

Capítulo I - INTRODUÇÃO

O actual contexto de envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida e o aumento significativo de situações de dependência na velhice, provocam profundas alterações na dinâmica da sociedade actual. Esta realidade implica respostas sociais e económicas adequadas, colocando desafios às estruturas sociais de apoio à velhice e a situações dependência. Simultaneamente, as configurações e organizações familiares sofreram grande mudanças. Se, noutros tempos competia aos filhos o cuidar dos pais até à sua morte, hoje em dia, a dinâmica é distinta e o ritmo laboral da família, o acesso das mulheres ao mercado de trabalho e todo o contexto sócio-cultural restringe o cuidado informal prestado aos familiares idosos.

Pimentel (2007) salienta que, actualmente, o bem-estar das pessoas idosas não depende somente das redes familiares e sociais (amigos e vizinhos) mas também de uma participação governamental mais activa e não da sua demissão como se tem vindo a presenciar.

Neste sentido surgem e ganham relevo serviços e entidades prestadoras de cuidados/apoio à velhice. Os lares, centros de dia, centros de convívio, residências, serviço de apoio domiciliário, surgem como respostas sociais prestadoras de cuidados formais, que apoiam os familiares do idoso nos seus cuidados e promoção do seu bem-estar.

Este trabalho centra-se numa dessas respostas /estruturas de apoio: O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). O SAD permite ao idoso um acompanhamento sistemático a diversos níveis, desde o provimento, distribuição e apoio alimentar, higiene pessoal, limpeza habitacional, tratamento de roupa e inclusive a facilitação e execução de tarefas quotidianas, como compras, pagamento e utilização de serviços (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007). Os SAD têm uma procura crescente e enquadram-se na política que actualmente prevalece de promoção de autonomia e bem-estar na velhice. Por conseguinte é pertinente e necessário investigar os SAD em Portugal para fomentar melhorias nos serviços prestados (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

Deste modo, a questão central que se coloca neste estudo é: *“Os Serviços de Apoio Domiciliário funcionam de modo a dar suporte às necessidades básicas quotidianas dos seus utentes idosos, promovendo a autonomia e bem-estar?”*. Para responder a esta questão, desenvolveu-se, um estudo qualitativo no qual se analisa, através de entrevistas semi-estruturadas, a percepção que utentes idosos, do concelho da Covilhã têm do SAD que lhes é prestado.

Na primeira parte deste trabalho é apresentada uma revisão da literatura sobre o tema do envelhecimento da população, do envelhecimento como processo de adaptação, a questão

da dependência e é feito o levantamento de estudos dentro e fora do nosso país sobre apoio domiciliário. A seguir é explorada a actual situação dos serviços de apoio domiciliário em Portugal, nomeadamente no concelho da Covilhã.

Na segunda parte deste trabalho, é apresentado o estudo empírico, que consistiu numa investigação qualitativa em que se analisou a percepção de 7 utentes de SAD do concelho da Covilhã. A seguir são discutidos os resultados e apresentadas as principais conclusões deste trabalho que pretende, a partir da análise da percepção de utentes sobre os serviços que lhes são prestados e da sua confrontação com a literatura sobre o tema, poder contribuir para que estes serviços respondam ao desafio da promoção da autonomia e qualidade de vida na velhice.

Capítulo II – Revisão da Literatura

“ A reinvenção da vida passa por uma reintegração social, com novas actividades que sejam outras tantas formas de satisfação e de contentamento, que alimentem a auto-imagem e a auto-estima. Isso passa pela reintrodução do sentimento de prazer da vida quotidiana, pela promoção dos contactos pessoais, por uma política de movimentação constante e pela pessoalização dos espaços que se habita. Uma política dos idosos terá de repor as condições de abertura aos outros, assegurando a mediação das memórias do passado.”

(Fernandes, 2005:245)

II. 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO DO ENVELHECIMENTO

A velhice actualmente constitui uma das principais temáticas face às necessidades emergentes deste grupo, possuindo um interesse relevante nas áreas das políticas sociais do país. Foi após os anos 60, que as medidas a nível europeu começaram a ter em conta a melhoria e a criação de serviços no respeitante à terceira idade, começando-se a esboçar algumas das políticas sociais expandidas nos anos 70 (Vaz, Silva, Alves, Vieira, Sousa, Silva, Berg, Guerra, Braga & Hoven, 2004).

Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca (2006) referem que em Portugal se regista um momento de transição com características demográfica. Tendo em conta o novo panorama demográfico, presencia-se o desenvolvimento e implementação de novos serviços como resposta não só às necessidades como também aos recursos emergentes. Por um lado, presencia-se um aumento do número de pessoas dependentes e, por outro lado, um número crescente de idosos com capacidades intelectuais e físicas intactas, com maior formação e interesse em permanecerem activos.

Nesta perspectiva, surgiu o conceito de envelhecimento produtivo, de modo a combater a imagem dos idosos como pessoas frágeis, incapazes, dependentes e não produtivos (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006). Estes autores referem que na sociedade actual o papel desempenhado pelos idosos, de modo produtivo, se encontra estruturado em: meio familiar (transferência de tempo, função educativa dos netos), promoção social (programas de voluntariado sénior e programas intergeracionais) e trabalho sénior, no âmbito rural, serviços e meio político.

O Estado procura deste modo redefinir a sua função de administrador das relações entre velhice e sociedade civil, através da prestação de serviços, concedendo desta forma direitos de cidadão aos mais velhos. No entanto estes direitos colocam os idosos fora da participação civil (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

A necessidade de medidas sociais torna-se cada vez maior face ao crescente número populacional que se enquadra na faixa etária superior aos 65 anos e melhorias da qualidade de vida. Durante muito tempo, a conotação do envelhecimento encontrou-se ligada à deterioração das capacidades funcionais do organismo e às doenças. Segundo Sousa et. al. (2006) o envelhecimento não é somente uma doença mas sim um processo misto de perdas normais (diminuição orgânica e funcional) e patológicas (factores que interferem no processo como por exemplo o *stress*).

Foucault (2001) cit in Vaz, et al., (2004) alerta que a dependência de serviços sociais aumenta a conotação negativa atribuída à velhice, nas quais as pessoas são classificadas como inúteis à sociedade.

No entanto, o envelhecimento requer uma adaptação, nem sempre fácil, na qual o êxito está dependente de condições moderadoras diversas que variam de pessoa para pessoa. O envelhecimento é um processo sem retrocesso caracterizado por um conjunto de factores psicológicos, fisiológicos e sociais, característicos de cada indivíduo (Fonseca, 2005).

Segundo Baltes (1987) cit in Oliveira (2008) existem três grandes influências na obtenção de uma velhice que se possa considerar bem sucedida: o período histórico em que se vive, os factores ligados ao grupo etário e por fim a história pessoal. Por sua vez, Fontaine(2000) acrescenta que para uma velhice bem sucedida, além dos factores já referidos, existem também determinantes como a saúde e a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico, promotor de participação social (Oliveira, 2008).

Durante a velhice, o idoso encontra-se mais predisposto para experiências emocionais, sendo apoiado pela comunidade envolvente e pela fé pessoal (Oliveira, 2008). As crenças e experiências de vida contribuem para uma maior qualidade de vida e de significado vital (Oliveira, 2008).

Segundo Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca (2006) o modelo de Envelhecimento bem sucedido (EBS) pode estar incluído em modelos de selecção, optimização, compensação, adaptações e minimização de perdas. Este conceito multidimensional está fortemente relacionado com a qualidade de vida, traduzindo o balanço entre expectativas e objectivos alcançados.

II.1.1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL

O estudo do envelhecimento em Portugal em termos estatísticos é analisado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que através do cálculo do índice de envelhecimento da população os analisa e disponibiliza tal como se encontra representado na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de Envelhecimento em Portugal

Local de residência (NUTS - 2001)	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2001)
	Período de referência dos dados
	2007
	N.º
Portugal	113,6
Continente	116,2
Região Autónoma dos Açores	65,1
Região Autónoma da Madeira	73,2
Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2001) - Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente	

O índice de envelhecimento em Portugal, segundo INE (2008) tem por definição a relação existente entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos $P(65,+)$ e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 $P(0,14)$ anos. A unidade de medida é a percentagem e o seu cálculo determina-se através da fórmula seguinte:

$$IE = \frac{P(0,14)}{P(65,+)} * 100$$

Da análise dos dados apresentados na Tabela 1 verifica-se um elevado índice de envelhecimento da população em Portugal, de 113,6, que corresponde a uma percentagem representativa de dependência. Comparando o índice de envelhecimento do Continente às ilhas, observa-se que é superior em Portugal continental do que na Madeira e Açores, sendo nestas, o índice superior na Madeira.

Dentro do índice de envelhecimento é importante a análise da sua distribuição quanto ao sexo, Assim, segundo o INE (2008) o resumo destes dados encontra-se simplificado na Tabela 2.

Tabela 2 – Índice de Envelhecimento por Sexo em Portugal

Período de referência dos dados	Sexo	Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo
		Local de residência
		Portugal
		N.º
2007	HM	113,60
	H	92,40
	M	135,80
2006	HM	111,70
	H	90,90
	M	133,50
2005	HM	110,10
	H	89,70
	M	131,50
2004	HM	108,69
	H	88,67
	M	129,75
2003	HM	106,82
	H	87,15
	M	127,50

Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo - Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente

A análise dos dados da Tabela 2 indica que o maior índice de envelhecimento incide no sexo feminino, sendo os valores do sexo masculino inferiores (com uma variação que por vezes atinge os 20% de diferença). Contudo, os valores do índice no geral apontam para um aumento acentuado do índice de envelhecimento subindo nos períodos de 2003 a 2007 de 87 para 92,4 nos homens e de 127,5 para 135,8 nas mulheres. No conjunto, homens e mulheres aumentaram o índice de 106,82 para 113,60.

Outro aspecto importante para a caracterização da população mais velha é o cálculo do índice de dependência. Consultando os dados estatísticos dos censos 1991-2001 disponíveis no Instituto Nacional de Estatística, a definição dada ao índice de dependência de idosos consiste na relação entre a população idosa e a população em idade activa, normalmente definida pelo quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos $P(65,+)$ e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade $P(15,64)$, expressa geralmente, segundo INE (2008) pela equação seguinte:

$$IDI = \frac{P(65,+)}{P(15,64)} * 10^n$$

A Tabela 3 apresenta os resultados apurados relativos ao índice de dependência de idosos em Portugal durante o período de 1991 a 2001.

Tabela 3 - Índice de Dependência de Idosos (1991/2001)

Período de referência dos dados	Sexo	Índice de dependência de idosos (N.º) por Sexo
		Local de residência
		Portugal
		N.º
2007	HM	25,90
	H	21,90
	M	29,90
2006	HM	25,60
	H	21,70
	M	29,50
2005	HM	25,40
	H	21,50
	M	29,30
2004	HM	25,25
	H	21,39
	M	29,01
2003	HM	24,93
	H	21,14
	M	28,63
Índice de dependência de idosos (N.º) por Sexo - Anual; INE, Estimativas Anuais da População Residente		

Dos dados apresentados na tabela 3 verifica-se que o índice de dependência de idosos tem vindo a aumentar ao longo do período decorrido entre 2003-2007, variando entre os 21 e os 29,90. Predomina um índice de dependência maior no sexo feminino face ao sexo masculino. Os níveis masculinos variam entre os 21,14 e os 21,90, enquanto os femininos, mais altos, se encontram entre os 28,63 e os 29,90. De acordo com fontes dos Censos (1991-2001) disponíveis pelo INE, nos níveis de dependência das pessoas com mais de 65 anos do Concelho da Covilhã verifica-se um aumento gradual, passando de 23.9 para 29.0.

Relativamente ao contexto que os idosos residem, Sousa, Galante, & Figueiredo (2003) revelam, segundo dados dos censos (2001), que 97,5% dos idosos vivem em famílias clássicas e 2,5% em lares de idosos. Dentro das famílias com idosos 15% são compostas só por idosos e 8% eram idosos sozinhos.

Quanto à escolaridade, a caracterização de níveis de ensino atingidos pelos idosos em Portugal, de acordo com três patamares etários, 65-69 anos, 70 a 74 anos e 75 ou mais anos, pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4 - Níveis de Ensino Atingidos

Concelho	1.º ciclo						2.º Ciclo						3.º Ciclo					
	De 65 a 69		De 70 a 74		De 75 ou +		De 65 a 69		De 70 a 74		De 75 ou +		De 65 a 69		De 70 a 74		De 75 ou +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Covilhã	1210	29,3	854	20,7	1099	26,6	110	2,7	71	1,8	98	2,4	111	2,7	70	1,7	96	2,3

Ensino Secundário						Ensino Médio						Ensino Superior					
De 65 a 69		De 70 a 74		De 75 ou +		De 65 a 69		De 70 a 74		De 75 ou +		De 65 a 69		De 70 a 74		De 75 ou +	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
57	1,4	43	1	47	1	36	0,9	20	0,5	21	0,5	75	1,8	47	1,1	62	1,5

Fonte: Carta Social 2005, MTSS, DGEEP

O nível de escolaridade das pessoas idosas do Concelho da Covilhã, tendo por base os dados da Tabela 4, encontra-se maioritariamente ao nível do 1.º ciclo do ensino básico, seguido por ordem decrescente pelos 2.º e 3.º ciclos. A minoria reparte-se entre o ensino médio e superior, sendo nestes a percentagem mais significativa no patamar correspondente aos 65 a 69 anos de idade.

Valor médio mensal das pensões por velhice 2000 e 2004

Para uma melhor compreensão dos acessos aos serviços disponíveis de apoio à velhice, o factor de rentabilidade económica do idoso deve ser analisado e descrito, assim, a Tabela 5 apresenta os valores médios das pensões por velhice por escalões.

Tabela 5 - Valor médio mensal de pensão por velhice

Concelho	Valor médio mensal das pensões por velhice (€), 2000			Valor médio mensal das pensões por velhice (€), 2004			Valor médio mensal das pensões por velhice H/M(€), 2000/2004
	H	M	HM	H	M	HM	
Covilhã	269,1	198,2	228,2	312,5	230,6	265,5	16,3

Fonte: Carta Social 2005, MTSS, DGEEP

O valor médio mensal de pensões por velhice, de acordo com a Tabela 5, não tem acompanhado as despesas que os idosos possuem, podendo deste modo prejudicar a melhoria da qualidade de vida associada à saúde e aos acessos a serviços de apoio.

II.1.2. ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO

O envelhecimento é um processo inevitável que inclui um conjunto de factores associados, nomeadamente fisiológicos, psicológicos e sociais característicos de cada indivíduo. Uma velhice bem sucedida, segundo Oliveira (2008), ocorre quando “o idoso é educado da melhor forma, nas diversas dimensões da sua inteligência, personalidade, relações sociais e mesmo no confronto com a doença e a morte, pode afirmar-se que está mais apto a viver com a velhice de forma positiva” (p.74).

A velhice implica uma fase de adaptação por parte do indivíduo. Barreto(1988) *cit in* Fonseca(2005,p.183) define adaptação como uma forma de satisfação consoante as necessidades, reduzindo as tensões derivadas das circunstâncias da vida, como se fosse uma procura do equilíbrio pessoal.

Na tabela 6, apresenta-se uma síntese de alguns dos autores revistos no âmbito deste trabalho, que contribuem para uma melhor compreensão do envelhecimento como processo de adaptação.

Tabela 6 - Esquema de Literatura analisada - Envelhecimento

Autores	Ano	Estudo
Vaz, Silva, Alves, Vieira, Sousa, Silva, Berg, Guerra, Braga & Hoven	2004	Estudo de carácter qualitativo com recurso à análise de conteúdo. O objectivo foi compreender a autopercepção dos idosos através do estudo exploratório de bem-estar no quotidiano.
Sousa, Figueiredo & Cerqueira	2006	Os autores abordam o tempo social, alterações demográficas e sociais desde os anos 80 com previsões futuras. São explorados os desafios do fim da vida, as redes sociais, dependência e doença.
Oliveira	2008	O autor (p. 74) recorre a Baltes (1987), Moody (2001) e Fontaine (2000), para explicar a velhice bem sucedida, seus determinantes, modelos e comportamentos.
Fonseca	2004	O autor efectua um enquadramento biopsicossocial do envelhecimento, focando os ganhos e as perdas dos acontecimentos de vida (stress e coping). Procura compreender e analisar os contextos dos acontecimentos de vida, relacionando-os com redes sociais ou apoios.
Paúl e Fonseca	2005	Estudos realizados em Portugal sobre envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida na velhice: critérios de envelhecimento bem-sucedido, factores, competências, actividades cognitivas, entre outras situações.

Os factores que modificam substancialmente o estilo de vida dos idosos encontram-se associados a mudanças no padrão de vida idealizado, experiências de perdas sucessivas, mudanças nas relações, problemas de saúde e de auto-conceito, descontrolo da vida pessoal e condições económicas precárias (Oliveira, 2008).

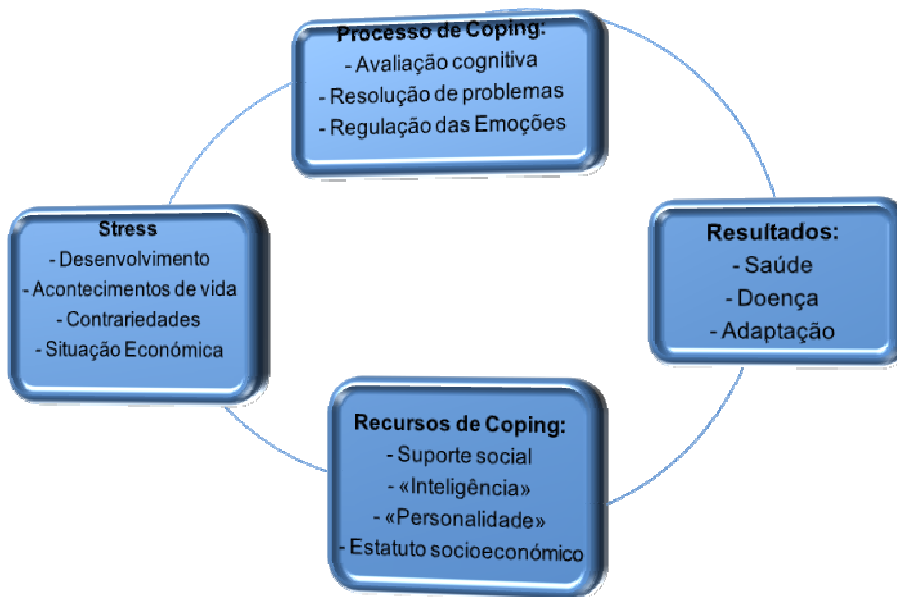
Oliveira (2008) salienta o facto de durante a velhice se assistir a uma redução progressiva da actividade social intimamente relacionada com factores e perdas referindo como alguns desses exemplos: a reforma, a perda de autonomia e de amigos.

As teorias explicativas desta limitação social, segundo Oliveira (2008), incidem na desvinculação (com a morte), na teoria da actividade (em que o idoso se adapta ao envelhecimento procurando manter as suas actividades sociais) e a teoria da selectividade socioemocional onde a família permanece inalterada mas os convívios/ actividades sociais são seleccionadas.

A qualidade de vida na velhice parece depender, não só da sua saúde, mas também dos acontecimentos de vida com os quais o indivíduo se depara. Fonseca (2005) define acontecimento de vida como uma exposição a problemas crónicos ou contrariedades do dia-a-dia, em determinados momentos da vida, em situações concretas. Lawton (1983, *cit in* Fonseca, 2006) refere que estes acontecimentos podem ter origens provocadas pelo próprio sujeito e enaltece os efeitos sobre o bem-estar psicológico resultantes desta exposição quer a acontecimentos positivos quer a negativos. Este tipo de situações podem originar *stress*. Este conceito, *stress*, segundo Fonseca (2005) pode encontrar-se relacionado com os sistemas de apoio, sendo essencial a realização de um estudo das redes sociais para apurar as fontes de perturbação e o papel do apoio social, permitindo actuar como atenuante nas variáveis causadores de *stress*.

Deste modo, Berg, Meegan e Deviney (1998) identificaram quatro níveis sequenciais para a compreensão e resolução dos acontecimentos stressantes: estar solitário, estar em paralelo, numa relação indirecta e numa relação partilhada (Fonseca, 2005). Para Fonseca (2005) os acontecimentos promotores de stress nos idosos estão por vezes associados ao modo como encaram o envelhecer e a morte. As variáveis que, segundo Fonseca (2005), actuam durante esse processo encontram-se resumidas na Figura 1 que sobre o Paradigma do Stress e Coping.

Figura 1- O Paradigma de Stress e Coping de Wertlieb (2003) cit in Fonseca (2005:156)

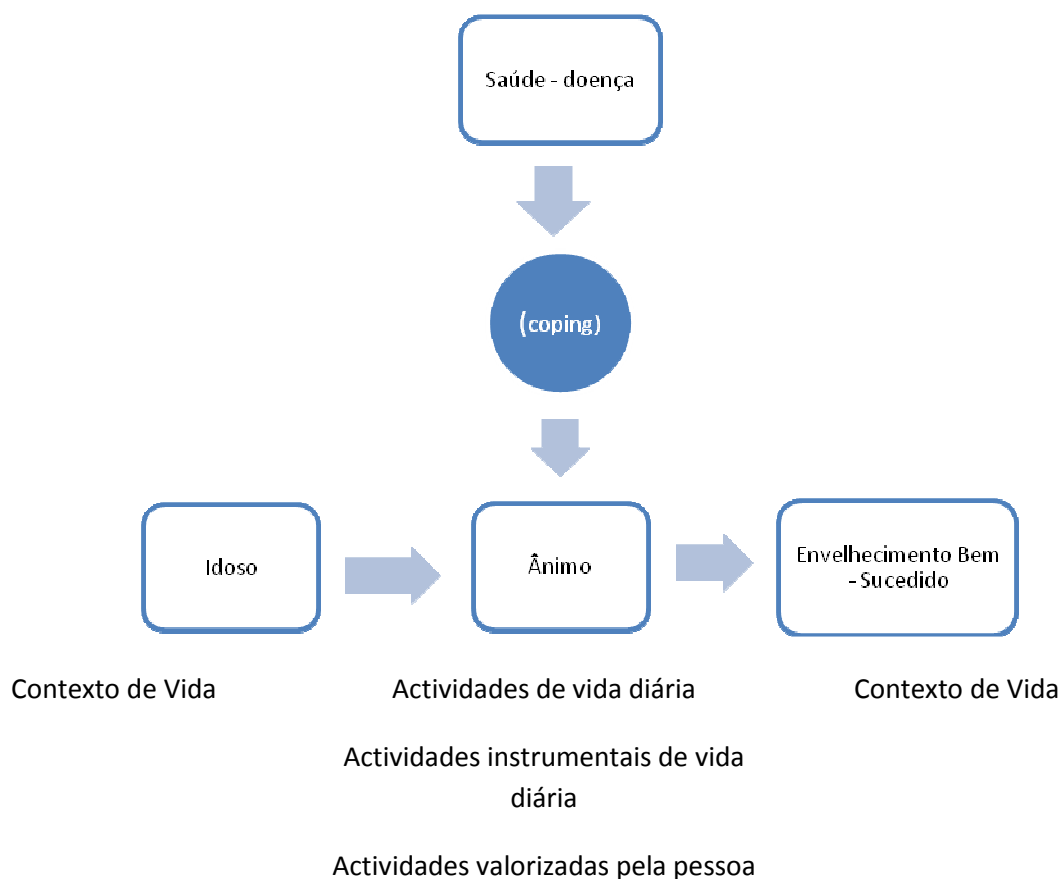


Ainda relativamente ao envelhecimento como processo de adaptação, Oliveira (2008) salienta a importância de promover ajuda ao idoso no seu ajustamento à velhice, visto o sucesso ou insucesso dependerem da capacidade de adaptação. Esta passa por um modo de vida socialmente desejável e uma manutenção das actividades de meia-idade de modo a obter satisfação com as actividades e com a vida, mantendo o idoso activo.

As condições em que o indivíduo vive o seu processo de envelhecimento podem ser diversificadas tais como a sua adaptação, a um lar ou a uma instituição. Na situação de institucionalização, quando possui um atendimento personalizado e individual, sempre que possível, o idoso procura manter a sua autonomia e dependência, sendo ajudado pelos técnicos, de modo a que gradualmente vá aceitando algumas dependências (Oliveira, 2008).

A promoção da adaptação ao processo de envelhecimento, encontra-se muito relacionada com os conceitos de saúde e de envelhecimento bem sucedido. Oliveira (2008) com base em dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) define saúde como bem-estar físico, mental e social, defendendo que a saúde deve ser vista numa perspectiva positiva. A Figura 2 representa o modelo de relação entre saúde e envelhecimento bem-sucedido de Paúl e Fonseca (2001, cit in Paúl & Fonseca, 2005:294):

Figura 2 - Modelo de Relação entre saúde e envelhecimento bem-sucedido de Paúl e Fonseca (2005:294)



A alteração do estado de ânimo tem implicações que se podem verificar de acordo com o modo como o idoso lida com as exigências inerentes às actividades diárias da velhice. Assim, Paúl & Fonseca (2005) referem que um idoso que se auto-avalia como possuidor de boa saúde apresenta melhores condições cognitivas, sociais, coerência e, entre outras, maior abertura a novas experiências.

Numa perspectiva de prevenção, Paúl & Fonseca (2005) revelam ser de grande importância a actuação no estilo de vida das pessoas, tanto no contexto de vida como na comunidade ou na instituição. Em qualquer fase da vida o bem-estar e a auto-estima dependem não só do controlo percebido sobre desenvolvimentos futuros como também disponibilidade para aceitar o passado (Paúl & Fonseca, 2005).

Frumi & Celich (2006), tendo em conta o controlo percebido de desafios futuros, desenvolveram uma investigação, no Brasil, sobre o significado de envelhecer e da morte para o idoso. Tratou-se de um estudo qualitativo, com uma abordagem fenomenológica. A pesquisa qualitativa, centrou-se no universo dos significados (atitudes, crenças, aspirações, valores), e a pesquisa fenomenológica visou estudo do homem na sua totalidade existencial. A escolha da amostra foi intencional e os critérios de selecção exigiam que não se apresentassem problemas neurológicos e idade igual ou superior a sessenta anos. Os idosos que participaram

faziam parte de um grupo de convívio da terceira idade. Foi usado como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada, sendo usada uma análise e interpretação da informação. Os principais resultados do estudo indicam que da análise fenomenológica surgiram temas e subtemas, sendo os principais o sentido do envelhecer e o sentido da morte (Frumi & Celich, 2006). Segundo os autores, o idoso encara a morte como uma passagem para um mundo espiritual, no entanto, após obtenção da conclusão de que velhice e morte constituem um processo natural de existência humana, verificaram que nem sempre é aceite pelos que o vivenciam. Nas considerações finais, Frumi & Celich (2006) referem que a consciência crítica e reflexiva deste tema deve ser despertado podendo apresentar novas formas de encarar a realidade e a vida.

Zimerman (2000, cit in Frumi & Celich, 2006) refere que os idosos se adaptam melhor ao processo de envelhecimento quando são optimistas e possuem um espírito saudável, ficando deste modo aptos a visualizar a velhice como uma fase de experiências. O relacionar-se com os outros permite ao idoso manter-se activo e sentir-se respeitado possuindo deste modo uma convivência harmoniosa com os outros (Frumi & Celich, 2006).

O envelhecer acarreta lembranças e recordações de momentos vividos, bons ou maus. Esses acontecimentos fortalecem o vínculo do passado com o presente, promovendo sentimentos de existencialidade. Segundo Meister (2002) a sua realização como pessoa é resultante de uma postura que desenvolveu em determinados momentos da sua vida (Frumi & Celich, 2006). Por sua vez, quando valorizados, o saber e a história de vida do idoso levam a que este se aperceba que a sua existência teve um significado (Frumi & Celich, 2006). Deste modo, a recuperação da história de vida e de recordações do sujeito, pode, também, fomentar a adaptação do individuo ao processo de envelhecimento.

Em suma, o processo de adaptação à velhice comporta, na perspectiva da psicologia, dois aspectos. O primeiro está relacionado com o facto de a maioria dos idosos manifestar potencial de adaptação e reconstrução face a determinadas ocorrências (perdas), sinónimo de plasticidade da mente idosa. O segundo aspecto encontra-se relacionado com a necessidade de contrapor a capacidade de mudança desenvolvimental face ao frequente estereótipo de velhice como período de estagnação e perdas (Fonseca, 2005).

II.1.3 Revisão de alguns estudos sobre caracterização do envelhecimento em Portugal

Alguns estudos realizados com idosos em Portugal incidiram sobre aspectos tais como qualidade de vida e bem-estar, mudança do paradigma de Apoio Domiciliário, observação da capacidade funcional de idosos em ambiente domiciliar, entre outros.

Num dos estudos realizados em Portugal, Sousa, Galante, & Figueiredo (2003), desenvolveram um estudo exploratório sobre a qualidade de vida dos idosos em Portugal, em que caracterizaram uma amostra de 1.665 idosos com mais de 75 anos de idade, residentes nos 13 distritos do País. Destes, foram excluídos 311 por incapacidade de resposta. Na construção da amostra procuraram abranger de forma igualitária idosos que vivessem em meios rurais e urbanos. A análise estatística dos resultados baseou-se em análise em componentes principais e análise por clusters. O instrumento utilizado na recolha de dados foi o EASYcare (Elderly Assessment System – Sistema de avaliação de idosos) - versão portuguesa.. Trata-se de um instrumento de avaliação multidimensional, que avalia as necessidades dos idosos ao nível da saúde e social. Os resultados deste estudo apuraram uma taxa de 3,2% de sujeitos dependentes, 4,3% quase dependentes, 8,5% quase autónomos e 62,8% autónomos. Verificou-se ainda que a qualidade de vida dos idosos nos 13 distritos de Portugal se pode considerar bastante boa. No entanto é realçado o alerta para a qualidade de vida de alguns grupos de idosos com diminuição cognitiva grave, os muito dependentes e os dependentes, nos quais a qualidade de bem estar, em princípio é inferior. O estudo procurou promover futuras investigações que comparem a qualidade de vida dos idosos que vivem com a família, sozinhos e em lares de idosos (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Igualmente sobre envelhecimento em Portugal, Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca (2006) desenvolveram uma análise baseada em documentos teóricos cujo principal objectivo era analisar a promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. Segundo os autores o modelo de Envelhecimento Bem Sucedido (EBS) pode ser compreendido através de um modelo de selecção, optimização e compensação, mecanismos de adaptação e maximização dos ganhos e minimização das perdas. Os autores concluíram que com o envelhecimento do organismo surgem desequilíbrios sucessivos de ganhos e perdas, motivados muitas vezes pela diminuição dos recursos cognitivos e biológicos. Os autores referem que para os idosos, a prestação de cuidados aos descendentes funciona como um factor que promove bem-estar, no entanto a acumulação de tarefas pode originar saturação e cansaço para o idoso podendo levar ao seu declínio físico ou intelectual. Também a integração numa equipa de voluntariado pode conduzir o idoso a uma manutenção das suas relações sociais, diminuindo deste modo o isolamento e o impacto negativo deste na sua saúde. Verificaram que um eixo de intervenção promotor de bem-estar nos idosos implica o desenvolvimento de programas intergeracionais, institucionais ou comunitários. Finalizaram o enquadramento teórico concluindo que as concepções de fragilidade, incapacidade e improdutividade barram, negativamente, o acesso a novas oportunidades e formas de desenvolvimento essenciais para a manutenção da qualidade de vida (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006).

Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006) salientam que se tem vindo a assistir a um gradual incremento dos cuidados comunitários em Portugal, no entanto ainda são escassos os serviços a idosos, com pouca história e experiência. No nosso país, recorrer a uma instituição ainda é visto como sinal de desinteresse e abandono do idoso. Os cuidados aos mais velhos são tidos como uma tarefa destinada aos filhos, como um dever familiar.

II. 2. SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO NA VELHICE

Em Portugal, tal como noutros países europeus, o aumento acentuado da população idosa tem provocado uma forte pressão nas instituições e profissionais que procuram fornecer serviços com a melhor relação entre custo e eficácia. Neste contexto surge o desenvolvimento do SAD. Segundo Santana, Dias, Souza & Rocha (2006) o apoio domiciliário é um conceito ainda recente no nosso país, no entanto, embora haja uma forte regulamentação dos serviços de apoio social apenas algumas directrizes têm sido aplicadas. Segundo Porter (2005) académicos e profissionais têm definido assistência domiciliar como um conjunto de serviços que as pessoas idosas recebem em casa.

A Tabela 7 apresenta a revisão da literatura relacionada com os serviços de apoio domiciliário.

Tabela 7 - Resumo de literatura revista relacionada com o SAD

Autores	Ano	Estudo
Sousa, Figueiredo, & Cerqueira	2006	Estudo de relações de cuidados informais.
Santana, Dias, Souza, & Rocha	2007	Estudo realizado em Portugal sobre apoio domiciliário. E
Ministério da Segurança Social	2008	Carta Social é um documento composto por tabelas e gráficos estatísticos relativos ao estudo demográfico da população portuguesa e sua caracterização em termos de crianças, jovens, adultos e idosos.
Ryburn, Wells & Foreman	2009	Estudo realizado com base na literatura da Austrália e dos EUA com a finalidade de apuramento do potencial dos serviços de apoio domiciliário a idosos considerados frágeis de modo a promover a qualidade de vida. Intenção de obter um possível relacionamento entre as variáveis custo/eficácia.

Na perspectiva dos cuidados formais é essencial que os serviços de apoio domiciliário (SAD) possuam um conjunto de particularidades que possam constituir o ponto de partida para a promoção da qualidade de vida dos seus utentes.

Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006) referem que o início das relações com os cuidados informais implicam a penetração em novas culturas, normas, valores e crenças com

requerimentos e outras visões do mundo. Estão deste modo colocados em jogo comportamentos de envolvimento do utente e da família com o cuidador, onde se pretende colaboração e capacitação, fases que surgem de negociações e diálogos, criação de laços e partilha de tarefas e decisões.

A prestação de cuidados, além de infomal pode ser infomal, a qual, segundo Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006) é maioritariamente exercida por familiares e define-se com base nas interacções dos membros da família. Deste modo, também Sousa *et al.* (2006) realça o facto de serviços onde se age no contexto familiar do utente, em que é facultado o envolvimento dos vários membros e da restante rede social.

A decisão de procurar centros de dia, convívio ou serviços de apoio domiciliário pode ter origens diferentes de motivação, no entanto a mais comum é manter o idoso em casa (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

Assim sendo, as instituições sociais e de saúde procuram melhorar a qualidade de vida dos seus utentes e familiares, mantendo os pacientes em suas casas e no seu ambiente social normal (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

A presença da família pode criar uma relação de confiança com o cuidador domiciliário, promovendo um ambiente de união e solidariedade, o qual favorece um cuidado melhorado perante o idoso (Schossler & Crossetti, 2008). O estudo realizado por Schossler & Crossetti (2008) relevou a importância da busca da realidade vivida pelos cuidadores domiciliários, a partir dos seus relatos e experiências. A pesquisa poderá vir a contribuir para melhorar a qualidade de programas domiciliários, tanto no que se refere à assistência, como à formação e pesquisa no âmbito do apoio domiciliário.

Conforme ao Ministério da Segurança Social (MSS), fonte de informação referente a serviços de apoio social em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social, desenvolvida com o intuito de prestar cuidados individualizados e personalizados no domicílio dos utentes e das famílias quando, por razões de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam ser asseguradas temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas de actividades da vida diária (MSS, 2008). Nos objectivos da referida resposta social encontra-se a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e famílias, através de uma prestação cuidada e profissional de serviços, com apoio nas necessidades básicas e prestação de cuidados de saúde. Estes objectivos pretendem diminuir a institucionalização dos idosos, prevenir a dependência e promover a sua autonomia.

No entanto, os objectivos do SAD parecem restringir-se à satisfação das necessidades básicas, proporcionando apoio físico e social (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

Em Portugal, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) têm sido as principais prestadoras de serviços de Apoio Domiciliário, nomeadamente transporte, refeições, higiene e conforto do lar, lavandaria, compras, acompanhamento em actividades sociais, assistência

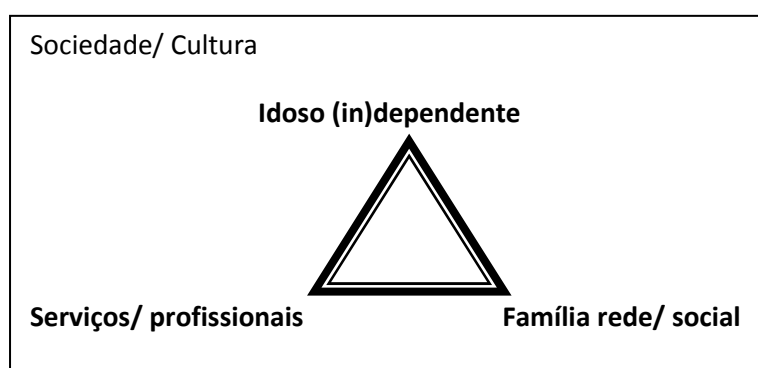
médica ou cuidados de saúde. Baseando-se no Decreto/ Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro, Santana *et al.* (2006) descreve as IPSS, como sendo instituições sem fins lucrativos cujo objectivo principal é o fornecer apoio social a pessoas carenciadas, promovendo a educação e a prevenção de doenças.

O SAD parece ter vindo a promover uma colaboração formal entre as várias entidades sociais e os sistemas de saúde, no entanto existe uma insuficiência de prestação nos cuidados comunitários, nomeadamente para os serviços de cuidados continuados e serviços de saúde para doentes crónicos (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

O grande impulso da SAD foi entre 1986 e 1995, com uma média de abertura de 75 novas instalações por ano (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

O conceito *Home Care* está em expansão em Portugal e em algumas regiões foram realizadas parcerias com os municípios de modo a criar infra-estruturas e criação de redes que possibilitem uma assistência mais adequada às necessidades dos utentes, denotando-se desta forma o surgimento de redes de assistência social como uma prioridade. Tendo em conta as redes sociais, Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2006:85) ilustram a comunicação entre idosos, serviços e famílias como aparece na Figura 3.

Figura 3 - Triângulo comunicacional: idoso, serviço e família de Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2006:85)



Para os autores, o triângulo é composto por três vértices, sendo o primeiro as tradições familiares, atitudes e valores, o segundo ocupado pelos idosos, por vezes estereotipados pela sociedade e por último, o terceiro, as instituições, que em Portugal são quem providencia em grande parte equipamento de apoio a idosos (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006).

Tendo em conta o papel das instituições, designadamente o de prestação de serviços de apoio domiciliário, Gené, Contel, Hidalgo, et al. (2009) realizaram um estudo na Austrália que procurou analisar o verdadeiro potencial dos serviços de apoio a idosos frágeis. A abordagem procurou ir além do cuidado domiciliário tradicional, de forma a obter uma manutenção e apoio funcional que promovesse a qualidade de vida. A revisão da literatura incluiu buscas na área da saúde e gerontologia na Austrália, no Reino Unido e

nos EUA. O principal objectivo incidu na procura de respostas a perguntas sobre a eficácia global entre o custo e a eficácia do apoio domiciliário, passando também por uma análise dos programas de apoio domiciliário. Os resultados, levantam dúvidas sobre os componentes mais benéficos que devem ser recebidos em maior intensidade pelos utentes, tempos de adequação e duração das intervenções. Os resultados positivos recaíram sobre a melhoria da qualidade de vida funcional e a redução de custos associados a uma redução de utilização da SAD.

II.2.1. DEPENDÊNCIA NA VELHICE E APOIO DOMICILIÁRIO

De acordo com informações recolhidas no relatório de 2006 da Carta Social efectuado pelo Ministério da Segurança Social (MSS), o estado de dependência encontra-se relacionado com a perda ou falta de autonomia física, intelectual e psíquica, causando na grande maioria dos casos uma necessidade de assistência nas tarefas de vida diárias. Nestas actividades destacam-se a higiene pessoal, a alimentação, a mobilidade e o vestir/calçar (MSS, 2008).

A dependência é considerada como um estado de longa duração ou de transição, no qual as pessoas têm necessidade de assistência para a execução de actos da vida diária. Deste modo, a qualidade de vida na velhice encontra-se muito associada a questões de dependência e autonomia (MSS, 2008).

A perda de autonomia reflecte-se no sentido de o indivíduo possuir capacidade, liberdade e direito de estabelecer as suas regras e geri-las de modo a auferir do seu bem-estar. A dependência física ou psíquica não se determina pela idade mas sim por múltiplos factores associados à pessoa e ao meio que a rodeia. (MSS, 2005)

Segundo Baltes & Silvenberg (1995:366) *cit in* Sousa, Galante, & Figueiredo (2003) existem três tipos de dependência: a estruturada (significado do valor humano), a física (incapacidade funcional) e a comportamental (muitas vezes precedida pela dependência física, socialmente é associada à perda de competências). Por sua vez, segundo Carta Social, são considerados cinco tipos de dependência: física, intelectual, emocional, social e espiritual (MSS, 2008).

Em Portugal, Sousa, Galante, & Figueiredo (2003) defendem que o tema da dependência tem sido pouco investigado, não existindo ainda muitos estudos de caracterização da dependência ou independência dos idosos. Segundo o estudo exploratório pelos mesmos autores, na população portuguesa, as dependências observadas nos idosos são resultados de deficiências e/ou incapacidades e mudanças de exigências sociais. As necessidades

específicas têm um eco sobre as necessidades básicas, impedindo ou limitando as pessoas de as fazerem sozinhas.

Por sua vez, Resende (2001) cit in Falcão & Dias (2006) salienta que a autonomia se encontra relacionada com a auto-determinação e independência do idoso, uma vez que as tomadas de decisão devem ter em conta as crenças do indivíduo, de modo a que este acredite que é o melhor, sem que haja pressões externas.

Independentemente dos juízos de valor que recaem sobre as pessoas com necessidades especiais, a sociedade também dificulta ou impossibilita que estes possam viver de acordo com as suas escolhas (MSS & CID, 2005).

O inquérito das práticas de cuidados integrados tem vindo a começar, lentamente, no nosso país. Um dos actuais programas de apoio integrado a idosos (PAI) tem vindo a procurar assegurar a prestação de cuidados de saúde, incluindo a procura da preservação das pessoas nas suas casas, mantendo a autonomia (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

Fassino, Lembruni, Daga, Brustolin, Rovera, & Fabris (2002) realizaram um estudo, na Irlanda, sobre a qualidade de vida de idosos dependentes que vivem em casa, utilizando uma entrevista estruturada e a escala de Zung (para medir a ansiedade e depressão) administradas a um total de 167 idosos (60 homens e 107 mulheres). Os resultados apuraram que muitas vezes a situação de dependência está relacionada com preconceitos culturais, nomeadamente com o piorar de saúde. Constatou-se ainda um efeito negativo sobre as atitudes face à vida dependente e por último, a qualidade de vida destas pessoas é parece ser influenciada negativamente por estados depressivos.

Face à qualidade de vida dos idosos que residem em suas casas, é importante dispor de informações sobre o tipo de cuidados necessários e as razões necessárias para esses cuidados, a fim de apoiar a sua independência e maximizar a qualidade de vida (Hellström & Hallberg, 2001).

Um outro estudo foi realizado na Suécia, com um grupo de 448 idosos com mais de 75 anos, idosos dependentes de cuidados profissionais ou de parentes próximos. Os resultados do questionário revelaram que 84% recebiam cuidados informais, 53% ajuda doméstica, serviço doméstico e cuidados de enfermagem. Os idosos relataram diferentes doenças, queixas de dor e insuficiência de mobilidade. Entre 20 a 40% dos inquiridos, manifestaram uma dificuldade em estar sozinhos e um terço dos inquiridos relatou uma baixa ou muito baixa qualidade de vida (Hellström & Hallberg, 2001).

Alguns modelos de envelhecimento definem pessoas vulneráveis como aqueles cuja capacidade de reserva se encontra abaixo do limiar necessário para enfrentar com sucesso os desafios da vida (Grundy, 2006).

Para colmatar este tipo de ocorrências de dependência deve-se promover, segundo Grundy (2006) estilos de vida saudáveis e aquisição de competências, fortes laços familiares e

sociais, interesses activos e de poupança, de forma a desenvolver reservas e garantias que possam vir a ser úteis futuramente.

O cuidado do idoso com limitações de autonomia é caracterizado por uma dependência, demonstrada por precisar da ajuda do cuidador domiciliário e de que este esteja presente e no momento do cuidado (Schossler & Crossetti, 2008).

Na área de estudo da dependência na velhice, a figura do cuidador é fundamental. Segundo Moreira & Caldas (2007,p.523) “cuidador é a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas actividades diárias, tais como a alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano – como a ida a bancos ou farmácias -, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem”.

Floriani & Schram (2004) alertam para o facto de ser complexa a relação entre o cuidador e o idoso dependente devido ao facto de o idoso, embora débil e dependente, poder continuar na expectativa de conseguir realizar as tarefas na sua plenitude como era hábito no seu passado.

No âmbito dos serviços de apoio domiciliário ao idoso ter uma pessoa para auxiliar o cuidador domiciliário permite ao mesmo uma organização da sua vida, promovendo a autonomia e liberdade na realização das suas tarefas (Moreira & Caldas, 2007).

De notar que o tema do bem-estar e satisfação dos cuidadores, tanto formais como informais, é fundamental para a qualidade do apoio prestado a idosos dependentes. Neste sentido, realça-se a necessidade de ampliação de acções em que o cuidador seja o sujeito principal, de modo a que a actividade seja reconhecida e invista em práticas adequadas, com benefícios para quem é cuidado, o idoso (Moreira & Caldas, 2007).

II.2.2. Estudos sobre o Apoio Domiciliário

No âmbito do Serviço de Apoio Domiliário (SAD) foram realizados diferentes estudos, alguns dos quais são sucintamente referidos na Tabela 8.

Tabela 8 - Esquema resumo de literatura em estudos da SAD

Autores	Ano	Título	Estudo
Oliveira	2008	Psicologia do Idoso – temas complementares (livro)	Estudo sobre o cuidar de idosos dependentes, centrando-se no cuidador informal de idosos dementes. Refere a utilização do índice de Barthel como instrumento de avaliação de dependência de idosos.
Azambuja	2007	Avaliação neuropsicológica do	O objectivo do estudo, efectuado no

		idoso (artigo)	Brasil, com revisão de literatura é descrever a metodologia empregue na avaliação neuropsicológica de idosos de modo a contribuir em aspectos de interesse a nível profissional.
Porter	2000	Research on home care utilization: a critical analysis oh the preeminent approach (artigo)	Estudo realizado na Colômbia, com recorrência à fenomenologia efectuado no âmbito do apoio domiciliário.
Schossler & Crossetti	2008	Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson (artigo)	Estudo realizado no Brasil, com utilização de entrevistas semi-estruturadas, com análise de conteúdo qualitativa. O objectivo é conhecer a percepção do cuidador domiciliário do idoso sobre si mesmo.
Harrefors, Sävenstedt & Axelsson	2009	Elderly people´s perceptions of how they wanto to be cared for: an interview study with health elderly couples inNorthen Sweden (artigo)	Estudo realizado na Suíça com o intuito de descrever a percepção da forma como as pessoas idosas pretendiam ser cuidadas. Utilização de análise de conteúdo qualitativa.
Gené, Contel, Hidalgo, Borràs, Porta, Oliver, Saus, Ascano, et al.	2009	Health problems also explain social services use in home care	Estudo cross-sectorial realizado em Barcelona, Espanha, cujo objectivo incidiu na identificação das variáveis de saúde e sociais associadas aos utentes de apoio domiciliário

Relativamente ao apoio domiciliário podem ser mencionados, por exemplo, estudos sobre os cuidadores. Sequeira (2007) *cit in* Oliveira (2008) realizou um estudo sobre o cuidar de idosos dependentes, centrando-se no cuidador informal de idosos dementes, apercebendo-se nesse momento dos vários instrumentos de diagnóstico de idosos dependentes.. Como instrumentos de diagnóstico recorreu ao Índice de Barthel – Avaliação das actividades básicas da vida (ABVD) e Avaliação das actividades instrumentais da vida diária (AIVD). Para avaliar as actividades da vida diária utilizou a escala de Barthel, o índice de Katz e questionário de actividades funcionais de Pfeffer, por serem de fácil aplicação (Azambuja, 2007). A escala de Barthel permitiu distinguir os indivíduos com máxima independência dos de máxima dependência.

Dentro do sector do apoio domiciliário, pode ainda mencionar-se um estudo relativo ao cuidador e à promoção do seu bem-estar como reflexo de rentabilidade nas tarefas executadas no exercício das suas funções nos serviços prestados aos idosos desenvolvido por Schossler & Crossetti (2008). Nesta investigação fez-se uma recolha de informações utilizando entrevistas semi-estruturadas, de cuja análise e interpretação emergiram categorias como compartilhar o cuidado ao idoso, possibilidade de cuidar de si, presença da família e (des)equilíbrio físico e mental do principal responsável de cuidados prestados ao idoso. As expressões relacionadas com prestações de serviços como higiene, conforto,

alimentação e execução de curativos, tornaram-se repetitivas, desenvolvendo no cuidador um cansaço físico promovido pela saturação das actividades, situação que pode desencadear intolerância no cuidado deste serviço (Schossler & Crossetti, 2008).

Watson (2007, *cit in* Schossler & Crossetti, 2008) refere que a manifestação de sentimentos está presente nos cuidados, referindo que esta manifestação pode ser tanto positiva como negativa, devendo ser tida em conta nos serviços prestados, uma vez que permite o aceitar e sentir a forma de pensar do outro, levando a que a interacção entre os indivíduos envolvidos aconteça de forma efectiva e integral.

No âmbito do apoio domiciliário como prestação de serviços, Porter (2000) realizou, na Colômbia, um estudo sobre a utilização dos cuidados domiciliários. Para compreender este fenómeno complexo, à semelhança de muitos investigadores, foi usado o modelo Andersen com testes epidemiológicos (Porter, 2000). No entanto, qualquer fenómeno complexo requer atenção para situações tais como: identificação do problema, determinação das relações entre as partes e identificação das mudanças do problema em estudo. Estes testes de relações, todavia não produziram previsões de utilização conclusivas. Assim, a crítica a este modelo é uma justificativa para o estudo fenomenológico descritivo do *home care* sobre os problemas da complexidade das relações no apoio domiciliário. A perspectiva fenomenológica continua a ser discutida como aplicação nos estudos destinados às experiências de atendimento domiciliar (Porter, 2000).

Um outro estudo, realizado na Irlanda por Timonen & Doyle (2008) teve por principal objectivo estudar os cuidados de idosos nas suas próprias casas nos últimos anos. Os defensores de cuidados domiciliários têm vindo a apresentar vários argumentos em termos económicos e de promoção da qualidade de vida, baseados em documentos políticos desde a década de 50. No entanto, a análise da evolução do procedimento formal dos serviços de cuidados a idosos é pouco detalhada, bem como as mudanças institucionais que ocorrem nas empresas de atendimento domiciliário. Neste estudo, foi usada como metodologia análise da literatura administrativa e política, procurando traçar a evolução dos cuidados formais na Irlanda, analisando as mudanças na organização e nos princípios fundamentais, o papel da igreja e a base de direitos (Timonen & Doyle, 2008). Constatou-se que, o facto de os serviços estarem cada vez mais entregues a empresas de sector privado e cuidadores informais aumenta a complexidade da investigação dos cuidados. A tentativa de desenvolver os cuidados sociais num regime de classificações torna-se complicado, o que exige uma urgente regulamentação no sector dos cuidados neste país (Timonen & Doyle, 2008).

Por sua vez, na Suíça, Harrefors, Sävenstedt, & Axelsson (2009) procuraram descrever a percepção da forma como as pessoas idosas pretendiam e gostavam de ser cuidadas. Este estudo partiu de uma perspectiva de assistência em cuidados pessoais às

necessidades dos idosos. A amostra seleccionada foi de 12 casais saudáveis com idades superiores a 70 anos. Foi um estudo qualitativo de conteúdo para análise de entrevistas. Quanto aos resultados obtidos, os idosos indicaram que gostariam de manter a sua auto-estima e ser cuidados com dignidade até ao fim das suas vidas. Quando totalmente dependentes, os idosos manifestavam preferência por ter cuidados de enfermagem em casa.

II.2.3. Estudos sobre os Utentes de Apoio Domiciliário

Relativamente aos utentes do SAD, alguns estudos têm vindo a ser realizados, tanto ao nível dos serviços de apoio domiciliário privados como sociais.

Num estudo realizado no Reino Unido, procurou-se averiguar quais os determinantes que levavam os utentes idosos a requerer este tipo de serviços (Stoddart, Whitley, & Sharp, 2002). Para o estudo usou-se um questionário, distribuído por 2000 idosos residentes na comunidade britânica, com igual número de homens e mulheres, de idades compreendidas entre os 65-74 e 75 ou mais anos. Com uma taxa de resposta de 79%, os resultados obtidos relataram que os principais determinantes de recorrência à prestação de serviços de apoio domiciliário recaem sobre factores como o aumento da idade, não possuir carro e ser viúva. Acrescentam-se também factores físicos, emocionais, cognitivos e quedas (Stoddart, Whitley, & Sharp, 2002). No entanto esta procura de serviços bifurca-se em serviços privados e sociais. A comunidade em estudo é possuidora de um elevado grau académica, denotando-se uma maior adesão ao sector privado.

Para os autores Stoddart, Whitley, & Sharp (2002) compreender os factores que influenciam a utilização dos serviços de apoio domiciliário é fulcral devido ao crescente número de idosos na população que a política em vigor procura manter nas suas próprias casas.

Num outro estudo, realizado na Finlândia por Hammar, Perälä, & Rissanen (2008), o principal objectivo foi compreender a percepção dos clientes face aos fornecedores (funcionários) de serviços de apoio domiciliário. Numa primeira fase do estudo foram entrevistados 686 utentes da SAD de 22 municípios de modo a efectuar um levantamento das actividades básicas da vida diária e da percepção dos mesmos sobre os serviços dos quais usufruíam. Mais tarde, foi enviado um questionário a 686 trabalhadores da SAD. Foram efectuados três tipos de recolha de dados: entrevistas, questionários e registos municipais. Os utentes possuíam idades superiores ou iguais a 65 anos, a grande maioria era do sexo feminino, possuíam uma escolaridade elementar e viviam sozinhos. A actividade funcional foi avaliada através de actividades da vida diária que englobavam actividades

básicas, físicas e instrumentais. Neste estudo o SAD incluía serviço de saúde e serviços de suporte adicionais (banho, comida, limpeza). Os resultados indicam que embora os usuários e os trabalhadores se apreciem da mesma forma, as concepções relativas às necessidades dos clientes eram bastante diferentes.

Os resultados indicaram que a utilização de serviços de higiene (banho) e ajuda doméstica aumentavam as probabilidades de os utentes pertencerem à classe dos mais pobres e que viviam em casa sozinhos (Hammar, Perälä, & Rissanen, 2008).

Constatou-se ainda que muitos utentes do SAD recebiam ajuda dos familiares e, por isso, não necessitavam ou não se apercebiam da necessidade de um cuidador da SAD. Por outro lado, os idosos pareciam subestimar a sua saúde pois têm receio de ao afirmarem que não conseguem executar as tarefas básicas quotidiana os retirem das suas casas. Hammar, Perälä, & Rissanen (2008) concluíram que é importante descobrir que tipo de valores guiam o processo de acesso ao SAD.

Hammar, Perälä, & Rissanen (2008) destacam ainda que os utentes solicitam mais formação por parte dos trabalhadores de modo a obterem maior qualidade nos serviços. Verificou-se também o aumento da probabilidade de acesso a melhores serviços dos clientes que vivem em municípios maiores (Hammar, Perälä, & Rissanen, 2008).

Relativamente aos cuidados domiciliários, a dicotomia formal/informal tem vindo a ser um referencial teórico em termos quantitativos e qualitativos de investigação, nomeadamente no que está direccionado à concepção que os utentes idosos possuem face aos seus prestadores de serviços em sua casa. Porter, Ganong, Drew, & Lanes (2004), desenvolveram um estudo qualitativo que explora as perspectivas das mulheres mais velhas face às características dos seus prestadores de cuidados. A amostra, adequada para uma investigação fenomenológica é tipicamente entre 6 a 10 pessoas, no entanto, Ganong, Drew, & Lanes (2004) estabeleceram 25 como número da amostra. Os critérios de inclusão da amostra foram: possuir 80 ou mais anos de idade, viverem sozinhos em casa, terem sido viúvos pelo menos durante um ano, terem filhos e viverem na cidade onde moraram durante o período de casamento. O estudo foi desenvolvido durante quatro meses, sendo realizadas três entrevistas com cada uma das vinte e cinco mulheres participantes no estudo durante um período fenomenológico de três anos ao longo do qual se desenvolveu a investigação.

Os focos de interesse desta investigação foram as mulheres, as suas percepções, acções e intenções em relação aos seus colaboradores de ajuda no âmbito da prestação de cuidados de saúde enquanto vivem sozinhas. Como resultado desta investigação, surgiu um novo conceito, o de “cuidador domiciliário socorrista” que presta cuidados de saúde em situações de urgência. Denota-se uma ligação entre a prestação de ajuda e pagamento dos serviços, sendo o valor potencial dos esforços mais elevado. Averiguou-se que os mais

velhos negociavam a sua dependência em relação ao tempo de espera pelos ajudantes de (apoio domiciliário) *home care*.

Segundo Spiegelberg (1994 cit. in Porter, Ganong, Drew, & Lanes, 2004), a realização deste tipo de estudos fenomenológicos descritivos como método é essencial para compreender a estrutura de uma experiência, que é, em geral, essência ou fenómeno irreal quando recolhido a partir de factos reais.

Gunilla & Carina (2004) desenvolveram um outro estudo numa perspectiva fenomenológica, com utentes de cuidados paliativos no domicílio. O objectivo deste estudo foi compreender as experiências de cuidados paliativos em casa, com serviço de apoio domiciliário prestado por enfermeiros. Neste investigação participaram seis pacientes diagnosticados com cancro, que foram entrevistados nas suas casas. As conclusões do estudo apontam para a importância de um bom funcionamento que facilite o trabalho de equipa e as experiências de segurança do utente na sua própria casa, denotando que o parente mais próximo do doente neste caso é a equipa de apoio domiciliário.

Um outro estudo efectuado no Brasil, por Ricci, Kubota, & Cordeiro (2005), recorreu à observação sobre a capacidade funcional de idosos em assistência familiar, utilizando como método a observação descritiva de 40 idosos com análise comparativa e entrevistas com os respectivos cuidadores. Todos os participantes no estudo eram utentes de serviço domiciliário e possuíam mais de 60 anos. Os dados quanto à percepção do cuidador, durante a visita domiciliária foram recolhidos através do instrumento Medida de Independência Funcional (MIF). O idoso foi observado pelo profissional de saúde através de observação directa da MIF, tendo por base seis dimensões: auto-cuidados, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Segundo Ricci, Kubota, & Cordeiro (2005) os resultados indicaram dependência dos idosos na maioria das tarefas avaliadas. Na caracterização da dependência, a média de menor dependência para o profissional foi a relativa à alimentação. Por sua vez a categoria da compreensão mostrou-se como sendo a de menor fiabilidade. Concluiu-se, no âmbito deste estudo que a orientação, informação e apoio especializado de profissionais na saúde do idoso, são a base do atendimento domiciliário. O grande responsável pela assistência dada em equipa como elemento terapêutico no processo de reabilitação é o cuidador.

II.2.4. Estudo sobre Apoio Domiciliário realizado em Portugal

Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007) realizaram um estudo em Portugal no qual o principal objectivo foi analisar o SAD no distrito de Aveiro e perceber se é o primeiro passo no

sentido dos cuidados integrados. A análise incidu sobre o número de utentes e capacidade das instituições que prestam SAD, ao tipo de serviços prestados, aos dados demográficos, ao tipo de relações existentes entre todos os partidos e os acordos de cooperação ao nível da comunicação.

A de recolha de dados incidu em documentos fornecidos pelo INE e instituições, além de um questionário apresentado a 75 instituições. Este questionário procurou abranger: dados demográficos e estruturais; o tipo de informação que os profissionais necessitam cumprir; o tipo de relacionamento e de restrições entre as instituições e os utentes; os sistemas sociais, de saúde e das autoridades locais (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007).

Dos resultados da análise dos dados apurou-se que no ano 2000 a protecção social para idosos representava apenas 31,8% da totalidade da actividade das IPSSs. A população idosa estava estimada em 103.848 cidadãos, o que significa que as IPSSs em Aveiro apenas podiam prestar serviços a 3,4% da população idosa. Em matéria de recursos humanos, 1% das instituições detinham menos de 10 funcionários, 43% entre 10 a 30 funcionários, 22% entre 31 a 50 funcionários e 30% tinham mais de 50. A grande maioria das IPSSs (84%) previa SAD diários, incluindo fins-de-semana, em comparação com 16% das instituições que ofereciam esses serviços apenas às segundas-feiras.

Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007) apuraram que no geral a família era responsável (46%) pelo primeiro contacto com as IPSSs, seguido por instituições de saúde, o usuário, a segurança social e por último os vizinhos.

O principal motivo de recurso ao SAD é a necessidade real do utente (74%) enquanto que uma percentagem mínima pretende usufruir de outros serviços oferecidos pelas IPSSs.

No que se refere às habilitações académicas dos profissionais, 55% das IPSSs exigem profissionais com qualificações específicas, enquanto que 45% dos casos não. Por sua vez, 76% das IPSSs proporcionam formação específica em detrimento de 24% que o não impulsiona.

Para Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007) a frequência de contacto entre o trabalhador e o utente, no distrito de Aveiro resume-se a: 33% contacto semanal; 16% mensais; 15% duas vezes por semana e 3% não deram resposta.

Quanto à qualidade dos serviços a colaboração com os serviços de saúde necessita ser reforçada, visto, em casos como fisioterapia, os serviços serem prestados no centro de saúde devido à carência de recursos das IPSSs.

No que se remete à avaliação dos serviços prestados, 96% das IPSSs aplicam questionários ou conversas informais com os utentes, em geral executados por um assistente social ou um director, contrariamente a 4% que não realiza nenhum tipo de avaliação de serviços.

Os autores concluíram que, sendo o SAD um serviço domiciliário prestado a pessoas dependentes no domicílio, a maioria das instituições não funcionam de forma integrada. A integração dos cuidados de saúde só existe formalmente com a segurança social e raramente com alguns centros de saúde. Em relação à comunicação entre profissionais e utentes, o uso das tecnologias de informação, computadores e telemóveis, onde se possam encontrar alguns registos sobre os pacientes, encontra-se bastante limitado, não havendo partilha de informação entre as instituições.

Paúl & Fonseca (2005) consideram que, no caso de Portugal, existe necessidade de aumentar e melhorar os serviços disponibilizados aos idosos e os cuidados que lhes são prestados, tendo em conta os aspectos psicossociais do bem-estar na velhice, privilegiando os serviços de modo a promover a qualidade de vida dos utentes

II. 2.5. Serviços de Apoio Domiciliário no Concelho da Covilhã

No ano de 2000, a SAD em Portugal foi caracterizada, segundo Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007), por uma distribuição homogénea cobrindo uma taxa em torno de 2,64% nas regiões mais populosas, nomeadamente em serviços a idosos com mais de 74 anos, na qual a percentagem de mulheres atinge os 57%. Das instituições prestadoras de serviços, 93% dos fornecedores possuem acordos com a segurança social.

O concelho da Covilhã possui respostas sociais para os idosos, nomeadamente o serviço de apoio domiciliário, cuja capacidade, número de equipamentos e número de utentes se pode observar na Tabela 9.

Tabela 9 - Respostas sociais para a população idosa

	Dados agregados do Concelho da Covilhã		
	N.º de Equipamento	Capacidade	N.º de Utentes
Respostas Sociais			
Serviço de Apoio Domiciliário	28	623	527

Fonte: Carta Social 2005, MTSS, DGEEP

Da informação obtida da tabela pode apurar-se que no concelho da Covilhã existem 28 respostas sociais de apoio domiciliário para um total de 623 utentes, estando neste momento já 527 a usufruir dos referidos serviços. Dada a necessidade de estudar os Serviços de Apoio Domiciliário que emergem de uma crescente procura da população mais velha do nosso país, sendo esta caracterizada por elevados graus de dependência, a sua promoção em termos futuros poderá tornar-se uma mais-valia para o bem-estar e qualidade de vida dos seus utentes. E sendo esta uma realidade presente no concelho da Covilhã, o presente estudo propõe-se a efectuar uma análise fenomenológica das concepções dos utentes relativas à forma como lhe são prestados os referidos cuidados no seu domicílio.

Capítulo III - Estudo Empírico

O domicílio é hoje visto como um espaço em que as pessoas portadores de doenças ou outras afecções, de algum modo dependentes, na impossibilidade de ajudas informais ou formais não conseguem viver com qualidade de vida e estabilidade emocional (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

A opção pelos serviços domiciliários é usualmente indicadora de necessidade de apoio a situações de alguma ou muita dependência. O idoso, ao optar pelos Serviços de Apoio Domiciliário, pode continuar a viver em casa, com mais qualidade, tendo apoio de serviços da comunidade.

Neste estudo qualitativo, pretende-se efectuar um levantamento da percepção que os utentes têm dos serviços de apoio domiciliário que lhes são prestados no concelho da Covilhã. De notar que é um concelho caracterizado por um elevado índice de envelhecimento da população, de aumento da dependência de idosos e consequentemente, pelo aumento de solicitações de serviços de apoio à dependência na velhice.

O estudo a seguir apresentado é de carácter qualitativo, foi efectuado no meio natural, sendo muitas vezes dominada por naturalista e não envolve manipulação de variáveis nem tratamento experimental (Afonso, 2005).

Segundo Quivy & Campenhoudt (2008), neste tipo de estudos, o entrevistador deve abster-se de comentários e ou insinuações, intervindo de forma aberta, efectuado o mínimo número de questões, promovendo um ambiente agradável de conversação, assegurando a gravação e registo dos dados.

No âmbito deste estudo foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas a utentes de Serviço de Apoio Domiciliário do concelho da Covilhã, com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos de idade.

A recolha de dados baseou-se na utilização de um guião de entrevista (semi-estruturada) cuja finalidade consistiu na obtenção de dados para uma posterior análise de conteúdo, recorrendo à categorização.

A categorização da informação recolhida, dividiu-se em categorias e/ ou subcategorias. Com este estudo pretende contribuir-se para a desmistificação e valorização dos idosos, bem como para uma reavaliação e adequação das práticas domiciliárias.

III.1 Objectivos da investigação

Dado o acentuado aumento da população idosa portuguesa, é necessário analisar a capacidade funcional das instituições prestadoras de serviços a idosos. Nesta investigação procurou-se compreender o contributo dos serviços de apoio domiciliário (SAD) na promoção da autonomia, qualidade de vida e bem-estar dos seus utentes, nomeadamente a forma como os utentes do concelho da Covilhã o percebem.

Sendo assim, os objectivos desta investigação são:

- Analisar como é que os utentes percebem os Serviços de Apoio Domiciliário.
- Estudar de que modo é que o SAD funciona de modo a dar suporte às necessidades básicas quotidianas dos seus utentes idosos, promovendo a autonomia e bem-estar.
- Averiguar o grau de satisfação dos utentes no respeitante ao SAD do qual usufruem.
- Estudar o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo SAD aos seus utentes.
- Analisar as concepções dos utentes face aos custos do SAD.

III.2 Sujeitos

Os critérios de inclusão nesta investigação qualitativa foram:

- 1) Ser utente de Serviço de Apoio Domiciliário de entidades privadas e não privadas no concelho da Covilhã;
- 2) Possuir 65 ou mais anos de idade;
- 3) Não possuir um défice cognitivo ou sensorial que o impeça de responder com qualidade à entrevista;

A selecção da amostra foi por conveniência de modo a poder ser escolhida uma pequena representação do concelho de Covilhã e não incidir apenas num determinado local visto existirem instituições com mais utentes em detrimento de outras.

No total a amostra foi composta por sete idosos utentes de apoio domiciliário fornecido por centros de assistência locais e instituições particulares de solidariedade social, existindo alguns que já tinham sido utentes de centros de dia ou lares, em fases pontuais mais críticas de saúde e dependência.

Os sujeitos tinham idades entre os 65 e os 90 anos, sendo a média de 79 anos de idade dos quais seis eram mulheres e um era homem, pertencentes às zonas de Dominguiso, Paul, Cantar Galo e Covilhã.

III.3 Instrumentos

Boni & Quaresma (2005) salientam que numa investigação científica o ponto de partida se baseia na recolha de dados e instrumentos utilizados, o que requer uma pesquisa bibliográfica, uma observação de fenómenos e contactos com possíveis fontes de informação.

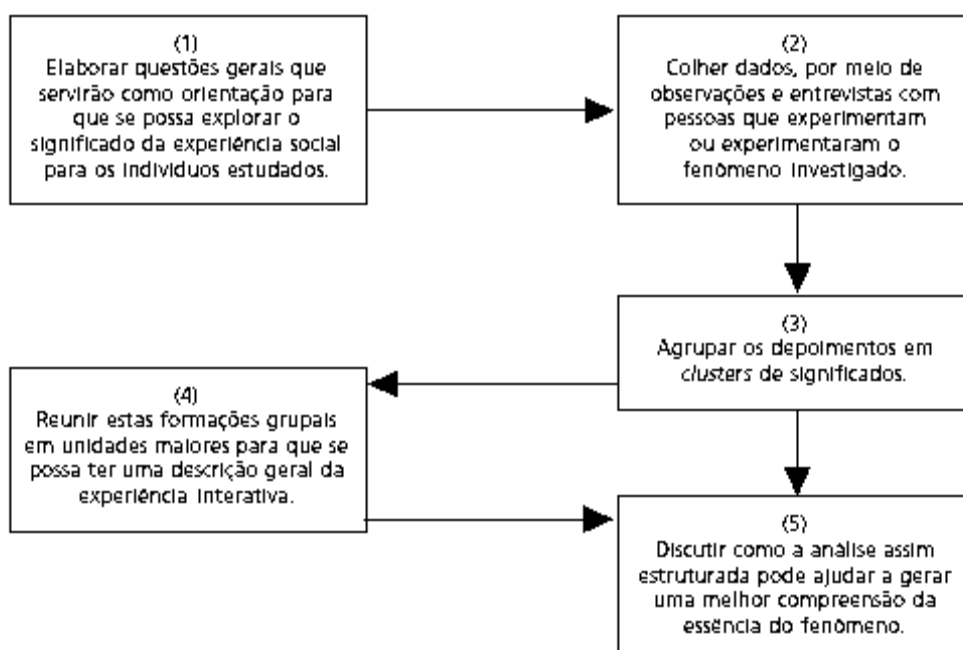
As investigações qualitativas trabalham com significados, valores e crenças, motivações, não podendo ser reduzidos apenas a perguntas quantitativas visto serem direccionadas a noções muito particulares (Boni & Quaresma, 2005).

Nesta investigação, optou-se pela construção de uma entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados.

A opção pela entrevista relaciona-se com a perspectiva fenomenológica subjacente a este estudo. Carvalho & Vergara (2002) esclarecem que a perspectiva fenomenológica orienta os investigadores para descrições interpretativas de fenómenos. A sua lógica tem por base racional a construção de uma experiência interactiva humana. (Carvalho & Vergara, 2002:83).

A Figura 4 representa a abordagem fenomenológica segundo Creswell (1998) e Moustakas (1994) que encerra uma sequência de passos para a recolha e tratamento dos dados (Carvalho & Vergara, 2002:84).

Figura 4 - Passos para a recolha e tratamento de dados de Creswell (1998) e Moustakas (1994) cit in Carvalho & Vergara (2002:84)



Do esquema apresentado na Figura 4 denota-se que os meios de recolha de dados na fenomenologia incluem observações dos participantes e entrevistas semi-estruturadas.

A preparação das entrevistas como instrumento de recolha de dados qualitativos é uma das etapas mais importantes da pesquisa, na qual é planeada tendo em conta o objectivo do estudo, a escolha dos sujeitos, oportunidades de entrevista, disponibilidades dos entrevistados, garantia de condições de confidencialidade, e por fim, organização de acordo com conteúdo científico (Boni & Quaresma, 2005). A opção pela entrevista semi-

estruturada neste estudo, que combina questões abertas com questões fechadas, relacionou-se com o facto de permitir ao investigador percorrer vários caminhos sobre o tema e a captar percepções e significados dos utentes sobre o SAD.

Boni & Quaresma (2005) referem que o entrevistador deve estar atento e no momento oportuno dirigir a conversação para o foco principal impedindo as fugas ao tema proposto. Segundo os autores, o investigador deverá ler nas entrelinhas as construções que não são visíveis no discurso do entrevistado.

Neste estudo de acordo com a revisão teórica foi construída uma entrevista semi-estruturada (cf. **Anexo 1**).

III.4 Procedimento

A presente investigação consistiu em aplicar entrevistas semi-estruturadas a utentes idosos do concelho da Covilhã que usufruíssem de serviços de apoio domiciliário prestados por instituições estatais, nomeadamente centros de assistência.

A Tabela 10 apresenta por ordem de execução as tarefas efectuadas para o desenvolvimento desta investigação.

Tabela 10 – Organização da Investigação

As etapas efectuadas consistiram em:
1) Obtenção das autorizações necessárias por parte das instituições numa fase inicial e dos utentes numa fase posterior. Nesta fase foram contactadas por carta as instituições Centro de Assistência Social do Dominguiso, Centro Paroquial de Assistência de Nossa Senhora das Dores no Paul, Centro Social de Nossa Senhora da Conceição de Cantar Galo (Vila do Carvalho) e Mutualista Covilhanense, obtendo apenas permissão para o estudo nas três primeiras. Foi explicado em reunião marcada com as várias direcções o estudo em causa e o objectivo principal, sendo esclarecida a situação de confidencialidade dos dados recolhidos no contacto com os utentes.
2) Realização de um pré-teste com o guião de entrevista construído com base na revisão da literatura e aplicação do mesmo para análise com o intuito de apuramento da qualidade do instrumento. Nesta etapa foi seleccionada uma utente para uma primeira entrevista, a qual seria analisada e de acordo com os dados obtidos sofreria alterações de conteúdo.
3) Alteração no guião inicial da entrevista, de acordo com o recolhido e observado na aplicação do pré-teste.
4) Selecção da amostra. Nesta fase foi definido os elementos que viriam a compor a amostra e foram seleccionados por conveniência os sujeitos do estudo.

5) Calendarização das entrevistas com os utentes. Após autorização por parte dos utentes, destinaram-se as datas e os horários além do local (que neste estudo foi o domicílio de cada utente).
6) Realização das entrevistas nas datas e horas marcadas com gravação, devidamente autorizada pelos mesmos. As entrevistas foram desenvolvidas ao longo de uma semana. A duração das entrevistas foi entre 30 a 45 minutos, podendo alguns ter demorado um pouco mais.
7) Organização e análise dos dados. Trabalho composto pelas seguintes etapas: transcrição das entrevistas, numeração das mesmas, definição e análise de categorias, construção dos quadros de categorias e análise dos dados.

III.5 Resultados

A partir da análise conteúdo das 7 Entrevistas (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7) em torno das questões colocadas, foram definidas categorias e subcategorias que aparecem referidas na Tabela 11.

Tabela 11 - Resumo das Categorias e Sub-Categorias

Categoria	Sub-Categoria
1.Requisição de apoio domiciliário (Esta categoria consiste em identificar as principais motivações que originaram a procura do SAD, analisando os tipos de necessidade sentidas pelos utentes)	1.Factores que originam a procura 2.Motivos de solicitação
2. Processo de inscrição (O processo de inscrição engloba as influências, os sujeitos que realizaram a inscrição e como decorreu o processo deste o momento da inscrição)	1.Sujeitos que influenciam a inscrição 2.Quem realizou a inscrição 3.Caracterização do processo de inscrição
3. Serviços de Apoio domiciliário (Os serviços de apoio domiciliário são analisados nesta categoria desde o seu conceito e modo como é percebido até aos tipos de serviços prestados e ajudas dispensadas aos utentes)	1.Conceito 2.Tipos de serviços 3.Tipo de ajuda prestada pelo SAD
4. Cuidados formais e informais (Nos cuidados formais e informais esta	1. Ajudas que usufrui além do SAD 2. Ajuda do SAD

categoria procura analisar o tipo de relações existentes e, caso existam se se complementam ou se são incompatíveis)	3. Relação entre as ajudas informais e o SAD
5. Caracterização dos serviços prestados pelo SAD (A categoria de serviços prestados pelo SAD procura englobar o tipo de serviços, quem faz, durante quando tempo, em que horários, qual a frequência e a interacção existentes entre os funcionários e os utentes.)	1. Serviços prestados 2. Quem costuma ir a casa; 3. Tempo de serviço prestado; 4. Interacção com os utentes 5. Horários 6. Frequência
6. Funcionários prestadores de serviços (Os funcionários como prestadores de serviços são analisados tanto ao nível da sua formação como da personalidade pretendida pelos utentes)	1. Formação 2. Personalidade
7. Acompanhamento técnico (Nesta categoria visa-se obter as percepções sobre o tipo de técnicos e quais as suas contribuições nas visitas domiciliárias)	1. Visitas dos técnicos aos domicílios 2. Contribuição dos técnicos
8. SAD no presente/futuro (A categoria SAD engloba as possíveis potencialidades, como é vista e no que pode melhorar.)	1. Potencialidades do SAD 2. Ideologias do SAD 3. Sugestões de melhoria do SAD
9. Satisfação (A satisfação é vista ao nível do utente quanto aos serviços, dedicação e custos)	1. Satisfação quanto aos serviços prestados 2. Satisfação quanto à dedicação da instituição 3. Satisfação quanto ao custo do SAD

A seguir serão analisadas cada uma das categorias de acordo com as principais expressões dos sujeitos que ilustram as categorias e subcategorias definidas.

A Tabela 12 refere-se à categoria “Requisição de apoio domiciliário”, que reuniu a análise das respostas dadas às questões 1.1 e 1.5 do guião de entrevista.

Tabela 12 - Requisição de apoio domiciliário

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
------------------	----------------------	----------------------------

1. Requisição de apoio domiciliário	1. Factores que originam a procura	<p>“A necessidade, a necessidade, que a minha reforma é pouca.” – E1,E2</p> <p>Saúde débil- E3, E4, E7</p> <p>“Dificuldade em sair de casa para comprar o necessário” – E5</p> <p>Não sabe responder – E6</p>
	2. Motivos de solicitação	<p>Muito necessário - E1, E4, E7</p> <p>“Ora, para a minha vida era necessário, a minha mulher não podia fazer comer, não podia nada, era necessário. Era ela que fazia sempre tudo.” – E2</p> <p>Necessário - E5, E6</p> <p>“Preciso do comer de lá (...)” – E3</p> <p>Por ser doente – E4</p>

Como podemos observar a partir da análise da Tabela 12 a dimensão correspondente à requisição de serviços de apoio domiciliário divide-se em duas subcategorias, respectivamente factores promotores da procura e motivos de solicitação dos serviços.

Quanto aos factores que originam a procura, as opiniões são distintas, sendo a mais comum a saúde débil, seguida das necessidades básicas. Foi ainda referida por 1 sujeito a dificuldade em sair de casa para realizar as compras necessárias ao lar. Relativamente ao tipo de necessidade dos serviços sentida pelos utentes, ramifica-se entre o necessário e o muito importante, verificando-se também necessidades por motivo de doença e alimentação.

A Tabela 13 refere-se ao processo de inscrição e incluiu as respostas dadas pelos entrevistados às questões 1.2, 1.3 e 1.4 do guião de entrevista.

Tabela 13 - Processo de Inscrição

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
2. Processo de inscrição	1. Sujeitos que influenciaram a inscrição	<p>“ A minha filha e a (...nome da vizinha..)” – E1</p> <p>“...uma senhora que a viu no hospital e o Presidente da Junta.” - E3</p> <p>Os filhos – E4,E5</p>

	<p>2. Quem realizou a inscrição</p> <p>3. Caracterização do processo de inscrição</p>	<p>Vontade própria - E2, E5, E7, E6</p> <p>“O regedor.” – E6</p> <p>Amigo e vizinho – E2</p> <p>As funcionárias da instituição – E3, E4</p> <p>Já era sócia – E5</p> <p>O próprio - E1, E6, E7;</p> <p>“Quando lá fui elas fizeram muitas perguntas. Perguntaram da reforma, e do que eu precisava.” – E1</p> <p>“Comecei logo a ter a comida cá em casa, logo logo, isso não...foi logo a andar. Então, não era preciso fazerem perguntas, foi o que eu tinha pedido! (Diz como alguma satisfação).” – E2</p> <p>“Comecei logo a ter os serviços. Não, não me fizeram questões,...” – E3</p> <p>Começou logo a usufruir dos serviços - E4, E5, E6, E7</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como podemos observar na Tabela 13, os resultados indicam que a categoria processo de inscrição nos serviços de apoio domiciliário se decompõe em três subcategorias, respectivamente a caracterização do processo de inscrição, quem o realizou e a caracterização dos sujeitos que incentivaram a inscrição.

Relativamente à caracterização do processo de inscrição, a maioria dos utentes (... sujeitos) começou a usufruir dos serviços logo após a inscrição. Por sua vez, apurou-se que em geral foram os próprios utentes a efectuar a sua inscrição, sendo grande parte por vontade própria e por vezes influenciados pelos filhos.

A Tabela 14 refere-se aos serviços apoio domiciliário, a qual reuniu na sua análise as questões 2.1, 2.2 e 2.3, do guião de entrevista.

Tabela 14 - Serviços de apoio domiciliário

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
3. Serviços de Apoio domiciliário	1) Conceito	<p>“É um apoio, uma ajuda.” - E1, E7 ;</p> <p>“ Representa que eu.... me sinto satisfeito.” – E2.</p> <p>“ É bom, bom. É uma grande ajuda.” – E3</p> <p>Não consegue explicar - E4, E5, E6</p>
	2) Tipos de serviços	<p>Comer - E1, E3, E5, E7</p>

	<p>3) Tipo de ajuda prestada pelo SAD</p>	<p>“Ora vêm-nos cá trazer o pequeno-almoço, o almoço, ... a alimentação completa” – E2</p> <p>Comer e Limpeza – E4</p> <p>Roupa – E5, E6, E7</p> <p>“Dá o que preciso. Para mim,,, É isso! Já não estou na cozinha a fazer e o comer chega sempre. Um bocadinho mais cedo ou mais tarde, mas chega sempre.” – E1</p> <p>“ Preciso comer de lá, do comer. Porque é mais certo, vem todos os dias.” – E3</p> <p>Dá o necessário - E4, E5, E6, E7</p> <p>“Não muito, apenas o essencial.” – E2</p>
--	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A dimensão dos serviços de apoio domiciliário divide-se em duas subcategorias como se pode verificar na Tabela 14, respectivamente o conceito e os tipos de serviços prestados, nos quais se inserem os mais utilizados e o tipo de ajuda pelo SAD.

O conceito de apoio domiciliário ainda se demonstra muito recente no interior do nosso país, nomeadamente no Concelho da Covilhã. A maioria dos utentes não o consegue definir e para alguns é visto como um apoio, uma ajuda.

Os serviços de apoio domiciliário mais utilizados no Concelho são a comida, seguidos pela roupa. Apenas um utente usufruía de serviços de limpeza.

Além dos cuidados formais da SAD, existem também ajudas exteriores que por vezes acompanham os idosos.

A Tabela 15 representa a categoria de análise relativa aos cuidados formais e informais, o qual reuniu na sua análise as questões 2.4, 2.5, 2.6 e 2.7 do guião de entrevista.

Tabela 15 - Cuidados formais e informais

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
4. Cuidados formais e informais	1. Ajudas que usufrui além do SAD	<p>Conferência São Vicente de Paulo – E1</p> <p>Não tem ninguém - E2, E3, E6, E7</p> <p>Os filhos - E4, E5</p>
	2. Ajuda do SAD a) Promove o viver em casa	<p>Sim - E1, E2, E4, E5, E6, E7</p> <p>“ Isso não sei. Mas se não tivesse ajuda como é que eu me podia governar? Era muito custoso.” – E2</p>

	<p>3. Tempo de serviço prestado;</p> <p>a) na prestação de serviços</p> <p>b) após a prestação dos serviços</p> <p>4. Interacção com os utentes</p> <p>5. Horário</p> <p>6. Frequência</p>	<p>Nem sempre têm tempo - E1, E7</p> <p>“ Então não têm?! Têm tempo pois... sempre falam comigo e contam umas anedotazinhas, muito muito satisfeitos que estamos.” – E2</p> <p>“Têm sempre tempo.” – E3</p> <p>Vêm à pressa – E4</p> <p>" Umas vezes têm mais pressa, outras não." – E5</p> <p>“ Vão para lhe colocar a malga de leite.” – E6</p> <p>“Aí uns 5 minutos. Quando não têm de ir logo embora.” – E1</p> <p>“Deixam as coisas, perguntam o que precisamos e vão à vida delas. Não são de ficar por aqui!” – E2</p> <p>“Perguntam se é preciso alguma coisa e vão embora.” – E3</p> <p>Deixam a comida e vão embora - E4, E5, E6, E7</p> <p>Às vezes - E1, E4, E5, E6, E7</p> <p>Sim - E2, E3</p> <p>Todos os dias - E1, E3, E4, E5, E6, E7</p> <p>12 vezes por semana – E2</p> <p>Uma vez por dia - E1, E4</p> <p>Duas vezes por dia - E2, E3, E5, E6, E7</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

No âmbito da caracterização dos serviços dos técnicos da SAD, esta medida encontra-se analisada em seis categorias, nomeadamente: o que costumam fazer, quem costuma ir; quais os horários, a interacção com os utentes e a frequência diária ou semanal. Dos dados da Tabela 16, relativamente ao que costuma ser executado pelos técnicos, os serviços baseiam-se em comida, roupa e limpeza. Na maioria das vezes, quem costuma visitar os utentes por parte da instituição são apenas as funcionárias que cumprem a realização das tarefas de SAD.

Quanto ao tempo prestado pelos técnicos, os utentes compreendem que vêm com tempo para prestar o serviço mas desculpabilizam o facto de após a realização do mesmo se irem embora por estarem com pressa.

Denota-se algum diálogo com os utentes que possivelmente se encontra relacionado com o facto de na maioria dos casos as visitas serem duas vezes diárias.

De acordo com as visitas efectuadas pelos funcionários, a categoria seguinte incidu sobre a análise dos mesmos. A Tabela 17 possui as sub-categorias de formação e personalidade estudadas neste trabalho.

Tabela 17 - Características dos funcionários prestadores de serviços

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
6. Funcionários prestadores de serviços	1. Formação	<p>“Acho que sim” - E1, E3</p> <p>“Têm sim senhora.” – E2</p> <p>Não respondeu - E4</p> <p>“ Por mim é o suficiente, agora elas é que sabem. Para mim, para mim chega.” – E5</p> <p>“ Eu olhe, eu não tenho que dizer delas. O que é só chegam ao meio dia, chegam além, põem o comer de cima da mesa e abalam. Nem aqui chegam (à cama onde se encontra deitada). Outras vezes vêm botar o papo-seco aqui ao pé de mim e abalam. Mais nada.” – E6</p>
	2. Personalidade	<p>“ Em primeiro lugar devem ser amáveis. E em segundo lugar tratarem a gente com carinho.” – E1</p> <p>“ Têm de ser delicadas para as pessoas.” – E2</p> <p>“ Elas são boas...elas já são diferentes.” – E4</p> <p>“ Como é que devem ser? Eu acho que devem ser amáveis. Mas elas têm isso tudo, não tenho que dizer delas.” – E5</p> <p>“Devem ser assim, simpáticas.” – E3</p> <p>Não sabe – E6</p> <p>“ Devem ser umas pessoas amigas dos velhinhos. Que tenham um bocadinho de atenção com eles.” – E7</p>

Verifica-se após categorização da Tabela 17, que nas respostas dos utentes, face à formação dos funcionários se encontra dividida, uns pensam que é necessário outros nada

acrescentam. Já em relação à personalidade dos mesmos, enaltecem factores tais como carinho, amizade, atenção, delicadeza, amabilidade e “amigas dos velhinhos”.

Quanto ao acompanhamento de técnicos durante as prestações de serviços de apoio domiciliário (questões 4.3 e 4.4 do guião) as concepções dos utentes encontram-se nas categorizadas na Tabela 18.

Tabela 18 - Acompanhamento técnico

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
7. Acompanhamento técnico	1. Visitas dos técnicos ao domicílio	<p>“ Veio cá a doutora a primeira vez (a assistente social) lá do Lar. E cada vez que eu lá vou pagar fazem-me sempre perguntas. Quando preciso, só quando preciso, falo com elas.” – E1</p> <p>“Já cá vieram, já sim. É importante virem cá a casa porque é o auxílio da gente! (há uns meses trabalhou uma assistente social na instituição que os visitava algumas vezes.) Não precisam vir mais vezes. Vêm nas alturas suficientes.” – E2</p> <p>“ Não, porque está tudo bem! Podiam vir mas está tudo bem.” – E3</p> <p>“ Não é preciso. Não ajudavam em nada.” – E4</p> <p>“ Não, por enquanto ainda cá não veio ninguém.” – E5</p> <p>Fazem falta - E6, E7</p>
	2. Contribuição dos técnicos	<p>“ Eu acho que podiam vir, estou sempre sozinha, a minha companhia é Deus! Mas se pudessem era bom que viessem.” – E1</p> <p>“ Na saúde. O que é que eles haviam de fazer mais? Eles não podem fazer mais do que o fazem.” – E2</p> <p>Na saúde - E3, E6</p> <p>Em nada – E4,E5</p> <p>“ Era bom só que não há.” – E7</p>

Os resultados indicam que parece não haver consenso em relação às visitas dos técnicos. Alguns utentes valorizam as visitas dos técnicos (assistência social, psicologia, entre outros) nos apoios domiciliários, tanto por acharem ser necessário, como pela falta

	3. Sugestões	<p>“ Eles fazem o que é preciso! O que é normal!” – E2</p> <p>“ Que fosse sempre assim, bom, bem disposto.” – E3</p> <p>Não respondeu – E4</p> <p>“ Para mim por enquanto está bem” – E7</p> <p>“Para mim não precisava mudar nada” – E5</p> <p>Não sabe explicar – E6</p> <p>“ O que mais precisava era do médico.” – E1</p> <p>Tem tudo o necessário - E2, E3, E4, E5, E7</p>
--	--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

No referente à SAD, os dados da Tabela 19 indicam que os sujeitos entrevistados consideram que a sua vida sem este serviço seria má, triste e em alguns casos sentiriam desamparo, como refere E1 “(...) então como é que eu havia de viver?”. Salientam que, como aspectos positivos, possuem tudo o que necessitam, incluindo carinho e satisfação das necessidades básicas do quotidiano.

Quanto a sugestões, pensam que as prestações dos serviços decorrem dentro do dito normal, anotando o E1 a necessidade de um médico. Os restantes entrevistados afirmam possuir o que necessitam.

Por último, a análise dos dados (questões: da 6.1 à 6.5) é dirigida ao grau de satisfação dos utentes face ao SAD. A Tabela 20 apresenta o grau de satisfação descritivo e como nota de classificação.

Tabela 20 - Grau de Satisfação

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de sentido
9. Satisfação	1. Quanto aos serviços prestados	<p>“ Fazem tudo muito bem e a comida é muito boa.” – E1</p> <p>Satisfeitos - E2, E3, E4, E5, E6, E7</p>
	2. Quanto à dedicação da instituição	<p>“ Só falo com outras meninas (as da secretaria) quando lá vou pagar, que é quando me perguntam se está tudo bem e do que é que eu preciso.” – E1</p> <p>“ É só com os funcionários que cá vêm dar o apoio.” – E2</p>

	<p>3. Quanto ao custo do SAD</p>	<p>“ A menina do ano passado vinha cá muita vez perguntar se estava tudo bem (esta menina era a Assistente Social)” – E3</p> <p>“ Elas quando vêm, quando vêm, olhe é.... isto ou aquilo, elas lá se vão e eu cá me fico.” – E4</p> <p>Não – E6, E7</p> <p>“ São muito caros, o que tenho não dá para tudo.” – E1</p> <p>“ A vida está má, tem de ser assim. Acho justo sim.” – E2</p> <p>“ Ai o preço é bom! É!” – E3</p> <p>“ O preço, isso é que está tudo a aumentar.” – E5</p> <p>“ Elas também não podem dar de comer sem a gente pagar.” – E6</p> <p>“ Está bem, está correcto” – E7</p> <p>Não respondeu – E4</p>
--	----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A Tabela 20 relativa à categoria de satisfação fornece concepções variadas relativamente à SAD numa perspectiva de presente/futuro.

A satisfação nesta categoria envolve a dedicação por parte da instituição prestadora do serviço, da qual os utentes não parecem sentir outro tipo de presenças além da dos funcionários usuais. À excepção de uma assistente social que se deslocava a alguns domicílios, determinados utentes referem ter tido contactos apenas quando se dirigiram à instituição, para pagamento ou outro tipo de situações.

Na satisfação relacionada com o custo, reconhecem que por vezes os preços são elevados ou que vão aumentando, no entanto procuram entender os preços estipulados pelas instituições.

Capítulo IV - Discussão dos Resultados / Conclusão

Da análise dos dados recolhidos nesta investigação qualitativa, realizada através de entrevistas a utentes da SAD do concelho da Covilhã pode salientar-se o facto de se constatar que o principal factor que origina a procura do SAD é a necessidade de satisfação de actividades básicas diárias e a saúde debilitada, apoiando Fontaine (2000) o qual refere que para uma velhice bem sucedida, existem também determinantes como a saúde e a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico, promotor de participação social (Oliveira, 2008).

Os resultados indicam ainda que no processo de inscrição, a maioria dos utentes começou a usufruir de imediato sendo quase sempre os próprios a efectuar a sua inscrição, em grande parte por vontade própria e por vezes influenciados pelos filhos, o que não apoia na totalidade Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007) quando apuraram que no geral a família era responsável (46%) pelo primeiro contacto com as IPSSs, seguido por instituições de saúde, o usuário, a segurança social e por último os vizinhos.

Apesar de recorrerem aos serviços de apoio domiciliário, em relação ao conceito que este representa, constatou-se uma acentuada dificuldade por parte dos utentes em explicar em este tipo de serviço. Este resultado pode relacionar-se com o facto de, como refere Santana, Dias, Souza & Rocha (2006) o conceito de apoio domiciliário ser ainda recente. No entanto, alguns dos entrevistados, consideram que o SAD é um apoio, uma ajuda.

Essa ajuda é prestada ao nível de serviços sendo os mais utilizados, segundo os sujeitos entrevistados, as refeições, seguidos por aspectos relacionados com a manutenção e limpeza da roupa. Apenas um utente mencionou usufruir de serviços de limpeza. Estes dados vão de encontro aos principais serviços de apoio domiciliário focados por Santana, Dias, Sousa & Rocha (2007) que se centram em respostas /estruturas de apoio, permitindo ao idoso um acompanhamento sistemático a diversos níveis, desde o provimento, distribuição e apoio alimentar, higiene pessoal, limpeza habitacional, tratamento de roupa e inclusive a facilitação e execução de tarefas quotidianas, como compras, pagamento e utilização de serviços

No âmbito dos resultados desta investigação, a maioria dos sujeitos entrevistados não possui ajudas para além da SAD, sentindo que a prestação de serviços de apoio domiciliário os ajuda a permanecer nas suas casas, apoiando os autores Hellström & Hallberg(2001) quando salientam que na qualidade de vida dos idosos que residem em suas casas, é importante dispor de informações sobre o tipo de cuidados necessários e as razões necessárias para esses cuidados, a fim de apoiar a sua independência e maximizar a qualidade de vida. Esta maximização e apoio de independência residem nas potencialidades da própria instituição.

Na maioria das vezes, quem costuma visitar os utentes por parte da instituição são apenas as funcionárias que cumprem a realização das tarefas de SAD.

Quanto ao tempo prestado pelos técnicos, os utentes compreendem que vêm com tempo para prestar o serviço mas em geral desculpabilizam o facto de após a realização do mesmo se irem embora por terem pressa. Verifica-se que existe algum diálogo com os utentes que possivelmente se encontra relacionado com o facto de na maioria dos casos as visitas serem duas vezes diárias. A carência de momentos de convívio constatada neste estudo, corrobora os dados de Santana, Dias, Souza, & Rocha (2007) que mencionam que o SAD que parece restringir-se à satisfação das necessidades básicas, proporcionando apoio físico e social.

Relativamente aos funcionários, na sua caracterização, os utentes não são unânimes quanto à necessidade de formação por parte dos funcionários, no entanto, quanto à personalidade salientam comportamentos tais como carinho, atenção, delicadeza, amabilidade e “amigas dos velhinhos”. A percepção resultante dos resultados face à formação dos funcionários não apoia a teoria de Hammar, Perälä, & Rissanen (2008) em que os utentes solicitam mais formação por parte dos trabalhadores de modo a obterem maior qualidade nos serviços.

Nos resultados as opiniões face às visitas dos técnicos (assistência social, psicologia, entre outros) aos domicílios, os utentes não foram consensuais. Uns parecem valorizar estes momentos, por considerarem ser necessário e pela falta que sentem dos mesmos. Contrariamente a esta situação, alguns opinam que não fazem falta e não pensam ser necessário. Neste tipo de acompanhamento verifica-se que a necessidade da visita dos técnicos é mais sentida quando há problemas de saúde.

De acordo com Santana, Dias, Souza, & Rocha, (2007) as instituições sociais e de saúde devem procurar melhorar a qualidade de vida dos seus utentes e familiares, mantendo os pacientes em suas casas e no seu ambiente social normal. Neste sentido, os resultados podem sugerir que, as visitas domiciliárias dos técnicos sejam, sobretudo, indispensáveis em casos de maior vulnerabilidade e risco de saúde. Santana, Dias, Souza & Rocha (2007) referem que quanto à qualidade dos serviços a colaboração com os serviços de saúde é essencial. Nesta linha, como salienta Oliveira (2008) com base em dados da OMS (Organização Mundial de Saúde) deve considerar-se saúde como bem-estar físico, mental e social, defendendo que a saúde deve ser vista numa perspectiva positiva.

Os resultados indicam ainda que os utentes consideram que a sua vida sem este serviço seria má, triste e em alguns casos, inclusivamente, se sentiriam desamparados. Salientam que, como aspectos positivos, possuem tudo o que necessitam, incluindo carinho e satisfação das necessidades básicas do quotidiano.

Os utentes referiram ainda que as prestações dos serviços decorrem dentro do que consideram normal, sendo referida por um sujeito a necessidade de um médico. Os restantes entrevistados afirmam possuir o que necessitam. Deste modo na satisfação com os serviços prestados no âmbito do SAD, a maioria dos utentes considera-se satisfeito.

Alguns utentes referem ter contactos apenas quando se dirigem eles próprios à instituição, para pagamento ou outro tipo de situações.

Na satisfação relacionada com o custo, reconhecem que por vezes os preços são elevados ou que vão aumentando, no entanto procuram entender os preços estipulados pelas instituições.

Globalmente este estudo indicou que os utentes entrevistados percebem o SAD como uma ajuda ao nível das necessidades de alimentação, vestuário e limpeza. No entanto, a literatura indica que os objectivos do SAD, segundo Porter (2005) são um conjunto de serviços que as pessoas idosas recebem em casa, o que é consideravelmente mais abrangente do que a percepção que têm os utentes de SAD entrevistados. Apesar deste desfazamento entre o que os sujeitos do estudo percebem como SAD e o “verdadeiro” SAD, os resultados indicam que os sujeitos entrevistados, mesmo assim, globalmente encontram-se satisfeitos. Este resultado merece destaque na medida em que indicia o investimento que é necessário fazer para que os utentes percebam o que é o SAD, os seus objectivos e para que as entidades promovam, através do SAD os seus objectivos e propiciem, de facto, mais qualidade de vida, autonomia e bem-estar.

De notar que, apesar do nível global de satisfação com o SAD manifestado pelos sujeitos, é sugerida a escassez de tempo dos funcionários e momentos de relacionamento interpessoal. Este resultado pode, desde já indicar que os utentes detectam a falta de algum componente importante do SAD que, apesar de poderem desconhecer que faz parte integrante do SAD, os resultados deste estudo já sinalizam de alguma forma.

Como potencialidades deste estudo, pode destacar-se o facto de se centrar num dos tipos de serviço mais procurados pelos idosos em Portugal, o SAD, e que parece ser pouco explorada em termos de investigação no nosso país. Outro aspecto deste estudo a destacar, é o facto de ter usado uma metodologia muito adequada à população em questão. A opção pela entrevista como instrumento de recolha de dados permitiu a adesão, participação e análise da percepção que sujeitos idosos têm do SAD. De referir que, perante a opção por outros instrumentos, nomeadamente escalas, grande parte dos sujeitos não poderiam participar neste estudo.

Como limitações desta investigação, pode referir-se o reduzido número de participantes, o que teve a ver com a natureza do estudo e com os seus objectivos. Este estudo é pertinente do ponto de vista exploratório, mas carece de um volume de dados para generalização dos resultados. Nesta linha, pode sim, constituir um ponto de partida para uma investigação mais ampla e com um número de participantes significativamente mais elevado.

Em suma, o presente trabalho pretende fornecer directrizes que motivem melhorias nos serviços prestados no âmbito do SAD relacionadas com as carencias afectivas dos utentes, com as suas necessidades básicas, com outros serviços pretendidos, influências externas, tipos de dependência, tipos de ajudas, ideologias e mentalidades. Espera-se que o conhecimento da percepção manifestada por utentes do SAD do concelho da Covilhã, possa contribuir para a promoção da qualidade dos serviços de apoio domiciliário que visam melhorar o bem-estar e qualidade de vida dos seus utentes.

Referências

- Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em educação*. Porto: Edições Asa.
- Agich, J. (2003). *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical frameworks for long-term Care*. Ohio: Cambridge University Press.
- Azambuja, L. (2007). Avaliação neuropsicológica do idoso. (RBCEH, Ed.) *Passo Fundo*, 4(2), 40-45.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - Uma introdução à teoria e aos métodos* (Vol. 12). Lisboa: Porto Editora.
- Bolin, K., Lindgren, B., & Lundborg, P. (2007). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, 17(3), 393-409.
- Boni, V., & Quaresma, S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *EmTese*, 2(1), 68-80.
- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, 30 (3/4), 411-429.
- Bowers, B., Fibich, B., & Jacobson, N. (2001). Care-as-service, care-as-relating, care-as-comfort. *The Gerontologist*, 41, 539-545.
- Burau, V., Theobald, H., & Blanck, R. (2007). *Governing home care: A cross-national comparasion*. Cheltenham-UK: Edwrdr Elgar.
- Carvalho, J., & Vergara, S. (2002). A Fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços. *Revista de administração de Empresas*, 42(3), pp. 78-91.
- Cattani, R., & Girardon-Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 06(2).
- Diener, E., & Eid, M. (2004). Global Judgment of Subjective Well-Being: Situational Variability and Long-Term Stability. *Journal of Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Duarte, R. (2002). *Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo*. São Paulo: Cadernos de Pesquisa.
- Falcão, D., & Dias, C. (2006). *Maturidade e Velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fassino, S., Lembruni, P., Daga, G., Brustolin, A., Rovera, G., & Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Gerontology and Geriatrics*, 35, 9-20.
- Fernandes, A. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Colecções FLUP*, 220-247.
- Figueiredo, V. (2007). Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. *Ciências & Cognição*, 12, 156-164.

Floriani, C., & Schramm, F. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Caderno de Saúde Pública*, 20, 986-994.

Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (1), 158-164.

Frumi, C., & Celich, K. (Junho/Dezembro de 2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 92-100.

Gené, J., Contel, J., Hidalgo, A., Borràs, A., Porta, B., Oliver, A., et al. (2009). Health problems also explain social services use in home care. *Aten Primaria*, 41, 91-101.

Godinho, L. (2008). Viver a idade com qualidade. *Cidade Solidária*, 25, 24-29.

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, saúde e doença*, 7 (1), 137-143.

Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*, 26, 105-134.

Gunilla, A., & Carina, B. (2004). Patients'Experiences of Palliative Care in the home: A Phenomenological Study of a Swedish Sample. *Cancer Nursing*, 27, 65-70.

Hammar, T., Perälä, M., & Rissanen, P. (2008). Clients'and workers'perceptions on clients'functional ability and need for help: home care in municipalities. *Caring Sciences*, 23, 21-32.

Harrefors, C., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with health elderly couples inNorthen Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 353-360.

Hellström, Y., & Halberg, I. (2008). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health & Social Care in the community*, 9, 61-71.

Kuppens, P., Realo, A., & Diener, E. (2008). The Role of Positive and Negative Emotions in Life Satisfaction Judgment Across Nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95 (1), 66-75.

Means, R., Morbey, H., & Smith, R. (2002). *From community care to market care?: The development of welfare services for older people*. Bristol: Policy Press.

Ministério da Segurança Social (2006). *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa: Editorial Ministério da Educação.

Ministério da Segurança Social (2008). *Carta social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2006*. Gabinete de estratégia e planeamento.

Moreira, M., & Caldas, C. (2007). La importancia del cuidador en el contexto de la salud del anciano. *Esc. Anna Nary*, 11(3), 520-525.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Idoso - Temas Complementares*. Porto: Legis Editora.

- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2007). A Articulação entre solidariedades formais e solidariedades informais no apoio social às pessoas idosas. *Revista CMStatus - Saúde-Educação*, 1, 32-35.
- Porter, E. (2005). Older Widow's Experience of Home Care. *Nursing Research*, 54, 296-303.
- Porter, E. (2000). *Research on home care utilization: A critical analysis of the preeminent approach*. Columbia: Elsevier Science.
- Porter, E., Ganong, L., Drew, N., & Lanes, T. (2004). A New Typology of Home-Care helpers. *The Gerontologist*, 44, 750-79.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5.ª Ed.). Gradiva.
- Ricci, N., Kubota, M., & Cordeiro, R. (2005). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 655-662.
- Riquelme, R. (2007). Aportes Teórico-Methodológico de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. *Alpha*, 25, 215-225.
- Ryburn, B., Wells, Y., & Foreman, P. (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health Soc Care Community*, 17(3), 225-234.
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-8.
- Schossler, T., & Crossetti, M. (2008). Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Contexto Enferm*, 17(2), 280-287.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família - Os cuidados familiares na velhice* (2.ª Ed.). Lisboa: Ambar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Stoddart, H., Whitley, E., & Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people. *Health and Social Care*, 10, 348-360.
- Thober, E., Creutzberg, M., & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 438-443.
- Timonen, V., & Doyle, M. (2008). From the workhouse to the home: evolution of care policy for older people in Ireland. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 28, 76-89.
- Vaz, E., Silva, L., Alves, F., Vieira, C., Sousa, F., Silva, T., Berg, A., Guerra, M., Braga, C. & Hoven, R. (2004). Reconfiguração da concepção de velhice em Portugal. Coimbra: Ces.
- Wiling, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. New York: McGraw Hill.

ANEXOS

ANEXO I - Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Tendo por base o crescente aumento da população idosa em Portugal, verifica-se uma preocupação em compreender os factores que possam contribuir para a qualidade de vida de quem possa necessitar dos serviços de apoio domiciliário na região da Covilhã.

Destinatários: (utentes do apoio domiciliário do concelho da Covilhã com idades superiores a 65 anos)

Objectivos:

- 1) Caracterizar os utentes do serviço de apoio domiciliário;
- 2) Identificar os aspectos que levam à solicitação de apoio domiciliário;
- 3) Identificar horários e rotinas dos serviços prestados;
- 4) Explorar o papel do serviço de apoio domiciliário na vida dos utentes;
- 5) SAD: potencialidades e limitações;
- 6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário;

Identificação

Sexo: M F

Idade: _____

Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever Sabe escrever Sabe ler e escrever

4.º ano 9.º ano ensino secundário ensino superior

Profissão/ Profissões anteriores: _____

Como considera a sua saúde?

Má Razoável Boa Muito boa

Tópicos

1) Requisição de Apoio Domiciliário

O que o levou a pedir estes serviços?

Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

2) Serviço de Apoio domiciliário

Para si, o que é o apoio domiciliário?

Que tipo de serviços recebe do SAD?

O serviço domiciliário dá-lhe a ajuda que precisa? Mais ou menos?

De que forma?

Acha que o SAD o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não? **ou** Se não fosse o SAD ainda estaria a viver em sua casa?

Acha que isso é importante? Porquê?

Tem mais alguém que o(a) ajude além do SAD? Se sim, quem?

Se sim, como é a relação entre as pessoas que o(a) ajudam e os serviços de apoio domiciliário?

3) Horários dos Técnicos dos SAD

Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

O que costumam fazer?

São sempre os mesmos funcionários? Isso parece-lhe importante? Porquê?

Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Quando é que cá costumam vir?

Quantas vezes?

Quanto tempo cá ficam?

4) Formação e características dos técnicos

Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Acha que deveriam vir técnicos cá a casa? (Por exemplo, enfermeiros, animadores, assistentes sociais, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) Porquê?

Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

5) SAD: potencialidades e limitações

Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

Quais são os aspectos mais negativos (piores) do SAD?

Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário

Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?

Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

ANEXO II - Transcrição de Entrevistas

Entrevista I

Identificação

Sexo: Feminino **Idade:** _65_

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever

Profissão/ Profissões anteriores: Trabalhou no campo até aos 45 anos e posteriormente passou a doméstica

Como considera a sua saúde? Má

Entrevista realizada na Sala de Estar da casa da Utente. A Sra. estava sentada numa cadeira a ver televisão e tapada até à cintura para sentir o quente da braseira.

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

A necessidade, a necessidade, que a minha reforma é pouca.

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

A minha filha e a (...nome da vizinha..).

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Fui eu sim. Foi por necessidade senão eu não comia em todo o mês, nem em todo o mês nem nunca.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Quando lá fui elas fizeram muitas perguntas. Perguntaram da reforma, e do que eu precisava.

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

Muito, muito necessário. Não consigo fazer já a comida sabe...

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário?

É um apoio pois eu não tenho forças para ir buscar as coisas, os meus filhos moram no (local...), outros na (local...) e outros estão fora do país, não podem estar sempre aqui. Trabalham e não podiam andar sempre aqui de caminho a trazer-me o comer.

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

Eu inscrevi-me no Lar de S. José para me trazerem o comer, já não o consigo fazer.

2.3 O serviço domiciliário dá-lhe a ajuda que precisa? Mais ou menos? De que forma?

Dá o que preciso. Para mim,,, É isso! Já não estou na cozinha a fazer e o comer chega sempre. Um bocadinho mais cedo ou mais tarde, mas chega sempre.

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Ajuda muito. Os meus filhos estão longe sabe... não podem estar sempre aqui ao pé de mim.

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

É pois! Então se assim não fosse eu já pouco comia. E estou na minha casinha. Que já está paga. É a única coisa que tenho!

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Tenho a Conferência (S. Vicente de Paulo).

2.7 Se sim, como é a relação entre as pessoas que o(a) ajudam e os serviços de apoio domiciliário?

Não, não se conhecem. Nem se vêem.

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

As senhoras do Lar.

3.2 O que costumam fazer?

Vêm cá a casa trazer as coisas.

3.3 São sempre os mesmos funcionários? Isso parece-lhe importante? Porquê?

Não são sempre as mesmas, depende dos dias. Mas é importante que venham caras que eu já conheço.

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Nem sempre têm tempo. Elas são muito queridas. À dias tocaram, tocaram e eu não acudi, elas têm a chave e entraram todas aflitas à minha procura.

3.5 Quando é que cá costumam vir?

Todos os dias.

3.6 Quantas vezes?

Uma vez por dia.

3.7 Quanto tempo cá ficam?

Aí uns 5 minutos. Quando não têm de ir logo embora.

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Eu acho que... em primeiro lugar devem ser amáveis. E em segundo lugar tratarem a gente com carinho. Só cá vem uma que é um pouco pró áspera... não é que seja má mas é o feitio dela. Ajuda-me sempre. As colegas dizem-me sempre... a Sra não se importe porque ela faz o mesmo que nós e gosta de si como nós, só que ela é assim... tem um feitio diferente.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Acho que sim.

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Veio cá a doutora a primeira vez (a assistente social) lá do Lar. E cada vez que eu lá vou pagar fazem-me sempre perguntas. Quando preciso, só quando preciso, falo com elas. Quando não preciso não digo nada.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

Eu acho que podiam vir, estou sempre sozinha, a minha companhia é Deus! Mas se pudessem era bom que viessem.

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Ai era muito má! Ficava desamparada.

Na altura que eu disse que ia para o Lar diziam-me “Não queiras (..nome..)!” Mas eu pus-me a pensar... e realmente as minhas mãos já prendem, como é que eu fazia o comer e descascava as batatas? Eu não limpo a minha casa todos os dias, hoje limpo uma coisa, amanhã limpo outra por causa disso, não consigo.

De vez em quando lá vou à ginástica.

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

É tudo. Ajudam-me muito.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Eu acho que está bem, mas se pudesse vir um médico cá a casa estava melhor.

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

O que mais precisava era do médico.

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário**6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?**

Sim! (Diz eufórica, dando um salto na cadeira) Fazem tudo muito bem e a comida é muito boa.

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Daria 20! (Diz muito sorridente). Dou o máximo, dou 5.

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

Só as meninas que vêm trazer o comer. Só tenho contacto com elas. Só falo com outras meninas (as da secretaria) quando lá vou pagar, que é quando me perguntam se está tudo bem e do que é que eu preciso.

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Todos, eu preciso de todos, a minha saúde não é boa mas não tenho dinheiro para pedir mais nada, a reforma não chega.

Nota: (Só em medicamentos a utente fica com menos de metade da reforma)

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

São muito caros, o que tenho não dá para tudo. Só para os medicamentos vão quase 200 euros. Mas é a crise sabe... elas também precisam de se governar.

Entrevista II

Identificação

Entrevista efectuada na casa de um casal que usufrui de apoio domiciliário tendo como serviços a comida. Falou o marido que tem 85 anos, tendo a esposa 82. A mais dependente é a esposa, daí ter o marido respondido às questões.

Sexo: Masculino **Idade:** _85_

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever

Profissão/ Profissões anteriores: Trabalhou em vários trabalhos: no campo e em oficinas.

Como considera a sua saúde? Má – muita dificuldade na respiração; problemas de coluna e artroses.

Entrevista realizada na Sala de Estar da casa dos Utentes. O Sr. respondeu de pé e sempre que não compreendia era muito amável e pedia para lhe ser explicado mais uma vez.

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

Então, foi a necessidade que eu tinha, não o podia fazer sozinho. (Diz muito convicto e bem disposto)

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Fui eu.

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Fui eu mais o Sr. (Nome) - amigo.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Comecei logo a ter a comida cá em casa, logo logo, isso não...foi logo a andar. Então, não era preciso fazerem perguntas, foi o que eu tinha pedido! (Diz como alguma satisfação)

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

Ora, prá minha vida era necessário, a minha mulher não podia fazer comer, não podia nada, era necessário. Era ela que fazia sempre tudo.

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário?

Eu não sei responder a essas perguntas...(fica um pouco apreensivo, mas após uma nova explicação procura responder). O que representa? Representa que eu.... me sinto satisfeito.

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

Então assim.... Ora vêm-nos cá trazer o pequeno almoço, o almoço, ... a alimentação completa.

2.3 O serviço domiciliário dá-lhe a ajuda que precisa? Mais ou menos? De que forma?

Não, muito bem! Dá-me tudo o que preciso. Então o comer a gente muitas vezes nem o acaba! (diz rapidamente)

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Isso não sei. Mas se não tivesse ajuda como é que eu me podia governar? Era muito custoso. Eu é que tinha de fazer o comer, ela não podia fazer nada. Eu tinha de fazer a vida de casa e tudo...então como é que eu podia. Assim também não conseguia, ficava tudo ao meu encargo!

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

Acho, acho. Isso não há melhor!!! (diz com um sorriso nos lábios)

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Não senhora. (afirma um pouco triste)

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

É quem está de serviço!

3.2 O que costumam fazer?

Falam connosco muito bem, muito delicadas. Trazem-nos a comida todos os dias.

3.3 São sempre os mesmos funcionários?

Não. Há dias que vêm uns, noutra dia vêm outros e outros.

Isso parece-lhe importante? Porquê?

Não eh..... o mais importante é que venham todos pois também precisam de o ganhar!

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Então não têm?! Têm tempo pois... sempre falam comigo e contam umas anedotazinhas, muito muito satisfeitos que estamos.

3.5 Quando é que cá costumam vir?

Vêm da parte da manhã e vêm ao meio dia.

3.6 Quantas vezes por semana?

São doze. É todos os dias! (efectuou o cálculo rapidamente. Respondeu de imediato)

3.7 Quanto tempo cá ficam?

Deixam as coisas, perguntam o que precisamos e vão à vida delas. Não são de ficar por aqui! (falando sempre com muito carinho de quem lhes presta o serviço)

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Têm de ser delicadas para as pessoas.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Têm sim senhora, têm sim senhora.

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Já cá vieram, já sim. É importante virem cá a casa porque é o auxílio da gente! (à uns meses trabalhou uma assistente social na instituição que os visitava algumas vezes.) Não precisam vir mais vezes. Vêm nas alturas suficientes. Não é preciso.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

Na saúde. O que é que eles haviam de fazer mais? Eles não podem fazer mais do que o fazem.

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Então como é que eu havia de viver? Eu só estou a viver do apoio que estas senhoras nos trazem. Como é que a gente se havia de desenvolver, não é?

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

Então.. é quando a gente precisa... quando a gente está mal e tem sempre gente ao pé para nos apoiar.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Eu acho que para mais não. Eles fazem o que é preciso! O que é normal!

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

Os que tenho são suficientes

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário**6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?**

Sim! Muiiito satisfeito com tudo.

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Então dava cinco!

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

O contacto é só É só com os funcionários que cá vêm dar o apoio.

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Não. Precisava do mesmo. A única diferença é que em vez de ser eu a pagar não pagava.

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

A vida está má, tem de ser assim. Acho justo sim. Na minha ideia sim!

Entrevista III

Identificação

Entrevista efectuada na casa de uma senhora que vive sozinha. A casa é rasteira, não havendo dificuldades de mobilização e possui as condições suficientes para o seu bem-estar.

Sexo: Feminino **Idade:** _67_

Habilitações literárias: Sabe ler e escrever (4.^a classe)

Profissão/ Profissões anteriores: Trabalhou num armazém

Como considera a sua saúde? Má

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

Porque eu tinha pouca saúde e quis-me lá internar.

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Foi uma senhora que me viu no hospital e depois falou com o Sr da Junta (o presidente da junta faz parte da direcção da instituição).

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Foram as meninas que lá estavam.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Comecei logo a ter os serviços. Não, não me fizeram questões, mas a comida é o mais importante.

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

Preciso comer de lá, do comer. Porque é mais certo, vem todos os dias.

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário?

É bom, bom. É uma grande ajuda.

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

É a comida.

2.3 O serviço domiciliário dá-lhe a ajuda que precisa? Mais ou menos? De que forma?

Não, tá bem tudo! Vêm me pôr o comer a casa porque eu é que pedi que mo viessem cá pôr.

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Sim, sim! Acho muito bom.

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

Nem por isso! É bom viajar! (diz sorridente)

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Não, não tenho mais ninguém.

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

É as meninas!

3.2 O que costumam fazer?

Trazer o comerzinho, bom dia, boa tarde, e coma, bom apetite!

3.3 São sempre os mesmos funcionários?

Não. De vez em quando é deferentes umas das outras.

Isso parece-lhe importante? Porquê?

É bom virem uma e outras. Porque é bonito a gente ver caras novas.

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Costumam vir todas com o tempo. Conversam sobre muita coisa.

3.5 Quando é que cá costumam vir?

Costumam vir de manhã a trazer o pequeno-almoço e o almoço e depois fica cá o resto.

3.6 Quantas vezes por semana?

É duas vezes, que dizer, duas vezes é uma de manhã e outra de tarde. Todos os dias

3.7 Quanto tempo cá ficam?

Vêm, põem o café, um bocadinho de conversa e vão-se embora.

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Devem ser assim, simpáticas.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Elas têm formação.

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Não, porque está tudo bem! Podiam vir mas está tudo bem.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

Na saúde. Ajudar na saúde.

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Era diferente. Era muito mais triste. Muito difícil.

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

O carinho que é importante.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Que fosse sempre assim, bom, bem disposto.

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

Não, está tudo bem!

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário

6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?

Encontro, encontro. Porque são muito simpáticos todos.

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Muito Bom (responde de imediato)

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

A menina do ano passado vinha cá muita vez perguntar se estava tudo bem (esta menina era a Assistente Social que trabalhou por alguns meses na instituição – informação cedida pela instituição).

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Não. Está tudo bem. Ficava como estou.

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

Ai o preço é bom! É!

Entrevista IV

Identificação

Sexo: Feminino **Idade:** _74_

Habilitações literárias: 4.^a Classe

Profissão/ Profissões anteriores: Trabalhou na agricultura

Como considera a sua saúde? Má

Entrevista realizada no quarto da casa da utente de SAD. No ar sentia-se o cheiro a urina devido à incontinência urinária da qual a senhora sofria. Apenas nos dias em que a limpeza é feita é que a casa fica um pouco aberta para arejar. A senhora é caracterizada pela instituição como sendo muito solitária vivendo apenas ela e o cão. Tem dificuldades em falar com as pessoas e refugia-se em casa, não sendo de abertura fácil. Teve algumas dificuldades em responder às questões, mesmo sendo explicadas de várias formas. Existem perguntas que a senhora não respondeu e foram passadas à frente pois quando não queria responder não ficava muito bem-disposta pela não compreensão das questões. É muito directa nas respostas que fornece e não dialoga muito.

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

Porque eu sou doente.

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Foram os meus filhos.

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Não fui eu. Foram as senhoras do apoio.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Comecei logo a ter os serviços.

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

É muito preciso, muito preciso. Porque eu sou doente!

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário? (Como é que pensa que funciona o apoio domiciliário? O que acha que deveriam fazer?)

(Demora a pensar e responde passado algum tempo)... funciona bem.

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

A limpeza e a comida.

2.3 O serviço domiciliário dá-lhe a ajuda que precisa? Mais ou menos? De que forma?

Dá a ajuda que preciso. Então trazem-me o comer e fazem-me a limpeza.

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Ajuda-me aqui a ficar na minha casa.

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

Acho porque se não forem elas ninguém mais vem ver se estou bem.

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Vêm cá os meus filhos, mas é poucas vezes.

2.7 Se sim, como é a relação entre as pessoas que o(a) ajudam e os serviços de apoio domiciliário?

(Não percebeu a questão mesmo colocada de outras formas e não respondeu)

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

As senhoras de lá (da instituição).

3.2 O que costumam fazer?

A limpeza e trazem a comida.

3.3 São sempre os mesmos funcionários? Isso parece-lhe importante? Porquê?

Umhas vezes vêm umas outras vezes vêm outras. A mim tanto me faz.

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Vêm à pressa.

3.5 Quando é que cá costumam vir?

Todos os dias.

3.6 Quantas vezes?

Vêm uma vez por dia.

3.7 Quanto tempo cá ficam?

Trazem o comer e vão-se embora.

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Não responde logo e faço outras questões para que possa compreender melhor: Acha que devem ser diferentes, que devem ajudar mais?

(Pensa uns minutos e responde) Elas são boas...elas já são diferentes.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

(Não responde)

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Não é preciso. Não ajudavam em nada.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

(Resposta já dada na questão anterior)

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Má

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

Acho bem.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

Os serviços chegam.

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário

6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?

Os serviços que me dão são bons.

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

(não conseguiu atribuir uma nota mas tendo em conta que na questão anterior referiu que os serviços eram bons pode considerar-se um 4).

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

Está tudo a correr bem.

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Não preciso de mais nada.

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

(Não responde.)

Entrevista V

Identificação

Sexo: Feminino **Idade:** _86

Habilitações literárias: 4.^a classe

Profissão/ Profissões anteriores: agricultora

Como considera a sua saúde? Assim, assim.

Entrevista realizada na casa da utente de SAD. A utente acompanhada pela filha. É uma senhora muito bem-disposta que responde sempre a rir.

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

Cá em casa as meninas vêm-me trazer o comer mas quanto ao resto não é preciso nada. Foi mais por causa das compras. Eu até consigo ir mas depois para trazer para casa é... é difícil.

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Foi minha e da minha filha.

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Fui eu e a minha filha.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

(Rapidamente responde) Eu já era sócia do centro, depois cheguei lá com a minha filha e pedi. A minha filha não pode estar aqui.

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

Para mim é. Porque me facilita, já sou velha, diz sorrindo. Esta terra já está muito dura para trabalhar nela e... elas vêm e estou descansada, sei que o almoço vem cá ter.

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário? (Como é que pensa que funciona o apoio domiciliário? O que acha que deveriam fazer?)

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

A comida e o tratamento de roupa.

2.3 O serviço domiciliário dá-lhe a ajuda que precisa? Mais ou menos? De que forma?

Por enquanto não preciso de mais nada....lavam a roupa, passam-na a ferro. Está tudo bem.

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Se me ajuda a ficar aqui em casa? Isso agora ainda não sei, não sei os trambolhões que vou dar.

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

Para mim é. Então, porque estou mais à vontade.

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Só a minha filha. Mas não está cá sempre.

2.7 Se sim, como é a relação entre as pessoas que o(a) ajudam e os serviços de apoio domiciliário? Nenhuma

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

Uma vez vem a minha prima, outra vez vem outra.

3.2 O que costumam fazer?

O comer e a roupa.

3.3 São sempre os mesmos funcionários? Isso parece-lhe importante? Porquê?

Não. Ai para mim não tem importância, gosto delas todas.

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Então coitadas, umas vezes vêm com mais pressa, outras vezes vêm com vagar.

3.5 Quando é que cá costumam vir?

De manhã e ao meio dia.

3.6 Quantas vezes?

Todos os dias da semana.

3.7 Quanto tempo cá ficam?

É tirar o comer deixar prontinho e vão embora.

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Como é que devem ser? Eu acho que devem ser amáveis. Mas elas têm isso tudo, não tenho que dizer delas.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Por mim é o suficiente, agora elas é que sabem. Para mim, para mim chega.

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Não, por enquanto ainda cá não veio ninguém.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

Por enquanto ainda não é preciso. Acho que não ajudavam agora.

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Ora, neste momento se não tivesse isto tinha de ir para o pé da filha ou para algum lado. Eu com a perna partida lá podia ir para algum lado?

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

Para mim tem tudo.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Para mim não precisam mudar nada. Trazem-me o comer e eu ainda me vou mexendo no resto.

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

Não, por enquanto não, mas às vezes ainda pode ser preciso. Por enquanto não, graças a Deus cá em casa ainda consigo lavar a cara e limpar o pó.

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário

6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?

Muito satisfeita

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Dava bom.

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

Elas quando vêm, quando vêm, olhe é... isto ou aquilo, elas lá se vão e eu cá me fico.

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Não.

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

O preço, isso é que está tudo a aumentar. Aumentaram-me também um bocadito mas também não me importo

Entrevista VI

identificação

Sexo: Feminino **Idade:** _perto de 90_

Habilitações literárias: não sei

Profissão/ Profissões anteriores: tecelã.

Como considera a sua saúde? Má.

Entrevista realizada na casa da utente de SAD. A utente encontra-se deitada numa cama por ter frio e a cama estar mais quente que a casa. É uma senhora que apresenta algumas dificuldades na compreensão das questões.

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

Ai isso eu não sei explicar.

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Arranjei para lá estar, tive lá (estive em centro de dia). Adoeci, agora estou aqui na cama para me trazerem o comer.

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Então, fui eu.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Eu essas coisas não compreendo muito bem. Olhe eu estive no (..local..) mas com as dores na perna disseram-me: Ó tia (..nome..) venha para cá. Foi o regedor sabe, que é o que manda lá em cima. E eu então vim. Se tenho de dar o dinheiro no peso, ou menos dou aqui na minha terra, no (..local..). E convenci outra para vir comigo.

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

É preciso é.

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário? (Como é que pensa que funciona o apoio domiciliário? O que acha que deveriam fazer?)

Não respondeu

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

Por enquanto não preciso de mais nada....lavam a roupa, passam-na a ferro. Está tudo bem. Eu se for ali a baixo a casa do senhor Ribeiro eu chego aqui capaz de rebentar.

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Sim.

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

Pra mim é. Então, porque estou mais à vontade.

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Não. É só unicamente o pessoal da casa onde estou pronto, elas é que cá vêm trazer as coisas.

2.7 Se sim, como é a relação entre as pessoas que o(a) ajudam e os serviços de apoio domiciliário?

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

São as que lá estão.

3.2 O que costumam fazer?

O comer e a roupa.

3.3 São sempre os mesmos funcionários? Isso parece-lhe importante? Porquê?

É as que lá estão. Um dia vem uma outro dia vem outra.

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Então vêm me por o leito de manhã, tenho aí a malga, (parou no raciocínio)

3.5 Quando é que cá costumam vir?

De manhã e ao meio dia.

3.6 Quantas vezes?

Todos os dias.

3.7 Quanto tempo cá ficam?

É chegar botar e tocar a andar.

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Eu olhe, eu não tenho que dizer delas. O que é só chegam ao meio dia, chegam além, põem o comer de cima da mesa e abalam. Nem aqui chegam (à cama onde se encontra deitada). Outras vezes vêm botar o papo-seco aqui ao pé de mim e abalam. Mais nada.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Não sei.

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Fazia falta fazia.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

Era só unicamente o doutor por causa de me escutar ou dar os remédios como os que tenho em cima da mesa. Há para ai mais remédios que eu sei lá.

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Oh, eu não sei explicar.

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

Não respondeu.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Não sei explicar.

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

Não.

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário

6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?

Então chega-me.

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Bom.

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

Não. Trazem o paposseco e vão logo embora.

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Não sei.

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

Elas também não podem dar de comer sem a gente pagar.

Entrevista VII

Identificação

Idade: 75

Habilitações literárias: 4.^a classe

Profissão/ Profissões anteriores: profissão praticamente foi doméstica mas eu trabalhei sempre com o meu marido, na venda, no mercado.

Como considera a sua saúde? Má. Muito má.

Entrevista realizada na casa da utente de SAD. A utente recebeu-me na cozinha. Tem a casa bastante acessível e desimpedida nos trajectos principais em que se desloca. É uma utente ainda activa, física e mentalmente.

Tópicos:

1) Requisição de Apoio Domiciliário

1.1 O que o(a) levou a pedir estes serviços?

Porque a minha saúde não permitiu de outra maneira. Eu pensei muito bem com as minhas filhas porque eu tive um enfarte. Quando tive um enfarte elas ficaram preocupadas. Entretanto morre o meu marido e eu piorei.

1.2 Quem teve a ideia de o(a) inscrever no serviço de apoio domiciliário?

Fui eu que até falei com eles. Nem pedi à minha filha. Ela já andava muito sacrificada e não andava muito bem. Eu ainda ficava pior de a ver a trabalhar tanto e sem poder.

1.3 Como é que foi feita a sua inscrição no serviço de apoio domiciliário? Foi o Senhor(a)? Foi outra pessoa? Porquê?

Fui eu.

1.4 Como foi todo o processo até começar a ter os serviços de apoio domiciliário? (Esclarecer melhor: Individual? Fizeram questões sobre as suas reais necessidades?)

Não. Os serviços começaram logo.

1.5 Este serviço era muito, pouco ou nada necessário na sua vida? Porquê?

Sim. Desde a morte do meu marido em Janeiro tem sido mesmo importante, mesmo.

2) Serviço de Apoio domiciliário

2.1 Para si, o que é o apoio domiciliário? (Como é que pensa que funciona o apoio domiciliário? O que acha que deveriam fazer?)

O que é que eu acho? Serve para ajudar a gente. Olhe e outra coisa que serve muito bem, a minha filha coitada às vezes está lá longe e os outros meus filhos estão todos a trabalhar. Muitos dias só as vejo a elas aqui ao pé de mim.

2.2 Que tipo de serviços recebe do apoio domiciliário?

É virem-me a trazer o comer, lavarem a minha roupinha e passarem a ferro. Mais nada.

2.4 Acha que o Sad o(a) ajuda a permanecer em sua casa ou não?

Sim, sim.

2.5 Acha que isso é importante? Porquê?

Sim, é muito importante. A minha casinha é a minha casinha, o meu cantinho

2.6 Tem mais alguém que o(a) ajude além do apoio? Se sim, quem?

Não, absolutamente ninguém. Quem me pode ajudar ainda é a minha filha. Coitadinha ela também não pode.

2.7 Se sim, como é a relação entre as pessoas que o(a) ajudam e os serviços de apoio domiciliário?

3) Horários dos Técnicos dos SAD

3.1 Quem vem aqui a casa por parte de Sad?

As que estão de serviço.

3.2 O que costumam fazer?

O comer e a roupa.

3.3 São sempre os mesmos funcionários? Isso parece-lhe importante? Porquê?

Não são sempre as mesmas. Se você visse, hoje por exemplo veio cá uma a trazer o pequeno-almoço mas ao almoço já vem outra. Não me faz diferença.

3.4 Vêm com tempo ou não? Costumam conversar consigo? Sobre quê?

Nem por isso. Às vezes eu é que converso com elas. Sobre a minha doença ou qualquer coisa que se passa, sobre qualquer coisa

3.5 Quando é que cá costumam vir?

Vêm de manhã e ao meio dia.

3.6 Quantas vezes?

Duas vezes.

3.7 Quanto tempo cá ficam?

Coitadas, elas estão sempre aflitas para se irem embora.

4) Formação e características dos técnicos

4.1 Como considera que devem ser as pessoas que dão o apoio domiciliário, ou seja, que características devem ter?

Devem ser umas pessoas amigas dos velinhos. Que tenham um bocadinho de atenção com eles.

4.2 Em relação às pessoas que vêm aqui do apoio domiciliário, considera que devem ter alguma formação ou algum curso para poderem ajudar?

Isso, isso não haja dúvida que era uma coisa muito necessária.

4.3 Tendo em conta os técnicos de Assistência Social, Psicologia entre outros, que fazem parte das instituições, acha que deveriam vir nas visitas de apoio domiciliário? Porquê?

Era bom só que não há.

4.4 Em que é que considera que esses técnicos poderiam ajudar? O que deveriam fazer estes técnicos?

Sempre podem ajudar agora saber em quê é que não sei.

5) SAD: potencialidades e limitações

5.1 Como pensa que seria neste momento a sua vida se não pudesse ter os serviços de apoio domiciliário?

Pois não sei. Acho que tinha de andar de rastos pelas ruas e ver daquilo que havia de comer.

5.2 Quais são os aspectos mais positivos (melhores) do SAD?

Virem-me a trazer o comer e lavarem-me a roupa. Não vejo mais nada de especial.

5.3 Como é que gostaria que fosse o apoio domiciliário?

Acho que...para mim por enquanto está bem.

5.4 Gostaria que lhe oferecesse ou ajudasse em mais serviços? Quais?

Por enquanto não preciso. Posso vir a precisar mas por enquanto não.

6) Grau de satisfação com o apoio domiciliário

6.1 Encontra-se satisfeito(a) com os serviços que lhe são prestados? Porquê?

Estou satisfeita.

6.2 Se tivesse que dar uma nota ao apoio domiciliário, de 1 a 5, que nota daria?

Hahaha, isso agora! Razoável.

Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

6.3 Existe alguém da instituição que venha saber se está tudo a correr bem, ou só tem contacto com os funcionários que lhe prestam serviços?

Não. Vinha às vezes ai quando lá estava a (..nome da funcionária..). Vinha muitas vezes ao pé de mim.

6.4 Se o apoio domiciliário fosse gratuito, precisaria de mais alguns serviços (higiene, limpeza, comida) ou bastam-lhe os que lhe são prestados?

Não. Por acaso continuava na mesma.

6.5 O que pensa sobre os custos do apoio domiciliário? São justos? Porquê?

Está bem, está correcto. Para as minhas posses estão correctas, é um bocadito de mais mas está correcto tenho uma reforma de 200€. Para pagar os medicamentos não me chegam os 200€. Se não tivesse outras possibilidades de fora não me dava de maneira nenhuma.

ANEXO III - Carta dirigida às Instituições

ANEXO IV - Carta de permissão para o estudo