cuidados de saúde, necessidade de supervisão e as condições sociais.

Os cuidados domiciliários dividem-se em duas atividades distintas: a prestação de cuidados pessoais (*személyi gondozás*) e a ajuda social (*szociális segítés*). A primeira inclui principalmente os cuidados de higiene pessoal, enquanto a segunda inclui tarefas como a manutenção de contactos pessoais regulares com o cliente e a realização das atividades de cuidados mais básicas (Eurocarers, 2023).

Em 2013 o governo centralizou o apoio domiciliário com o alarme de emergência e baixou o financiamento do apoio domiciliário. Em 2015, os critérios para receber assistência domiciliária tornaram-se mais restritos.

Os serviços são financiados diretamente e os beneficiários não recebem prestações pecuniárias para pagar serviços. Os seguros particulares não são envolvidos.

As autoridades locais recebem apoio do governo em função do número de beneficiários de que cuidam. Esse apoio é definido anualmente pelo Governo para cada tipo de serviço e destina-se a financiar serviços, não tarefas. Nem todos os serviços estão abrangidos por este tipo de apoio e por vezes as autoridades locais têm de complementar o financiamento dos serviços com as próprias receitas.

Para além disso, as autoridades locais podem cobrar taxas de utilização, cuja quantia exata depende do serviço prestado. A legislação prevê um algoritmo para cálculo dessas taxas, tendo em conta os rendimentos do utente. Os cuidados de enfermagem ao domicílio são maioritariamente privados.

Na Hungria não há atribuição de prestações pecuniárias ou vales ao beneficiário para que contrate por si o serviço necessário. Há apenas uma forma de apoio do Estado aos cuidadores familiares. O subsídio de enfermagem é um abono social; as candidaturas a este apoio são apreciadas com base no parecer do médico de clínica geral assistente e submetidas à autoridade local. O subsídio de enfermagem não se destina especificamente aos cuidados continuados a idosos, podendo ser requerido por familiares de pessoas maiores de 18 anos com deficiência profunda ou doença incurável. Adicionalmente, a legislação em matéria de apoio social permite que as autoridades locais deem ajuda financeira a cuidadores de familiares maiores de 18 anos de idade.

Ao analisar os diversos sistemas de prestação de serviços de apoio domiciliário em vários países europeus, percebe-se que há uma grande diversidade de sistemas e práticas adotadas, nomeadamente:

- A maior parte dos serviços estudados mostram-se descentralizados pelas suas várias regiões e são, em grande parte, organizados por entidades de âmbito local (por exemplo: municípios);
- Nos modelos apresentados existem serviços que são completamente gratuitos, como é o caso da Dinamarca. Por outro lado, existem também países cujos serviços prestados variam em função das necessidades/dependências, do enquadramento social e também familiar, sendo, nestes casos, os montantes a pagar são calculados em função dos rendimentos;

- Ao nível da dependência temos opções de abonos/prestações para apoiar o pagamento dos serviços domiciliários, e, em certos casos, de saúde, como são o caso de Espanha e França. Atinente ainda a este assunto, podemos considerar que, em algumas situações, recai sobre as entidades de âmbito local, a avaliação do nível de dependência do beneficiário, que, posteriormente, determina a intensidade da assistência prestada e da duração, traduzida em x visitas/ dia e minutos e horas;
- Outros países têm desenvolvido sistemas mistos, contemplando sistemas de financiamento direto aos beneficiários;
- Existem ainda outros sistemas, como é exemplo o Inglês, com um sistema de pagamento direto, para todos aqueles que pretendem organizar/pagar os seus próprios serviços, sem recorrer aos serviços provenientes da comunidade;
- A política sobre cuidados domiciliários também difere: em alguns países ocorre de forma integrada, noutros de forma segmentada, ou seja, verificando-se uma separação para cuidados sociais e cuidados de saúde (al., 2012).

Concluindo, foram encontradas indicações de grandes diferenças nas políticas, na organização prática dos serviços de cuidados domiciliários e na disponibilidade de cuidados domiciliários. Embora, estas visões difiram em toda a Europa, podem ser encontrados alguns pontos em comum, pois, nomeadamente, se prevê, por toda a Europa, um crescimento nos cuidados domiciliários, destinado a substituir respostas de carácter residencial. Assim, e em síntese:

Tabela 10 – Síntese

	Responsável pela prestação do serviço	Financiamento	Serviços prestados	Formato de funcionamento
FINLÂNDIA	Serviço Municipal	Financiado pelo setor público, existindo apenas algumas taxas pagas pelos beneficiários	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio e assistência em atividades da vida diária; - Serviço de refeição, transporte e acompanhamento; <ul style="list-style-type: none"> - Tecnologia de apoio; - Enfermagem e serviços médicos no domicílio; - Reabilitação domiciliária; - Possibilidade de apoio e assistência de um hospital domiciliário em situações agudas. 	Os municípios determinam a forma como o serviço funciona em função de elaboração de um Plano de Assistência, redigido por um técnico da área social
ESPANHA	Serviço Municipal	Governo Central e Comunidades Autónomas	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene e apoio pessoal; - Acompanhamento da medicação e alimentação; - Mobilização e mudanças posturais; - Limpezas e arrumação no domicílio; - Gestão de receitas e revisões médicas; - Tratamento de roupa; 	Regime de contratação de horas, cujo custo/hora é determinado pelo município onde o utente reside

			<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e preparação de alimentos; - Realização de compras. 	
FRANÇA	Organismos e estabelecimentos habilitados pela <i>Agence Nationale des Services à la Personne</i> (ANSP)	O APA é um abono que financia o apoio individualizado concedido a todas as pessoas com mais de 60 anos, doente ou em situação de dependência	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação e distribuição de refeições; - Lavandaria; - Apoio pessoal (com exclusão dos cuidados médicos); - Companhia; - Ajuda no transporte; - Compras; - Cuidados de estética; - Assistência Administrativa. 	Regime de contratação de horas

INGLATERRA	<p>Autoridades Locais (Local Council)</p> <p>A avaliação é feita pelos serviços departamentais da comunidade local.</p>	<p>O pagamento direto é pago pelas autoridades locais e é para todas as pessoas que necessitam de apoio social e que pretendem organizar/pagar os seus próprios cuidados ao invés de receber diretamente os serviços da comunidade local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda doméstica e Compras; - Aquisição de equipamento e adaptações na habitação; - Entrega de refeições; - Apoio à distância; - Cuidados de saúde; - Suporte emocional; - Acesso a residências temporárias para o cuidador descansar ou centros de dia. 	<p>Regime de contratação de horas</p>
DINAMARCA	<p>Serviço Municipal</p>	<p>Gratuito</p>	<p>Ajudas Domésticas (limpeza e tratamento de roupa) e Cuidados Pessoais (cuidados de higiene e imagem pessoal)</p>	<p>Os municípios determinam a forma como o serviço funciona em função de uma avaliação inicial das necessidades do beneficiário</p>
HUNGRIA	<p>Autoridades Locais</p>	<p>Combinação de recursos do governo central, das autoridades locais e das contribuições dos próprios beneficiários</p>	<p>Principalmente cuidados de higiene pessoal, a manutenção de contactos pessoais regulares com o cliente e a realização das atividades de cuidados mais básicas</p>	<p>Regime de contratação de horas</p>

Fonte: Elaboração Própria

IV. Conhecer as atuais e novas estratégias a adotar pelo serviço de apoio ao domicílio

Finalmente, a análise das estratégias a adotar pelos serviços de apoio ao domicílio sublinha, entre outras, a necessidade urgente de adaptação e inovação. A literatura, como evidenciado ao longo da análise dos dados, mostra-nos que esta resposta se centra sobretudo nas atividades de subsistência, porém assiste-se já a um elevado esforço das equipas vocacionado para estratégias inovadoras que lhes permita dar resposta às novas necessidades: “(...) ou nós inovamos nesse apoio e conseguimos dar resposta às necessidades, ou depois o apoio domiciliário tradicional já não será suficiente” (D. Silva, comunicação pessoal, 4 de junho, 2024), refere a técnica da Inst3, que implementa o projeto inovador no âmbito da saúde mental e reabilitação.

A literatura comprova: “A chave para soluções pode ser encontrada numa combinação de inovação e numa melhoria fundamental da eficiência” (Genet et al., 2012, p.108).

Estes impulsos criativos traduzem-se muitas vezes em candidaturas a projetos financiados para colmatar necessidades, o problema está depois aquando o término do financiamento e na baixa capacidade económica das Instituições para garantir a sua continuidade.

A técnica da Inst3 prossegue, referindo que da sua prática, para além da inovação para “criar respostas de apoio domiciliário mais alargadas, mais especializadas, criativas e inovadoras” (D. Silva, comunicação pessoal, 4 de junho, 2024), uma outra estratégia a adotar pelos serviços passa pela integração de tecnologia, como por exemplo, dispositivos de monitorização de sinais e plataformas de gestão de cuidados. A seu ver, a era tecnológica deveria ser aproveitada para transformar a prestação dos cuidados domiciliários. Genet et al. (2012) destacam a utilização de tecnologia (como é o caso da teleassistência) como um serviço emergente em toda a Europa, mas também como um tema principal nas futuras discussões sobre cuidados domiciliários, realçando a sua importância na prevenção de necessidades não satisfeitas.

Por último, destacamos uma melhor e maior articulação - “aumentar a cooperação com outras entidades” (S. Ferreira, comunicação pessoal, 22 de maio, 2024), sugere a técnica da Inst2 - entre as respostas já existentes, nomeadamente ao nível da saúde, pois poderá atribuir ao SAD uma outra dimensão, dotando-o de um serviço adequado às reais necessidades dos seus utentes, como foi possível atestar pelos resultados obtidos neste trabalho.

Perante o exposto, é certo que a personalização dos serviços/cuidados é fundamental para atender às expectativas de uma população idosa cada vez mais diversa e exigente, uma vez que estas “vão sempre preferir criar condições para que se possam manter o máximo de tempo possível” (sobre envelhecer no domicílio). Para isso, a eficácia de algumas das estratégias indicadas depende também da implementação de políticas públicas que garantam o acesso equitativo aos serviços.

Através da nossa análise ao funcionamento dos SAD noutros países da Europa possibilitou-nos outras perspetivas, em termos de financiamento, de responsáveis pela prestação dos serviços e modo de atividade, o que nos aumentou as certezas quanto à necessidade de adotar novas estratégias, por forma a repensar a lógica de funcionamento dos atuais serviços de apoio domiciliário e ultrapassar o modelo vigente. Os estudos de Ana Gil (2009) comprovam:

Apostar na amplitude e diversidade de serviços, baseado na comparticipação nominal de serviços usufruídos e de acordo com as necessidades individuais, previamente identificadas por uma equipa médico-social, polarizada em parcerias entre segurança social e saúde, poderia constituir uma estratégia de requalificação do atual modelo de serviços de apoio domiciliário. (Gil A. , 2009, p. 41)

CONCLUSÃO

Este estudo sobre o Serviço de Apoio Domiciliário permitiu uma compreensão dos desafios que esta resposta social enfrenta no contexto do envelhecimento demográfico em Portugal e na Europa. A pesquisa destaca a necessidade urgente de reformulação e inovação nos SAD para melhor atender às necessidades diversificadas e complexas da população idosa (que vive mais anos com elevado nível de autonomia, de capacidades, potencialidades de realização pessoal e de intervenção na sociedade), que está a crescer rapidamente, e que privilegia o domicílio como local de eleição para a prestação de cuidados.

O apoio domiciliário não apenas facilita e melhora a qualidade de vida do idoso, mas também permite que ele mantenha a sua vida social, os seus hábitos e os seus bens pessoais. Isso, como demonstrámos, tem um impacto significativo na sua saúde e qualidade de vida. (Geraldès, 2013)

A análise revelou que, atualmente, os SAD em Portugal mantêm um carácter marcadamente social, com foco predominante na prestação de serviços básicos, como higiene pessoal e alimentação. Embora estes serviços sejam essenciais, a falta de uma abordagem mais personalizada e integrada que contemple a saúde e a autoestima dos idosos é evidente:

(...) continuar a reforçar um sistema de serviços de apoio domiciliário, estruturado exclusivamente numa lógica meramente social, sem estar aliada a uma vertente de saúde e de reabilitação, parece-nos pouco frutuosa e eficaz para responder às necessidades crescentes das pessoas mais velhas em situação de dependência. (Gil A. , 2009, pp. 4-5)

Ainda assim, a maioria dos utentes manifesta satisfação com os serviços recebidos, o que indica que, apesar das limitações, o SAD cumpre um papel vital na manutenção da qualidade de vida e autonomia dos idosos.

Já os futuros utilizadores auscultados consideram não existirem respostas suficientes para apoiar o processo de envelhecimento no domicílio na sua comunidade e

reconhecem a ausência de respostas personalizadas e individualizadas. Assim, o presente estudo vem dar um contributo no sentido de dar a conhecer e evidenciar que, de futuro, as exigências da população serão maiores e os serviços prestados no domicílio terão de ser mais abrangentes.

Cabe ao Assistente Social a tarefa de preparar o futuro, mas também de refletir sobre o tipo de idosos que deseja ser. Dado que o envelhecimento está cada vez mais no centro dos estudos e debates teóricos e sociais, é crucial que todos os envolvidos neste campo promovam condições justas, humanas e que atendam às necessidades de todos os cidadãos. É fundamental proporcionar um ambiente onde as pessoas continuem a ser reconhecidas como sujeitos de direitos, possam expressar as suas vontades, opinar e participar ativamente nas decisões que afetam as suas vidas (Andrade, 2018).

No entanto, a investigação também aponta para a necessidade de evolução dos SAD em várias frentes. Primeiramente, a personalização dos cuidados deve ser uma prioridade, ajustando os serviços às necessidades e preferências individuais de cada utente. A diversificação dos cuidados/serviços oferecidos é crucial para evitar a estagnação e garantir que os cuidados domiciliários sejam uma alternativa viável e atraente à institucionalização.

A comparação dos modelos de intervenção europeus revela diferentes abordagens que podem servir de inspiração para a melhoria dos SAD em Portugal.

Os modelos nórdicos são, frequentemente, tidos como exemplo de boas práticas em cuidados domiciliários. O modelo finlandês pela sua capacidade de oferecer um leque diversificado de serviços que colmatam tanto as necessidades básicas como as mais complexas e, por outro lado, o modelo dinamarquês, pela sua cultura promotora da independência individual e que prioriza a manutenção da autonomia dos idosos o maior tempo possível. Estes são modelos que nos parecem particularmente úteis e que poderiam ser mais explorados, tendo em conta o seu sucesso.

Além disso, a integração de novas tecnologias nos serviços de apoio domiciliário representa uma oportunidade significativa para melhorar a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados. Ferramentas como teleassistência, monitorização remota e

dispositivos de segurança podem ampliar o alcance dos serviços e oferecer uma resposta mais imediata e personalizada às necessidades dos idosos.

A articulação entre diferentes entidades, incluindo especialmente instituições de saúde (identificada como uma das maiores necessidades), organizações sociais e o governo, também se destaca como um fator crítico para a mudança paradigmática dos SAD.

Por fim, a investigação evidencia a necessidade de uma revisão e reformulação das políticas públicas relacionadas ao apoio domiciliário. As políticas devem ser adaptadas para refletir as mudanças demográficas e as novas realidades sociais, garantindo que os SAD tenham os recursos necessários para expandir e inovar. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável deve ser um objetivo central das políticas públicas, com foco na manutenção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

O desafio das Políticas Sociais será, portanto, adotar um modelo de reorganização que resulte numa resposta mais eficaz e em uma maior eficiência na resolução dos problemas específicos dos cidadãos e de suas famílias (Geraldês, 2013).

Em conclusão, o estudo sublinha a importância de uma abordagem holística e adaptativa para os SAD, que combine inovação tecnológica, personalização dos cuidados e integração de serviços. Somente através de uma resposta coordenada e centrada no utente será possível enfrentar os desafios do envelhecimento populacional e garantir que os idosos possam envelhecer com dignidade, segurança e qualidade de vida no conforto dos seus lares:

Os setores de saúde e assistência social em Portugal precisam de um grande esforço de reorganização e o conceito de cuidados integrados surge como uma resposta a esses desafios com base em um trabalho coordenado entre instituições e profissionais independentes como forma de garantir a continuidade dos cuidados, melhorando a saúde, a qualidade dos cuidados e a satisfação do paciente, aumentando a eficiência e a eficácia dos sistemas sociais e de saúde e promovendo o empoderamento do paciente. (Santana et al., 2007, p.1)

Esta dissertação é, sem dúvida, um trabalho inacabado. Todavia, é nossa ambição que sirva de base para novos estudos e novos projetos e que a sua divulgação permita um momento de reflexão, a fim de olharmos para o envelhecimento de forma holística, e menos redutora, e, enquanto profissionais, possamos proporcionar uma resposta mais adequada, mais humanizada e direcionada às necessidades dos indivíduos e das suas famílias, pois “são eles, as famílias e os idosos, que nos dão ideias de projetos ou de como criar novas respostas (...) Eles são os nossos clientes, eles é que nos criam as situações, nós temos que arranjar respostas para elas” (L. Lisboa, comunicação pessoal, 20 de maio, 2024).

Ainda assim, acreditamos na sua ação, na sua importância e na sua continuidade. Mais que isso consideramos a sua necessidade, pois, nós, quando fizermos parte desta história, também queremos um envelhecimento ajustado e, sobretudo, feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accueil.* (s.d.-a). Accueil - iperia.eu. <https://www.iperia.eu/en/>
- Accueil.* (s.d.). Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches| Pour les personnes âgées. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
- AD Seniors - Aide à domicile et service à la personne âgée ou handicapée.* (s.d.). AD Seniors. <https://www.adseniors.com/>
- Ageing Europe - statistics on population developments - Statistics Explained.* (s.d.). Language selection | European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_increasingly_old_and_with_growing_dependency
- AgeUk. (2024). *Paying for care and support at.*
- AgeUK. (2024). *Personal care at home.* Obtido de AgeUK: <https://www.ageuk.org.uk/services/in-your-area/personal-care-at-home/>
- Amado, J. (2017). *Manual de Investigação Qualitativa.* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Andrade, A. (2018). *SAD: Uma resposta (com) sentido - Desafios do Serviço Social.* <https://www.eas.pt/sad-uma-resposta-com-sentido-desafios-do-servico-social/>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.
- Bell, J. (1993). *Como realizar um projeto de investigação.* Gradiva.
- Bogdan, R. &. (1994). Características da investigação qualitativa. Em *Investigação Qualitativa em Educação.* Porto Editora.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal - uso do tempo, redes sociais e condições de vida.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- (s.d.). <https://www.cartasocial.pt/relatorios>

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

Department of Health & Social Care. (28 de março de 2024). *Care and Support Statutory Guidance*. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance#person-centred-care-and-support-planning>

Engenheiro, S. P. (2008). *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Eurocarers. (2 de março de 2023). *Eurocarers Country Profiles*. <https://eurocarers.org/country-profiles/hungary/>

Eurostat. (2018). *Proteção social em 2016*.

Eurostat. (s.d.). Language selection | European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023#population-structure>

Fonseca, A. M. (junho de 2021). *Ageing in Place. Envelhecer em Casa e na Comunidade em Portugal - Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*.

Fontes R. e. Fonseca C. (2016). *Repensar o Envelhecimento em Portugal*. Associação Amigos da Grande Idade - Inovação e Desenvolvimento.

Franco, M. L. (2005). *Análise de Conteúdo*. Brasil: Liber Livro.

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2012). *Home Care across Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Geraldes, A. S. (2013). *A Assistência Familiar como Resposta Social*.

Ghihlione, R., & Matalon, B. (2005). *O inquérito - teoria e prática*. Celta Editora.

Gil, A. (2009). *SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO - OFERTA E CUSTOS NO MERCADO PRIVADO*. Gabinete de Planeamento | Núcleo de Estudos e Conhecimento: Instituto da Segurança Social, IP.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Editora Atlas.

GovUk. (2024). *Care and support statutory guidance*. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance#person-centred-care-and-support-planning>

Guardado Moreira, M. J. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses — envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Guía práctica sobre dependencia. (s.d.). Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/guia-practica-dependencia#panel-20173>

Home care - THL. (s.d.). Finnish Institute for Health and Welfare (THL), Finland. <https://thl.fi/en/topics/ageing/older-people-services-undergoing-a-change/home-care>

Instituto da Segurança Social. (2024). *Apoio Sociais e Programas*. Obtido em 2024, de Segurança Social: <https://www.seg-social.pt/idosos>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *CENSOS 2021 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PROVISÓRIOS*.

Jarrett, T. (2019). *Social care: paying for care home places and domiciliary care (England)* (Vol. 1911). House of Commons.

Júnior, C., & Batista, M. (2023). *Metodologia da pesquisa em educação e ensino de ciências*. Atena Editora.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley n.º 39/2006 (2006, 15 de dezembro) (Espanha). *Boletín Oficial del Estado*, (299). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

LÜDKE, M., & Marli E. D. A., A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo, Brasil: EPU.

Manso, M. E., Comosako, V. T., & Lopes, R. (2018). *Revista Portal da Divulgação. Idosos e isolamento social: algumas considerações*.

Marques, S. (2016). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Matalon, R. G. (2005). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Celta Editoras.

Mestheneos, E., & Triantafillou, J. (s.d.). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage - EUROFAMCARE

Montanha, A. L. (2015). *Alterações das respostas sociais, especialmente nos Serviços de Apoio Domiciliário, perante as exigências da população idosa jovem*.

Moreira, M. L. (2022). *O contributo do Serviço de Apoio Domiciliário na melhoria da qualidade de vida dos idosos*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Nações Unidas, C. R. (2019). *Envelhecimento*. Obtido em 2024, de Centro Regional de Informação das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). *The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision*.

Oliveira, L. M. (2007). *Contexto do Serviço de Apoio Domiciliário*. Universidade de Aveiro.

Oliveira, L. M. A. d. (2007). *Contextos do serviço de apoio domiciliário : a dinâmica entre necessidades e serviços* [Master's thesis, Universidade de Aveiro]. RIA – Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/3266>

Pinto, C. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Pactor.

Planeamento, G. -G. (2024). *CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2022*. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social , Lisboa.

Popova, Y., & Kozhevnikova, M. (2013). *Interdependência entre o idh e redistribuição orçamental nos modelos sociais escandinavos e continental*.

Portuguesas, U. d. (2021). *Resposta Séniores do Futuro - Um modelo de respostas especializadas integradas*.

Quiénes somos - Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (s.d.). Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://imserso.es/el-imserso/quienes-somos>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.

Reportagens, O. N.-P. (s.d.). *ONU News*. <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>

Ribeiro, S. d. (2020). *RESPOSTAS SOCIAIS - Adequação às necessidades de prestação de cuidados à população idosa no concelho de Fafe* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.

Rosa, M. F. (2012). *SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: UM ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS*.

SensAge. (s.d.). *Social welfare systems across Europe*.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2022 - Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (s.d.). Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2022>

Soares, M. R. (2013). *A Qualidade de Vida em Gerontes que permanecem no seu contexto natural de vida* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Beja.

Sousa, A. C. (2016). *Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra.

UK, A. (2022). *Getting help at home*.

União das Misericórdias Portuguesas. (2022). *MODELO AVANÇADO DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO*. União das Misericórdias Portuguesas.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Pedido de Autorização para realização do trabalho de investigação

Assunto do e-mail: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação

Exma. Direção,

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) Técnico(a),

No âmbito da Dissertação intitulada de “Mudança de Paradigma no Envelhecimento: Um Estudo sobre os Desafios do Serviço de Apoio Domiciliário”, desenvolvido na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, venho pelo presente solicitar a vossa melhor colaboração neste estudo que visa compreender os desafios do apoio ao domicílio no futuro, assim como avaliar a satisfação dos beneficiários do SAD face aos serviços que têm ao seu dispor.

Neste sentido, para a realização da minha dissertação sobre a temática supracitada necessito de recolher dados através de inquéritos por entrevista e questionário.

Deste modo, venho por este meio solicitar autorização para entrevistar o técnico responsável pela resposta de Serviço de Apoio Domiciliário da vossa Instituição. Para completar a referida investigação, pretende-se ainda aplicar um questionário a alguns dos vossos utentes da resposta, com o intuito de analisar o tipo de cuidados/serviços prestados, assim como a satisfação destes.

Mais se informa, que os dados recolhidos são confidenciais e utilizados exclusivamente no contexto desta investigação.

Grata, desde já, pela atenção dispensada.

Encontro-me disponível para esclarecer eventuais questões relativas ao trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Francisca Mendes

APÊNDICE 2
Inquérito por Questionário - Utentes SAD

<https://forms.gle/9MvUCf3ocbi6eLYe9>

Este questionário insere-se no âmbito da dissertação do Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria. É da autoria da estudante Francisca Mendes, tendo como orientador o Professor Doutor Rui Santos da referida instituição.

O trabalho tem por base um estudo sobre a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, de forma a compreender os seus desafios no futuro. Para o efeito, através deste questionário por inquérito, pretende-se recolher e analisar dados sobre a sua opinião relativamente à resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário e incitar à reflexão sobre o processo individual de envelhecimento no domicílio.

O seu preenchimento demora aproximadamente 10 minutos. Será respeitado o anonimato e a confidencialidade das respostas que serão exclusivamente utilizadas no âmbito deste estudo.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração!

No caso de surgir alguma dúvida, ou estiver interessado em ter acesso, posteriormente, aos resultados da investigação, poderá fazê-lo através do endereço eletrónico: francisca.smendes97@gmail.com

1. Consentimento Informado.

Compreendo os objetivos desta pesquisa e a natureza das questões apresentadas. Concordo responder a este questionário para partilhar a minha opinião, experiência e ideias. A minha participação é voluntária.

() Sim

() Não

2. Género.

- () Feminino
- () Masculino
- () Prefiro não responder

3. Indique a sua idade.

4. Indique o seu nível de escolaridade.

- () Sem escolaridade
- () 1.º Ciclo
- () 2.º Ciclo
- () 3.º Ciclo
- () Ensino Secundário
- () Ensino Superior

5. Há quantos anos beneficia do serviço?

- () Entre 1 a 6 meses
- () Entre 6 meses a 1 ano
- () Entre 1 ano a 3 anos
- () Entre 4 anos a 6 anos
- () Mais de 6 anos

6. Qual o motivo que o/a levou a recorrer do serviço?

- () Foi-me Recomendado
- () O conjunto de serviços oferecidos respondia às minhas necessidades
- () Não tinha alternativa
- () É próximo do local onde habito

7. Em que medida está insatisfeito(a)/satisfeito(a) com os horários de funcionamento?

- () Muito insatisfeito
- () Insatisfeito
- () Satisfeito
- () Muito satisfeito

8. Os horários são compatíveis com a sua rotina diária?

- () Sim
- () Não

9. Se respondeu não, porquê?

10. Considera que os serviços que o Serviço de Apoio Domiciliário lhe oferece são suficientes para satisfazer as suas necessidades?

- () Sim
- () Não

11. Se respondeu não, porquê?

12. Quais os serviços que dispõe?

- () Prestação de cuidados de higiene e conforto
- () Arrumação e pequenas limpezas no domicílio
- () Confeção, transporte e/ou distribuição de refeições
- () Tratamento de roupas

() Outro/s: _____

13. Indique os serviços que gostaria de usufruir e que não dispõe neste momento.

() Serviços de Acompanhamento ao exterior (a consultas, serviços públicos, etc)

() Saúde (Médico e Enfermeiro ao domicílio)

() Cuidados ao final do dia/ alargamento do período

() Participação em atividades comunitárias

() Serviço de adaptação da habitação

() Atividades de animação sociocultural

() Nenhum

() Outro/s:

14. Considerando todos os aspetos, acha que na sua comunidade existem respostas que lhe permitem envelhecer no seu domicílio?

() Sim

() Não

15. Se respondeu não, porquê?

16. Se tivesse oportunidade o que mudaria no seu Serviço de Apoio Domiciliário?

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE 3
Inquérito por Questionário - Comunidade em Geral

<https://forms.gle/9MvUCf3ocbi6eLYe9>

Este questionário insere-se no âmbito da dissertação do Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria. É da autoria da estudante Francisca Mendes, tendo como orientador o Professor Doutor Rui Santos da referida instituição.

O trabalho tem por base um estudo sobre a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, de forma a compreender os seus desafios no futuro. Para o efeito, através deste questionário por inquérito, pretende-se recolher e analisar dados sobre a sua opinião relativamente à resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário e incitar à reflexão sobre o processo individual de envelhecimento no domicílio.

O seu preenchimento demora aproximadamente 10 minutos. Será respeitado o anonimato e a confidencialidade das respostas que serão exclusivamente utilizadas no âmbito deste estudo.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração!

No caso de surgir alguma dúvida, ou estiver interessado em ter acesso, posteriormente, aos resultados da investigação, poderá fazê-lo através do endereço eletrónico: francisca.smendes97@gmail.com

1. Consentimento Informado.

Compreendo os objetivos desta pesquisa e a natureza das questões apresentadas. Concordo responder a este questionário para partilhar a minha opinião, experiência e ideias. A minha participação é voluntária.

() Sim

() Não

2. Género.

- () Feminino
- () Masculino
- () Prefiro não responder

3. Indique a sua idade.

4. Indique o seu nível de escolaridade.

- () Sem escolaridade
- () 1.º Ciclo
- () 2.º Ciclo
- () 3.º Ciclo
- () Ensino Secundário
- () Ensino Superior

5. Há quantos anos beneficia do serviço?

- () Entre 1 a 6 meses
- () Entre 6 meses a 1 ano
- () Entre 1 ano a 3 anos
- () Entre 4 anos a 6 anos
- () Mais de 6 anos

6. Refletindo sobre o seu processo de envelhecimento onde considera que irá preferir envelhecer?

- () Casa
- () Habitação de Familiar
- () Contexto Institucional

() Outro

7. Considera que o horário convencional (9H – 18H) do Serviço de Apoio Domiciliário é suficiente?

() Sim

() Não

8. Se respondeu não, porquê?

9. Para além dos serviços tradicionais (higiene habitacional, confeção e distribuição de refeições, higiene pessoal e tratamento de roupa), quais os serviços que gostaria que existissem para melhor servir a comunidade e apoiar no seu processo de envelhecimento?

() Disponibilizar serviços de saúde e reabilitação no domicílio

() Prestar cuidados ao final do dia/prolongamento do período

() Prestar cuidados noturnos

() Disponibilizar serviços de deslocação e acompanhamento ao exterior

() Atividades de animação sociocultural

() Atividades de realização pessoal, sociais e de autoestima

() Outro/s _____

10. Tendo em conta as respostas existentes na sua comunidade considera serem suficientes para apoiar o processo de envelhecimento no domicílio?

() Sim

() Não

11. Se respondeu não, porquê?

12. O que mudaria no Serviço de Apoio Domiciliário?

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE 4

Guião da Entrevista Semiestruturada

A presente entrevista é realizada no âmbito de um projeto de investigação do Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria. Este estudo pretende refletir e compreender a mudança de paradigma do Serviço de Apoio Domiciliário e os desafios que isso representa.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade. Será respeitado o anonimato e a confidencialidade das respostas, que serão exclusivamente utilizadas no âmbito deste estudo.

Data: _____ / _____ / _____

Entrevistado/a: _____

Entrevistador/a: _____

I – Dados do Entrevistado

1. Qual a sua formação académica?
2. Qual o cargo que desempenha?
3. Quais as funções que exerce no SAD?
4. Há quanto tempo exerce funções enquanto responsável do Serviço de Apoio Domiciliário?

II – Contexto Institucional

1. Como funciona o seu Serviço de Apoio Domiciliário?
2. Quais os serviços que a sua Instituição oferece aos clientes?
3. Considera que estes serviços são suficientes?
4. Desde o início tiveram sempre os mesmos serviços? Ou, ao longo do tempo, foram acrescentando novos serviços mediante as necessidades apresentadas pelos clientes?
5. Qual a sua opinião relativamente ao modelo atual de SAD?

III – Vantagens e Limitações

1. Quais as vantagens do Serviço de Apoio Domiciliário?
2. E as limitações?

IV – Desafios e futuro

1. Quais os desafios do apoio ao domicílio? (p. exemplo: novas formas de funcionamento, outros serviços)
2. Quais as atuais necessidades? E futuras?

APÊNDICE 5

Procedimento do Tratamento das Entrevistas: Legenda de Categorias (em cores)

I - Caracterização do Entrevistado e Experiência Profissional	Formação Académica Percurso Profissional Funções
II – Contexto de Intervenção	Dados da resposta?? Funcionamento geral do SAD Evolução/ mudanças alcançadas
III – Acompanhamento/ Avaliação	Posicionamento face às potencialidades e limitações
IV – Transformações	Perspetivas futuras Modelo português vs Modelos europeus

APÊNDICE 6
Exemplo de identificação de categorias com cores
Transcrição da Entrevista - Instituição 1

Observações

Entrevistada: Diretora Técnica (código DT)

Data da Realização: 20 de maio de 2024

Formato: Presencial

Duração: 47 minutos

Investigadora (I): Antes de mais e antes de iniciar, agradecer a colaboração e a disponibilidade para participarem neste estudo e também por receber e partilhar a sua experiência enquanto aqui responsável desta resposta. E portanto, para iniciar, qual a sua formação académica?

Diretora Técnica (DT): Primeiro eu sou licenciada em Gestão de Recursos Humanos, foi a minha primeira licenciatura e quando eu vim para a X..., há 18 anos atrás, eu só fazia a parte da Gestão de Recursos Humanos. Porque só havia a parte escolar, nós só trabalhávamos com escolas, portanto com a infância. Porque a X... era a Associação dos X.... Isto era a designação antiga da X... e nós só trabalhávamos com a infância, mas sempre houve o sonho de chegar à terceira idade. Foi sempre uma ideia do nosso presidente, que ainda hoje é um dos fundadores da X.... E pronto, primeiro trabalha sempre com a área da infância e fazia a Gestão dos Recursos Humanos. Nós éramos 25 colaboradoras, todas distribuídas por escolas. Eu fazia a gestão das escolas, dos almoços, dos prolongamentos de horário, as reuniões, portanto esta foi a primeira fase na X.... Depois, em 2013, abriu o lar. Antes de abrir o lar, houve, da parte da direcção, a preocupação, durante a construção do lar, de depois contratar recursos humanos e começar o processo do lar. Portanto, eu acompanhei todo o processo de construção e, na altura, eu fui estudar, fui tirar serviço social. Porque, além de... sempre uma área que eu gostei. A área de pessoas é a minha principal. Já vinha dos recursos humanos. Portanto, quando tirei recursos humanos, depois também fiz uma pós-graduação em

Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho e uma especialização em Gestão de Recursos Humanos também. Mas a área social sempre foi... o que gostava mais. E entretanto, tirei a formação, porque eu licenciiei tudo em Serviço Social, que terminei antes do lar estar concluído. Pronto, o que fez com que passasse para aqui.

(...)

I: E, portanto, atualmente o cargo que desempenha?

DT: Sou diretora técnica do Serviço de Apoio Domiciliar e sou a responsável ainda pela parte escolar. Portanto, toda a parte escolar ainda recai sobre mim. Há três anos atrás, deixei a... três, quatro anos, comecei a passar os recursos humanos. Nós somos 65 colaboradoras, portanto, deixámos passar.

I: E, portanto, há quanto tempo é que exerce funções enquanto aqui é responsável do Serviço de Apoio Domiciliar?

DT: Desde 2013, desde que abrimos. Mas, relativamente aqui às funções é tudo o que está relacionado com o apoio domiciliário. E não só, porque.. Portanto, somos... Sou eu e a Dra. X... Portanto, se a X... estiver de férias, todo o conhecimento de lares, centro-dia, cozinha, tudo o que envolve a instituição, nós temos de ter conhecimento. Os projetos, faço sempre parte dos projetos gerais. Portanto, toda a gestão Total da instituição. Tanto eu como a X... temos de ter, porque a falta é de botar a outra. Portanto, eu tenho que ter consciência. E quantos utentes estão em SAD, em centro-dia, em lar... Ou seja, tenho de ter conhecimento de tudo. Do SAD em particular é mesmo tudo.

I: Então, passando aqui um bocadinho ao contexto institucional, como é que funciona o seu serviço de apoio domiciliário?

DT: Funciona de domingo a domingo. Todos os dias da semana. Não é todos os serviços que funcionam de segunda a domingo. Portanto, de segunda a domingo funciona: o serviço de refeição, em que nós levamos almoço, lanche e jantar, sempre. Que é uma das diferenças que tínhamos aqui com os nossos parceiros, ou com as outras instituições aqui da região, é que muitos não serviam ao fim de semana, ou serviam até sábado. E levavam, muitas vezes, as refeições naquele dia para o dia seguinte, ou mais

continuidade para o dia seguinte. Nós, desde que abrimos, levávamos sempre, todos os dias.

I: E entregam em períodos diferentes?

DT: Entregamos em períodos diferentes. Vamos à hora de almoço, entre o meio dia e a uma e meia, entregar o almoço e deixamos o lanche. E depois vamos das cinco às seis e meia, sete horas, levar os jantares. Sempre prontos a comer, marmitas de inox térmicas, que se aguentam perfeitamente. A sopa do almoço é feita de manhã, a sopa do jantar é feita de tarde. Nossa cozinha faz cerca de 900 refeições por dia. Só não servimos três dias no ano. Lá está, que é o 24 de dezembro, o 1 de janeiro e o domingo de páscoa. Em todo o caso, utentes que não tenham família ou que precisem da alimentação, é levado no dia anterior a contar o dia seguinte ou também há a possibilidade de vos virem aqui à instituição, desde previamente acordado, podem vir cá passar o dia e comerem connosco.

I: E então, quais são os serviços?

DT: Há a alimentação, depois temos o serviço de higiene, que pode ser também de segunda à sexta ou de segunda à domingo. Pode ser uma vez ao dia, duas vezes ao dia ou até três. Temos utentes que têm três vezes por dia serviço. O tratamento de roupa, que é de segunda à sexta. E a higiene habitacional, também de segunda à sexta. Portanto, entre segunda e sexta fazemos: A higiene habitacional é uma higiene dos espaços comuns. Utesntes que tenham serviços todos os dias. Até é sempre feito todos os dias o quarto e a casa de banho. Um utente que tem higiene, todos os dias é feito a cama, a limpeza do quarto e da casa de banho. Depois, se tiver higiene habitacional, depois damos o jeitinho então na sala, na cozinha, no corredor. Essa arrumação do quarto e da casa de banho, deixamos sempre tudo limpinho. E também os cuidados de imagem: nós cortamos cabelo aos clientes, fazemos depilação, buço, às senhoras, as unhas. Portanto, nós também fazemos esse serviço de estética.

I: E são as auxiliares de ação direto que fazem?

DT: Sim. Nós por acaso temos tido, nós já temos há muito tempo uma auxiliar desde o início connosco que sabe cortar o cabelo. Portanto, vem da área da estética. Portanto, quase sempre é ela que faz, corta o cabelo.

I: Essas são as partes muito interessantes.

DT: E temos duas que fazem depilação, buço. Temos equipamento na instituição. Temos máquinas de cortar cabelo. Nós aqui na instituição temos cabeleireiro. Portanto, nós temos uma sala própria para estética.

I: A sério?

DT: Sim. Também pode vir cá uma cabeleireira fazer. Por exemplo, um utente que tem a cabeleireira, queira vir cá o cabeleireiro fazer. Pode servir-se a nossa sala. Caso contrário, ou funcionárias nossas ou pessoas que nós contratamos para virem cá fazer. Mas do apoio domiciliário há essa possibilidade também. E temos os serviços complementares a esses. Temos a higiene extra, que pode ir até três vezes ao dia. Portanto, a animação também é de segunda a sexta. Se houver atividades com a comunidade que abranjam o fim de semana, também fazemos. Se calhar ao fim de semana um rancho, também fazemos, também participamos. E a nível de outros serviços, depois temos os transportes, acompanhamento de utentes, o serviço de enfermagem, fazemos enfermagem ao domicílio. Serviço de fisioterapia e levar à comunidade, às compras. Acompanhamento ao exterior. Também fazemos muitos, quando pedimos os complementos, ou as revisões de complementos ou à segurança social, muitas vezes também somos nós que acompanhamos alguns dos utentes, quando as famílias não podem. Também fazemos isso.

I: Considera que estes serviços são suficientes?

DT: É assim, suficientes, suficientes nunca são, porque há pessoas que nos pedem mais.

I: Mais o quê?

DT: Mais horários, à noite. Nós temos a teleassistência, já tínhamos falado sobre isso. Portanto, a teleassistência é um serviço que nós temos um contacto 24 horas por dia, a família se requerer. O serviço de teleassistência, o utente tem acesso a esse contacto ou até à própria família. Por exemplo, quando se deslocam, se o utente tem família e a família se desloca para férias ou outras situações, nós estamos sobre vigia 24 horas com esse utente. Se o utente nos telefonar durante a noite, para o que seja preciso, tentamos dar solução. Há famílias que queriam que nós fossemos fazer uma higiene às três da

manhã ou às quatro da manhã. Portanto, as famílias requerem sempre mais serviços. Só que há coisas que nós não conseguimos fazer, que é o alargamento do horário, mais do que porque teríamos de ter o dobro da equipa para funcionar 24 horas por dia. Acho que a nível dos serviços que nós apresentamos aqui na comunidade, todas as pessoas estão satisfeitas com o trabalho. Com os serviços que nós temos. Pontualmente aparece alguém que queria mais, queria acompanhamento, por exemplo, após o jantar, por exemplo, para o deitar, mas quer que os pais se deitem, por exemplo, às dez da noite. Eu teria que ter uma pessoa com disponibilidade para às dez da noite ir deitar o utente. Portanto, isto a nível de horários, e se calhar essa pessoa seria só uma, teria que haver um alargamento de horários, teria que haver mais colaboradores. Há coisas que nos pedem que são muito pontuais. Se todos os nossos utentes pedissem, se calhar havia a possibilidade e justificaria.

Neste caso, não, são coisas muito pontuais, até porque dos meus 60 utentes, neste momento, não tenho ninguém que não tenha familiares de retaguarda e com proximidade. Portanto, a nossa freguesia, apesar de apanhar uma parte rural, mas o rural é a três quilómetros e meio de leiria, portanto, quase todos têm. Também transportes públicos, carros e familiares com disponibilidade para apoiar.

Daí, e como nós prestamos serviços já tão alargados como alimentação e como ser de segunda a domingo, não nos têm pedido nada assim de estranho.

I: E sempre foi assim desde o início, ou seja, sempre tiveram estes serviços desde o início?

DT: Não, a alimentação, sim, os serviços de segunda a domingo foram sempre desde o início. Os serviços que nós fomos completando foi o serviço do SAD 24, que a fisioterapia, a enfermagem e o telefone 24 horas por dia foi um projeto que surgiu depois, que já está em funcionamento também, já bem antes da pandemia. Nós fomos completando os serviços, assim como os horários mediante também as necessidades. Nós vamos até às oito da noite, vamos fazendo o serviço até às oito da noite.

Não temos tido necessidade muito mais do que isso. Lá está, pontualmente aparece alguém que eu gostava que nós pudéssemos ir lá a casa 24 horas por dia. Mas ainda não foi um número de pedidos que justifique.

E mesmo que fosse esse tipo de serviços, nós teríamos que ter uma pessoa, seríamos uma empresa, lá está, de contratação de alguém para colocar em casa uma pessoa 24 horas por dia.

I: Agora, aqui, relativamente à resposta, o serviço de apoio domiciliário, quais é que são as potencialidades que, a seu ver, o SAD tem?

DT: Para mim, a resposta de apoio domiciliário, eu acho que é a primeira de todas, no sentido em que nós conseguimos manter os utentes o mais tempo possível no meio familiar e no meio deles, no habitat deles. Ninguém quer sair do seu meio, não é? No sentido que pertence, não é? O abandonar o meio. E nós, latinos, gostamos muito de ter as nossas coisas, nós somos proprietários das nossas coisas. Ainda há muito este que em outros países nórdicos já não acontece. As pessoas facilmente trocam de casa, facilmente saem para ir morar para hotéis. Nós aqui ainda somos muito apegados às nossas coisas. A diferença é que, no serviço de apoio domiciliário, nós conseguimos manter a pessoa em casa, no meio dele, o mais tempo possível, mas desde que esse serviço seja prestado enquanto a pessoa tiver qualidade de vida. Porque há determinadas situações e há determinados casos em que depois nós conseguimos ver que não é possível a pessoa continuar ali. Porque já não se justifica.

Muitas casas não têm acessos para cadeiras de rodas, não permitem as pessoas. Não estão adaptadas. Não estão adaptadas e aí começa a condicionar muito a vida das pessoas. E só nesses casos é que eu acho que o serviço de apoio domiciliário já não se adequa.

Mas enquanto a pessoa conseguir estar bem. E com qualidade de vida. E com qualidade de vida em casa. De preferência, sim. E nós como os prestamos muitos serviços, mesmo acompanhamentos médicos, acompanhamentos de hospital, aquisição de bens, também fazemos aquisição de bens com alguns utentes. Fazer umas simples análises, levá-los a fazer umas análises, levá-los a comprar óbitos, o que acontece. Portanto, tudo isso enquanto nós conseguimos prestar este tipo de serviços e que eles se mantenham bem. Eu acho que o serviço de apoio domiciliário é a melhor resposta.

Até porque nós a nível de animação. Temos a animação ao domicílio. Mas nós, a instituição permite que muitos dos nossos utentes façam animação aqui. Ou seja, o

nosso serviço de apoio domiciliar tem uma vertente um bocadinho às vezes de centro de dia.

Porquê? Porque nós, eu tenho muitos utentes de apoio domiciliar, eu a virem aqui à instituição passar tardes. Ou passar manhãs. Eu, por exemplo, tenho dois utentes que vêm sempre às aulas de ginástica. À segunda e à quinta-feira de manhã aqui na instituição. Integram os utentes de lar e de centro de dia, integram o grupo e vêm aqui fazer. Vêm participar. Assim como há um grupo de teatro também que envolve os utentes de lar, centro de dia e apoio domiciliar. E a maior parte dos ensaios são feitos aqui. Nós vamos buscar os utentes a casa. Eles vêm ensaiar aqui.

I: E a nível de limitações, constrangimentos?

DT: Essas limitações dentro de quê?

I: Da resposta de serviço de apoio domiciliar e quais as limitações considera que ainda existem?

DT: É assim, a nível de limitações tem a ver um pouco com a resistência. E às vezes a aceitação, a primeira impressão de alguém lá ir a casa mexer nas coisas deles, entrar no espaço deles, às vezes não é o mais fácil. Porque a população que nós estamos neste momento... Há 10 anos atrás, os meus utentes de sábado não têm nada a ver com os meus utentes de sábado agora. Há 10 anos atrás havia uma resistência, se calhar, muito grande. Porque não havia um conhecimento tão grande destas respostas e de como é que elas funcionavam. E também os nossos idosos eram pessoas mais fechadas, talvez. Há 10 anos atrás, quem estava como idoso eram outros tipos de pessoas que nós agora não temos. Tenho utentes com carta de condução e não tenho nenhum utente analfabeto. Portanto, isto muda muito. Se calhar, há 10 anos atrás eu tinha mais utentes que não sabiam ler nem escrever. O que também dificultava o contacto. Nós trabalhamos neste momento muito com telemóveis, com os tablets. Fazemos muitas atividades com eles com tablets, videochamadas.

I: Isto também é geracional, não é? As necessidades de há 10 anos não são as duas e certamente daqui a 10 anos não serão as mesmas.

DT: Nós um dia também... Já será diferente. Já será diferente e já quereremos outras coisas.

I: E relativamente aos desafios, às atuais necessidades futuras, desafios do SAD daqui em diante, qual é que é a sua opinião?

DT: A nível do apoio domiciliário, eu acho que as alterações familiares, cada vez mais existem... Cada vez mais a reforma é mais tarde. E não se consegue acompanhar tanto as famílias. Há muitos pedidos, eu tenho muitos pedidos de apoio domiciliário, para situações, não só para idosos, mas para situações, para pessoas mais novas. Por exemplo, pessoas com cancro, que ainda estão no ativo, já começam a pedir apoio. Portanto as deficiências, os acidentes.. já tive alguns utentes que são pontuais que têm acidentes de moto, de carro e que precisam durante um tempo de apoio, as recuperações das próteses isso existe também muito aqui nós temos alguns pedidos, não é só os idosos. Nós temos de estar preparados para isso. Eu tenho uma senhora agora, minha utente que tem cancro e está neste momento de baixa e solicitou-nos apoio domiciliário e portanto aqui talvez a necessidade e o desafio futuro será que a preparação das equipas para lidar com estes casos mais específicos. E acho que isto também tem de se preparar as equipas um bocadinho para desvincular a ideia de que o serviço de apoio domiciliário é só para pessoas idosas; o serviço de apoio domiciliário é para pessoas depois da reforma, mas uma pessoa com 67 anos é uma pessoa nova quando a esperança média de vida é tão elevada agora... Portanto, o alargar dos serviços é um tentar dar resposta a estas situações também da comunidade.

I: Portanto há sempre coisas que vão mudando e nós vamos ter que nos adaptar a estas situações e aqui na sequência um bocadinho do que fomos falando já percebemos que não pode haver um serviço de apoio domiciliário de modelo único temos que nos indo temos que evoluir em função das mudanças temos que nos adaptar a situações lá está específica.

DT: O caso da medicação por exemplo. Nós fomos adaptando: introduzimos a gestão da medicação e este apoio na toma da medicação. O serviço de enfermagem há pessoas que têm situações pontuais de qualquer penso ou porque fizeram uma pequena cirurgia, nós também temos um serviço que vai a casa, portanto isto tudo só vamos nos

adaptando à medida que vão surgindo as situações nós vamos criando respostas para elas.

I: E portanto neste conjunto do que fomos falando qual é que é a sua opinião relativamente ao modelo do serviço de apoio domiciliário aplicado em Portugal isto porque existe uma grande heterogeneidade de outros serviços no contexto europeu com diferentes modos de funcionamento e até com participações de subsídios e portanto aqui qual a sua opinião relativamente ao que temos neste momento a vigorar em Portugal

DT: Falando aqui pela minha instituição eu acho que nós adaptamo-nos muito ao nosso meio. Se calhar há situações há coisas que nós fazemos que em meios rurais são mais difíceis de se aplicar, não quer dizer que não haja solução ou que não se possa fazer. Relativamente a outros países da Europa da Europa ou outros países fora da Europa nós temos que pensar que naquilo que nós somos, como é que funciona o povo português que não tem nada a ver depois com o inglês ou com o francês. Portanto temos que olhar para a nossa comunidade porque como nós estávamos a falar ainda há pouco os ingleses, os alemães, os nórdicos... noutros países as coisas são vistas de forma diferente.

Portanto a nível de serviço de apoio domiciliário eu acho que não funciona da mesma forma ou para funcionar aqui da mesma forma que funciona nestes países a mentalidade se calhar quando nós formos utentes quando nós formos utentes já vamos ver as coisas de outra maneira

Temos que nos adaptar um pouco aos contextos em que estamos inseridos e eu aqui apanho uma parte rural e uma parte cidade uma zona completamente cidade a nova Leiria está inserida na cidade mas a minha parte rural também está a 3 km e meio de Leiria. Portanto as coisas estão a mudar, a pouco e pouco estão a mudar e nós temos que nos adaptar a isso. Vamos criando soluções, como o SAD 24 surgiu porque havia a necessidade de utentes que ficavam sozinhos lá está mas que ainda querem viver na casa deles e os filhos já não estão lá, já estão fora e se durante a noite acontecer alguma coisa quem é que os pode ajudar? Como nós não podemos estar lá 24 horas por mês, surgiu esta hipótese.

Porque neste momento todos os meus utentes, é outra situação que eu não tinha no início, mas neste momento todos os meus utentes têm telemóvel, têm todos acesso. Portanto é uma realidade se calhar diferente e portanto é bem possível que daqui a uns anos o serviço esteja alterado e estruturado de outra maneira porque as gerações são outras e as necessidades são outras. Será certamente diferente.

E a evolução tem que ser, se há evolução em tudo... portanto também tem que haver evolução aqui.. nós não podemos estagnar e o engraçado é que são eles, as famílias e os idosos, é que nos dão ideias de projetos ou de como criar novas respostas.

É mesmo isto aqui em conclusão também que as necessidades ditam novas respostas e o trabalho destas instituições é adaptar-se ao meio, adaptar-se sempre ao meio e portanto sempre criar soluções e ser um serviço que não seja estanque, que está sempre aberto à mudança e a aceitar as propostas que nos fazem e tentar resolver ao máximo as situações das pessoas. Eles são os nossos clientes, eles é que nos criam as situações nós temos que arranjar respostas para elas.

I: É mesmo isso, obrigada.

APÊNDICE 7

Transcrição da Entrevista - Instituição 1

Observações

Entrevistada: Diretora Técnica (código DT)

Data da Realização: 20 de maio de 2024

Formato: Presencial

Duração: 47 minutos

Investigadora (I): Antes de mais e antes de iniciar, agradecer a colaboração e a disponibilidade para participarem neste estudo e também por receber e partilhar a sua experiência enquanto aqui responsável desta resposta. E portanto, para iniciar, qual a sua formação académica?

Diretora Técnica (DT): Primeiro eu sou licenciada em Gestão de Recursos Humanos, foi a minha primeira licenciatura e quando eu vim para a X..., há 18 anos atrás, eu só fazia a parte da Gestão de Recursos Humanos. Porque só havia a parte escolar, nós só trabalhávamos com escolas, portanto com a infância. Porque a X... era a Associação dos X.... Isto era a designação antiga da X... e nós só trabalhávamos com a infância, mas sempre houve o sonho de chegar à terceira idade. Foi sempre uma ideia do nosso presidente, que ainda hoje é um dos fundadores da X.... E pronto, primeiro trabalha sempre com a área da infância e fazia a Gestão dos Recursos Humanos. Nós éramos 25 colaboradoras, todas distribuídas por escolas. Eu fazia a gestão das escolas, dos almoços, dos prolongamentos de horário, as reuniões, portanto esta foi a primeira fase na X.... Depois, em 2013, abriu o lar. Antes de abrir o lar, houve, da parte da direcção, a preocupação, durante a construção do lar, de depois contratar recursos humanos e começar o processo do lar. Portanto, eu acompanhei todo o processo de construção e, na altura, eu fui estudar, fui tirar serviço social. Porque, além de... sempre uma área que eu gostei. A área de pessoas é a minha principal. Já vinha dos recursos humanos. Portanto, quando tirei recursos humanos, depois também fiz uma pós-graduação em Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho e uma especialização em Gestão de Recursos

Humanos também. Mas a área social sempre foi... o que gostava mais. E entretanto, tirei a formação, porque eu licenciiei tudo em Serviço Social, que terminei antes do lar estar concluído. Pronto, o que fez com que passasse para aqui.

(...)

I: E, portanto, atualmente o cargo que desempenha?

DT: Sou diretora técnica do Serviço de Apoio Domiciliar e sou a responsável ainda pela parte escolar. Portanto, toda a parte escolar ainda recai sobre mim. Há três anos atrás, deixei a... três, quatro anos, comecei a passar os recursos humanos. Nós somos 65 colaboradoras, portanto, deixámos passar.

I: E, portanto, há quanto tempo é que exerce funções enquanto aqui é responsável do Serviço de Apoio Domiciliar?

DT: Desde 2013, desde que abrimos. Mas, relativamente aqui às funções é tudo o que está relacionado com o apoio domiciliar. E não só, porque.. Portanto, somos... Sou eu e a Dra. X... Portanto, se a X... estiver de férias, todo o conhecimento de lares, centro-dia, cozinha, tudo o que envolve a instituição, nós temos de ter conhecimento. Os projetos, faço sempre parte dos projetos gerais. Portanto, toda a gestão Total da instituição. Tanto eu como a X... temos de ter, porque a falta é de botar a outra. Portanto, eu tenho que ter consciência. E quantos utentes estão em SAD, em centro-dia, em lar... Ou seja, tenho de ter conhecimento de tudo. Do SAD em particular é mesmo tudo.

I: Então, passando aqui um bocadinho ao contexto institucional, como é que funciona o seu serviço de apoio domiciliário?

DT: Funciona de domingo a domingo. Todos os dias da semana. Não é todos os serviços que funcionam de segunda a domingo. Portanto, de segunda a domingo funciona: o serviço de refeição, em que nós levamos almoço, lanche e jantar, sempre. Que é uma das diferenças que tínhamos aqui com os nossos parceiros, ou com as outras instituições aqui da região, é que muitos não serviam ao fim de semana, ou serviam até sábado. E levavam, muitas vezes, as refeições naquele dia para o dia seguinte, ou mais continuidade para o dia seguinte. Nós, desde que abrimos, levávamos sempre, todos os dias.

I: E entregam em períodos diferentes?

DT: Entregamos em períodos diferentes. Vamos à hora de almoço, entre o meio dia e a uma e meia, entregar o almoço e deixamos o lanche. E depois vamos das cinco às seis e meia, sete horas, levar os jantares. Sempre prontos a comer, marmitas de inox térmicas, que se aguentam perfeitamente. A sopa do almoço é feita de manhã, a sopa do jantar é feita de tarde. Nossa cozinha faz cerca de 900 refeições por dia. Só não servimos três dias no ano. Lá está, que é o 24 de dezembro, o 1 de janeiro e o domingo de páscoa. Em todo o caso, utentes que não tenham família ou que precisem da alimentação, é levado no dia anterior a contar o dia seguinte ou também há a possibilidade de vos virem aqui à instituição, desde previamente acordado, podem vir cá passar o dia e comerem connosco.

I: E então, quais são os serviços?

DT: Há a alimentação, depois temos o serviço de higiene, que pode ser também de segunda à sexta ou de segunda à domingo. Pode ser uma vez ao dia, duas vezes ao dia ou até três. Temos utentes que têm três vezes por dia serviço. O tratamento de roupa, que é de segunda à sexta. E a higiene habitacional, também de segunda à sexta. Portanto, entre segunda e sexta fazemos: A higiene habitacional é uma higiene dos espaços comuns. Utenentes que tenham serviços todos os dias. Até é sempre feito todos os dias o quarto e a casa de banho. Um utente que tem higiene, todos os dias é feito a cama, a limpeza do quarto e da casa de banho. Depois, se tiver higiene habitacional, depois damos o jeitinho então na sala, na cozinha, no corredor. Essa arrumação do quarto e da casa de banho, deixamos sempre tudo limpinho. E também os cuidados de imagem: nós cortamos cabelo aos clientes, fazemos depilação, buço, às senhoras, as unhas. Portanto, nós também fazemos esse serviço de estética.

I: E são as auxiliares de ação direto que fazem?

DT: Sim. Nós por acaso temos tido, nós já temos há muito tempo uma auxiliar desde o início connosco que sabe cortar o cabelo. Portanto, vem da área da estética. Portanto, quase sempre é ela que faz, corta o cabelo.

I: Essas são as partes muito interessantes.

DT: E temos duas que fazem depilação, buço. Temos equipamento na instituição. Temos máquinas de cortar cabelo. Nós aqui na instituição temos cabeleireiro. Portanto, nós temos uma sala própria para estética.

I: A sério?

DT: Sim. Também pode vir cá uma cabeleireira fazer. Por exemplo, um utente que tem a cabeleireira, queira vir cá o cabeleireiro fazer. Pode servir-se a nossa sala. Caso contrário, ou funcionárias nossas ou pessoas que nós contratamos para virem cá fazer. Mas do apoio domiciliário há essa possibilidade também. E temos os serviços complementares a esses. Temos a higiene extra, que pode ir até três vezes ao dia. Portanto, a animação também é de segunda a sexta. Se houver atividades com a comunidade que abranjam o fim de semana, também fazemos. Se calhar ao fim de semana um rancho, também fazemos, também participamos. E a nível de outros serviços, depois temos os transportes, acompanhamento de utentes, o serviço de enfermagem, fazemos enfermagem ao domicílio. Serviço de fisioterapia e levar à comunidade, às compras. Acompanhamento ao exterior. Também fazemos muitos, quando pedimos os complementos, ou as revisões de complementos ou à segurança social, muitas vezes também somos nós que acompanhamos alguns dos utentes, quando as famílias não podem. Também fazemos isso.

I: Considera que estes serviços são suficientes?

DT: É assim, suficientes, suficientes nunca são, porque há pessoas que nos pedem mais.

I: Mais o quê?

DT: Mais horários, à noite. Nós temos a teleassistência, já tínhamos falado sobre isso. Portanto, a teleassistência é um serviço que nós temos um contacto 24 horas por dia, a família se requerer. O serviço de teleassistência, o utente tem acesso a esse contacto ou até à própria família. Por exemplo, quando se deslocam, se o utente tem família e a família se desloca para férias ou outras situações, nós estamos sobre vigia 24 horas com esse utente. Se o utente nos telefonar durante a noite, para o que seja preciso, tentamos dar solução. Há famílias que queriam que nós fossemos fazer uma higiene às três da

manhã ou às quatro da manhã. Portanto, as famílias requerem sempre mais serviços. Só que há coisas que nós não conseguimos fazer, que é o alargamento do horário, mais do que porque teríamos de ter o dobro da equipa para funcionar 24 horas por dia. Acho que a nível dos serviços que nós apresentamos aqui na comunidade, todas as pessoas estão satisfeitas com o trabalho. Com os serviços que nós temos. Pontualmente aparece alguém que queria mais, queria acompanhamento, por exemplo, após o jantar, por exemplo, para o deitar, mas quer que os pais se deitem, por exemplo, às dez da noite. Eu teria que ter uma pessoa com disponibilidade para às dez da noite ir deitar o utente. Portanto, isto a nível de horários, e se calhar essa pessoa seria só uma, teria que haver um alargamento de horários, teria que haver mais colaboradores. Há coisas que nos pedem que são muito pontuais. Se todos os nossos utentes pedissem, se calhar havia a possibilidade e justificaria.

Neste caso, não, são coisas muito pontuais, até porque dos meus 60 utentes, neste momento, não tenho ninguém que não tenha familiares de retaguarda e com proximidade. Portanto, a nossa freguesia, apesar de apanhar uma parte rural, mas o rural é a três quilómetros e meio de leiria, portanto, quase todos têm. Também transportes públicos, carros e familiares com disponibilidade para apoiar.

Daí, e como nós prestamos serviços já tão alargados como alimentação e como ser de segunda a domingo, não nos têm pedido nada assim de estranho.

I: E sempre foi assim desde o início, ou seja, sempre tiveram estes serviços desde o início?

DT: Não, a alimentação, sim, os serviços de segunda a domingo foram sempre desde o início. Os serviços que nós fomos completando foi o serviço do SAD 24, que a fisioterapia, a enfermagem e o telefone 24 horas por dia foi um projeto que surgiu depois, que já está em funcionamento também, já bem antes da pandemia. Nós fomos completando os serviços, assim como os horários mediante também as necessidades. Nós vamos até às oito da noite, vamos fazendo o serviço até às oito da noite.

Não temos tido necessidade muito mais do que isso. Lá está, pontualmente aparece alguém que eu gostava que nós pudéssemos ir lá a casa 24 horas por dia. Mas ainda não foi um número de pedidos que justifique.

E mesmo que fosse esse tipo de serviços, nós teríamos que ter uma pessoa, seríamos uma empresa, lá está, de contratação de alguém para colocar em casa uma pessoa 24 horas por dia.

I: Agora, aqui, relativamente à resposta, o serviço de apoio domiciliário, quais é que são as potencialidades que, a seu ver, o SAD tem?

DT: Para mim, a resposta de apoio domiciliário, eu acho que é a primeira de todas, no sentido em que nós conseguimos manter os utentes o mais tempo possível no meio familiar e no meio deles, no habitat deles. Ninguém quer sair do seu meio, não é? No sentido que pertence, não é? O abandonar o meio. E nós, latinos, gostamos muito de ter as nossas coisas, nós somos proprietários das nossas coisas. Ainda há muito este que em outros países nórdicos já não acontece. As pessoas facilmente trocam de casa, facilmente saem para ir morar para hotéis. Nós aqui ainda somos muito apegados às nossas coisas. A diferença é que, no serviço de apoio domiciliário, nós conseguimos manter a pessoa em casa, no meio dele, o mais tempo possível, mas desde que esse serviço seja prestado enquanto a pessoa tiver qualidade de vida. Porque há determinadas situações e há determinados casos em que depois nós conseguimos ver que não é possível a pessoa continuar ali. Porque já não se justifica.

Muitas casas não têm acessos para cadeiras de rodas, não permitem as pessoas. Não estão adaptadas. Não estão adaptadas e aí começa a condicionar muito a vida das pessoas. E só nesses casos é que eu acho que o serviço de apoio domiciliário já não se adequa.

Mas enquanto a pessoa conseguir estar bem. E com qualidade de vida. E com qualidade de vida em casa. De preferência, sim. E nós como os prestamos muitos serviços, mesmo acompanhamentos médicos, acompanhamentos de hospital, aquisição de bens, também fazemos aquisição de bens com alguns utentes. Fazer umas simples análises, levá-los a fazer umas análises, levá-los a comprar óbitos, o que acontece. Portanto, tudo isso enquanto nós conseguimos prestar este tipo de serviços e que eles se mantenham bem. Eu acho que o serviço de apoio domiciliário é a melhor resposta.

Até porque nós a nível de animação. Temos a animação ao domicílio. Mas nós, a instituição permite que muitos dos nossos utentes façam animação aqui. Ou seja, o

nosso serviço de apoio domiciliar tem uma vertente um bocadinho às vezes de centro de dia.

Porquê? Porque nós, eu tenho muitos utentes de apoio domiciliar, eu a virem aqui à instituição passar tardes. Ou passar manhãs. Eu, por exemplo, tenho dois utentes que vêm sempre às aulas de ginástica. À segunda e à quinta-feira de manhã aqui na instituição. Integram os utentes de lar e de centro de dia, integram o grupo e vêm aqui fazer. Vêm participar. Assim como há um grupo de teatro também que envolve os utentes de lar, centro de dia e apoio domiciliar. E a maior parte dos ensaios são feitos aqui. Nós vamos buscar os utentes a casa. Eles vêm ensaiar aqui.

I: E a nível de limitações, constrangimentos?

DT: Essas limitações dentro de quê?

I: Da resposta de serviço de apoio domiciliar e quais as limitações considera que ainda existem?

DT: É assim, a nível de limitações tem a ver um pouco com a resistência. E às vezes a aceitação, a primeira impressão de alguém lá ir a casa mexer nas coisas deles, entrar no espaço deles, às vezes não é o mais fácil. Porque a população que nós estamos neste momento... Há 10 anos atrás, os meus utentes de sábado não têm nada a ver com os meus utentes de sábado agora. Há 10 anos atrás havia uma resistência, se calhar, muito grande. Porque não havia um conhecimento tão grande destas respostas e de como é que elas funcionavam. E também os nossos idosos eram pessoas mais fechadas, talvez. Há 10 anos atrás, quem estava como idoso eram outros tipos de pessoas que nós agora não temos. Tenho utentes com carta de condução e não tenho nenhum utente analfabeto. Portanto, isto muda muito. Se calhar, há 10 anos atrás eu tinha mais utentes que não sabiam ler nem escrever. O que também dificultava o contacto. Nós trabalhamos neste momento muito com telemóveis, com os tablets. Fazemos muitas atividades com eles com tablets, videochamadas.

I: Isto também é geracional, não é? As necessidades de há 10 anos não são as duas e certamente daqui a 10 anos não serão as mesmas.

DT: Nós um dia também... Já será diferente. Já será diferente e já quereremos outras coisas.

I: E relativamente aos desafios, às atuais necessidades futuras, desafios do SAD daqui em diante, qual é que é a sua opinião?

DT: A nível do apoio domiciliário, eu acho que as alterações familiares, cada vez mais existem... Cada vez mais a reforma é mais tarde. E não se consegue acompanhar tanto as famílias. Há muitos pedidos, eu tenho muitos pedidos de apoio domiciliário, para situações, não só para idosos, mas para situações, para pessoas mais novas. Por exemplo, pessoas com cancro, que ainda estão no ativo, já começam a pedir apoio. Portanto as deficiências, os acidentes.. já tive alguns utentes que são pontuais que têm acidentes de moto, de carro e que precisam durante um tempo de apoio, as recuperações das próteses isso existe também muito aqui nós temos alguns pedidos, não é só os idosos. Nós temos de estar preparados para isso. Eu tenho uma senhora agora, minha utente que tem cancro e está neste momento de baixa e solicitou-nos apoio domiciliário e portanto aqui talvez a necessidade e o desafio futuro será que a preparação das equipas para lidar com estes casos mais específicos. E acho que isto também tem de se preparar as equipas um bocadinho para desvincular a ideia de que o serviço de apoio domiciliário é só para pessoas idosas; o serviço de apoio domiciliário é para pessoas depois da reforma, mas uma pessoa com 67 anos é uma pessoa nova quando a esperança média de vida é tão elevada agora... Portanto, o alargar dos serviços é um tentar dar resposta a estas situações também da comunidade.

I: Portanto há sempre coisas que vão mudando e nós vamos ter que nos adaptar a estas situações e aqui na sequência um bocadinho do que fomos falando já percebemos que não pode haver um serviço de apoio domiciliário de modelo único temos que nos indo temos que evoluir em função das mudanças temos que nos adaptar a situações lá está específica.

DT: O caso da medicação por exemplo. Nós fomos adaptando: introduzimos a gestão da medicação e este apoio na toma da medicação. O serviço de enfermagem há pessoas que têm situações pontuais de qualquer penso ou porque fizeram uma pequena cirurgia, nós também temos um serviço que vai a casa, portanto isto tudo só vamos nos

adaptando à medida que vão surgindo as situações nós vamos criando respostas para elas.

I: E portanto neste conjunto do que fomos falando qual é que é a sua opinião relativamente ao modelo do serviço de apoio domiciliário aplicado em Portugal isto porque existe uma grande heterogeneidade de outros serviços no contexto europeu com diferentes modos de funcionamento e até com participações de subsídios e portanto aqui qual a sua opinião relativamente ao que temos neste momento a vigorar em Portugal

DT: Falando aqui pela minha instituição eu acho que nós adaptamo-nos muito ao nosso meio. Se calhar há situações há coisas que nós fazemos que em meios rurais são mais difíceis de se aplicar, não quer dizer que não haja solução ou que não se possa fazer. Relativamente a outros países da Europa da Europa ou outros países fora da Europa nós temos que pensar que naquilo que nós somos, como é que funciona o povo português que não tem nada a ver depois com o inglês ou com o francês. Portanto temos que olhar para a nossa comunidade porque como nós estávamos a falar ainda há pouco os ingleses, os alemães, os nórdicos... noutros países as coisas são vistas de forma diferente.

Portanto a nível de serviço de apoio domiciliário eu acho que não funciona da mesma forma ou para funcionar aqui da mesma forma que funciona nestes países a mentalidade se calhar quando nós formos utentes quando nós formos utentes já vamos ver as coisas de outra maneira

Temos que nos adaptar um pouco aos contextos em que estamos inseridos e eu aqui apanho uma parte rural e uma parte cidade uma zona completamente cidade a nova Leiria está inserida na cidade mas a minha parte rural também está a 3 km e meio de Leiria. Portanto as coisas estão a mudar, a pouco e pouco estão a mudar e nós temos que nos adaptar a isso. Vamos criando soluções, como o SAD 24 surgiu porque havia a necessidade de utentes que ficavam sozinhos lá está mas que ainda querem viver na casa deles e os filhos já não estão lá, já estão fora e se durante a noite acontecer alguma coisa quem é que os pode ajudar? Como nós não podemos estar lá 24 horas por mês, surgiu esta hipótese.

Porque neste momento todos os meus utentes, é outra situação que eu não tinha no início, mas neste momento todos os meus utentes têm telemóvel, têm todos acesso. Portanto é uma realidade se calhar diferente e portanto é bem possível que daqui a uns anos o serviço esteja alterado e estruturado de outra maneira porque as gerações são outras e as necessidades são outras. Será certamente diferente.

E a evolução tem que ser, se há evolução em tudo... portanto também tem que haver evolução aqui.. nós não podemos estagnar e o engraçado é que são eles, as famílias e os idosos, é que nos dão ideias de projetos ou de como criar novas respostas.

É mesmo isto aqui em conclusão também que as necessidades ditam novas respostas e o trabalho destas instituições é adaptar-se ao meio, adaptar-se sempre ao meio e portanto sempre criar soluções e ser um serviço que não seja estanque, que está sempre aberto à mudança e a aceitar as propostas que nos fazem e tentar resolver ao máximo as situações das pessoas. Eles são os nossos clientes, eles é que nos criam as situações nós temos que arranjar respostas para elas.

I: É mesmo isso, obrigada.

APÊNDICE 8

Transcrição da Entrevista - Instituição 2

Observações

Entrevistada: Assistente Social (código AS)

Data da Realização: 22 de maio de 2024

Formato: Online

Duração: 24 minutos

Investigadora (I): Antes de iniciar, obrigado toda a colaboração e disponibilidade para participar neste estudo e também, no caso, por mim receber aqui nesta via online e partilhar a experiência enquanto responsável da resposta do Serviço de Apoio Domiciliário e a opinião da mesma.

I: E, portanto, para iniciar, qual é a sua formação académica?

Assistente Social (AS): Tirei a licenciatura em Serviço Social no Instituto Superior Miguel Torga e fiz o mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social no Instituto Politécnico de Leiria.

I: Neste momento, na instituição, qual é a carga que desempenha?

AS: Estou como assistente social mais virado para o Serviço de Apoio Domiciliário. Embora tenhamos também outras valências de centro de dia, centro de convívio.

I: E há quanto tempo é que exercem essas funções?

AS: Eu já trabalho nesta instituição vai fazer, portanto, em setembro, seis anos. Começamos com um estágio, depois começamos a mudar-nos para projetos e lá está este projeto que acabou por ser um bocadinho mais direcionado, ao SAD e às lacunas que identificamos que pensamos dar a resposta e fazer um serviço mais completo na comunidade. E, portanto, desde 2019, portanto, 2019, 2020, que estou mais afetando o Serviço de Apoio Domiciliário.

I: E relativamente às funções que exercem na SAD, quais é que são?

AS: Eu estou mais virada para a admissão de usuários, acolhimento estes no serviço, articulação com as famílias, aplicação, tudo o que é mais burocrático e toda a papelada. Fazemos também, desde o início, uma pré-entrevista ao utente, tente perceber quais são as suas necessidades, o que é que o traz e o que é que ele acha importante de ter como apoio de Serviço de Apoio Domiciliário, explicamos também todos os serviços que disponibilizamos à comunidade, no âmbito do Apoio Domiciliário. Fazemos uma ficha de admissão, onde procuramos perceber os problemas de saúde, o usuário, uma estrutura familiar, a relação com estes. No caso de haver algum tipo de emergência, quem é seu médico de família, a medicação que está a tomar e até mesmo o contato com a família para a audiência. E também alguma eventualidade que possa ser necessária.

I: Como é que funciona aí na instituição o Serviço de Apoio Domiciliário, aqui relativamente ao acordo de cooperação, ao número de usuários, horários, modos de funcionamento?

AS: O nosso Serviço de Apoio Domiciliário funciona de segunda a sexta, das 9h às 17h30 e ao sábado, das 9h às 13h. Ou seja, disponibilizamos, por exemplo, o Serviço de Alimentação, com reforço. Neste caso é um serviço em que preparamos as refeições da manhã e ao almoço vai um dia carne, outro dia peixe, sopa, pão, fruta ou sobremesa e para a noite vai o reforço da mesma coisa que foi feita ao almoço. Isto é segunda a sexta. Ao sábado temos também essa possibilidade, sendo que temos também, a possibilidade de enviar o reforço para o domingo, mas lá está, acaba por ser sempre a mesma comida do sábado. Também a higiene pessoal, a higiene habitacional, o tratamento de roupas, temos os cuidados de imagem quando é necessário articulamos com uma cabeleireira para tratar todos esses processos. No caso das pessoas sem retaguarda familiar realizamos também um acompanhamento mais próximo, procuramos fazer o acompanhamento, às consultas, verifique o que é necessário da medicação e realize esse tipo de compras, tanto na farmácia como no supermercado local. Fazemos as caixinhas da medicação, mas temos também o serviço de teleassistência, o Helphone, que não sei se conhece, é uma pulseirinha que eles têm ligada a uma rede fixa e que, quando acontece alguma emergência, eles carregam no botãozinho, isto é uma pulseirinha que temos com o município de Ancião, carregam no botãozinho e é logo acionado, tanto a ambulância quanto a polícia. Isto é muito útil porque aqui vivemos numa zona rural,

onde as pessoas estão muito dispersas nas habitações, acabam por passar muito tempo sozinhas, pois as famílias acabaram muitas das vezes por emigrar e então é um serviço que é mesmo muito... Especialmente para as pessoas que estão mais sozinhas.

I: E têm apoio noturno?

AS: Neste momento foi uma coisa que começou com o projeto. Estamos a tentar manter-nos, não é muito fácil porque, pronto, acaba por ser uma das dificuldades que eu acho que grande parte das instituições sente, que é os turnos. E aqui não existe propriamente um turno, mas a parte noturna, a parte de trabalho, não é muito difícil.

I: Pois, é mais difícil.

AS: Acaba sempre por ser mais difícil, ou seja, uma pessoa entra por volta das 5, 5 e meia. No verão tentamos sempre que seja um bocadinho mais a partir das 6 porque eles acabam por estar mais tempo, ainda é de dia, ainda acham muito cedo para ir ajudar a deitar, enquanto que no inverno às 5 e meia já é tarde, porque já é de noite.

I: Pois, essa gestão, não é?

AS: É, e então funciona de segunda a sábado. Temos sempre o domingo como dia de folga da funcionária.

I: E aqui o acordo de cooperação tem para quantos usuários?

AS: Acordo de cooperação para 42 usuários.

I: E neste momento o seu número de usuários?

AS: Está completo, sim. Temos alguns usuários extra-acordados, mas não temos felizmente uma lista de espera. Temos a opção de dar sempre resposta.

I: Esses usuários fora do acordo depois funcionam como vagas privadas, é isso?

AS: Não, funciona na mesma forma, com o cálculo da partilha igualmente pela segurança social, dependendo da reforma e das despesas, pronto, com o acréscimo que depois não temos o acréscimo da partilha da segurança social.

I: E relativamente aos serviços... que serviços oferecem aos clientes?

AS: Temos seis colaboradores, não sei se interessa dizer, seis colaboradores relacionados com a SAD, que são distribuídos por três voltas. As voltas são organizadas por zonas, ou seja, há dois colegas que vão para a zona de cima da freguesia, outras que vão para a zona do meio e outras que vão para a zona de baixo. Estas voltas não são sempre fixadas por várias razões, tanto pelos usuários, Quanto pelas funcionárias, que é importante, pelo menos de meio e meio ano, ser feita uma rotatividade das voltas, ou seja, trocam os colegas entre si, entre equipe, ou seja, há um colega que acaba sempre por estar um ano nessa volta. Nos últimos seis meses, há outra que entra. E vai sempre ter rotatividade.

I: Portanto a rotatividade no fundo são seis em seis meses, ou seja, se troca um membro de cada volta, não é?

AS: Exatamente.

I: Já falamos dos serviços. E agora, na sua lógica, estes serviços são suficientes?

AS: É sim, eu gosto muito. Eu acho que há usuários que precisariam todos os dias. Sabemos que não é fácil, em termos de gestão, e mais somos uma instituição que não tem lar. Portanto, somos uma instituição que fecha. Pronto, não temos os turnos propriamente ditos da noite. E pronto, eu sei que num futuro seria muito bom de conseguirmos implementar um serviço todos os dias da semana. Eu acho que era muito pertinente e acho que havia pessoas que precisariam desse serviço, até porque acabam muitas das vezes por ter, porque tem que pedir ajuda a algum vizinho ou a alguma senhora que possa prestar esse cuidado ao domingo. Mas, de um modo geral, pelo menos o feedback que eu tenho deles é que seja suficiente, mas também nunca houve uma adaptação a outra coisa. Mas sei que era algo que lhes faltaria.

I: E, portanto, desde o início tiveram sempre estes mesmos serviços ou, ao longo do tempo, foram acrescentando novos serviços?

AS: Sim. No caso do apoio domiciliário noturno, o prolongamento do horário, a questão da teleassistência, fomos acrescentando mediante necessidades que também foram sentidas por parte dos utentes. No exemplo deste caso noturno, víamos que havia muitas pessoas que precisavam de ajuda à noite, que não tinha cá ninguém que pudesse ajudar na parte do deitar, da medicação da noite, porque também temos muitas pessoas

com problemas de saúde mental. E então... Então, muitas pessoas estão muito isoladas, que às vezes, mais do que o serviço de apoio domiciliário, temos aqui casos de pessoas que querem pagar só para ter lá uma funcionária e perguntar se está tudo bem com eles, conversar um bocadinho com eles e daqui... Desta forma, quisemos também colmatar um bocadinho a solidão e o isolamento que nos enviavam idosos.

I: E, relativamente aqui ao serviço de apoio domiciliário, quais são as potencialidades? Quais são as potencialidades que identificam no serviço, enquanto respondem?

AS: Acho que o serviço de apoio domiciliário acaba por ser muito importante, porque, como tenho dito, isto é um meio rural, as pessoas passam muito tempo sozinhas. Nós... Eu acho que isso é muito importante, especialmente nas pessoas idosas, porque conseguimos detetar situações e articular com as famílias que muitas das vezes eles, como estão longe, não fornece de igual forma. E com isto refiro-me a problemas de saúde. Vamos falar com as famílias de situações que vamos identificar, seja de alguma forma possível demência, algum problema a nível de saúde em que seja necessário ser visto pelo médico. Já chegámos a encontrar pessoas caídas que, se não fosse lá ninguém da equipe, provavelmente estariam lá ou em algum estágio pior. E eu acho que acaba por dar muita qualidade de vida ou, pelo menos, garantir a satisfação e o bem-estar no processo de envelhecimento. E permite também retardar a institucionalização, que eu acho isso muito importante, porque as pessoas têm muito medo de tudo o que envolve o lar.

I: Querem envelhecer no meio natural deles, não é em casa, onde sempre cresceram, viveram e mantêm essa expectativa também para o processo de envelhecimento.

AS: E eu acho que isto acaba por ser muito... muito bom, porque dá-lhes aqui também alguma segurança de poderem permanecer no domicílio deles durante mais alguns anos e, enquanto for possível, no processo de envelhecimento deles.

I: E agora, relativamente às restrições e limitações?

AS: Então, eu acho que, em termos dos constrangimentos, foi um bocadinho o que já falei aqui. Gostava muito de poder ter um serviço mais alargado, no horário da noite, eu acho que faria todo o sentido, as pessoas se sentirem mais acompanhadas durante a

noite. Aos feriados, aos fins de semana, poder aqui alargar a abrangência que fazemos neste momento ao serviço de apoio domiciliário. Mas, quem sabe, num futuro próximo.

I: Muito bem. E, relativamente à própria resposta, não à sua, mas à própria resposta, quais é que são os constrangimentos da resposta do serviço de apoio domiciliário e o atual?

AS: Eu, por exemplo, no nosso caso da instituição, acho que o constrangimento que sinto atualmente, não de algo que queira implementar, acho que ainda tem a ver um bocadinho com a alimentação. Ou seja, o almoço acaba sempre por ser igual para o jantar, no caso dos que querem. E, mais grave na minha ótica, ou mais difícil ainda, é ser para sábado e para domingo, no caso as pessoas têm almoço e jantar sábado e domingo, ou seja, são quatro refeições iguais. O que, para nós, que já temos, somos mais novos e conseguimos cozinhar, já é difícil. Imagine para os idosos. E, pronto, muitos deles acabam por não ter frigorífico ou microondas, o que para aquecer uma refeição não é tão boa.

I: O SAD não pode ser visto como um modelo único, não é? Tem que evoluir em função das mudanças. Tem que dar respostas. Tem que dar respostas às situações que acabam por surgir, que não são todas iguais e que, portanto, também tem que se ir adaptando a estas situações.

I: E, partindo daqui quais são as necessidades atuais?

AS: Bem, agora foi uma boa pergunta. Então, é assim, eu acho que as necessidades acabam muito por ser um bocadinho nas lacunas que nós já falamos de, ao domingo, estarmos fechados, aos feriados. E eu acho que a necessidade passaria por conseguirmos garantir um apoio diário a essas pessoas, porque acaba sempre por ser difícil, nos feriados e ao domingo, a pessoa continua um manter. Temos aqui, por exemplo, alguns casos de usuários que, durante o dia, vêm para a instituição e ao fim de semana acabam por ter o serviço do SAD. O que é que acontece? São pessoas que precisam de ajuda com a toma da medicação. Tem aqui problemas de saúde mental. O que é que acontece? Ao fim da semana não tomam a medicação, porque não estão cá. Não tenho algum apoio, alguma retaguarda. Não tem alguém de SAD, que lá vai ter uma medicação, ou ao domingo estamos fechados, ou seja, a caixa da medicação do domingo está sempre cheia. E depois acaba sempre por descompensar, ou seja, a segunda-feira a

peessoa está descompensada, acabamos por reformular isso durante uma semana e a pessoa até acaba por estabilizar, mas segunda-feira volta a ser igual, o que acontece sempre ao domingo. Portanto, eu acho que poderíamos aqui garantir mais condições de bem-estar no envelhecimento e o mesmo nível de saúde e do acompanhamento, caso o nosso serviço conseguisse ser mais abrangente. Não diria com SAD 24 horas, mas uma coisa de segunda a domingo e eventualmente, como até já tenho a questão do prolongamento do horário, seja mais extenso para dar resposta às necessidades.

I: E relativamente ao futuro, portanto, as pessoas que envelhecem hoje não são as mesmas que vão envelhecer daqui a 10 anos e, portanto, serão diferentes, têm modos de pensar, modos de viver diferentes e, portanto, isso trará certamente novos desafios e novas necessidades. E, portanto, o que é que acha que serão essas novas necessidades e novos desafios do futuro?

AS: Posso dizer que serão. Então, eu não sei como é que é nas outras instituições, mas eu costumo dizer que se eu envelhecesse e tive pelo menos o que tenho aqui, eu já era feliz.

I: Ok, boa. Porquê?

AS: Porque eu acho que a forma como nós damos também alguma liberdade aos idosos, ou seja, mesmo os que vêm aqui para centro de dia, eles não são obrigados a estar aqui o tempo pendência. Eles podem ir ao supermercado, podem ir aos correios, podem ir à igreja. Isso na minha ótica, a parte da liberdade ao tempo também é muito importante e faz poder de decisão. Claro que nós aqui temos que avaliar sempre se há algum problema de saúde mental ou alguma coisa que a condição decida e tome suas próprias decisões, mas eu acho que cada vez mais vai passar por ser um serviço mais abrangente e mais adequado às necessidades que vão surgir. Acredito que possamos ter um serviço cada vez mais no domicílio, seja em termos de respostas de saúde, seja em termos de serviço de apoio domiciliário. Acredito que no futuro conseguiremos ter muito tipo de acompanhamento que atualmente hoje não temos, porque também ainda não se obtém essa necessidade e que conseguimos ser mais acompanhados no domicílio. Seja aos serviços da comunidade, seja às consultas, tudo isso através do SAD e de acordo com a nossa própria liberdade. Eu idealizo muito, se calhar, um envelhecimento em que, por

exemplo, eu preciso ir ao cabeleireiro e tenho alguém de uma instituição. Preciso ir a uma consulta e tenho alguém. Mesmo tendo família, porque muitas das vezes a articulação com as famílias nem sempre é fácil. Há muitos que trabalham muito longe e nem prontos. Nem sempre as entidades próprias patronais ainda se encontram sensibilizadas para isso.

I: E agora, qual é a sua opinião relativamente ao modelo atual do serviço de apoio domiciliário aplicado em Portugal? Isto porquê? Porque sabemos que existe uma heterogeneidade de outros sistemas no contexto europeu e que nem todos funcionam como o nosso. Portanto, funcionam de modos diferentes. Com participações diferentes, como é o caso, por exemplo, de Espanha e de França, que é um serviço de horas contratualizado, num local mediante o nível de dependência, outros mediante a escolha da pessoa que pretende ter ali a alguém a prestar estes serviços X horas. Isto é apenas um exemplo ilustrativo. E, portanto, qual é a opinião de que tem relativamente ao modelo de SAD aplicado aqui comparativamente e outros? Será que o SAD que temos vai ser sempre assim? Será que não?

AS: É assim. Eu acho que ainda temos muito que evoluir e aprender também com outros países. É verdade que, por exemplo, já me aconteceu aqui um familiar que não é estrangeiro e perguntar, então e quanto tempo é que as senhoras vão lá estar? É uma hora! Aqui dando resposta ao exemplo que eu estava dando. Mas pronto. Infelizmente, eu acho que... Acho que a comparticipação acaba sempre por ser pouca e especialmente nestes meios rural em que as pessoas têm reformas muito pequenas. E a verdade é que muitas das vezes, o que é que acontece? Há... Tenho conhecimento que há instituições que procuram dar resposta aos idosos com uma reforma maior. Porquê? Porque isso também implica uma comparticipação maior deles e igualmente a segurança social. E eu acho que aqui ainda acabamos muito por diferenciar. E isso está errado. Nós aqui, por exemplo, é uma realidade. Temos muitos idosos em que as reformas são baixíssimas. Mas também eles começam a precisar de apoio, não é? E eu acho que temos que garantir também essa parte. Acho que quem sabe o Estado resolve aqui muitas das lacunas que são identificadas no setor da Velhice. Seja em termos de envio de saúde, seja em termos de respostas, porque eu costumo dizer que isto é tudo muito bonito, creches grátis, lares, isto é fantástico, mas não há vagas. Ou seja, as pessoas continuam sem resposta. E isto

aplica-se nas crianças e nos idosos. Ou seja, as pessoas querem lá, mas não têm. Chegamos a um ponto, e vejo aqui pela minha zona, que nem privado nem público. E continuamos, mesmo nos públicos, a ter listas de espera infinitas, porque nem todos têm a possibilidade de frequentar um lar privado. E portanto, o meu desejo, e o que eu gostava mesmo que acontecesse num futuro próximo, é que todos nós que envelhecemos nos conseguíssemos ter a possibilidade de ter uma resposta adequada em função da nossa reforma e do que conseguimos pagar. Porque há muitos casos em que as pessoas estão no domicílio, não têm condições para estar no domicílio, mesmo assim têm de estar porque não têm vaga noutra sítio e não tenho dinheiro para pagar um privado.

I: E aqui é uma última pergunta, que não estava prevista, mas que vem na sequência daquela estávamos aqui a falar, que é o seguinte, de todas as respostas na área do envelhecimento, será ou não o serviço de apoio domiciliário? O primado das respostas do envelhecimento?

AS: O primado no sentido para a melhor das respostas?

I: Sim, exatamente.

AS: É assim, eu acredito que com um maior acompanhamento, seja da saúde, seja do serviço de apoio domiciliário, nós vamos conseguir aqui retardar muito a institucionalização. Portanto, acho que o serviço de apoio domiciliário pode ser um forte aliado, até que isso aconteça. De conseguirmos garantir o bem-estar das pessoas. Mas aí eu acho que temos que alargar o período de acompanhamento às pessoas e temos que aumentar a cooperação com outras entidades, seja da segurança social, seja de saúde, seja outros setores que permitem que uma pessoa possa envelhecer com qualidade no domicílio.

I: Obrigada.

APÊNDICE 9
Transcrição da Entrevista - Instituição 3

Observações

Entrevistada: Diretora Técnica (código DT)

Data da Realização: 04 de junho de 2024

Formato: Online

Duração: 23 minutos

Investigadora (I): Já está aqui a gravar. E portanto, antes de iniciar, quero agradecer toda a colaboração e a disponibilidade para participar neste estudo e também aqui por esta disponibilidade em reunir online e partilhar comigo a sua experiência enquanto responsável da resposta do Serviço de Apoio Domiciliário e a opinião sobre a mesma.

I: E portanto, para iniciar, questiono qual a sua formação académica.

Diretora Técnica (DT): Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações.

I: E na instituição, qual o cargo que desempenha?

DT: Diretora Técnica.

I: E há quanto tempo exerce funções enquanto Diretora Técnica do Serviço de Apoio Domiciliário?

DT: Há cerca de 15 anos.

I: E relativamente às funções? Quais são as suas funções?

DT: Olha, então é assim, eu coordeno tanto a resposta do Serviço de Apoio Domiciliário como de LAR, ERPI como de Centro de Dia, temos também o Centro de Convívio, ou seja,

todas essas respostas são coordenadas por mim. Enquanto Diretora de Técnica, também tenho a parte dos Recursos Humanos, tenho que coordenar a logística dos Recursos Humanos, se bem que essa função é partilhada com o meu colega enfermeiro. E tenho também a parte da ação social, todas as responsabilidades e intervenções sociais, as parcerias, os protocolos, os acordos com a Segurança Social, também tudo isso faz parte das minhas funções. Os atendimentos a nível social também.

I: Ok. E relativamente ao seu Serviço de Apoio Domiciliário, como é que ele funciona?

Aqui em termos de acordo de cooperação e, portanto, o número de utentes... os atendimentos, os horários, todas as fases da candidatura, a admissão, o modo de funcionamento, assim, de forma geral.

DT: Exato, geral. Pronto, nós temos, neste momento, temos 25 utentes, apesar de só termos capacidade para 18. E temos acordo de cooperação para 18 utentes. O acordo de cooperação foi estabelecido já em 2009 e depois foi alterado em 2015 para a reafetação também das verbas, mas mediante o número de serviços. O Serviço de Apoio Domiciliário funciona das 7 às 4 da tarde, com uma hora que elas têm de pausa para almoço. E fazemos o serviço tradicional, que é a entrega da alimentação, higiene pessoal. Muitas vezes a higiene pessoal acresce o deitar ou mudança de fralda da parte da tarde. Tratamento de roupa, higiene habitacional. Depois, também associado ao Serviço de Apoio Domiciliário, temos o Serviço de Teleassistência, que é um serviço, digamos, extra, mas que, digamos, complementa o Serviço de Apoio Domiciliário tradicional. Que é o telealarme, ou seja, as pessoas poderão usar uma pulseira e em caso de se sentirem mal, de queda ou assim, ativam uma central telefónica que funciona 24 horas por dia. Mas esse acompanhamento depois direto ao utente já não é feito por nós. Ou seja, é sempre, tem que haver sempre a responsabilidade da família por trás. Ou seja, nós instalamos o equipamento, a pessoa fica com uma chamada, uma ativação de uma chamada de segurança 24 horas por dia, mas depois, por norma, o acompanhamento em caso de necessidade de auxílio é feito pela família. O apoio domiciliário, então, a maior parte dos utentes são grandes dependentes. E um dos serviços mais requisitados. A higiene pessoal e a entrega das refeições.

I: E trabalham a sábado e ao domingo?

DT: Sim, os sete dias por semana. Sempre neste horário, das sete às quatro. Agora, mais recentemente, desde 2022, nós criámos um projeto também, tendo em conta as necessidades do apoio domiciliário, e uma vez que a instituição Santa Casa é muito virada para a área de intervenção com as demências, nós criámos um projeto também, ele complementar o apoio domiciliário, que é a Equipa Emmilea - Equipa móvel multidisciplinar de intervenção local especializada e grupos de autoajuda. E o que é que é a Emmilea? É composta por uma equipa multidisciplinar, uma técnica de serviço social, uma terapeuta ocupacional, uma musicoterapeuta, uma psicóloga, uma técnica de fisioterapia, e penso que não me está a faltar nenhuma, que vão ao domicílio. Ou seja, intervêm com utentes, grandes dependentes ou pessoas com dementes, e vão ao domicílio realizar sessões de intervenção, aproximadamente 45 minutos de cada uma das intervenções. Alguns dos utentes do apoio domiciliário recebem este serviço, também, o serviço Emmilea. Há outros utentes que não fazem parte do nosso apoio domiciliário e que recebem à mesma o projeto de intervenção Emília.

I: Muito bom.

DT: Aqui, assim, o apoio domiciliário deveria ser, obviamente, permitir um acompanhamento mais permanente, porque as equipas são formadas por duas colaboradoras, mas não conseguem estar permanentemente em casa do utente. E muitas vezes os utentes dependentes tanto precisam de ajuda de manhã, como à hora de almoço, como à tarde, como ao deitar, e isso é que é uma das falhas, digamos assim, é uma das necessidades. E uma das necessidades maiores que nós sentimos no apoio domiciliário era alargar o horário das ajudantes domiciliárias e permitir, eventualmente, algum acompanhamento também noturno.

I: Ok. Portanto, aqui, em termos dos serviços, já falámos e aqui a outra questão que tinha era se os serviços que têm são suficientes. Portanto, já me disse que aqui a maior lacuna é o horário.

DT: Sim, o horário. Digamos, haver um acompanhamento mais permanente, porque estamos a falar de utentes. Nós, o apoio domiciliário, digamos que é para retardar a institucionalização do utente e para permitir que o utente permaneça na sua habitação. E quando é, se for um apoio pontual que o utente necessita, o apoio domiciliário nestes modos é suficiente. Contudo, a maior parte dos utentes cada vez estão mais dependentes mesmo nos domicílios. E para nós conseguirmos essa resposta, deveria haver um serviço mais alargado em termos de horário e conseguissem passar mais vezes, ou seja, conseguissem um apoio de mais tempo. E também, depois, a inovação ao nível do apoio domiciliário acho que também é importante. Ou seja, haver capacidade de resposta mesmo ao nível do apoio para as compras, das idas e idades. Acompanhamento a consultas, resolução de pequenos problemas e pequenas reparações no domicílio. Mas aí, digamos que é uma necessidade, mas a solução não será muito fácil. Ou tendo uma base de dados com várias pessoas disponíveis e que a instituição consiga assegurar os recursos humanos permanentemente e quando é necessário intervir. Porque este modelo, assim, só de apoios pontuais, poderá não ser fácil de constituir e de organizar. Mas acho que era importante diversificar a resposta domiciliária em situações pontuais para estas necessidades dos utentes.

I: Ok. E, portanto, já me disse que os vossos serviços são um bocadinho aqui à volta dos serviços tradicionais.

DT: Sim.

I: Mas aqui a questão da teleassistência e da equipa Emmilea são serviços que vocês foram acrescentando, digamos assim, porque também se foram apercebendo que era uma necessidade dos clientes.

DT: Exatamente.

I: Portanto, à medida que vão tendo este feedback dos clientes e vão se apercebendo novas necessidades, vão tentando também, de alguma forma, criar serviços que possam colmatar.

DT: Exatamente. Foi mesmo nesse sentido. É mesmo nesse sentido. Ou seja, a teleassistência quase como... Não podemos estar todo o tempo, mas pelo menos o utente tem ali uma segurança que em caso de precisar pode auxiliar, pode obter ajuda, não é? E a equipa Emmilea, mais no sentido de intervenção especializada, consultas. Muitas vezes para os utentes é difícil mesmo a deslocação ou o pagamento das consultas. Criámos o projeto Emília no sentido de levar essas terapias mesmo ao domicílio do utente.

I: E o utente ter de uma forma mais economicamente mais barata, não é? Ter estas consultas no próprio domicílio.

DT: Este, aqui a equipa Emmilea, é um projeto extra apoio... Neste momento o acordo de cooperação com a Segurança Social só está a feto ao SAD, o SAD tradicional. A teleassistência não está incluída neste apoio. O apoio do acordo de cooperação. Nem a equipa Emília, ou seja, isto tudo são serviços. É isto, digamos assim, que a instituição desenvolveu. O serviço de teleassistência, por exemplo, a instituição paga a uma empresa parceira, que é a Helphone, que faz estes atendimentos, digamos assim. Nós fazemos a instalação do equipamento e o acompanhamento dos utentes, mas a central telefónica é então da Helphone. Os equipamentos também são da Helphone. Depois a equipa Emília foram projetos de fundos europeus. Uma do POISE, o Programa de Parcerias para o Impacto. E a outra, neste momento que estamos a ser financiados por uma candidatura ao BPI, foram estes financiadores que nos permitiram, lá está, desenvolver este projeto. O projeto de Emília, por exemplo, está previsto terminar em fevereiro de 2025. Se até lá não encontrarmos outra alternativa de financiamento, seja através dos fundos europeus, seja através de candidaturas de mais entidades particulares, a instituição não poderá continuar a desenvolver esta resposta.

I: Depois, também há essa questão, não é? Porque muitas vezes estes projetos que até são super benéficos para os utentes e que acabam por também ser ali um reforço, aqui em questões de saúde, em questões de ocupação dos tempos livres, funcionam muito através de candidaturas, mas que são limitadas no tempo. E depois as próprias instituições não têm forma de garantir essa sustentabilidade. Infelizmente. No fundo,

quem acaba por ser prejudicado acaba por ser novamente o utente, porque até se estava a habituar a um serviço que estava a ser benéfico com toda a certeza para ele.

DT: Exatamente. E que o vai deixar ter. E já demonstrou imensos resultados este projeto, nomeadamente do Emmilea. Lá está, na candidatura ao POISE nós temos que apresentar mesmo o impacto obtido e revelou-se muito benéfico. E é pena realmente que em termos de sustentabilidade a instituição, se não tiver este apoio, seja da Segurança Social, seja de outra entidade, sozinha uma instituição não consegue assegurar o pagamento de todo o projeto.

I: Claro.

DT: E nós aplicamos mensalidades aos utentes, apesar de pagarem uma mensalidade baixa e que poderá ainda ser ajustada ao rendimento do utente, mas pagam, pagam alguma coisa, mas não é suficiente para os custos de uma resposta deste tempo.

I: Claro, pelo que me disse, são cinco técnicos superiores e, portanto, só em termos de recursos humanos tenho a certeza que é a maior carga financeira, são os recursos humanos, mas que também são serviços especializados que os utentes precisam, não é?

DT: É, sem dúvida, sim.

I: Ok, então e continuando, quais é que são as potencialidades que vê e que identifica no Serviço de Apoio Domiciliário? De forma geral, não só no seu, mas também de forma geral, enquanto resposta.

DT: Exatamente, eu acho que cada vez mais os utentes pretendem ficar nas suas casas, eu acho que é a resposta do futuro, é mesmo o apoio domiciliário. E então, ou nós inovamos nesse apoio e conseguimos dar resposta às necessidades, ou depois o apoio domiciliário tradicional já não será suficiente. Por isso acho que uma das potencialidades é mesmo inovar e criar respostas de apoio domiciliário mais alargadas, mais especializadas, criativas, inovadoras. E também estamos numa fase de era digital, não é? E acho que temos que aproveitar também aqui a questão das novas tecnologias, não sei,

muitas vezes através de um auxílio permanente de monitorização dos sinais, haver uma maior relação também através aqui dos computadores e das redes sociais. Penso que aqui as questões, o futuro passará muito por aí. Depois outra vertente que eu acho que também tem que ser mais explorada a nível do apoio domiciliário é a parte da saúde. Por muito que o nosso sistema nacional de saúde tenha algumas respostas a esse nível, muitas vezes não são suficientes e acho que também era uma mais-valia e cabia aqui a hipótese de crescimento e de alargar o apoio domiciliário também a nível dos tratamentos médicos e tratamentos de enfermagem no domicílio.

I: E agora o inverso. Quais são as limitações que identifica? Já fomos aqui conversando um bocadinho e também identificando, mas que constrangimentos, que limitações?

DT: As limitações é porque realmente um serviço de apoio domiciliário é um serviço muito complexo ou poderá exigir muitas respostas, não é? E uma instituição muitas vezes não se consegue aplicar de uma forma muito diversificada porque também exige muito mais recurso humano, não é? E mesmo alargar a resposta no tempo vai exigir uma maior carga horária e uma maior capacidade de recursos humanos e que as instituições não estão preparadas para isso. A principal limitação é mesmo essa, é a da dificuldade nos recursos humanos e também não só a nível do pagamento como ao nível da contratação. Neste momento o que nós reparamos tanto para ajudantes de lar como para ajudantes domiciliárias, nós temos muita dificuldade em recrutar recursos humanos. Já não estou a falar em seleccionar. É recrutar mesmo, não é? O recrutamento, temos muito poucas candidaturas de pessoas que procuram esta área para trabalhar.

I: E um bocadinho também, isso vai um bocadinho ao encontro daquilo que falávamos há pouco, que é também a questão financeira, não é? Porque são trabalhos muito exigentes.

DT: Exatamente.

I: Física e psicologicamente, porque elas lidam diariamente com utentes com muitas questões de saúde mental e depois o retorno que têm não compensa de todo.

DT: A responsabilidade. A dedicação. A disponibilidade horária.

I: Exatamente. E depois não são remunerados em proporção.

DT: De igual valor, exatamente.

I: Exatamente.

DT: É mesmo isso.

I: E relativamente ao futuro, como é que idealiza um serviço de apoio domiciliário no futuro? Que as necessidades que passarão também pelo futuro do serviço de apoio domiciliário, como é que acha que vai ser?

DT: O ideal, e eu penso que o futuro terá que passar mesmo por aí, é o alargamento do horário. Ou seja, permitir o acompanhamento de uma forma mais permanente. Com mais recursos humanos, com mais intervenção, não só... Por exemplo, nós trabalhamos das sete às quatro. Há utentes que beneficiavam do deitar por volta das sete, oito horas. E de dar o jantar. Eu acho que o serviço de apoio domiciliário tinha mesmo que ser um serviço de forma ininterrupta. Ou seja, 24 horas por dia, tal como um lar. Mas que fossem ao domicílio neste espaço horário. É claro que isso irá exigir uma carga horária muito elevada e muitos recursos humanos. Mas eu acho que passará muito por aí. Por haver aqui um maior acompanhamento em nível de tempo e de forma mais permanente. Porque no fundo as pessoas também não querem sair da habitação delas. Vão sempre preferir criar condições para que se possam manter o máximo de tempo possível. E, portanto, aqui o futuro então passará pelo serviço de apoio domiciliário 24 horas. No fundo é isso. 24 horas.

I: Exatamente.

I: E agora a última questão. E porque aqui e só contextualizando um bocadinho. E que já falámos também que não pode haver um modelo de serviço de apoio domiciliário único.

Portanto, deve evoluir em função das mudanças. E respondendo a situações específicas e complexas que nos vão chegando através das necessidades dos utentes. Considerando isto, comparativamente ao modelo de SAAD com outros países da Europa. Nós sabemos que existe uma grande heterogeneidade de outros sistemas no contexto europeu. Nem todos funcionam como funciona o modelo português. Têm modos de funcionamento diferentes. Modos de financiamento. Falávamos tanto do financiamento. E há noutros países o financiamento é quase total. E portanto, como é que acha que isto aqui... Qual é que é a sua opinião aqui sobre esta questão do comparativo entre Portugal e outros países? Como é que será no futuro?

DT: Eu não conheço muito bem. Sou sincera. Não conheço muito bem a tipologia do serviço de apoio domiciliário noutros países. Mas sem dúvida a existência de um financiamento maior iria permitir muito mais às instituições poder, lá está, poder intervir numa outra amplitude. Numa outra resposta. Neste momento o que nos limita mais a intervenção é sem dúvida a questão dos recursos humanos e da capacidade de pagamento. Se houvesse o financiamento, seja pela Câmara, seja pelo estado, o maior financiamento da resposta de apoio domiciliário, obviamente que aí conseguiríamos alargar... Para mim seria o futuro do apoio domiciliário. O acompanhamento mais permanente e de uma forma mais continuada. Penso que seria por aí. Acho que é interessante.

I: Portanto, é aqui também este objetivo. É conseguir comparar como é que funciona noutros países. Que se calhar até estão um passinho à nossa frente.

DT: Exatamente.

I: E tentar perceber se isso é um futuro próximo ou um futuro ainda longe para Portugal.

DT: Mas que eu acho que o caminho tem que passar um bocadinho por aí. Por todas as instituições e todas as entidades haver uma maior colaboração.

I: Nós temos, por exemplo, em França, funciona com uma contratualização de X horas. E eu penso, no meu caso, quando eu for utente de um serviço de apoio domiciliário. Eu se calhar não vou gostar que uma equipe entre em minha casa às sete e meia. Porque começou a trabalhar às sete. E portanto, está tudo certo. Mas eu se calhar vou querer dizer: Quero que vocês venham cá X horas por dia dentro destes horários. E portanto, isso já acontece noutros sítios. E se calhar nós também vamos ter que evoluir um bocadinho nesse sentido...

DT: Exatamente. Para dar resposta também... Uma resposta mais concertada e mais adequada a cada um dos utentes.

I: Mais personalizada, no fundo.

DT: Exatamente, sim, sim.

I: Pronto, e depois há pouco aquilo que falou. Também a valorização dos recursos humanos.

DT: Ou seja, seja em termos de formações. Seja em termos dos salários. Acho que realmente tem que haver aqui uma diferenciação e uma valorização destes recursos humanos. Porque senão nós não conseguimos nunca cativar bons profissionais. E profissionais especializados. E quem trabalha com pessoas com patologia realmente tem que ser pessoas devidamente qualificadas. Devidamente valorizadas. Mas as instituições da forma que estão não conseguem elas próprias fazer essa compensação. Acho que tem que ser mais a nível das instituições superiores a nós.

I: E as questões de saúde mental cada vez são mais. É como disse. Tem mesmo que ser recursos humanos qualificados e preparados para lidar com estas situações. Porque não é fácil.

DT: Exatamente, sim. É exigente.

I: Dr^a esta era a minha última questão aqui. A comparação com outros serviços de apoio domiciliários. E agradeço muito mais uma vez a participação e a colaboração. Muito obrigada.

DT: Muito obrigada.

APÊNDICE 10
Análise de Conteúdo

Categoria	Subcategoria	Entrevistado	Unidades de Registo (Excertos das Entrevistas)
Caraterização do Entrevistado e Experiência Profissional	Formação Académica	DT Inst1	<i>“Primeiro eu sou licenciada em Gestão de Recursos Humanos, foi a minha primeira licenciatura e quando eu vim para a X..., há 18 anos atrás, eu só fazia a parte da Gestão de Recursos Humanos. (...) Mas a área social sempre foi... o que gostava mais. E entretanto, tirei a formação, porque eu licenciei tudo em Serviço Social (...)”</i>
		AS Inst2	<i>“Tirei a licenciatura em Serviço Social no Instituto Superior Miguel Torga e fiz o mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social no Instituto Politécnico de Leiria.”</i>
		DT Inst3	<i>“Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações.”</i>
	Percurso Profissional	DT Inst1	<i>“Sou diretora técnica do Serviço de Apoio Domiciliar (...)”</i>
		AS Inst2	<i>“Estou como assistente social mais virado para o Serviço de Apoio Domiciliário. Embora tenhamos também outras valências de centro de dia, centro de convívio.”</i>

		DT Inst3	<i>“Diretora Técnica (...) Há cerca de 15 anos.”</i>
	Funções	DT Inst1	<i>“Mas, relativamente aqui às funções é tudo o que está relacionado com o apoio domiciliário (...)”</i> <i>“Os projetos, faço sempre parte dos projetos gerais. Portanto, toda a gestão total da instituição.”</i>
		AS Inst2	<i>“Eu estou mais virada para a admissão de usuários, acolhimento estes no serviço, articulação com as famílias, aplicação, tudo o que é mais burocrático e toda a papelada.”</i>
		DT Inst3	<i>“Eu coordeno tanto a resposta do Serviço de Apoio Domiciliário como de LAR, ERPI como de Centro de Dia, temos também o Centro de Convívio, ou seja, todas essas respostas são coordenadas por mim. Enquanto Diretora de Técnica, também tenho a parte dos Recursos Humanos, tenho que coordenar a logística dos Recursos Humanos, se bem que essa função é partilhada com o meu colega enfermeiro. E tenho também a parte da ação social, todas as responsabilidades e intervenções sociais, as parcerias, os protocolos, os acordos com a Segurança</i>

			<i>Social, também tudo isso faz parte das minhas funções. Os atendimentos a nível social também.”</i>
Contexto de Intervenção	Funcionamento Geral do SAD	DT Inst1	<p><i>“Funciona de domingo a domingo. Todos os dias da semana. Não é todos os serviços que funcionam de segunda a domingo. Portanto, de segunda a domingo funciona: o serviço de refeição, em que nós levamos almoço, lanche e jantar, sempre”</i></p> <p><i>“Há a alimentação, depois temos o serviço de higiene, que pode ser também de segunda à sexta ou de segunda à domingo. Pode ser uma vez ao dia, duas vezes ao dia ou até três. Temos utentes que têm três vezes por dia serviço. O tratamento de roupa, que é de segunda à sexta. E a higiene habitacional, também de segunda à sexta (...) E também os cuidados de imagem: nós cortamos cabelo aos clientes, fazemos depilação, buço, às senhoras, as unhas. Portanto, nós também fazemos esse serviço de estética.”</i></p> <p><i>“E a nível de outros serviços, depois temos os transportes, acompanhamento de utentes, o serviço de enfermagem,</i></p>

			<p><i>fazemos enfermagem ao domicílio. Serviço de fisioterapia e levar à comunidade, às compras. Acompanhamento ao exterior. Também fazemos muitos, quando pedimos os complementos, ou as revisões de complementos ou à segurança social, muitas vezes também somos nós que acompanhamos alguns dos utentes, quando as famílias não podem. Também fazemos isso.”</i></p>
		AS Inst2	<p><i>“O nosso Serviço de Apoio Domiciliário funciona de segunda a sexta, das 9h às 17h30 e ao sábado, das 9h às 13h. Ou seja, disponibilizamos, por exemplo, o Serviço de Alimentação, com reforço”</i></p> <p><i>“Também a higiene pessoal, a higiene habitacional, o tratamento de roupas, temos os cuidados de imagem quando é necessário articulamos com uma cabeleireira para tratar todos esses processos. No caso das pessoas sem retaguarda familiar realizamos também um acompanhamento mais próximo, procuramos fazer o acompanhamento, às consultas, verifique o que é necessário da medicação e realize esse tipo de compras,</i></p>

			<i>tanto na farmácia como no supermercado local. Fazemos as caixinhas da medicação, mas temos também o serviço de teleassistência”</i>
		DT Inst3	<i>“Pronto, nós temos, neste momento, temos 25 utentes, apesar de só termos capacidade para 18. E temos acordo de cooperação para 18 utentes”</i> <i>“E fazemos o serviço tradicional, que é a entrega da alimentação, higiene pessoal (...) Tratamento de roupa, higiene habitacional. Depois, também associado ao Serviço de Apoio Domiciliário, temos o Serviço de Teleassistência”</i>
	Evolução/Mudanças	DT Inst1	<i>“Os serviços que nós fomos completando foi o serviço do SAD 24, que a fisioterapia, a enfermagem e o telefone 24 horas por dia foi um projeto que surgiu depois, que já está em funcionamento também, já bem antes da pandemia. Nós fomos completando os serviços, assim como os horários mediante também as necessidades.”</i>

		AS Inst2	<i>“No caso do apoio domiciliário noturno, o prolongamento do horário, a questão da teleassistência, fomos acrescentando mediante necessidades que também foram sentidas por parte dos utentes”</i>
Acompanhamento/Avaliação	Posicionamento face às potencialidades e limitações	DT Inst1	<i>“Para mim, a resposta de apoio domiciliário, eu acho que é a primeira de todas, no sentido em que nós conseguimos manter os utentes o mais tempo possível no meio familiar e no meio deles, no habitat deles.”</i> <i>“É assim, a nível de limitações tem a ver um pouco com a resistência. E às vezes a aceitação, a primeira impressão de alguém lá ir a casa mexer nas coisas deles, entrar no espaço deles, às vezes não é o mais fácil.”</i>
		AS Inst2	<i>“E eu acho que acaba por dar muita qualidade de vida ou, pelo menos, garantir a satisfação e o bem-estar no processo de envelhecimento. E permite também retardar a institucionalização, que eu acho isso muito importante, porque as pessoas têm muito medo de tudo o que envolve o lar.”</i>

			<p><i>“Gostava muito de poder ter um serviço mais alargado, no horário da noite, eu acho que faria todo o sentido, as pessoas se sentirem mais acompanhadas durante a noite. Aos feriados, aos fins de semana, poder aqui alargar a abrangência que fazemos neste momento ao serviço de apoio domiciliário.”</i></p>
		DT Inst3	<p><i>“Exatamente, eu acho que cada vez mais os utentes pretendem ficar nas suas casas, eu acho que é a resposta do futuro, é mesmo o apoio domiciliário. E então, ou nós inovamos nesse apoio e conseguimos dar resposta às necessidades, ou depois o apoio domiciliário tradicional já não será suficiente. Por isso acho que uma das potencialidades é mesmo inovar e criar respostas de apoio domiciliário mais alargadas, mais especializadas, criativas, inovadoras. E também estamos numa fase de era digital, não é? E acho que temos que aproveitar também aqui a questão das novas tecnologias (...)”</i></p> <p><i>“Depois outra vertente que eu acho que também tem que ser mais explorada a nível do apoio domiciliário é a parte da saúde.</i></p>

		<p><i>Por muito que o nosso sistema nacional de saúde tenha algumas respostas a esse nível, muitas vezes não são suficientes e acho que também era uma mais-valia e cabia aqui a hipótese de crescimento e de alargar o apoio domiciliário também a nível dos tratamentos médicos e tratamentos de enfermagem no domicílio.”</i></p> <p><i>“A principal limitação é mesmo essa, é a da dificuldade nos recursos humanos e também não só a nível do pagamento como ao nível da contratação.”</i></p>
--	--	---

Transformações	Perspetivas futuras	AS Inst2	<i>“(...) sei que num futuro seria muito bom de conseguirmos implementar um serviço todos os dias da semana. Eu acho que era muito pertinente e acho que havia pessoas que precisariam desse serviço, até porque acabam muitas das vezes por ter, porque tem que pedir ajuda a algum vizinho ou a alguma senhora que possa prestar esse cuidado ao domingo. Mas, de um modo geral, pelo menos o feedback que eu tenho deles é que seja suficiente, mas também nunca houve uma adaptação a outra coisa. Mas sei que era algo que lhes faltaria.”</i>
		DT Inst3	<i>“O ideal, e eu penso que o futuro terá que passar mesmo por aí, é o alargamento do horário. Ou seja, permitir o acompanhamento de uma forma mais permanente.”</i>
	Modelo português vs Modelos europeus	DT Inst1	<i>“Relativamente a outros países da Europa da Europa ou outros países fora da Europa nós temos que pensar que naquilo que nós somos, como é que funciona o povo português que não tem nada a ver depois com o inglês ou com o francês. Portanto temos que olhar para a nossa comunidade porque como nós estávamos a</i>

			<i>falar ainda há pouco os ingleses, os alemães, os nórdicos... noutros países as coisas são vistas de forma diferente.”</i>
		AS Inst2	<i>“É assim. Eu acho que ainda temos muito que evoluir e aprender também com outros países.”</i>
		DT Inst3	<i>“Eu não conheço muito bem. Sou sincera. Não conheço muito bem a tipologia do serviço de apoio domiciliário noutros países. Mas sem dúvida a existência de um financiamento maior iria permitir muito mais às instituições poder, lá está, poder intervir numa outra amplitude. Numa outra resposta. Neste momento o que nos limita mais a intervenção é sem dúvida a questão dos recursos humanos e da capacidade de pagamento. Se houvesse o financiamento, seja pela Câmara, seja pelo estado, o maior financiamento da resposta de apoio domiciliário, obviamente que aí conseguiríamos alargar... Para mim seria o futuro do apoio domiciliário. O acompanhamento mais permanente e de uma forma mais continuada. Penso que seria por aí. Acho que é interessante.”</i>